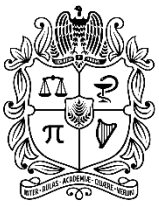


UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización

Liliana Marcela Reina Leal

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Doctorado en Enfermería
Bogotá D.C., Colombia
2020

Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización

Liliana Marcela Reina Leal

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctora en Enfermería

Director (a):

Ph.D., MSc., Enfermera Alba Lucero López Díaz

Línea de Investigación:

Cuidado Cultural en la Salud y la Enfermedad

Grupo de Investigación:

Cuidado Cultural de la Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Doctorado en Enfermería

Bogotá, Colombia

2020

Dedicatoria

A Dios, la Virgen y los angelitos… a la vida y el universo que durante este proceso me han enseñado de la sabiduría de los planes del alma, y han puesto en el camino aquellas personas y situaciones de las que necesitaba aprender.

A mi mami, por creer en mí y en mis sueños, por su apoyo, sus oraciones y su ejemplo de constancia y perseverancia. A mis hermanos Alejo y Andrés, por su compañía permanente.

A mis sobrinos, Mariana, Santiago, Samuel y Tomás, mis maestros de la presencia y la atención plena, por sus sonrisas y abrazos.

A Leo, llegaste en el momento justo, has sido mensajero de amor y ternura, y te has convertido en maestro y compañero de vida. Te dedico este trabajo por ser mi cómplice, mi polo a tierra y enseñarme a vivir un día a la vez.

Agradecimientos

Las palabras no son suficientes para expresar mi infinito agradecimiento a tantas personas que fueron fundamentales para llegar a este momento… este es un logro colectivo.

Infinitas gracias…

A lxs profesionales y auxiliares de enfermería que participaron de esta tesis, por confiar en mí, por brindarse momentos para el cuidado de sí, y por ofrecerme una visión más real de su cotidianidad en el cuidado. Para ellxs, mi más profundo agradecimiento, respeto y admiración.

A los tres hospitales que me abrieron sus puertas para llevar a cabo esta investigación.

A la profesora Lucero López, por este proceso formativo, por su motivación y orientación cuando la trayectoria salía de lo esperado, y especialmente, por llevarme a la compasión, tan desconocida por mí, pero tan impactante en mi vida personal y profesional.

A la profesora Vilma Velásquez y compañerxs del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud, que me abrieron espacios nunca imaginados y me brindaron compañía, apoyo e ideas para materializar este sueño.

Al Doctor Javier García Campayo, a Marta, Mayte, Alberto y demás integrantes del Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria de la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la Universidad de Zaragoza, por acogerme durante mi estancia doctoral, permitirme aproximarme de otro modo a la compasión y cambiar mi vida.

Al programa de Doctorado en Enfermería, a su equipo administrativo y docente, especialmente a las profesoras María Mercedes Durán de Villalobos, Pilar Amaya, Viviana

Céspedes y Sonia Carreño, sus enseñanzas fueron esenciales para ampliar mi visión acerca del conocimiento de enfermería y la metodología de la investigación, de lo que tengo aún mucho por aprender.

A mis compañeras de doctorado, y de modo especial a Lina, Vivian y Rosa Nury, por su colegaje y amistad.

A esas colegas que considero mis amigas, siempre con una palabra de ánimo o su auténtica presencia, por compartir conmigo múltiples oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal y profesional: Adriana, Leidy, Lorena, Sandra, Alexandra, Diana, Ana Julia y María.

A mis maestros y mentores: María Nubia Romero, la mujer y enfermera que me inculcó la importancia del conocimiento y el rigor en enfermería, que me permitió ver el cuidado desde una perspectiva más integral, para reconocerme y reconocer al otro como sujeto cultural con el cual se construye colaborativamente el cuidado. A Manuel Amezcua, César Hueso y el equipo de la Fundación Index, por creer en mí y brindarme espacios maravillosos de aprendizaje personal y profesional.

A mis estudiantes de pregrado y posgrado por permitirme resignificar la enfermería, el cuidado y su enseñanza, quienes contribuyeron de alguna manera a esta tesis.

A Magda, una médico diferente, que llegó a mi vida en el momento preciso para enseñarme el poder de la fe y el amor… gracias por ser guía, por estar siempre de la manera más amorosa y cálida.

A mi familia, que en la cercanía o en la distancia han estado conmigo, particularmente a mi tío Alfonso por su ejemplo de amor y servicio a la comunidad, a mi tío Fabio, a Sonia y a mis primos Nico, Edgar y Migue, por acogerme en su familia y hacerme parte de ella.

Y por supuesto, a Colciencias y Colfuturo, por el apoyo económico para la realización de este doctorado.

Resumen

Introducción: La competencia cultural y compasiva refleja la capacidad de enfermeras y auxiliares de enfermería para reconocer el sufrimiento del paciente y responder a sus necesidades teniendo en cuenta el contexto cultural. Sin embargo, pese a que la política menciona su importancia, en el contexto colombiano no se cuentan con lineamientos específicos que orienten el entrenamiento en estos temas

Objetivo: Desarrollar y realizar la evaluación preliminar (aceptabilidad, factibilidad y efecto) de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización.

Metodología: Estudio para el diseño de intervenciones, para lo cual se realizó una investigación con abordaje mixto, secuencial y concurrente, en dos fases: 1) Modelado de la intervención, que incluyó revisión sistemática integrativa de la literatura y estudio cualitativo descriptivo; 2) Prueba piloto de la intervención de entrenamiento, en la que se realizó un estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente. Desde las consideraciones éticas, estudio sin riesgo en la primera fase, y con riesgo mínimo en la segunda fase.

Resultados: La revisión sistemática integrativa abordó dos temas a través de la selección de 42 y 38 artículos sobre las experiencias de cuidado y sobre entrenamientos de enfermeras al respecto, que permitieron reconocer cómo se expresan la compasión y el cuidado culturalmente congruente en la práctica, aquellos elementos que resultan en desafíos y oportunidades para este cuidad, así como sus efectos en profesionales y pacientes. Así mismo, se encontraron diversidad de entrenamientos desarrollados principalmente en países anglosajones. Por lo tanto, la investigación cualitativa descriptiva permitió contextualizar las evidencias encontradas y operacionalizar el diseño de la intervención de entrenamiento. La evaluación de esta intervención contó con la participación de profesionales y auxiliares de dos hospitales de Bogotá (uno público y uno

privado), se comenzó con 33 participantes en la primera sesión, número que fue variable hasta finalizar con 13 participantes. La evaluación pretest-postest reflejó cambios positivos en cuanto a la aceptabilidad de la intervención, comprensión, atracción e inducción a la acción. Las experiencias durante las prácticas de meditación en compasión fueron bien valoradas y se encontró aplicabilidad de los contenidos y prácticas en el cuidado, así como efectos percibidos de bienestar.

Conclusiones: La fase de conceptualización del problema y la intervención permitió determinar la necesidad de cuidados de enfermería culturalmente competentes y compasivos, el lugar central de la compasión en el proceso de desarrollo de esta competencia así como aproximarse a diferentes abordajes orientados a enfermeras, con estrategias de intervención diversas, en las que se incorporan prácticas contemplativas de atención plena y compasión que permiten a las personas cuidar de sí para cuidar de otros, reconociendo sus particularidades culturales y las manifestaciones del sufrimiento. Se construyó una intervención, en la que se adaptan componentes de una intervención ya existente, para contextualizarla a la realidad de enfermeras y auxiliares de enfermería en hospitales de Bogotá. La evaluación preliminar de la intervención permitió determinar que su implementación y prueba formal es aceptable y factible, que sus materiales de apoyo son apropiados, atractivos y comprensibles, así como efectos percibidos como benéficos para los participantes y potencialmente para los sujetos de cuidado.

Palabras clave: Competencia cultural, Compasión, Cuidado de enfermería.

Abstract

Background: The cultural and compassionate competence reflects the ability of nurses and nursing assistants to recognize the patient's suffering and respond to their needs taking into account the cultural context. However, although the policy mentions its importance, in the Colombian context there are no specific guidelines that guide training in these issues.

Objective: To develop and carry out the preliminary evaluation (acceptability, feasibility and effect) of a training intervention in cultural and compassionate competence for nurses and nursing assistants in hospitalization services.

Methodology: Study for the design of interventions, for which an investigation was carried out with a mixed, sequential and concurrent approach, in two phases: 1) Modeling of the intervention, which included an integrative systematic review of the literature and descriptive qualitative study; 2) Pilot test of the training intervention, in which a quasi-experimental study was conducted with a concurrent mixed approach. From ethical considerations, I study without risk in the first phase, and with minimal risk in the second phase.

Results: The systematic integrative review addressed two issues through the selection of 42 and 38 articles on care experiences and on nurses' training in this regard, which allowed us to recognize how compassion and culturally consistent care are expressed in practice. elements that result in challenges and opportunities for this city, as well as its effects on professionals and patients. Likewise, we found diversity of training developed mainly in Anglo-Saxon countries. Therefore, qualitative descriptive research allowed contextualizing

the evidence found and operationalizing the design of the training intervention. The evaluation of this intervention was attended by professionals and assistants from two hospitals in Bogotá (one public and one private), it began with 33 participants in the first session, a number that was variable until it ended with 13 participants. The pretest-posttest evaluation reflected positive changes in the acceptability of the intervention, understanding, attraction and induction to the action. Experiences during meditation practices in compassion were well valued and applicability of the contents and practices in care was found, as well as perceived effects of well-being.

Conclusions: The conceptualization phase of the problem and the intervention allowed to determine the need for culturally competent and compassionate nursing care, the central place of compassion in the process of developing this competence as well as approaching different approaches oriented to nurses, with strategies of diverse intervention, in which contemplative practices of full attention and compassion are incorporated that allow people to take care of themselves to take care of others, recognizing their cultural peculiarities and manifestations of suffering. An intervention was built, in which components of an existing intervention are adapted, to contextualize it to the reality of nurses and nursing assistants in hospitals in Bogotá. The preliminary evaluation of the intervention allowed to determine that its implementation and formal test is acceptable and feasible, that its support materials are appropriate, attractive and understandable, as well as effects perceived as beneficial for the participants and potentially for the patients.

Keywords: Cultural competence, compassion, nursing care.

Contenido

Pág.

1. Marco Referencial 9
1.1 Cuidado con compasión y culturalmente competente en las sociedades multiculturales 9
1.2 Competencia cultural y compasiva en el cuidado de enfermería 11
1.3 El *cultivo* de la compasión como herramienta para la cotidianidad personal y laboral 15
1.4 El entrenamiento en compasión y competencia cultural para el cuidado de enfermería 17
1.5 Diversidad cultural, formación e investigación de enfermeras colombianas 21
1.6 Aceptabilidad y factibilidad en intervenciones complejas 24
1.7 Evaluación cualitativa de intervenciones complejas 25
1.8 Pregunta de Investigación 26
1.9 Objetivos de Investigación 26
1.9.1 Objetivo General 26
1.9.2 Objetivos Específicos 26
1.10 Conceptos principales 27

2. Marco Metodológico 31
2.1 Tipo y diseño del estudio 31
2.2 Fase 1. Modelado de la intervención 36
2.2.1 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura 36
2.2.2 Conceptualización del problema y de la intervención: Estudio cualitativo descriptivo 38
2.2.3 Operacionalización de la intervención y su mecanismo 40
2.3 Fase 2. Prueba piloto de la intervención de entrenamiento 42
2.3.1 Estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC 42
2.3.2 Evaluación de efectos preliminares de la intervención ECCC y exploración de factibilidad de los métodos de investigación 45
2.4 Evaluación preliminar de la intervención ECCC 48
2.4.1 Cuestionario de caracterización de los participantes 52
2.4.2 Escalas de expectativas y satisfacción con el tratamiento/ intervención ECCC 53
2.4.3 Evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC 53
2.4.4 Evaluación cualitativa del proceso de implementación y de efectos percibidos como producto de la intervención ECCC 54
2.5 Aspectos relacionados con la validez 55
2.5.1 Criterios de rigor en el estudio cualitativo – Fases 1 y 2 55

2.5.2 Validez del estudio cuasi-experimental – Fase 2 56
2.6 Aspectos éticos de la investigación 59

3. Resultados 65
3.1 Fase 1. Modelado de la intervención 65
3.1.1 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura – Experiencias de cuidado compasivo y/o a personas culturalmente diversas 65
3.1.1.1. Tema 1. Compasión y/o cuidado culturalmente congruente en la práctica hospitalaria 69
3.1.1.2. Tema 2. Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente 76
3.1.1.3. Tema 3. Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente 80
3.1.2 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura - Entrenamientos en compasión y competencia cultural 81
3.1.2.1. Síntesis de las intervenciones de entrenamiento en compasión 83
3.1.2.2. Síntesis de las intervenciones de entrenamiento en competencia cultural 88
3.1.3 Conceptualización del problema y de la intervención: Estudio cualitativo descriptivo 103
3.1.3.1. Tema 1. El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos 103
3.1.3.2. Tema 2. El cotidiano del cuidado y la superación de barreras 106
3.1.4 Operacionalización de la intervención ECCC y su mecanismo 110
3.2 Fase 2. Prueba piloto de la intervención ECCC 124
3.2.1 Estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC 124
3.2.3.1. Caracterización de los participantes 124
3.2.3.2. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de aceptabilidad de la intervención ECCC 128
3.2.3.3. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de factibilidad de la intervención ECCC 133
3.2.3.4. Evaluación preliminar de la intervención – materiales y actividades del ECCC 135
3.2.3.5. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de efectos percibidos de la intervención ECCC 137
3.2.3.6. Evaluación preliminar de la intervención – Lecciones aprendidas de la intervención ECCC 143

4. Discusión 149
4.1 Conceptualización del problema y la intervención 150
4.1.1 Evolución en la comprensión de la competencia cultural y compasiva 150
4.1.2 Modelado de intervenciones desde enfoques empírico y participativo 152
4.2 Operacionalización de la intervención y su mecanismo 156
4.2.1 Entrenamiento en competencia cultural y compasiva (ECCC) como intervención compleja 156
4.2.2 Inclusión de prácticas de atención plena y compasión para la intervención ECCC 157
4.3 Examen de aceptabilidad, factibilidad y efectos percibidos de la intervención 159
4.3.1 Importancia del análisis de aceptabilidad y factibilidad de la implementación de intervenciones complejas 159
4.3.2 La investigación cualitativa en la evaluación de intervenciones complejas 161

4.3.3 Las instituciones hospitalarias en la competencia cultural y compasiva y en la investigación al respecto 163
4.4 Limitaciones del estudio 165

5. Conclusiones y recomendaciones 167
5.1 Conclusiones 167
5.1.1 Contribuciones a la disciplina 169
5.1.2 Contribuciones a la investigación 170
5.1.3 Contribuciones a la docencia 171
5.1.4 Contribuciones a las instituciones de salud y a la política pública 171
5.2 Recomendaciones 172

Lista de figuras

Pág.

Figura 1-1: Modelo de Papadopoulos para el desarrollo de profesionales de salud culturalmente competentes y compasivos[11]. 13
Figura 2-1: Estudio mixto secuencial para el diseño y evaluación de intervención ECCC (CUAL → cuan + CUAL). 35
Figura 3-1: Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda. 66
Figura 3-2: Síntesis tema 1: Compasión y cuidado culturalmente congruente en la práctica hospitalaria. 75
Figura 3-3: Síntesis tema 2: Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente 79
Figura 3-4: Síntesis tema 3: Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente. 81
Figura 3-5: Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda. 82
Figura 3-6: Síntesis tema 1: El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos. 105
Figura 3-7: Síntesis tema 2: El cotidiano del cuidado y la superación de barreras.. 109
Figura 3-8: Lógica de la intervención ECCC (pretest vs. postest). 130
Figura 3-9: Satisfacción con la intervención ECCC (pretest vs. postest). 130
Figura 3-10: Recomendabilidad de la intervención ECCC (pretest vs. postest). 131
Figura 3-11: Utilidad de la intervención para la práctica ECCC (pretest vs. postest). 131
Figura 3-12: Utilidad personal de la intervención ECCC (pretest vs. postest). 132
Figura 3-13: Aversión a la intervención ECCC (pretest vs. postest). 132

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1: Propuestas metodológicas para el diseño de intervenciones complejas.... 33
Tabla 2-2: Principales características de las intervenciones complejas y su aplicación en la intervención ECCC. 41
Tabla 2-3: Operacionalización de variables para la evaluación de la intervención ECCC. 49
Tabla 2-4: Cumplimiento de los criterios de rigor y control de amenazas en los momentos de investigación cualitativa. 55
Tabla 2-5: Cumplimiento de los criterios de rigor y control de amenazas en los momentos de estudio de aceptabilidad y factibilidad. 57
Tabla 3-1: Caracterización de los estudios sobre experiencias de compasión y/o cuidado a personas culturalmente diversas. 67
Tabla 3-2: Generalidades de los entrenamientos y las mediciones realizadas en los estudios seleccionados. 95
Tabla 3-3: Sistematización del diseño de la intervención ECCC. 116
Tabla 3-4: Estructura de las sesiones de la intervención ECCC. 121
Tabla 3-5: Información sociodemográfica de los participantes en la intervención ECCC. 125
Tabla 3-6: Información laboral, formación continuada y prácticas relacionadas con la intervención ECCC. 127
Tabla 3-7: Información sobre experiencias transculturales de los participantes en la intervención ECCC. 128
Tabla 3-8: Evaluación cualitativa del proceso de la intervención ECCC. 138

Introducción

La cultura influye en las percepciones, interpretaciones, vivencias y actitudes sobre el proceso salud-enfermedad, y construye sus propios métodos para su mantenimiento y recuperación[1,2]. La competencia cultural y compasiva surge como una respuesta disciplinar a una de las principales realidades de las sociedades actuales, el proceso globalizador que ha derivado en sociedades culturalmente diversas, que en el contexto colombiano adquieren una especial complejidad, dada su esencia pluriétnica, de modo que se considera fundamental que las enfermeras cuenten con sensibilidad y habilidades necesarias para reconocer el sufrimiento y brindar cuidados culturalmente congruentes a las necesidades de sujetos y colectivos que tengan en cuenta su contexto.

Las enfermeras colombianas, y especialmente las que se desempeñan en hospitales de ciudades como Bogotá, requieren de esta competencia cultural y compasiva para cuidar personas tanto de grupos indígenas y otras minorías étnicas que han llegado a la ciudad por diferentes circunstancias, como de pacientes extranjeros, que como producto de la globalización y de las diferentes situaciones sociales tanto en el país (postconflicto), como en el mundo (masiva llegada de migrantes venezolanos en los últimos años), han generado procesos migratorios de sujetos que deben ser atendidos por los equipos de salud desde el reconocimiento y el respeto a su diversidad cultural. Sin embargo, enfermeras y auxiliares de enfermería que consituyen un equipo fundamental para el cuidado de individuos y colectivos, especialmente en el ámbito hospitalario, no cuentan con formación suficiente para responder a estos desafíos de la actualidad.

Por lo tanto, es posible afirmar que el estudio realizado refleja una serie de novedades en cuanto a lo epistemológico, lo metodológico, así como en aspectos propios de la práctica de enfermería. En primer lugar, es posible observar una evolución en cuanto a mi postura

epistemólogica como investigadora, dada por el avance en la comprensión del Modelo de Competencia cultural y compasiva y sus implicaciones para la práctica de enfermería, pasando por el proceso de indagación sobre cómo entrenar a enfermeras y auxiliares de enfermería, de búsqueda de estrategias didácticas y pedagógicas para el aprendizaje significativo, a partir del reconocimiento y aprovechamiento de sus saberes previos y el conocimiento tácito, con el interés de promover el desarrollo y mantenimiento de esta competencia en el mediano y largo plazo.

Adicionalmente, el proceso aprendizaje durante mi formación doctoral sobre la competencia cultural y compasiva, aunque especialmente el entrenamiento en compasión desde el enfoque de prácticas contemplativas generativas durante mi periodo de pasantía con un equipo investigador en salud mental especialista en este tema, de la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la Universidad de Zaragoza, me llevó a nueva comprensión de la compasión como eje de la competencia cultural y compasiva. Este proceso me permitió acercarme al *cultivo* de la compasión a través de prácticas de atención plena y compasión, que buscan el desarrollo de procesos metacognitivos y que para esta tesis, se consideró que podría favorecer el empoderamiento de enfermeras y auxiliares, y la transferencia a la práctica del conocimiento compartido y construido durante el entrenamiento, para que su efecto se mantenga en el tiempo. Sin embargo, esto último merece ser analizado en estudios futuros.

Lo anteriormente expuesto implicó una reformulación de los aspectos teóricos, pedagógicos y didácticos orientadores de la intervención de entrenamiento, que en consecuencia hizo necesario un refinamiento del diseño de investigación propuesto en la primera versión del protocolo, permitiendo de innovar en lo metodológico, empleando para ello un estudio de factibilidad y aceptabilidad, que prefiere ocuparse en el diseño de una intervención compleja que implica múltiples componentes teóricos, prácticos (experienciales) y reflexivos que complejizan su operacionalización, y que nace de la integración de la teoría de enfermería, del conocimiento disponible y de las experiencias de enfermeras y auxiliares en la práctica profesional en el contexto bogotano, un contexto diferente a los demás donde se han desarrollado este tipo de estudios y se han abordado estos fenómenos.

Por consiguiente, esta novedad metodológica contribuye al reconocimiento de enfermeras y auxiliares como integrantes de un equipo que cuida al sujeto en servicios de hospitalización, a la transferibilidad y contextualización de las evidencias, que en su gran mayoría han sido generadas en países anglosajones y europeos, así como a un uso más racional y efectivo de los recursos en investigación (tan limitados en la actualidad), antes de proponer la prueba formal de estas intervenciones que por su complejidad, y pese a sus potenciales efectos benéficos puede resultar fallida si no se tienen en cuenta las particularidades de las instituciones, por lo cual la investigación cualitativa cobró relevancia en la evaluación de la intervención de entrenamiento objeto del estudio.

Es entonces, que el documento que refleja este proceso investigativo, comienza por presentar el marco referencial, que implícitamente deja ver la significancia social, teórica y disciplinar, muestra la necesidad e importancia del cuidado compasivo y culturalmente competente en sociedades multiculturales en las que el sufrimiento y las necesidades de cuidado se expresan de manera diversa. Así mismo, se reflejan brevemente las aproximaciones a los constructos de compasión y competencia cultural que enfermería tradicionalmente ha desarrollado con modelos y teorías que los abordan de manera independiente, pero que son integrados en el Modelo de Competencia Cultural y Compasiva propuesto por la enfermera Irena Papadopoulos y su equipo investigador en el Reino Unido.

En consecuencia, se asume este modelo como guía orientadora para el abordaje del constructo cultual y compasiva debido a sus aportes en cuando proceso de desarrollo de dicha competencia en profesionales de la salud, en donde establece la compasión en el centro de su modelo, que resulta inspiradora para profundizar en las implicaciones y explorar otras estrategias teórico, prácticas (experienciales) y reflexivas como el cultivo de la compasión empleando prácticas derivadas de tradiciones contemplativas para su entrenamiento como eje del modelo y del acto de cuidado culturalmente competente y compasivo.

Por lo tanto, y reconociendo que el cuidado en ámbitos hospitalarios requiere el trabajo en equipo de enfermería y que para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva por enfermeras y auxiliares de enfermería, es esencial una formación específica, se hace mención a algunos entrenamientos al respecto y sus efectos tanto en enfermeras como en

resultados de salud de los pacientes, además de hacer una aproximación a la importancia del cultivo de la compasión como herramienta para la cotidianidad de personal y profesional de las enfermeras y auxiliares de enfermería, que promueve la conciencia de sí y la autocompasión, como base para el desarrollo de la compasión hacia otros, que tiene el potencial de contribuir a la competencia cultural y compasiva.

Se considera fundamental la inclusión de profesionales y auxiliares de enfermeríadebido a que este tipo de entrenamientos ha sido probado y ha mostrado efectos benéficos en población en general e integrantes de equipos de atención en salud, indistintamente de sus conocimientos y competencias para la atención en saludo. Además, es clave el interés de la intervención compleja desarrollada en este estudio, en el que además de los aspectos teóricos, se realizan prácticas de atención plena y generadoras de compasión que pueden favorecer la competencia cultural y compasiva de profesionales y auxiliares de enfermería, que pueden integrar al acto de cuidado desde sus competencias particulares. Este tipo de entrenamientos, resultan novedosos en un país con políticas que invitan a la interculturalidad pero sin brindar lineamientos claros y donde es escasa la investigación sobre la formación al respecto de sus enfermeras.

Finalmente, el cierre del capítulo muestra la necesidad e importancia de estudios de aceptabilidad, factibilidad así como de evaluación de efectos percibidos preliminares por personas destinatarias de la intervención, como paso previo a la prueba formal de intervenciones recién diseñadas como el Entrenamiento en Competencia Cultural y Compasiva (ECCC) desarrollado par el presente estudio, una intervención multi-componente que puede tener impacto en múltiples áreas del cuidado, en cuanto que involucra actividades, prácticas y reflexiones que van más allá de las intervenciones educativas habituales generadas por la disciplina enfermera sobre el tema de estudio, limitadas a aspectos teóricos. Además, se integra al equipo de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), que pese a tener formación y competencias diferentes, pueden acceder a este tipo de entrenamientos y transferirlos a su cotidianidad personal y del cuidados.

En línea con lo anterior, se propone la intervención ECCC como una intervención compleja, multicomponente (teórico, practico –experiencial- y reflexivo), en la que se busca el cultivo de la compasión como base para la competencia cultural y compasiva, a partir de la

conciencia cultural, en donde profesionales y auxiliares hacen conciencia de sí mismos y conectan con la autocompasión para a partir de ello ser concientes de la diversidad cultural y preocuparse por la indagación al respecto, de manera que sean más sensibles ante el sufrimiento propio y del otro, lo reconozcan y actúen para aliviarlo desde una perspectiva culturalmente coherente consigo y con los sujetos de cuidado.

Este entrenamiento toma referentes teóricos de la psicología y la psiquiatría anteriormente mencionados, que para su aplicación en enfermería retoma el Modelo de Papadopoulos y las experiencias de cuidado compasivo y a personas culturalmente diversas de enfermeras y auxiliares de enfermería de la ciudad de Bogotá. De este modo, se garantiza una intervención que va más allá de la mera instrucción teórica al respecto, para ofrecer elementos experienciales y prácticos, así como oportunidades para la reflexión. Sin embargo, esto trae consigo complejidad en la implementación de la intervención, complejidad a explorar para demostrar su aceptabilidad, factibilidad y efecto preliminar en un contexto en el que las personas no están habituadas a este tipo de entrenamientos y prácticas, y que por tanto, invita a re-pensar los métodos de investigación útiles para su evaluación y posible traslación a la cotidianidad de la práctica del cuidado.

Debido a lo anterior, el segundo capítulo correspondiente al diseño metodológico, presenta un estudio para el desarrollo de intervenciones en salud, un tipo de investigación para la prueba de innovaciones, tal como la intervención ECCC, una intervención compleja y una innovación disciplinar, que se desarrolla y evalúa su aceptabilidad, factibilidad y efecto percibido haciendo uso de un diseño de investigación mixto secuencial, que supere las limitaciones propias de los diseños cuantitativos y cualitativos, y que a su vez permite detectar posibilidades de mejora en el proceso de implementación de la intervención.

En este capítulo, se encuentra la descripción de las dos fases del estudio: 1) Modelado de la intervención, que comprende dos momentos, uno de conceptualización del problema y la intervención a partir de una revisión sistemática integrativa y un estudio cualitativo, que finalizan con un momento de operacionalización de la intervención; 2) Prueba piloto de la intervención de entrenamiento para evaluar su aceptabilidad y factibilidad, para lo cual se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC. Así mismo, se incorpora un epígrafe en el que se explica dicho proceso de evaluación preliminar, que incluyó el análisis de las

expectativas y satisfacción con el tratamiento/ intervención ECCC, la evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC y la evaluación cualitativa del proceso de implementación y de efectos percibidos como producto de la intervención ECCC. Por lo tanto, el capítulo presenta las particularidades de los métodos aplicados y las consideraciones éticas correspondientes.

A continuación, se describen los resultados en un tercer capítulo, que refleja los hallazgos para cada una de las fases y momentos del estudio. En su primera fase, se integraron y sintetizaron evidencias sobre experiencias de cuidado de enfermeras y auxiliares de enfermeria en el cuidado a pacientes culturalmente diversos, así como de entrenamientos en compasión y competencia cultural específicos de enfermeria; estas evidencias fueron contextualizadas a la práctica de enfermería en instituciones hospitalarias de Bogotá a través de un estudio cualitativo descriptivo. Esta fase cerró con la operacionalización de la intevención, que a partir de la revisión integrativa, el estudio cualitativo y la experiencia de pasantía internacional, permitió que se propusiera la intervención ECCC.

Seguidamente, se incluyen los resultados de la segunda fase del estudio, es decir, de la prueba piloto de la intervención ECCC, que a través de un estudio cuasi-experimental se enfoca en la evaluación de aceptabilidad y factibilidad, así como en el proceso de implementación de la intervención y su efecto percibido preliminar, a través de la evaluación cuantitativa y cualitativa, con especial predominio de esta última para comprender la evaluación realizada de la intervención ECCC. Por lo tanto, se presentan resultados de caracterización de los participantes y de evaluación preliminar de la intervención así: 1) Examen de aceptabilidad, 2) Examen de factibilidad, 3) Evaluación de materiales y actividades del ECCC, 4) Examen de efectos percibidos de la intervención ECCC; 5) Lecciones aprendidas a partir de las cuales se propone cómo operacionalizar la intervención y su evaluación formal a futuro.

El cuarto capítulo presenta a la discusión que surge como producto del estudio y que muestra el desarrollo teórico al que llega la investigadora, el entrenamiento en competencia cultural y compasiva como una intervención compleja para enfermería, el modelado de intervenciones a partir de revisión de literatura y experiencias que a su vez hacen aporte a la teoría de enfermería, la importancia y utilidad de los estudios de aceptabilidad y factibilidad, los aportes de la investigación cualitativa a la evaluación de intervenciones

complejas. Se hace especial mención al papel de las instituciones hospitalarias en la competencia cultural y compasiva de profesionales y auxiliares de enfermería, así como en la investigación al respecto, y se presentan las limitaciones del estudio. Finalmente, como cierre del documento, se encuentran las principales conclusiones y recomendaciones.

1. Marco Referencial

En este capítulo se presentan elementos que implícitamente dan cuenta de la significancia social, teórica, y disciplinar del estudio propuesto, dada la relevancia del fenómeno a estudio para el conocimiento disciplinar, la práctica de enfermería y su potencial para beneficiar a sujetos y colectivos de cuidado en servicios de hospitalización. Con este fin, se incluyen algunas proposiciones con respecto al cuidado con compasión y culturalmente competente en sociedades multiculturales, la competencia cultural y compasiva en el cuidado de enfermería, el cultivo de la compasión como una herramienta de gran relevancia para la vida personal y profesional, de manera que puede hacerse referencia al entrenamiento en compasión y competencia cultural de manera específica para el cuidado de enfermería, cuáles han sido sus abordajes, el estudio de sus efectos en las capacidades de las enfermeras y en los resultados de salud de los pacientes. En último lugar, se hace una aproximación desde el contexto nacional frente a la formación e investigación de las enfermeras con respecto a la diversidad cultural.

1.1 Cuidado con compasión y culturalmente competente en las sociedades multiculturales

Cabe comenzar por destacar la compasión como componente integral de la práctica de enfermería, considerada por pacientes, familiares, profesionales de salud y responsables políticos como derecho de paciente y esencial para la atención en salud de calidad[3]. El cuidado compasivo es un proceso dinámico, con momentos específicos limitados por el tiempo, y por barreras sociopolíticas y de las instituciones, que deben ser sobrepasadas por enfermería con conocimiento y sensibilidad cultural, tiempo e involucramiento de pacientes y familiares, información oportuna y relaciones de cuidado que resulten terapéuticas. La compasión implica el conocimiento del otro y su sufrimiento, así como el deseo de aliviarlo[3-6], fundamental para el cuidado de enfermería.

La compasión y la cultura están relacionadas, la primera depende de los antecedentes culturales y de la espiritualidad, y se ve influida por factores sociopolíticos; mientras que la segunda se manifiesta de maneras diversa, de acuerdo a las características de cada país, en donde confluyen sociedades multiculturales, que además de las diferencias culturales, expresan falta de acceso al sistema de salud, pobreza, entre otras problemáticas, que requieren de cambios en políticas, sistemas, organizaciones y profesionales de salud[7]

En consecuencia, la competencia cultural contribuye a responder a estas dificultades en aquellos lugares que reflejan la diversidad étnica y cultural[8], donde personas y colectivos requieren de atención específica. Ante esto, profesionales de salud en general, así como enfermeras, auxiliares de enfermería y estudiantes requieren intervenciones para ser más compasivas consigo mismas y con los demás, para promover el bienestar y el cuidado, establecer relaciones compasivas a través de una práctica culturalmente competente y compasiva, para una atención de alta calidad[9-12].

Esto también es planteado por la ética de enfermería, que convoca a desarrollar relaciones más profesionales con los pacientes, y contribuir a la superación de las disparidades en salud, a través de la evaluación crítica de las creencias basadas en la cultura[13]. Es así que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) señala la importancia de que las enfermeras sean y demuestren esta competencia para cuidados coherentes y sensibles a la cultura, que respondan eficazmente a las necesidades de sujetos y colectivos[14].

Así mismo, la Sociedad de Enfermería Transcultural (TCNS) refiere que las enfermeras transculturales deben mostrar compasión y humanización para aliviar conflictos culturales, la imposición cultural y el dolor cultural de poblaciones diversas[15]. Además, la compasión fue para Nightingale una virtud moral de las buenas enfermeras, y actualmente, es uno de los principales valores en el British National Health Service, y uno de los principios de la práctica de enfermería del Royal College of Nursing para atención de calidad, segura y efectiva[6,10].

De manera reciente, se han realizado estudios multicéntricos que abordan la compasión desde las enfermeras, y destacan su relevancia para la práctica, aunque se reconoce que

dada la asociación tradicional de la compasión con lo religioso, no se suele tener en cuenta en la práctica, pero es esencial y requiere de conocimiento y sensibilidad cultural, así como la presencia de las enfermeras, que puede verse favorecida con su enseñanza y el compromiso de las instituciones[5,12].

La compasión y la competencia cultural tienen gran importancia para la atención de enfermería y en salud[9]. La compasión tiene potencial para empoderar a las enfermeras para asumir roles centrales en la solución o prevención de problemas que afectan la comunidad global[16], y la competencia cultural para mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud. Es así que el entrenamiento en esta última ha recibido especial atención por responsables políticos, profesionales y educadores, en países como Estados Unidos, Reino Unido y Australia[17], e incluso The Joint Comission incluye dentro de sus estándares la competencia cultural para atención segura y de calidad, y para acreditar a los hospitales[18]. No obstante, falta claridad conceptual y consenso para establecer lineamientos e integrar la competencia cultural tanto en la atención como en el entrenamiento de profesionales[17], por lo que es necesario trabajar al respecto.

1.2 Competencia cultural y compasiva en el cuidado de enfermería

Para teóricas de enfermería como Eriksson (1992) y Watson (2008, citadas en Blomberg et al., 2016) la compasión es esencial, y requiere de sabiduría, humanidad, amor y empatía, que se expresan cuando la enfermera percibe y reconoce la vulnerabilidad y el sufrimiento del otro, y toma acción para aliviarlo y asegurar su dignidad[4,9].

De otra parte, las particularidades culturales de sujetos y colectivos necesitan prácticas culturalmente competentes para el cuidado, así como enseñanza e investigación en contextos de diversidad. La teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Leininger fue la primera en reconocer estas necesidades y dar un enfoque multicultural a enfermería[19]. El Modelo ACCESS (*Assessment, Communication, Cultural negotiation and compromise, Establishing respect and rapport, Sensitivity, Safety*) ofrece a un marco para facilitar el cuidado culturalmente congruente, sensible y compasiva[20]. El Modelo de Evaluación Transcultural de Giger y Davidhizar fue desarrollado en respuesta a la

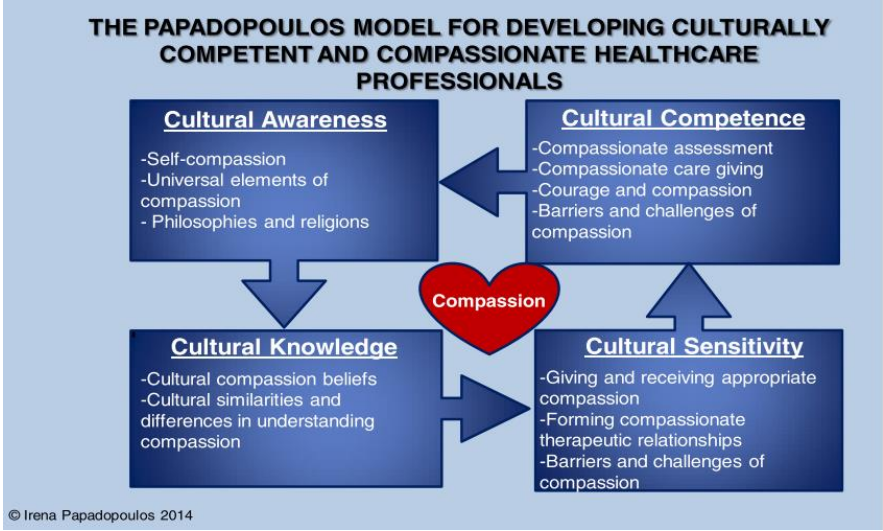
necesidad de estudiantes de enfermería de evaluar y atender a pacientes culturalmente diversos[21].

El Modelo de Competencia Cultural de Purnell se orienta a los niveles de prevención, en donde las enfermeras deben adaptar los conceptos a la cultura de los receptores del cuidado[22]. El Modelo de Competencia Cultural en la Prestación de Servicios de Salud de Campinha-Bacote plantea la competencia cultural como un proceso continuo en el que los proveedores de salud se esfuerzan para trabajar de manera efectiva dentro del contexto cultural del individuo, familia o comunidad[23]. El Modelo de Atención Comunitaria Culturalmente Competente buscar disminuir las disparidades raciales y étnicas, y producir cambios positivos en resultados de salud por atención de enfermeras comunitarias culturalmente competentes[24].

Finalmente, el Modelo para el Desarrollo de Competencia Cultural de Papadopoulos, Tilki y Taylor resulta de especial interés para el estudio planteado, dado que es más claro en el desarrollo de la competencia cultural como un proceso progresivo, en cuatro fases que requieren el abordaje de competencias culturales generales y específicas[25]. Este modelo ha evolucionado en el marco de desarrollo del proyecto Intercultural Nurses in Europe (IENE), financiado por la Unión Europea, al punto de hablar de un Modelo de Competencia Cultural y Compasiva (PPT/IENE4), con dimensiones similares al original: 1) Conciencia cultural y compasiva; 2) Conocimiento cultural y compasivo; 3) Sensibilidad cultural y compasiva; 4) Competencia cultural y compasiva.

La incorporación del constructo compasión al modelo inicial fue consecuencia de una experiencia personal de la Dra. Papadopoulos que la llevó a reconocer la compasión como parte de la competencia cultural y esencia del cuidado de enfermería, una parte fundamental de lo que se enseña, se aprende y se practica en enfermería, que requiere conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermera[26]. La manera en que esquematiza su modelo de Competencia cultural y compasiva, muestra la compasión en el centro y refleja su interés en el desarrollo de dicha competencia en los profesionales de salud, así como los pasos y contenidos básicos para su desarrollo [*Figura 1-1*].

Figura 1-1: Modelo de Papadopoulos para el desarrollo de profesionales de salud culturalmente competentes y compasivos[11].



Fuente: Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, Pezzella A & Foley L. (2016)

Este modelo para el desarrollo de profesionales de salud culturalmente competentes y compasivos reconoce cuatro etapas o momentos que deben atravesar, que comienza con la *conciencia cultural* en donde resulta fundamental la auto-compasión de cada profesiona, es decir, el reconocimiento de sí mismo como ser humano y de su sufrimiento, de los elementos universales de la compasión que se expresa hacia el otro, así como de las filosofías y religiones que fundamentan los diversos modos de vivir y de cuidar de los sujetos[5,11].

Una vez cuenta con esta conciencia, el profesional está en capacidad de desarrollar, buscar activamente y adquirir *conocimiento cultural*, reconociendo las diversas expresiones del sufrimiento, de las similitudes y diferencias en la comprensión de la compasión por los diversos grupos culturales, para posteriormente ser más sensible y manifestar la *sensibilidad cultural,* a través de la cual está en capacidad de recibir y expresar la compasión, a través del establecimiento de relaciones de cuidado compasivas que resultan terapéuticas para el sujeto de cuidado, a pesar de las múltiples barreras y desafíos que esto puede implicar[5,11].

Después de transitar estas etapas, el profesional desarrolla la competencia cultural y compasiva, momento clave en el que está en capacidad de hacer valoraciones de

enfermería y brindar cuidados compasivos, superando las diferentes barreras y desafíos que ha detectado a través de su sensibilidad, y reflejando coraje para expresar la compasión en el cuidado. Es aquí cuando se considera que el profeisonal cuenta con la cualidad humana de comprender el sufrimiento del otro y querer hacer algo para aliviarlo, usando intervenciones de enfermería culturalmente apropiadas y aceptables que tengan en cuenta los antecedentes culturales de pacientes y cuidadores, así como el contexto[5].

En línea con su propuesta de Modelo para el desarrollo de profesionales de salud culturalmente competentes y compasivos, Papadopoulos hace algunas propuestas para el proceso enseñanza-aprendizaje, dentro de lo que destaca la enseñanza teórica en el aula, el aprendizaje basada en la práctica con el modelamiento de roles, la sabiduría práctica y el aprovechamiento de líderes como modelos de roles[26].

Sin embargo, cabe señalar que durante el desarrollo de la tesis, se encuentra que esta propuesta de proceso enseñanza-aprendizaje resulta insuficiente para el desarrollo de enfermeras y auxiliares de enfermería culturalmente competentes y compasivas que expresen los atributos descritos en el Modelo de Papdopoulos, por lo cual se hacen otras aproximaciones a la compasión como base del modelo, tanto desde la experiencia vivida durante la pasantía doctoral, como desde los hallazgos de la revisión sistemática integrativa llevada a cabo para la construcción de la intervención ECCC, que llevan a reconocer la compasión como producto de una respuesta neurocognitiva, y que por tanto puede entrenarse a través del cultivo de la compasión como se explica en el epígrafe siguiente, que podrían ser la base para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva, lo cual pone en evidencia a lo largo del documento[26].

En consecuencia, resulta de gran relevancia para el presente estudio, la integración de la compasión y la competencia cultural para el reconocimiento y comprensión del sufrimiento de los sujetos de cuidado y su alivio mediante intervenciones culturalmente apropiadas y aceptables[5], de gran relevancia para las enfermeras colombianas dadas las características de la población, el momento actual de postconflicto y de acogida de inmigrantes. Es así, que se propone la intervención ECCC, en la cual teoría, práctica y reflexión tanto de los aspectos conceptuales y teóricos, y de las experiencias en el cuidado, así como el reconocimiento de la autocompasión como base de la conciencia, la sensibilidad, el

conocimiento y la competencia cultural y compasiva para consigo mismos, la cual favorecería el cuidado integral de sí, y se convierte en un motivación para el desarrollo de la conciencia, la sensibilidad, el conocimiento y finalmente, la competencia cultural y compasiva que se expresa en el cuidado del otro.

1.3 El *cultivo*[*] de la compasión como herramienta para la cotidianidad personal y laboral

El desarrollo del presente estudio pretende reflejar la compasión como base para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva. Por lo tanto, cabe mencionar que la investigación al respecto es clara en señalar que la compasión implica procesos de evaluación y acción como producto de una respuesta fisiológica, que ha evolucionado como la humanidad, desde el cuidado a una descendencia vulnerable, y como rasgo deseable para las relaciones cooperativas[27]. El desarrollo de la compasión requiere del cultivo de una profunda capacidad y compromiso para comprender el sufrimiento y aliviar el sufrimiento siempre que sea posible, para lo cual se necesita cultivar activamente las cualidades de una mente compasiva, lo cual favorece la plasticidad de las emociones sociales adaptativas, promueve el bienestar personal, la salud mental, mejores relaciones consigo mismo y con otros, actitudes y motivación prosociales, así como mejor afrontamiento de los retos y situaciones estresantes de la vida cotidiana[28-30].

El entrenamiento de la mente compasiva implica ser más consciente de la mente y desarrollar la atención plena (*mindfulness*), de manera que las personas sean observadoras de lo que sucede en la mente, se vuelvan más conscientes, para lo cual la atención plena va más allá de ser una técnica y constituye una manera de ser, para estar completamente presentes en la cotidianidad, y cultivar estados, actitudes y comportamientos compasivos[28,30-31]. Esto, como consecuencia de la estimulación de

[*] Se incluye el término cultivo en cursiva para llamar la atención a la comprensión de la compasión como atributo personal y profesional que debe entrenarse en la cotidianidad para cultivar o desarrollar estados, actitudes y comportamientos compasivos como los que se buscan con el entrenamiento ECCC. Esta manera de hacer referencia al entrenamiento en la compasión es algo en lo que coinciden investigadores como: García Campayo y Demarzo (2015), García-Campayo et al. (2016), Gilbert (2005, 2018), Gilbert y Choden (2014) y Jinpa (2015).

habilidades metacognitivas para que la persona sea consciente de sus pensamientos y su actividad mental, reflexionando sobre ellos, para cambiar las creencias racionalmente y garantizar contenidos mentales seguros y compasivos[32-33]. Por lo tanto, se hace necesario el desarrollo y estudio sobre prácticas de atención plena que incorporen prácticas de meditación que generen sentimientos de compasión por sí mismo y por los otros, cuya práctica continua puede transformar la vida de manera duradera[28,34]. No obstante, esta no es la finalidad del presente estudio, sino que se asume como base teórica para comprender el mecanismo de acción de la compasión y que permite considerar que estudios de prueba formal de la intervención con mayor duración pueden llegar a este tipo de resultados.

El entrenamiento en el cultivo de la compasión apoyado en el uso de tradiciones contemplativas como la meditación, en la que se cultivan sentimientos de calidez, amor y cuidado hacia sí mismo y hacia los demás estimula el sistema neurológico de recompensa, incrementa las emociones positivas y tiene efectos positivos en el afrontamiento de situaciones de exposición al sufrimiento ajeno. Esto es consecuencia de la activación de regiones cerebrales asociadas al afecto positivo y la afiliación, como la red neuronal que incluye la corteza frontal orbital medial, el putamen, el pallidum y el área tegmental ventral[35].

Así mismo, la práctica de la compasión favorece el funcionamiento del sistema neurobiológico de satisfacción, calma y seguridad que proporciona seguridad, paz y alegría en los seres humanos, y a su vez regula el sistema de amenaza y protección así como el sistema de logro que generan emociones como miedo, ansiedad y estrés, contribuyendo a la disminución de la autocrítica, mayor amabilidad consigo mismos, desarrollo de humanidad compartida, disminución de las rumiaciones, repercepción de sucesos vitales negativos y regulación de las emociones[36].

A pesar de lo anteriormente descrito, que refleja la importancia y la utilidad del cultivo de la compasión desde estas perspectivas, esta es un área aún en desarrollo para la disciplina enfermera, como lo refleja la síntesis de evidencias realizada en la primera fase del estudio, donde sólo algunos estudios realizan propuestas desde métodos relacionados con la atención plena y la compasión desde prácticas contemplativas como la meditación, las

cuales hasta ahora comienzan a tener mayor presencia en el contexto colombiano, pero no específicamente en la enfermería.

Por lo tanto, el presente estudio realiza un abordaje inicial a la aceptabilidad y factibilidad, así como de efectos percibidos *preliminares* de la implementación de este tipo de prácticas que son fundamentales para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva a través de la intervención ECCC, en la que se adaptaron culturalmente este tipo de prácticas para que fueran más aceptables y evitar el choque cultural con las enfermeras y auxiliares de enfermería destinatarias de la intervención.

1.4 El entrenamiento en compasión y competencia cultural para el cuidado de enfermería

En línea con lo anteriormente expuesto y de acuerdo a lo que se menciona a lo largo del documento, especialmente como producto de la revisión sistemática integrativa para la construcción de la intervención de entrenamiento (capítulo 3, epígrafe 3.1.2. Enfoque empírico: Revisión sistemática integrativa de la literatura – Entrenamientos en compasión y competencia cultural), es fundamental el interés por la competencia cultural y compasiva para el cuidado de enfermería donde la compasión se considera como eje y que requiere del entrenamiento de la mente compasiva para promover la autocompasión para el cuidado de sí y posteriormente el cambio en las prácticas de cuidado, que tradicionalmente han relacionado la cuidado compasivo con cualidades innatas en los seres humanos, de respeto, dignidad, atención y amabilidad, así como con compromiso, persistencia y presencia dedicada de la enfermera. Sin embargo, esto ha llevado a asumirla como innata y de una manera más intuitiva, incorporándola en la práctica sin comprender su significado e implicaciones resultando en cuidado deficiente, por lo que cabe destacar que puede ser alimentada mediante la formación[3], y mediante el entrenamiento en el cultivo de la compasión como se explicó en el epígrafe anterior.

Además, es importante reconocer que el cuidado de enfermería se realiza en el marco de un trabajo de equipo colaborativo, que implica la inversión de gran cantidad de tiempo y esfuerzos en responsabilidades relacionadas con la administración de los servicios y costos, por lo que profesionales resultan delegando en personal técnico/auxiliar gran parte

del cuidado directo[37-39]. Esto implica un mayor contacto directo y diálogo del personal auxiliar con el paciente[40], un potencial importante para reconocer su situación y recopilar información que puede ser significativa para la planeación del cuidado por parte de la enfermera.

Al respecto, cuidadores de pacientes internados en servicios de hospitalización en el contexto colombiano, reconocen que el profesional de enfermería tiene mayor conocimiento, estatus y poder, pero se mantiene alejado del paciente, mientras que es más notoria la cercanía del auxiliar de enfermería, con quien pueden interactuar y les ayuda a resolver algunas situaciones[41]. En España, una tesis doctoral enfocada al cuidado espiritual desde la vivencia del equipo de enfermería en servicios de hospitalización, destaca que el personal profesional y técnico de enfermería es el que más pasa tiempo desarrollando actividades de cuidado, pese a que la responsabilidad recae en el profesional y concluye que existen pocas diferencias en el cuidado que brindan los integrantes del equipo[42].

Sin embargo, debido a su carácter técnico, las auxiliares de enfermería usualmente son desconocidas en procesos investigativos, pese a que sus aportes pueden contribuir al conocimiento y la capacidad de toma de decisiones en la práctica de las enfermeras profesionales[43]. No osbtante, en los estudios seleccionados para la revisión sistemática integrativa parte de esta tesis, como puede verse en los resultados, incluyen a enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, así como a otros integrantes del equipo de salud, denotando cada vez mayor interés por el reconocimiento del trabajo en equipo en los servicios de hospitalización. Por lo tanto, incluir a enfermeras y auxiliares de enfermería reconociendo su labor como equipo se considera fundamental para prácticas de cuidados culturalmente competentes y compasivos.

De otra parte, algunos estudios destacan el creciente el interés por la compasión y la empatía para establecer relaciones terapéuticas y el cuidado compasivo desde la formación como enfermeras[4]; sin embargo, es poco claro cómo se concibe la compasión y cómo puede mejorarse a través de la educación para incorporarla en los servicios de salud[10], lo que hace necesario su abordaje. La competencia cultural y compasiva genera recompensas para enfermeras y beneficios para pacientes, la “presencia” y el “estar ahí”

permite establecer relaciones estrechas con pacientes y familiares, es base para la consciencia de aspectos como la cultura, la religión, entre otros, que son omitidos pero necesarios para cuidados compasivos y de calidad[5], esencial en el contexto donde se plantea el estudio.

Una revisión sistemática menciona la heterogeneidad de intervenciones, métodos y resultados en el estudio del cuidado compasivo, destacan intervenciones de entrenamiento† para desarrollar habilidades y conocimientos, para introducir modelos de atención e intervenciones de apoyo a enfermeras. Estas reflejan diversidad de bases teóricas, contenidos, instrumentos de evaluación y resultados que señalan mayor empatía y resiliencia, reducción de la fatiga, burnout y estrés postraumático de profesionales, más satisfacción y efectos positivos en la ansiedad de pacientes[9], que hacen pertinente trabajar en entrenamientos que permitan orientar los procesos formativos y promover su inclusión en la práctica.

Una revisión reporta que la enseñanza de las cualidades de la compasión es difícil, en contraste con otras habilidades[3]. Otros factores que afectan la compasión son las habilidades específicas relacionales para conocer al paciente, su sensación de sufrimiento y demostrar respeto[3]. Además, como producto del cuidado compasivo, la atención es más segura, ahorra tiempo y costos, y los profesionales son más felices y resilientes[6].

Otras revisiones sistemáticas refieren incremento en competencia y confianza, mejora en conocimientos, actitudes, habilidades, consciencia de los recursos disponibles para grupos minoritarios como resultado del entrenamiento en competencia cultural[44-47]. Sin embargo, el efecto puede ser parcial o no existir[44], o no ser visible de inmediato[48]. Además, es útil el uso de procesos de reflexión y acción, para que las enfermeras respondan a situaciones complejas y superen los retos ante la diversidad[49], de modo que así se orienta esta propuesta.

† Se prefiere el uso del término entrenamiento a capacitación, educación o formación, porque dentro de las actividades que se seleccionan para trabajar en el desarrollo de la compasión, se incluyen prácticas contemplativas tipo meditación en atención plena y compasión. Estas implican un enfoque más experiencial y práctico que teórico para promover la incorporación de estas prácticas en la cotidianidad, y con ello ejecutar un entrenamiento mental que le permita a las personas aprender a estar en el momento presente, así como desarrollar actitudes y comportamientos compasivos.

Así mismo, cabe destacar que desde la perspectiva de los resultados de salud de los pacientes, la compasión tiene efectos significativamente positivos en la atención paliativa y al final de la vida, cambia la respuesta cerebral al estrés, incrementa el umbral del dolor y la satisfacción del paciente[50], especialmente en aquellos con altos niveles de dolor, ayuda a la rápida recuperación de la enfermedad aguda y a mejorar la gestión de la enfermedad crónica[4,11-12], lo que la hace fundamental para el cuidado de enfermería.

Además, revisiones sistemáticas y estudios de intervención señalan que el entrenamiento en competencia cultural tiene efectos en los resultados de salud de pacientes. Intervenciones culturalmente adaptadas y realizadas por enfermeras entrenadas tienen efectos positivos en resultados clínicos principalmente de pacientes diabéticos, con efectos estadísticamente significativos en control glucémico y presión arterial[46,51-52]. Aunque el efecto no siempre es estadísticamente significativo[47,53], aumentan la confianza del paciente en el profesional, satisfacción con la atención, mejoran los conocimientos, actitudes y comportamientos hacia la enfermedad, estilos de vida saludables, autoeficacia, y adherencia a dieta y tratamiento[46-47,52,54-55].

Desde estudios de revisión y meta-análisis, se fortalece la propuesta y la novedad que ofrece al generar el proceso de construcción de un entrenamiento que integre elementos novedosos sobre el entrenamiento de la compasión y que contemple aspectos propios de la práctica de enfermería en el contexto colombiano para que la intervención sea culturalmente sensible a las enfermeras y auxiliares de enfermería destinatarias. Esto porque son múltiples los programas de entrenamiento en competencia cultural, con bases teóricas, metodologías, duración, población objetivo y efecto, que limitan la posibilidad de establecer conclusiones definitivas, aunque es visible su efecto positivo en competencias de estudiantes, enfermeras y otros profesionales, mejora del cuidado y resultados del paciente[44,56]. Incluso intervenciones de una hora de duración muestran efectos positivos en las enfermeras, aunque resultan no ser suficientes[57]. La mayoría de estudios al respecto incluyen enfermeras u otros profesionales de salud, en algunos casos hacen referencia al personal de enfermería, pero no especifican a quiénes incluyen como parte de dicho personal; sin embargo, señalan resultados positivos[9,45-46,57-59].

Por lo tanto, se requieren estudios sobre intervenciones en competencia cultural y compasiva de las enfermeras y auxiliares de enfermería, en los que es posible innovar en los entrenamientos y su forma de entrega, evaluando su aceptibilidad, factibilidad y efectos preliminares percibidos por la población destinaria, de modo que se aporte a la disciplina una intervención que pueda ser sometida posteriormente a prueba formal, como una forma de uso racional de los recursos.

Cabe destacar que este tipo de estudios, requieren la construcción de intervenciones desde enfoques teóricos, empíricos y participativos que implican tener en cuenta a los destinatarios (enfermeras-auxiliares de enfermería) y quienes se pueden ver beneficiados (pacientes) como consecuencia de su desarrollo, con el fin de ganar claridad frente al problema a ser abordado con la intervención, (experiencias, severidad, manifestaciones, factores contribuyentes, consecuencias), e integrar la experiencia clínica y los valores del paciente para desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas y sensibles que mejoren sus potenciales efectos, y motiven prácticas basadas en evidencias para cuidados de alta calidad[60-63].

1.5 Diversidad cultural, formación e investigación de enfermeras colombianas

De acuerdo a la constitución nacional, Colombia es un país pluriétnico y multicultural, y por un estudio que empleó un modelo de redes muestra sus procesos de migración interna, destacando de manera especial la movilidad al interior del país, fenómeno altamente mediado por la violencia y aspectos económicos[64], que ha derivado en sociedades culturalmente diversas. En Bogotá, la mayoría de la población considera no tener pertenencia étnica (98,27%), pero se asientan poblaciones indígenas (0,23%), afrocolombianas (1,49%) y ROM (0,01%)[65]. Además, es la principal receptora de los migrantes internos del país[64], entre otros, acoge al 1,08% de la población indígena del país, al 2,27% de la población afrocolombiana y al 10,77% de la población ROM[65], a lo que se añade el reciente fenómeno migratorio desde Venezuela, con lo que son diversos los grupos poblaciones en Bogotá que requieren cuidado de enfermería con competencia cultural y compasiva.

En línea con los artículos 7, 13 y 70 de la Constitución Política de 1991, con respecto a la diversidad étnica y cultural, así como la igualdad y dignidad de las culturas en el país, el distrito de Bogotá cuenta políticas públicas para "garantizar, proteger y restituir los derechos individuales y colectivos de los diferentes pueblos (indígenas, Rom y raizales), en Bogotá, mediante la adecuación institucional y la generación de condiciones para el fortalecimiento de la diversidad cultural, social, política y económica y el mejoramiento de sus condiciones de vida, bajo el principio del Buen Vivir". Las correspondientes políticas públicas fueron adoptadas mediante el Decreto 543 de 2011 para los Pueblos Indígenas en Bogotá[66], el Decreto 554 de 2011 para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal[67]; el Decreto 582 de 2011 para el grupo étnico Rom o Gitano[68]. Así mismo, se adoptó la Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2011-2016[69].

De modo similar, el Plan de Desarrollo busca el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de sus derechos[70], y el Plan Territorial de Salud (PTS) de Bogotá D.C. reconoce que la ciudad está en proceso de construcción y crecimiento continuo, que es pluriétnica y multicultural con población heterogénea y diversa, producto de los procesos de migración interna y externa. El PTS reconoce la diversidad, las inequidades y las desigualdades, que requieren una mejor respuesta en salud con intervenciones diferenciadas y focalizadas, que tenga en cuenta cuestiones culturales y de género[71]. El Balance Social del Distrito para el año 2015 refleja la identificación de individuos con pertenencia étnica, el cubrimiento a cuatro grupos étnicos en la construcción de una estrategia de salud intercultural[72].

El Distrito señala algunos avances en la implementación del modelo de Sistema Intercultural de Salud Pública Indígena (SISPI) en subprogramas de salud colectiva para la diversidad y la inclusión para la población víctima de la violencia, residente o desplazada a la ciudad, como la construcción de una estrategia de salud intercultural para incorporar las características culturales y particulares de la población indígena al Modelo de Atención Integral en Salud de Bogotá, D.C., así como permitir el goce efectivo del derecho a la salud, el reconocimiento de sus particularidades para un enfoque diferencial y la implementación de rutas de atención que aúnen la medicina ancestral y la medicina occidental a diseñar

por el Estado[73]. Además, se señalan algunos avances en el desarrollo de un Modelo de atención diferencial para la población LGBTI, con algunos abordajes desde subprogramas como el de Adultos saludables y vejez humana, así como desde salud mental[73].

Así mismo, la Política de Atención Integral en Salud reconoce que los problemas de salud tienen origen o se ven potenciados por las condiciones de vida y el contexto de las poblaciones, así como una gran deuda en la formación sobre culturas médicas tradicionales y la implementación del enfoque intercultural. Menciona el enfoque diferencial como estrategia para reconocer y actuar, pero no da claridades sobre implicaciones para los profesionales ni para las propuestas de formación[74]. Por su parte, el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia destaca la necesidad de que el paciente y su familia reciban atención congruente con sus características y necesidades socioculturales, para lo cual las instituciones deben contar con procesos para hacer tal evaluación e intervenir adecuadamente[75].

De modo similar, la investigación en el país deja ver carencias en el abordaje del cuidado cultural, la competencia cultural, la compasión, y en mayor medida, de la competencia cultural y compasiva en el cuidado. Algunos estudios descriptivos transversales determinan un nivel moderado de competencia cultural de enfermeras, y destacan que los programas de enfermería no forman en diversidad cultural[76]. Otros estudios con intervenciones adaptadas culturalmente señalan efectos positivos[77-78]; sin embargo, no hay estudios sobre entrenamiento de enfermeras en estos temas.

De otra parte, la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, establece competencias para enfermería alineadas con la Ley 266 de 1996 donde se plantea la necesidad de competencias transversales para que las enfermeras respondan al mundo globalizado[79]. Aunque mencionan la diversidad cultural, los saberes y prácticas de cuidado cultural, no se habla de competencia cultural y compasiva, ni de la manera en que debe formarse al respecto. Esto aunado a lo político y social de la ciudad de Bogotá como sociedad multicultural, la falta de formación y estudios al respecto, muestra la necesidad de una investigación como esta.

1.6 Aceptabilidad y factibilidad en intervenciones complejas

Enfermería tiene un papel fundamental ante los desafíos de las sociedades actuales, y en especial de la diversidad cultural de los sujetos y colectivos en los diferentes escenarios donde brinda cuidados, desarrollando para ello intervenciones con diferente nivel de complejidad, dados los múltiples componentes de la interacción enfermera-paciente, que además influyen en resultados de salud del paciente. Por lo tanto, es de gran relevancia el desarrollo de intervenciones que contribuyan a ampliar el conocimiento de las enfermeras, desde una perspectiva basada en la evidencia, que supere la práctica basada en la tradición disciplinar, y que a su vez tenga en cuenta la particularidad de sujetos y colectivos[80].

Las intervenciones complejas en enfermería tienen un carácter multi-componente que ha llevado a re-pensar en los métodos de investigación que permitan analizar los componentes, la eficacia, efectividad, aplicabilidad, utilidad y posibilidad de traslación a la cotidianidad de la práctica del cuidado. En consecuencia, existen múltiples recomendaciones para la investigación desde estudios mixtos del desarrollo, factibilidad, evaluación e implementación, reconociendo este tipo de investigaciones como un proceso dinámico pertinente para dar respuesta a la complejidad de los fenómenos a indagar[80-81].

El diseño y prueba formal de intervenciones complejas requieren la evaluación de su aceptabilidad y planificación de su entrega, a partir de opiniones de los principales interesados y expertos, donde resulta pertinente y necesario el uso de métodos cuantitativos y cualitativos, diferentes a los ensayos clínicos aleatorios, que superen sus posibles limitaciones, y que a su vez permitan detectar aspectos de mejora en el proceso de implementación de la intervención, así como otros posibles beneficios y daños que podría llegar a generar[82]. Estudios de revisión resaltan la importancia de evaluar los entrenamientos en competencia cultural haciendo uso de métodos mixtos de investigación, que aprovechen las potencialidades de los dos diseños para una comprensión en profundidad de las estrategias que pueden resultar más efectivas[83].

1.7 Evaluación cualitativa de intervenciones complejas

La investigación de evaluación cualitativa requiere del uso de métodos cualitativos para una mayor comprensión del efecto de intervenciones y políticas, generalmente cuando estas son nuevas, cuando surgen problemas en su implementación o si se requiere saber si funcionan y cómo lo hacen, o comprender la relación entre contexto, mecanismo y resultado. Cabe anotar que la investigación evaluativa puede ser de estrategia, proceso y resultado; la primera se orienta a la descripción del sistema social a estudio antes de que ocurra el cambio y para adaptar la intervención al contexto; la segunda, al proceso de implementación para conocer las experiencias y puntos de vista de los participantes; y la tercera, para establecer si la funciona o no, valiéndose de diversos indicadores o indagando sobre cómo la intervención ha afectado la vida de las personas[84]. Dentro de los métodos de evaluación cualitativa, se destacan la entrevista, grupos focales, análisis de documentos, observación, grabaciones y diarios.

La evaluación de *intervenciones complejas* requiere el uso de métodos cuantitativos y cualitativos, pero puede priorizarse uno u otro de acuerdo a la evidencia de la intervención o a la etapa del proceso de evaluación. El presente estudio realiza el diseño y evaluación preliminar de la intervención, se emplean medidas cuantitativas básicas para conocer detalles sobre la aceptabilidad y factibilidad de su implementación, así como información cualitativa que permite comprender más detalladamente cómo funciona la intervención a pequeña escala, facilitando el refinamiento de la intervención, y se prevean las barreras y limitaciones para su posterior evaluación a mayor escala[82,85]. Este análisis del proceso también puede brindar nociones de cuáles pueden ser los efectos esperables y los factores que pueden favorecer la variabilidad en los resultados, por ejemplo, aspectos organizacionales que promueven o limitan la participación en la intervención.

La evaluación de intervenciones con diseños no aleatorios, como la que se lleva a cabo en el presente estudio es útil cuando el presupuesto es limitado y las características de la intervención pueden hacer que sus efectos en el corto plazo sean pequeños, o requieren mucho tiempo, lo cual dificulta la medición del tamaño de sus efectos. La evaluación del proceso de implementación de la intervención a estudio contribuye a conocer porqué una intervención resulta exitosa o fallida, o tiene consecuencias inesperadas, cómo puede

mejorarse, así como los factores del contexto que puede influir tanto en el proceso como en los resultados. Sin embargo, la fidelidad en la implementación de intervenciones complejas puede dificultarse dada la cantidad de componentes de la misma, y por eso es fundamental tener claro hasta qué punto puede modificarse o realizarse cambios[81-82,84-85].

1.8 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la aceptabilidad, factibilidad y el efecto preliminar de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización?

1.9 Objetivos de Investigación

1.9.1 Objetivo General

Desarrollar y realizar la evaluación preliminar (aceptabilidad, factibilidad y efecto percibido) de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización.

1.9.2 Objetivos Específicos

- Sintetizar los hallazgos de investigaciones sobre experiencias y entrenamientos a enfermeras de hospitalización con respecto a la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas.
- Explorar las experiencias de enfermeras de dos hospitales de Bogotá sobre la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas.
- Establecer la aceptabilidad y factibilidad de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para profesionales y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización de Bogotá.
- Describir el efecto percibido por enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización de Bogotá con respecto a la intervención desarrollada.

1.10 Conceptos principales

- Entrenamiento en Competencia Cultural y Compasiva (ECCC): Intervención de entrenamiento para profesionales y auxiliares de enfermería, que a través de cuatro sesiones, una vez por semana, de 90 minutos de duración, a través de la integración elementos teóricos, prácticos experienciales de atención plena y compasión, así como reflexivos sobre la cotidianidad del cuidado y de cómo trasladar a esta los aprendizajes. Esta intervención tiene el potencial de favorecer el desarrollo de la competencia cultural y compasiva, permitiendo que los participantes exploren la conciencia de sí, de su diversidad cultural, reconozcan el sufrimiento propio y desarrollen autocompasión, como paso previo a la búsqueda de conocimiento y expresión de la sensibilidad frente al sujeto de cuidado para reconocer su sufrimiento y aliviarlo a través de cuidados culturalmente congruentes con sus necesidades y las de su familia.
  Definición operacional: Intervención de Entrenamiento en Competencia Cultural y Compasiva (ECCC) (Epígrafes 2.2.3 y 3.1.4 Operacionalización de la intervención y su mecanismo; Tabla 3 3: Sistematización del diseño de la intervención ECCC. Tabla 3 4: Estructura de las sesiones de la intervención ECCC).

- *Intervención compleja:* Conjunto de actividades interrelacionadas que los profesionales de salud llevan a cabo, que reflejan una serie de funciones cognitivas, verbales y físicas objeto de la práctica profesional. Su complejidad está dada por la interacción de múltiples componentes direccionados a aspectos modificables de un problema de salud o un dominio particular de la condición general del cliente, dentro de los cuales pueden encontrarse estrategias individuales o comunitarias, cognitivas o comportamentales, con dificultad en su implementación e implicación de múltiples niveles organizacionales[60,81,85-86].
  Definición operacional:
  Intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva (ECCC) (Epígrafes 2.2.3 y 3.1.4 Operacionalización de la intervención y su mecanismo).

- *Competencia cultural y compasiva:* Cualidad humana de comprender el sufrimiento del otro y querer hacer algo para aliviarlo, usando intervenciones de enfermería

culturalmente apropiadas y aceptables que tengan en cuenta los antecedentes culturales de pacientes y cuidadores, así como el contexto[5]. Para llegar a ser culturalmente competente y compasiva, una enfermera debe tener *consciencia* de su propio grupo cultural e identidad cultural para comprender la importancia de la propia herencia cultural y la de otros; *conocimiento* proveniente de la formación profesional y de la experiencia con personas culturalmente diversas para comprender sus creencias, comportamientos de salud y los problemas que enfrentan; *sensibilidad* para el desarrollo de relaciones interpersonales apropiadas y horizonales con el sujeto de cuidado[11].

Definición operacional:

- Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería cuidando con competencia cultural y compasiva en instituciones hospitalarias de Bogotá.
- Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería de instituciones hospitalarias de Bogotá antes, durante y al finalizar su participación en la intervención ECCC.

- *Evaluación preliminar:* Evaluación del proceso y mecanismos o vías causales hipotéticas por las cuales funciona la intervención, así como de los moderadores contextuales del proceso de implementación. Se destaca la evaluación de los cambios como producto de la intervención, las experiencias durante la misma y los factores del contexto que influyen en su desarrollo, los cuales pueden ayudar a comprender la viabilidad de la intervención y brindar elementos para optimizar su diseño y evaluación[85].

  Definición operacional:

  - Escala de expectativas y satisfacción con el tratamiento (Epígrafe 2.4.2).
  - Instrumento para la evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC (Epígrafe 2.4.3).
  - Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería cuidando con competencia cultural y compasiva en instituciones hospitalarias de Bogotá, durante la implementación y al finalizar su participación en la intervención ECCC (Epígrafe 2.4.4).

- *Experiencia:* Las experiencias constituyen una base para la generación de conocimiento, para la acción y la reflexión de las personas, que son quienes las organizan para narrarlas, teniendo en cuenta su cultura, emociones, experiencias previas, entre otras razones[87].

  Definición operacional:

  - Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería cuidando con compasión y a personas culturalmente diversas en instituciones hospitalarias de Bogotá.
  - Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería cuidando con competencia cultural y compasiva en instituciones hospitalarias de Bogotá, previo, durante la implementación y al finalizar su participación en la intervención ECCC.

- *Aceptabilidad:* "Construcción multifacética que refleja el grado en que las personas que brindan o reciben una intervención de atención médica la consideran apropiada, basada en respuestas cognitivas y emocionales anticipadas o experimentadas a la intervención"[88].

  Definición operacional:

  - Escala de expectativas y satisfacción con el tratamiento (Epígrafe 2.4.2).
  - Instrumento para la evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC (Epígrafe 2.4.3).

- *Factibilidad:* Responde a la pregunta "¿Se puede hacer este estudio?", por lo cual se utilizan para estimar parámetros importantes que se necesitan para diseñar el estudio principal. "Generalmente implica enumerar aquellos parámetros que son inciertos y describir los métodos para mejorar su precisión para que el estudio principal tenga una mejor oportunidad de éxito"[89].

  Definición operacional:

  - Escala de expectativas y satisfacción con el tratamiento (Epígrafe 2.4.2).
  - Instrumento para la evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC (Epígrafe 2.4.3).
  - Flujo de participantes en la intervención ECCC.

- *Efecto percibido:* Perspectivas en primera persona de los participantes sobre cómo experimentan una intervención y cómo esta influye en su desempeño, desde el significado y el valor que le otorgan a la intervención, al compromiso y motivación que su implementación trae consigo, los cambios potenciales en la práctica, así como la reflexión sobre los efectos de dichos cambios para la transformación del cuidado[90,91].

  Definición operacional:

  - Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería de hospitales de Bogotá durante la implementación de la intervención ECCC.
  - Descripción de la influencia de la intervención ECCC en la vida cotidiana personal y laboral de enfermeras y auxiliares de enfermería de hospitales de Bogotá.

2. Marco Metodológico

2.1 Tipo y diseño del estudio

Estudio para el desarrollo de intervenciones, un tipo de investigación orientada a probar innovaciones, a la evaluación sistemática del mérito o valor de las intervenciones, que depende de si las intervenciones son apropiadas, seguras y efectivas para gestionar los problemas de los clientes y mejorar su salud[62-63,86]. Algunas intervenciones pueden considerarse como complejas cuando son multicomponente, requieren de diversas actividades para su entrega y estas tienen algún nivel de dificultad, son diversos los grupos destinatarios, se pretende obtener múltiples resultados, y puede adaptarse a circunstancias concretas[81,86].

Para el desarrollo de intervenciones, existen diversas propuestas metodológicas, y la más conocida y ampliamente usada por profesionales de la salud es la del Medical Research Council (MRC); sin embargo, desde la disciplina de enfermería se cuenta con propuestas como las de Polit y Beck, y Sidani y Braden, que hacen especial referencia a la comprensión previa del problema para orientar la intervención y el análisis de sus efectos [*Tabla 2-1*][62-63,81,86].

En consecuencia, dada la novedad y la complejidad del entrenamiento para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva por profesionales y auxiliares de enfermería, se asumen las dos primeras fases de la propuesta de Sidani[63] como se puede ver en la estructura de los epígrafes que se desarrollan a continuación, en los que se incluye el desarrollo metodológico para cada uno de los momentos que hace parte de cada fase que intenta reflejar la secuencialidad del proceso en sus fases 1 y 2, y el desarrollo concurrente dentro en la segunda fase, en los que se retoma literatura científica y experiencias de enfermeras, así como otras intervenciones disponibles, para construir una nueva que contempla múltiples componentes que se presentan en su modelado y operacionalización,

que incluyen elementos teóricos y experienciales de prácticas formales y no formales de atención plena y compasión.

Sin embargo, cabe precisar que en la segunda fase, por asuntos propios de la investigación y del fenómeno a estudio, para el estudio se hace una adaptación de la propuesta de Sidani[63], en donde se evalúa la aceptabilidad, factibilidad, así como los efectos preliminares de la intervención ECCC y de factibilidad de los métodos de investigación, lo cual permite ver las limitaciones del abordaje cuasi-experimental para la evaluación de intervenciones como el ECCC. Es entonces, que se retoma la propuesta de Polit y Beck[86], lo cual permite hacer especial énfasis en generar evidencia preliminar de que la intervención tiene potencial para ser beneficiosa y se hace una propuesta para su refinamiento, en términos de los aspectos clave a tener en cuenta para su implementación e indicadores de efecto para una posible evaluación de eficacia de la intervención (fase 3).

En consecuencia, la complejidad del fenómeno permite señalar que su indagación no puede ser forzada a un solo tipo de abordaje metodológico, los hallazgos cualitativos permiten ampliar y ayudan a explicar la comprensión obtenida como producto de los datos cuantitativos en cuanto a la aceptabilidad, factibilidad y efecto preliminar de la intervención. El estudio responde a la necesidad de desarrollar y contextualizar una intervención sobre competencia cultural y compasiva, de la cual se requería conocer con respecto al proceso de implementación para determinar su aceptabiidad, factibilidad y la posibilidad de su estudio formal e implementación en las instituciones de salud, como consecuencia de la novedad y especificidad de la misma[86].

Por lo tanto, para hacer operativa la propuesta de Sidani con respecto al diseño y prueba de intervenciones de enfermería, se seleccionó una metodología mixta secuencial y concurrente. Secuencial en cuanto que se desarrollaron dos fases consecutivas nominadas: *CUAL → cuan + CUAL (CUALITATIVA → cuantitativa + CUALITATIVA),* denotando el predominio de los métodos cualitativos de acuerdo al lenguaje empleado por Polit y Beck (2012)[86].

Tabla 2-1: Propuestas metodológicas para el diseño de intervenciones complejas.

Medical Research Council[81]	**Polit y Beck (2012)**[86]	**Sidani (2015)**[63]
Fase 1. Desarrollo de la intervención: a. Identificación de la evidencia b. Identificación/ desarrollo de la teoría c. Modelado de proceso y resultados	Fase 1. Desarrollo de la intervención: a. Revisión de literatura relevante b. Desarrollo de teoría de la intervención c. Investigación exploratoria y descriptiva d. Consulta con expertos e. Lluvia de ideas y trabajo en equipo f. Diseño de la intervención preliminar	Fase 1. Modelado de la intervención: a. Conceptualización del problema b. Conceptualización de la intervención c. Operacionalización de la intervención y su mecanismo
Fase 2. Viabilidad/ pilotaje: a. Prueba de procedimientos b. Estimación de reclutamiento/ retención c. Determinación del tamaño de la muestra	Fase 2. Prueba piloto de la intervención: a. Factibilidad b. Evidencia preliminar de que intervención tiene potencial para ser beneficiosa c. Refinamiento de la intervención	Fase 2. Prueba piloto de la intervención y los métodos de investigación: a. Examen de aceptabilidad b. Examen de factibilidad c. Examen de efectos de la intervención d. Examen de factibilidad de los métodos de investigación
Fase 3. Evaluación: a. Evaluar la efectividad b. Comprender el proceso de cambio c. Evaluar costo-efectividad	Fase 3. Ensayo controlado: a. Fidelidad de la intervención b. Clarificación de la intervención c. Variación en efectos d. Significancia clínica e. Interpretación de los efectos f. Visibilidad	Fase 3. Examen de la eficacia de la intervención: a. Evaluación de la relación causal entre la intervención y los resultados
Fase 4. Implementación: a. Difusión b. Vigilancia y monitoreo c. Seguimiento a largo plazo	--	Fase 4. Determinación de efectividad de la intervención: a. Reproducibilidad de las relaciones entre intervención y resultados bajo diferentes condiciones de la cotidianidad
--	--	Fase 5. Traslación de la intervención: a. Evaluar utilidad clínica de la intervención

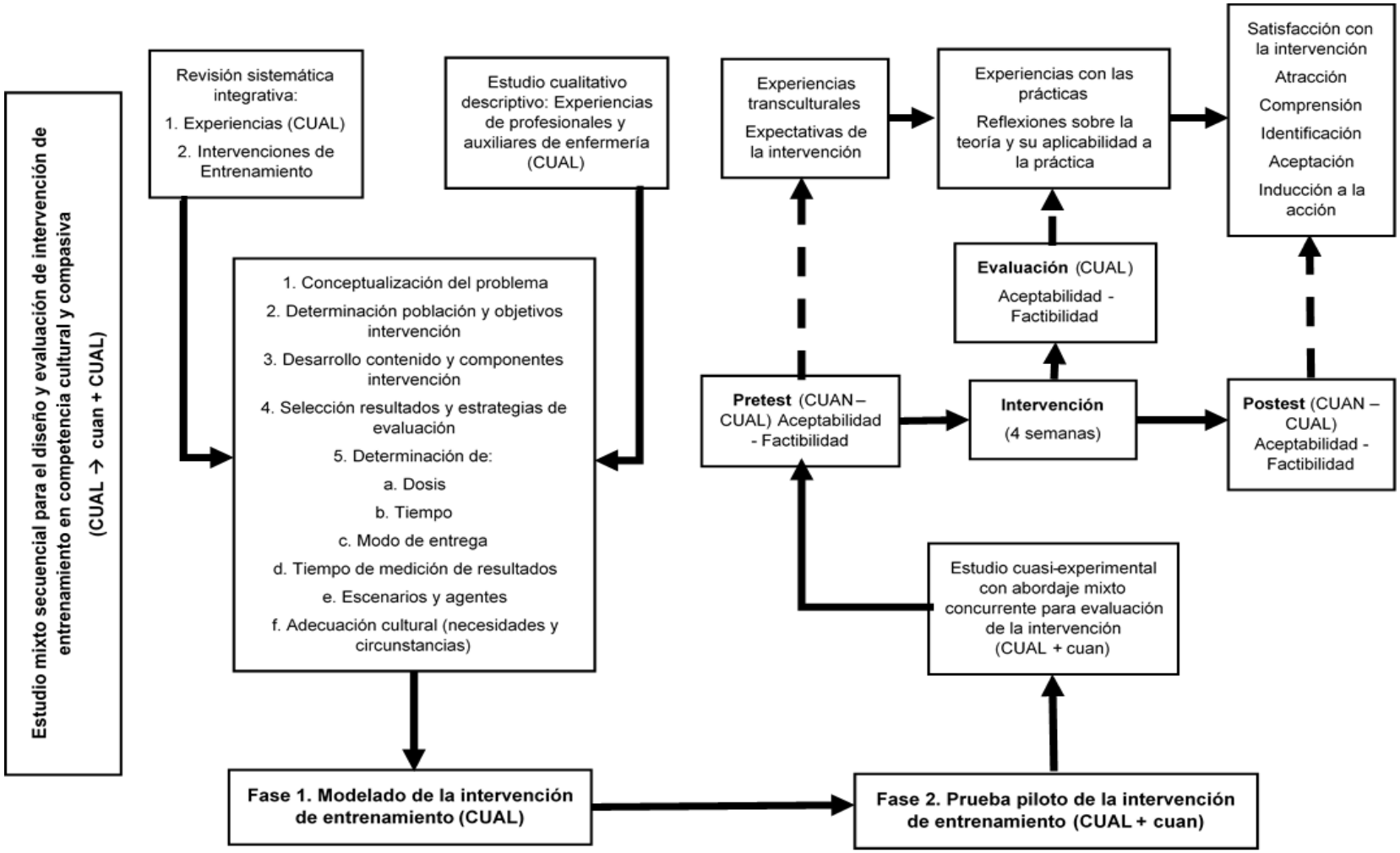
Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describe el desarrollo de las fases del estudio: 1) Modelado de la intervención, con un momento de revisión y otro de estudio cualitativo descriptivo (CUAL), que permitieron operacionalizar la intervención y, 2) Estudio cuasi-experimental de la

aceptabilidad y factibilidad de la intervención, que requirió de un abordaje mixto concurrente para la evaluación exploratoria de la intervención de entrenamiento, en cuanto a que previo e inmediatamente al finalizar su implementación se recogieron datos cuantitativos (CUAN) y cualitativos (CUAL), recogidos de manera concurrente con predominio de lo cualitativo por lo que se nomina cuan + CUAL, para determinar aceptabilidad, factibilidad y efectos percibidos por los participantes[86] [*Figura 2-1*].

En el presente estudio, resulta pertinente, relevante e innovador el uso de métodos mixtos porque permiten la integración de las inferencias realizadas a partir de los hallazgos cuantitativos y cualitativos, considerando su complementariedad para enriquecer el análisis de los fenómenos, integrándolos para la construcción de una metainferencia sobre el fenómeno, superando las limitaciones del uso de cada enfoque por separado[86].

Figura 2-1: Estudio mixto secuencial para el diseño y evaluación de intervención ECCC (CUAL → cuan + CUAL).



Fuente: Elaboración propia.

2.2 Fase 1. Modelado de la intervención

2.2.1 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura

Se llevó a cabo un proceso de revisión sistemática enfocado a la conceptualización del problema y de la intervención, que responde a dos preguntas de revisión, y que se desarrolló siguiendo los pasos propuestos por Sidani y Braden[62-63]: 1) Clarificar el problema, 2) Especificar las palabras clave, 3) Criterios de inclusión, 4) Realizar la búsqueda, 5) Extraer los datos, 6) Sintetizar los datos.

- *Clarificar el problema:* Estuvo enfocado en dos grandes problemas:
    - *Problema 1.* ¿Cuáles son las experiencias de enfermeras en el cuidado compasivo y/o a personas culturalmente diversas en servicios de hospitalización?;
    - *Problema 2.* ¿Cuáles son las intervenciones relacionadas con la competencia cultural y la compasión y sus efectos en los resultados de salud de los pacientes?.

- *Especificar las palabras clave:* Términos MeSH, DeCS y lenguaje natural: cultural competence, transcultural nursing, transcultural care, health care delivery, transcultural care, compassion, empathy, health outcomes, outcomes (health care), outcome assessment, process assessment (health care), patient outcomes, clinical outcomes, intervention, competencia cultural, asistencia sanitaria culturalmente competente, enfermería transcultural, compasión, empatía, evaluación de resultado (atención de salud), evaluación de los resultados del paciente, resultados de salud, resultados del paciente, resultados de los pacientes, resultados clínicos, intervención. Se construyeron ecuaciones con los anteriores y los operadores booleanos AND, OR y NOT.

- *Criterios de inclusión:* Se incluyeron estudios de investigación primaria (cualitativos o cuantitativos), revisiones sistemáticas tipo metasíntesis o meta-análisis, publicados en formato artículo, en inglés, español o portugués, sin tener en cuenta

su fecha de publicación, hasta la fecha final de ejecución de las ecuaciones de búsqueda (julio de 2018).

- *Realizar la búsqueda:* Bases de datos, recursos electrónicos y metabuscadores: TripDatabase, Epistemonikos, Web of Science, CINAHL, Nursing@Ovid, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, CUIDEN Plus, Google Scholar, Descubridor (UNAL).

- *Extraer los datos:* Se extrajeron datos metodológicos relacionados con el diseño de investigación, tamaños de muestra, las técnicas de recolección de información, instrumentos de medición, técnicas de análisis. Del mismo modo se extrajeron datos sustantivos relacionados con la población objetivo, el contexto, la presentación del problema, factores que contribuyen con el problema, sus resultados. Para este fin, se diseñó una matriz en Microsoft Excel® que facilitó el procesamiento y posterior análisis de la información.

- *Sintetizar los datos:* La gestión de la información se realizó con apoyo del software NVivo 12®, y se empleó la estrategia de análisis temático guiada por lo propuesto por la Espiral de análisis de datos de Creswell y Poth, que incluye cinco actividades centrales con sus correspondientes estrategias analíticas[92]: 1) Gestionando y organizando los datos, 2) Leyendo y anotando ideas emergentes, 3) Describiendo y clasificando códigos en temas, 4) Desarrollando y evaluando interpretaciones, 5) Representando y visualizando los datos, con el fin de ofrecer una interpretación que va más allá de los estudios primarios[93-94]. Se realizaron dos procesos analíticos independientes para cada uno de los problemas enumerados.

  El análisis para el problema 1 fue llevado a cabo del siguiente modo: 1) Codificación línea por línea del texto del epígrafe resultados en códigos inductivos, 2) Desarrollo de temas descriptivos, algunos de los textos hicieron parte de más de un código y tema, fueron verificados posteriormente por la directora de tesis para verificar pertinencia, coherencia, el significado y contenido; 3) Generación de un esquema para establecer la relación entre temas. Se procedió a reagrupar o suprimir los redundantes y generar temas analíticos. La directora de tesis hizo proceso de validación y mediante consenso se obtuvo 3 temas: Tema 1. Compasión y cuidado

culturalmente congruente en la práctica hospitalaria, Tema 2. Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente, Tema 3. Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente y 14 subtemas presentados en los resultados.

En cuanto a la búsqueda de intervenciones de entrenamiento (problema 2), el análisis fue más integrativo, orientándose a los contextos donde fueron desarrolladas e implementadas, así como la información con respecto a su duración y frecuencia, los instrumentos de medición y otras evaluaciones empleadas, así como sus efectos. Finalmente, se estructuró una síntesis integrada de la evidencia cualitativa y cuantitativa con las convergencias/discrepancias entre enfoques, variabilidad de la experiencia entre clientes y contextos para explorar la complejidad de las intervenciones revisadas[62-63,95].

2.2.2 Conceptualización del problema y de la intervención: Estudio cualitativo descriptivo

De acuerdo a la propuesta de Sidani y Braden[62-63], se realizó un estudio cualitativo descriptivo con el fin de contribuir a la conceptualización del problema y de la intervención, así como a la contextualización de las evidencias producto de la revisión sistemática integrativa.

- *Participantes:* A través de muestreo intencional[83,85] se vincularon 13 profesionales de enfermería y 15 auxiliares de enfermería de un hospital público y un hospital privado de alta complejidad en la ciudad de Bogotá, en los turnos mañana, tarde o noche.

- *Criterios de inclusión:* Enfermeras y auxiliares de enfermería en servicios de hospitalización de adultos, con experiencia laboral de al menos un año y por lo menos seis meses laborando en la institución.

- *Recolección de información:* Una vez obtenido el aval institucional [*Anexo A*], el abordaje fue realizado por la investigadora principal mediante entrevistas semi-

estructuradas individuales a auxiliares y profesionales de enfermería, de entre 20 y 40 minutos de duración, en cada una de las instituciones (hospital público y hospital privado), y que aportaron a la *Conceptualización del problema y de la intervención*. Se solicitó consentimiento informado para su participación [*Anexo B*], y las preguntas orientadoras se determinaron en consenso con la diractora de tesis:

- ¿Cómo cuida a personas culturalmente diversas? (Si no comprende, explicarle nuestra visión de diversidad cultural)
- ¿Podría contarnos alguna experiencia de cuidado a personas culturalmente diversas que haya sido especialmente significativa para usted?
- ¿Cómo es cuidar con compasión para usted? (Si no comprende la compasión como el reconocimiento del sufrimiento y hacer algo para aliviarlo, entonces explicarle esta perspectiva y que a partir de esto nos cuente).
- ¿Cómo reconoce el sufrimiento del paciente?, ¿qué hace para aliviarlo?
- ¿Nos puede compartir alguna experiencia en la que sintió que cuidó con compasión a algún paciente?
- ¿Considera que cuenta con suficiente tiempo y formación para cuidar con compasión y a personas culturalmente diversas?
- ¿Qué tipo de formación le gustaría recibir al respecto?
- Si le digo que en el hospital se le brinda la posibilidad de capacitarse al respecto, en un programa de cuatro semanas, de 90 minutos una vez por semana, ¿sería de su interés, asistiría?

- *Análisis de la información:* Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad por tres estudiantes de último semestre de enfermería en documento de Microsoft Word® y verificadas por la investigadora principal, quien las exportó al software NVivo 12 Pro para su análisis temático.

  Este análisis siguió la Espiral de análisis de datos propuesta por Creswell y Poth que incluye cinco actividades centrales con sus correspondientes estrategias analíticas[92]: 1) Gestionando y organizando los datos, 2) Leyendo y anotando ideas emergentes, 3) Describiendo y clasificando códigos en temas, 4) Desarrollando y evaluando interpretaciones, 5) Representando y visualizando los datos.

Como producto del proceso anteriormente descrito, se obtuvo 276 unidades de texto que se distribuyeron en cuatro códigos y dos temas: 1) El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos, y 2) El cotidiano del cuidado y la superación de barreras. Finalmente, se construyeron las proposiciones y diagramas que reflejan la comprensión de los dos temas y síntesis de los hallazgos.

Para realizar el proceso de triangulación entre investigadoras, los temas emergentes del proceso de análisis llevado a cabo por la investigadora principal y las unidades de texto que los soportan fueron revisados por la directora de tesis, y en consenso se determinaron los temas finales.

2.2.3 Operacionalización de la intervención y su mecanismo

Según Sidani, es el último momento de la primera fase y finaliza con la sistematización del diseño de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería, base para la entrega de la intervención y el monitoreo de la fidelidad de su implementación[63]. Esto incluyó la determinación de la naturaleza y secuencia de las actividades a desarrollar, descripción de los recursos necesarios, acciones a llevar a cabo, información a ser transmitida, actividades a desarrollar en casa por parte de los participantes en el periodo entre sesiones, y las recomendaciones para aplicar en la vida cotidiana [*Anexo B*].

Se consideró necesario desarrollar un entrenamiento con enfoque constructivista, que además del enfoque teórico con procesos de reflexión y acción ante situaciones de la cotidianidad para que enfermeras y auxiliares adquieran herramientas para reconocer y superar los retos que trae consigo la diversidad[49]. Es entonces, que la intervención de Entrenamiento en Competencia Cultural y Compasiva (ECCC) diseñada y probada en este estudio se enmarca como una intervención compleja, con carácter multicomponente (teoría, práctica y reflexión), se implementa con profesionales y auxiliares de enfermería, dado que no se requieren conocimientos ni experiencia específica más allá del cuidado al sujeto en hospitalización y tiene el potencial de modificar diversas variables de resultado,

como se describe en la *Tabla 2-2*, desde los conocimientos y competencias propias de cada integrante del equipo de enfermería.

Tabla 2-2: Principales características de las intervenciones complejas y su aplicación en la intervención ECCC.

Características de las intervenciones complejas[73,81]	**Aplicación en la investigación**
Número e interacciones entre componentes dentro de las intervenciones experimental y de control.	Se diseñó y evaluó una intervención con componentes teóricos, experienciales (prácticas de meditación de compasión) y reflexivos que incluyeron la indagación sobre las experiencias de las prácticas de compasión, la posibilidad de aplicación de la teoría y las prácticas de compasión en el cuidado de enfermería. Así mismo, se diseñó una cartilla para actividades en casa, acompañadas de audios enviados semanalmente. No se hace mención a intervención de control, dado que excede el objetivo del estudio.
Número de comportamientos requeridos por quienes entregan o reciben la intervención, además de su nivel de dificultad.	En la intervención diseñada, la facilitadora desarrolla algunos temas desde lo teórico y guía las prácticas de meditación. Así mismo, la intervención incluye tiempo para discutir tantos los aspectos teóricos como los prácticos, requiriendo de habilidades de la facilitadora para orientar dicha discusión.
Número de grupos o niveles organizacionales destinatarios de la intervención.	Se vincularon a enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería de dos instituciones hospitalarias de Bogotá, lo cual implica diversos niveles de formación y de competencia para el desempeño de actividades de cuidado. Este tipo de intervenciones en las que se usan prácticas de atención plena y generadoras de compasión, no requieren formación previa, por lo que se pueden desarrollar con cualquier tipo de personas. La diferencia de niveles formativos y competencias, no tiene relación directa con lo que se espera de la intervención ECCC, de la que se esperaba determinar su aceptabilidad, la factibilidad de su implementación y los efectos que pueden percibir las personas destinatarias.

Número y diversidad de resultados a los que se orienta la intervención.	Evaluación de aceptabilidad, factibilidad y efectos percibidos por los participantes de la intervención. Existen múltiples opciones para evaluar el efecto de la intervención, que no han sido empleados en el estudio, porque van más allá de los objetivos propuestos, siendo útiles en su evaluación formal, los cuales se presentan en la Tabla 3-3. Sistematización del diseño de la intervención.
Grado en el que la intervención es flexible o puede adaptarse a pacientes individuales.	Es una intervención que surge como producto de la integración de un proceso sistemático de revisión de la literatura, de investigación cualitativa con profesionales y auxiliares de enfermería en dos hospitales universitarios de Bogotá, y pasantía realizada con el Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria, Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (2018). De esta manera, se garantiza que en la intervención se presentan elementos contextualizados a la realidad local de la práctica de enfermería, que denota su posibilidad de adaptación a otros entornos de la práctica de enfermería.

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Fase 2. Prueba piloto de la intervención de entrenamiento

2.3.1 Estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC

Estudio piloto de intervención, con diseño cuasi-experimental y abordaje mixto concurrente *(cuan + CUAL)*, con un único grupo para evaluar cuantitativa y cualitativamente la aceptabilidad, factibilidad y efecto percibido de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva[86] por parte de los destinatarios. Es decir, se evaluó si los destinatarios antes de comenzar y una vez finalizada la implementación de la intervención de entrenamiento, la percibían aceptable y factible, es decir, si la consideraron apropiada, razonable para el problema, conveniente, adecuada y aplicable para el contexto de la vida cotidiana.

- *Participantes:* Enfermeras y auxiliares de enfermería de un hospital público y un hospital privado de alta complejidad, vinculados al estudio mediante muestro intencional, y cuyo reclutamiento se llevó a cabo a través de invitación a participar de esta fase del estudio empleando las estrategias descritas a continuación:

  En el hospital público, se coordinó con una enfermera líder en el departamento de enfermería quien apoyó la convocatoria, y se realizó el proceso de reclutamiento para la intervención a través de mensajes vía whatsapp, infografía informativa acompañada de visita presencial a los servicios, en la que se les explicó el mecanismo de participación y sus implicaciones. En la primera sesión participaron 13 profesionales y 6 auxiliares de enfermería; número que descendió a 4 profesionales y 1 auxiliar en la última sesión.

  En el hospital privado, el proceso se desarrolló con apoyo de la coordinadora del Centro de Atención Amable y Segura (CAAS), quien en conjunto con la coordinadora de hospitalización, realizó convocatoria y aportó un listado de enfermeras y auxiliares dispuestas a participar, a quienes se invitó vía whatsapp. En la primera sesión participaron 3 profesionales y 11 auxiliares de enfermería, y en la última sesión, la participación fue de 2 profesionales y 6 auxiliares.

- *Criterios de inclusión:* Enfermeras y auxiliares de enfermería que se desempeñaran exclusivamente en servicios de hospitalización, con experiencia laboral mayor a un año, que llevaran laborando en la institución un periodo de mínimo seis meses, y que tuvieran contrato laboral por al menos dos meses posteriores al desarrollo de la intervención, que aceptaron participar y firmaron consentimiento informado [*Anexo B*].

- *Criterios de exclusión:* Enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización de pediatría y gineco-obstetricia.

- *Intervención:* Desarrollo de la intervención ECCC de acuerdo con la operacionalización (protocolo) de la intervención con cada uno de los grupos [*Anexo C*], en cuatro sesiones con una media de 100 minutos de duración, en las

que participaron entre 5 y 18 personas. La primera y última sesión incluyeron las mediciones y entrevista grupal, en cada uno de los dos grupos de intervención, por lo que se vio incrementado el tiempo de 90 minutos previsto por sesión.

- *Recolección de información:* Aplicación pretest y postest con técnicas cuantitativas (un cuestionario para evaluar la aceptabilidad-factibilidad en el pre-test y dos cuestionarios en el postest) y cualitativas (entrevista grupal semi-estructurada). La primera aplicación se desarrolló durante la primera sesión de la intervención, y la segunda se llevó a cabo al finalizar la última sesión del entrenamiento.

  Todas las sesiones fueron grabadas en audio para capturar cualitativamente las experiencias de los participantes en el desarrollo de las prácticas formales e informales, la aplicabilidad a la práctica de los aspectos teóricos tratados, el orden de realización de las actividades, y el efecto percibido por los participantes del desarrollo de la intervención ECCC. Esto se presenta más ampliamente en el epígrafe 2.5. Evaluación de la intervención ECCC.

- *Análisis de información:* Para el procesamiento de los datos cuantitativos se emplearon los programas Microsoft Excel 2016® y SPSS versión 22.0, y NVivo 12 Pro para la información cualitativa. Para proteger la confidencialidad de los participantes, el acceso a las bases de datos fue exclusivo de la investigadora y directora de tesis.

  La caracterización de la muestra se realizó a través de estadística descriptiva teniendo en cuenta el tipo de variable y su nivel, frecuencias y porcentaje para variables cualitativas, medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Para evaluar el efecto del entrenamiento en las escalas de expectativas y satisfacción, dado el tamaño muestral, se asumió la distribución no normal de los datos y se empleó la prueba rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas[86]. Este análisis de las pruebas de hipótesis tuvo en cuenta una significancia $\alpha =<0,05$, con un nivel de confianza del 95%.

Para el análisis de aceptabilidad y factibilidad de la intervención y de su efecto percibido, la investigadora principal escuchó los audios de las sesiones desarrolladas y transcribió literalmente en Microsoft Word® aquellos elementos correspondientes a los espacios para compartir experiencias tanto de las prácticas de meditación formales e informales, de actividades para casa y de reflexión sobre las propuestas que se presentaron desde los aspectos teóricos. El análisis se realizó desde un abordaje cualitativo empleando una estrategia de análisis mediante proceso inductivo, en el que se hizo uso del análisis temático según la Espiral de análisis de datos propuesta por Creswell y Poth[92] descrita para momentos previos de la investigación.

2.3.2 Evaluación de efectos preliminares de la intervención ECCC y exploración de factibilidad de los métodos de investigación

En la propuesta del estudio, se pensó en un momento final para evaluar de manera preliminar el efecto del entrenamiento en competencia cultural y compasiva en enfermeras y auxiliares, explorar la factibilidad de los métodos de investigación, y reconocer las dificultades en el proceso investigativo, base para una futura evaluación formal de la intervención (fase 3 de las diversas propuestas metodológicas sobre diseño y evaluación de intervenciones)[63,81,86]. Para esto se había planteado un estudio piloto con diseño cuasi-experimental con la participación de un único grupo y mediciones pretest-postest[96]; sin embargo, como consecuencia de la falta de disponibilidad de participantes en la institución en los horararios dispuestos para realizar la intervención de entrenamiento, denota que la factibilidad está moderada por aspectos institucionales, se decidió cerrar el estudio con la evaluación de aceptabilidad y factibilidad como se explica más adelante al hacer mención de la intervención. El proceso planteado se describe a continuación para dar una idea de lo que podría proponerse desde lo metodológico para pasar a la fase 3 de evaluación de eficacia de la intervención.

- *Participantes:* Enfermeras y auxiliares de enfermería de un tercer hospital universitario, con carácter privado y de alta complejidad (diferente al mencionado anteriormente). La población de la institución era de 30 enfermeras y 60 auxiliares de enfermería para noviembre de 2018, y teniendo en cuenta las características de

la intervención diseñada, así como las condiciones laborales en la institución, en donde informaron que difícilmente asistirían a actividades en contrajornada laboral, se decidió que no se omitiría el cálculo de muestra, por lo que el muestreo sería intencionado.

- *Criterios de inclusión:* Enfermeras y auxiliares de enfermería que se desempeñaran en servicios de hospitalización, con experiencia laboral mayor a un año, que llevaran laborando en la institución 6 meses o más, y que tuvieran contrato laboral para al menos los tres meses posteriores al desarrollo de la intervención.

- *Mediciones:* Para la evaluación preliminar de los efectos de la intervención, se planeó el uso de dos instrumentos:

Escala de Auto-compasión (SCS-26): cuestionario de 26 ítems que mide la autocompasión, a través de la percepción de las acciones de las personas hacia sí mismas en tiempos difíciles. Evalúa tres aspectos: humanidad común (SCS-CH), mindfulness (SCS-M) y auto-bondad (SCS-SK), mediante una escala tipo Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre), y las pruebas psicométricas reflejan fiabilidad y validez adecuadas, consistencia interna de 0,92, correlaciones test-retest de 0,93 para el total y mayores a 0.8 para las subescalas, el análisis factorial confirmatorio muestra que la autocompasión explicaba las correlaciones entre los 6 factores[33,97]. En la escala de 26 ítems, el α de Cronbach fue de 0,87, y de 0,72 a 0,79 para las seis subescalas; el coeficiente test-retest fue de 0,92, la correlación intraclase para las 6 subescalas estuvo entre 0,84 y 0,93[98]. El investigador principal del proceso de traducción y validación autorizó el uso y recomendó la versión de 26 ítems para el presente estudio, la cual se sometió a análisis de comprensibilidad por lingüista, quien hizo algunas sugerencias y afirmó que las diferencias entre la versión española y colombiana son meramente de estilo [*Anexos D y E*].

Escala de Autoeficacia Cultural (CSES-Co): La versión original de la CSES-Co es la Cultural Self-Efficacy Scale (CSES) fue desarrollada debido a la necesidad de contar con una medida confiable y efectiva para medir la percepción de autoeficacia entre enfermeras profesionales al cuidar a personas culturalmente diversas (Bernal & Froman, 1987, citados por Herrero et al.)[99]. Es una escala de 26 ítems que representan conceptos, conocimientos

y habilidades clave para el cuidado de enfermería transcultural, ítems que se agrupan en tres subescalas relacionadas con el conocimiento de conceptos culturales, patrones culturales y habilidades en enfermería transcultural. Los contenidos conceptuales se enfocan en tres dominios principales: creencias y prácticas de salud, patrones y prácticas de estilos de vida y sensibilidad cultural. La escala es tipo Likert con puntuación de 1 a 5 (poca seguridad a mucha seguridad).

La escala ha sido validada anteriormente en español[100], y más recientemente, fue realizado el proceso de adaptación cultural y validación con 190 enfermeras colombianas a partir de su versión original, dadas las diferencias semánticas, conceptuales, equivalencia de contenido, modificación de los grupos étnicos con respecto a la versión original. El α de Cronbach de la escala fue de 0,978; la validez de constructo permitió encontrar 10 factores que pueden explicar el 77.20% de la varianza total, como resultado del análisis factorial se configuraron seis factores. El análisis de factibilidad de la escala señala que el tiempo medio para su diligenciamiento fue de 12.2 minutos (SD ± 3.2), cantidad de tiempo que fue aceptable para el 40% de los encuestados y suficiente para el 45%. El tiempo para calificar manualmente la escala fue de cinco minutos[99]. Se contó con autorización por la investigadora principal del estudio de validación para el uso de la escala [*Anexo D*].

- *Intervención:* Se había propuesto el desarrollo del entrenamiento en competencia cultural y compasiva de acuerdo la operacionalización de la intervención construida [*Anexo C*].

  Una vez obtenidos los avales institucionales, con apoyo de la Dirección de Enfermería y la Coordinadora de enfermería de hospitalización de acuerdo a la institución, se realizó invitación personalmente (en reuniones y en los servicios), así como vía electrónica mediante el correo institucional, se les explicó su participación y las implicaciones de la misma: firma de consentimiento informado [*Anexo B*], diligenciamiento de instrumentos y participación en la intervención de entrenamiento. Pese al proceso de convocatoria realizado, no llegaron participantes a la primera sesión, por lo que se reprogramó y se hizo nuevamente convocatoria, aunque sin éxito, razón que llevó a cerrar el estudio con el estudio de factibilidad y aceptabilidad de la intervención, considerando que el método cuasi-experimental puede no ser el más apropiado en este tipo de escenarios, por

condiciones como las expuestas en los motivos de deserción de la evaluación de aceptabilidad y factibilidad de la intervención, en donde se puso en evidencia que las instituciones no les proporcionan tiempo para este tipo de actividades, o tienen situaciones personales/familiares que les impiden asistir en contrajornada.

- *Recolección de información:* Aplicación pretest y postest de los instrumentos. La primera aplicación se había planeado para ser realizada durante la primera sesión de la intervención de entrenamiento, una vez se presentara el estudio. Se esperaba llevar a cabo la segunda aplicación al cierre de la última sesión de la mencionada intervención. Debido a lo ya descrito, tampoco se realizó recolección de información de ninguna índole.

2.4 Evaluación preliminar de la intervención ECCC

La evaluación es una etapa fundamental en el desarrollo y prueba de intervenciones para determinar sus efectos y comprender cómo éstos se producen, así como sus posibilidades de replicación en estudios futuros. Con este fin, pueden emplearse datos cuantitativos para comprobar causalidad hipotética o métodos cualitativos para comprender mejor el funcionamiento de la intervención, y cobran especial relevancia en las fases de análisis de factibilidad y pilotaje, especialmente para optimizar el diseño de la intervención, comprender el contexto de implementación y de su prueba formal. Es probable que este análisis deba repetirse en dicha prueba formal (ensayo clínico) dado que pueden surgir nuevos problemas de implementación con una muestra más amplia[85]. A continuación, se describen los principales métodos e instrumentos para la evaluación de la intervención, de acuerdo a su orden de uso.

Tabla 2-3: Operacionalización de variables para la evaluación de la intervención ECCC.

Nombre de la variable	Definición operativa	Relación	Naturaleza y Nivel de Medición	Nivel Operativo
Variables sociodemográficas				
Edad	Edad biológica de los participantes	Independiente	Cuantitativa discreta	No. de años cumplidos
Tiempo de residencia en Bogotá	Tiempo de resiedencia en la ciudad de acuerdo a la declaración de los participantes.	Independiente	Cuantitativa discreta	No. de años de residencia en la ciudad
Género	Género a través del cual se identifican los participantes	Independiente	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Estado civil declarado por los participantes	Independiente	Cualitativa categórica	Soltero Unión libre Casado Viuda Separada No especificado
Ciudad de origen	Ciudad de nacimiento de los participantes	Independiente	Cualitativa nominal	Bogotá Otras, cuáles
Religión	Religión declarada por los participantes	Independiente	Cualitativa categórica	Católica Cristiana No especificada Cree en Dios Ninguna
Nivel formativo	Nivel de educación declarado por los participantes	Independiente	Cualitativa categórica	Técnico Maestría Profesional Especialización
Institución de Egreso	Institución Educativa de la que egresaron del programa de pregrado en enfermería o de técnico en enfermería	Independiente	Cualitativa categórica	Nombre de la Institución de Egreso
Variables laborales y de formación				
Experiencia profesional	Años transcurridos desde el egreso del programa técnico/profesional de enfermería hasta la fecha de	Independiente	Cuantitativa discreta	No. de años desde el egreso del programa de pregrado.

	diligenciamiento del instrumento			
Antigüedad en la institución	Años transcurridos desde el ingreso como profesional/auxiliar de enfermería hasta la fecha de diligenciamiento del instrumento	Independiente	Cuantitativa discreta	No. de años laborando en la institución actual.
Tipo contrato	Forma legal de vinculación laboral con la institución hospitalaria	Independiente	Cualitativa categórica	Término indefinido Prestación de servicios Término fijo
Horas laborales/semana	No. de horas que se desempeña laboralmente el profesional/auxiliar de enfermería	Independiente	Cuantitativa continua	No. de horas que trabaja a la semana
Capacitaciones en humanización	El profesional/auxiliar de enfermería ha recibido o no capacitaciones en humanización	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Capacitaciones en competencia cultural	El profesional/auxiliar de enfermería ha recibido o no capacitaciones en competencia cultural	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Entrenamiento en cuidado compasivo	El profesional/auxiliar de enfermería ha recibido o no entrenamiento en cuidado compasivo	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Entrenamiento en meditación, yoga u otras técnicas	El profesional/auxiliar de enfermería ha recibido o no entrenamiento en meditación, yoga u otras técnicas relacionadas	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Prácticas de meditación, yoga u otras técnicas	El profesional/auxiliar de enfermería realiza prácticas de meditación, yoga u otras técnicas relacionadas	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No

	No. de veces en la semana que el profesional/auxiliar de enfermería realiza prácticas de meditación, yoga u otras técnicas relacionadas	Independiente	Cuantitativa discreta	No. veces por semana
Variables de experiencias transculturales				
Ha vivido en otros países	El profesional/auxiliar de enfermería ha vivido en otros países	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Otros idiomas	El profesional/auxiliar de enfermería tiene experiencia con otros idiomas	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No
Experiencia con pacientes de diferentes razas	El profesional/auxiliar de enfermería tiene experiencia cuidando a: - Mestizos. - Negros. - Mulatos. - Afrocolombianos. - Afrodescendientes. - Gitanos. - Campesinos. - Indígenas.	Independiente	Cualitativa nominal	Sí No
Experiencia cuidando a pacientes latinoamericanos	El profesional/auxiliar de enfermería tiene experiencia cuidando a pacientes de otros países de Latinoamérica.	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No Cuál
Experiencia cuidando a pacientes de otros países	El profesional/auxiliar de enfermería tiene experiencia cuidando a pacientes de otros países diferentes a países latinoamericanos.	Independiente	Cualitativa dicotómica	Sí No Cuál
Variables de evaluación de la intervención ECCC				
Aceptabilidad	Escala de expectativas y satisfacción con el tratamiento	Dependiente	Cuantitativa de intervalo	Escala lineal 0 = Nada 10 = Muchísimo
	Instrumento para la evaluación de	Dependiente	Cuantitativa de intervalo	1 = Totalmente en desacuerdo

	materiales y actividades de la intervención ECCC.			5 = Totalmente de acuerdo
Factibilidad	Escala de expectativas y satisfacción con el tratamiento.	Dependiente	Cuantitativa de intervalo	Escala lineal 0 = Nada 10 = Muchísimo
	Instrumento para la evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC.	Dependiente	Cuantitativa de intervalo	1 = Totalmente en desacuerdo 5 = Totalmente de acuerdo
	Flujo de participantes en la intervención ECCC.	Dependiente	Cuantitativa discreta	Número de participantes en cada una de las sesiones desarrolladas.
Efecto percibido	Descripción de las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería durante la implementación de la intervención ECCC.	Dependiente	Cualitativa	Entrevista grupal semi-estructurada.
	Descripción de la influencia de la intervención ECCC en la vida cotidiana personal y laboral de enfermeras y auxiliares de enfermería.	Dependiente	Cualitativa	Entrevista grupal semi-estructurada.

Fuente: Elaboración propia

2.4.1 Cuestionario de caracterización de los participantes

Se diseñó *ad hoc* un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos, información relacionada con el nivel educativo, cuestiones laborales como tipo de contratación y horas laborales a la semana, formación o experiencia previa en cuidado cultural, humanización, compasión, meditación, atención plena (mindfulness), yoga. Así mismo, se indagó por experiencias transculturales previas, como cuidado a personas de grupos étnicos diversos o extranjeros; estas últimas preguntas se extrajeron de un

instrumento de recolección de datos perteneciente a un estudio sobre autoeficacia cultural de enfermeras colombianas[99] [*Anexo F*].

2.4.2 Escalas de expectativas y satisfacción con el tratamiento/ intervención ECCC

Cuestionarios adaptados de Borkovec and Nau (1972) que miden las expectativas de los participantes antes de comenzar la intervención y su satisfacción una vez finalizado [*Anexo F*]. Cada escala contiene seis ítems que indagan por qué tan lógico es el tratamiento, qué tan satisfactorio es, qué tanto lo recomendaría, qué tan útil es para la situación, qué tan útil le resultaría, y qué tan desagradable es. Estos ítems se evalúan de 0 (Nada) a 10 (Muchísimo). La adaptación realizada a lengua castellana ha sido utilizada en varios estudios[101-102].

2.4.3 Evaluación de materiales y actividades de la intervención ECCC

La programación de las sesiones, aspectos teóricos y prácticas a desarrollar como parte de la intervención de entrenamiento diseñada fue revisada durante el período de estancia doctoral, en reunión con expertos con amplia trayectoria en investigación, atención plena y compasión: dos psicólogos, doctores en psicología y medicina, un médico psiquiatra con experiencia en transculturalidad. Una vez consolidada la intervención y desarrollados los materiales didácticos (presentaciones y cuadernillo del participante), se revisaron y se ajustaron en consenso con la directora de tesis.

Adicionalmente, tanto la intervención ECCC como el cuadernillo del participante fueron evaluados por los participantes mediante diferentes estrategias, para analizar si el contenido y la forma de transmisión del mensaje funcionan con la población para la cual fueron diseñados, a través de cinco dimensiones: *Atracción,* para determinar la intervención y el cuadernillo respondían al gusto e interés de los participantes; *Comprensión/entendimiento* del mensaje a transmitir y su lenguaje; *Involucramiento/Identificación*, en cuanto a si los participantes toman como propio lo transmitido en el entrenamiento; *Aceptación* del mensaje y las actividades propuestas; e

Inducción a la acción, para conocer si la intervención contribuía a que los participantes implementaran algo de lo trabajado en las sesiones, tanto en su cotidianidad personal como profesional[103-104].

Con este fin, se diseñó y aplicó al final de la última sesión, un instrumento diseñado *ad hoc* con 23 ítems para evaluar las dimensiones anteriormente descritas, que contó con una parte cuantitativa con opciones de puntuación de 1 a 5, donde 1 era la puntuación mínima (totalmente en desacuerdo) y 5 la puntuación máxima (totalmente de acuerdo), sólo una pregunta relacionada con la posibilidad de generar rechazo del material tenía direccionalidad inversa; así como una parte cualitativa, en donde los participantes podían incluir observaciones que permitieran ampliar la comprensión de su respuesta cuantitativa, y que fueron esenciales para la evaluación preliminar de la intervención. Este instrumento también incluyó tres preguntas abiertas para propuestas de mejora del entrenamiento, actividades y cuadernillo de participantes. [*Anexo F*].

2.4.4 Evaluación cualitativa del proceso de implementación y de efectos percibidos como producto de la intervención ECCC

La evaluación de *intervenciones complejas* requiere el uso de métodos cuantitativos y cuantitativos, pero puede priorizarse uno u otro de acuerdo a la evidencia de la intervención o a la etapa del proceso de evaluación. Es este caso, que se desarrolló un estudio en el que se realiza el pilotaje de la intervención y se evalúa la factibilidad, se emplean medidas cuantitativas básicas para conocer detalles sobre la implementación, así como información cualitativa que permite comprender más detalladamente cómo funciona la intervención a pequeña escala, facilitando el refinamiento de la intervención, y se prevean las barreras y limitaciones que pueden surgir en su evaluación a mayor escala[82,85]. De igual manera, este análisis del proceso puede brindar nociones de cuáles pueden ser los efectos esperables y los factores que pueden favorecer la variabilidad en los resultados, por ejemplo, aspectos organizacionales que promueven o limitan la participación en la intervención.

En consecuencia, con el fin de determinar la factibilidad y aceptabilidad de la intervención, así como sus efectos percibidos descritas anteriormente, se dio especial importancia a la información cualitativa, la cual se recopiló antes y después de la intervención, y durante su

implementación, dado que el diseño de las sesiones permitió el compartir de experiencias y de posibilidades de transferencia a la vida personal y profesional de los temas abordados y de las prácticas realizadas.

Para esta evaluación cualitativa, se grabaron en audio las ocho sesiones realizadas (cuatro en cada hospital), que además permite evaluar la fidelidad de la intervención, la dosis en términos de duración de las sesiones, de modo que el análisis se enfoca en los desafíos que implican la implementación de la intervención dada su complejidad, y en cómo puede funcionar en la cotidianidad de la práctica del cuidado de enfermería por profesionales y auxiliares, para la generación de hipótesis para la prueba formal de la intervención. Por lo tanto, la investigadora principal escuchó los audios de las sesiones desarrolladas y transcribió literalmente en Microsoft Word® aquellos elementos correspondientes a los espacios para compartir experiencias tanto de las prácticas de meditación formales e informales, de actividades para casa y de reflexión sobre las propuestas que se presentaron desde los aspectos teóricos, para posteriormente realizar análisis cualitativo empleando una estrategia de análisis temático según la Espiral de análisis de datos propuesta por Creswell y Poth[92] ya descrita.

2.5 Aspectos relacionados con la validez

2.5.1 Criterios de rigor en el estudio cualitativo – Fases 1 y 2

Los criterios para garantizar el rigor el desarrollo del estudio cualitativo son credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad - reflexividad y relevancia[105] [*Tabla 2-3*].

Tabla 2-4: Cumplimiento de los criterios de rigor y control de amenazas en los momentos de investigación cualitativa.

Criterios de Rigor	Control en investigación
Credibilidad: Se relaciona con la posibilidad de mostrar los fenómenos y experiencias de la manera en que son percibidas por los participantes,	Al finalizar las entrevistas se realizó un cierre enfocado a preguntar a los participantes si lo entendido por la investigadora reflejó lo planteado por ellos. Además, se triangularon los hallazgos con la asesora, experta en el tema de estudio y en metodologías cualitativas. La principal amenaza puede darse cuando hay relación

sin interferencia de conjeturas previas del investigador[105].	cercana previa entre investigadora y participantes, sin embargo, no es el caso del estudio, donde la investigadora no tiene cercanía alguna con los posibles participantes.
Transferibilidad: Hace referencia a la posibilidad de transferir los hallazgos a otros contextos, lo cual se garantiza a través la descripción del contexto en el que se realiza el estudio y de los participantes[105].	Una amenaza puede ser el sobredimensionamiento de los relatos o no ponerlos en la perspectiva que les corresponde, en este caso, se describe el contexto y en la discusión se hace un análisis de cómo el contexto institucional interviene en las experiencias, participación y evaluación de la intervención.
Consistencia: Criterio con el que se busca garantizar la estabilidad de los datos, lo cual puede dificultarse dada las particularidades de la percepción y experiencias de cada participante frente al fenómeno a estudio[105].	El guión semi-estructurado para entrevistas, la descripción detallada de la recolección y análisis de datos, así como la triangulación con participantes y asesora de tesis favoreció la auditabilidad y por ende el rigor del estudio.
Confirmabilidad – Reflexividad: Con este criterio se busca garantizar la veracidad de los aportes realizados por los participantes, a través de la corroboración directa[105].	Las preguntas de las entrevistas fueron construidas en consenso con la directora de tesis, de manera que fueran neutrales, enfocadas al objetivo que se pretendía alcanzar. Las entrevistas fueron grabadas en audio, al cierre de cada una se hizo devolución a los participantes frente a lo expresado. Posteriomente, las entrevistas fueron transcritas, contrastadas con la directora de tesis y la literatura hallada en la revisión. Los hallazgos se presentan con las ideas de los participantes, reflejando coherencia entre lo analizado por la investigadora y lo expresado por ellos.
Relevancia: Análisis que se realiza sobre el logro de los objetivos planteados, un mejor conocimiento del fenómeno o algún efecto en el contexto, o la contribución a nuevos planteamientos teóricos o conceptuales[105].	Al finalizar los momentos de investigación cualitativa dentro del estudio, se analizó el cumplimiento de los objetivos, evidenciando que se logró el conocimiento del fenómeno que se esperaba, además se contribuyó a cambios en las integrantes del equipo de enfermería, así como se brindan algunas oportunidades para el entorno institucional. En los hallazgos de los momentos cualitativos del estudio, se incluye lo verbalizado por los participantes.

Fuente: Elaboración propia.

2.5.2 Validez del estudio cuasi-experimental – Fase 2

- *Validez interna:* Requisito para garantizar que la variable independiente fue la causante de modificaciones en la dependiente, y determinar la relación causal[96].

Esta validez se tuvo en la fase de estudio cuasi-experimental de la intervención. Con este fin, se empleó la lista de comprobación para estudios de intervención no aleatorizados – TREND[106] y se controlaron las amenazas descritas en la Tabla 2-4[96].

- *Validez externa:* Relacionada con la posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos o situaciones. Las posibles amenazas y control en el estudio se mencionan en la Tabla 2-4[96].

Tabla 2-5: Cumplimiento de los criterios de rigor y control de amenazas en los momentos de estudio de aceptabilidad y factibilidad.

Tipo de Validez	Amenaza	Control en investigación
Validez interna	**Historia:** Cuando ocurren eventos externos durante el experimento, e influyen en algunos participantes.	Este sesgo podía darse en caso de que participantes del estudio asistan en el tiempo de duración del entrenamiento a algún tipo de capacitación sobre temas relacionados con compasión, cuidado cultural, competencia cultural, o competencia cultural y compasiva. El control del sesgo implicó verificar la programación de capacitaciones o seminarios para las enfermeras de las instituciones en donde se desarrollaron las pruebas de factibilidad y el estudio cuasi-experimental. Se determinó que estos temas no estuvieron en el transcurso del último año, ni estaban en el plan de capacitaciones durante el periodo de estudio.
	Maduración: En el tiempo de intervención, los participantes pueden tener cambios que afecten los resultados.	Puede presentarse en caso de que las enfermeras participantes, durante el período de estudio experimenten vivencias de atención que resulten especialmente significativas para ellas desde el punto de vista de la competencia cultural y compasiva. Dado que las sesiones incluyen espacios de discusión para la reflexión sobre la práctica, allí pudo indagarse si durante el proceso tuvieron alguna de estas vivencias, pero esto no se hizo visible.
	Inestabilidad del instrumento de medición: El instrumento	La escala de expectativas/satisfacción es válida y confiable. La versión en español ha sido empleada en múltiples estudios.

	tiene poca o ninguna confiabilidad.	
	Inestabilidad del ambiente experimental: No son iguales las condiciones del entorno donde se desarrollan la intervención o las mediciones.	Se controló este sesgo garantizando la aplicación de los instrumentos en un lugar cómodo para los participantes. La intervención se realizó en lugar consensuado con las instituciones. Sin embargo, cabe destacar que en el hospital privado se logró hacer una "negociación", en cuanto que la participación en el entrenamiento les eximió de algunas horas de capacitación dadas por el hospital; mientras que en el hospital público, se hizo convocatoria a todos los auxiliares y profesionales de enfermería de servicios de hopitalización adultos, sin otro tipo de garantías.
	Administración de pruebas: La aplicación del instrumento de medición antes de la intervención puede influir las respuestas en la segunda medición.	Un elemento que pudo favorecer el control de este sesgo, fue el tiempo existente entre mediciones, que fue de cuatro semanas para las mediciones pre y post, con lo cual fue menos probable que las participantes recordaran las respuestas dadas en la primera medición.
	Mortalidad: Abandono del experimento por los participantes.	En el transcurso de las pruebas de la intervención se retiraron participantes de cualquiera de los grupos, de manera voluntaria e involuntaria, por lo que se convocó a todos los interesados en el entrenamiento, sin embargo, el abandono estuvo relacionado principalmente con aspectos laborales e incompatibilidad de horarios.
	Difusión de tratamientos: Los participantes de los grupos comunican a participantes del otro grupo detalles sobre la intervención, y se afecten los resultados.	No se planteó la posibilidad de este sesgo, dado el carácter cuasi-experimental con un solo grupo de las pruebas de la intervención, no se convocó grupo control.
	Compensación: Los participantes del grupo control perciben que no reciben algún beneficio, y que esto afecte su interés y los resultados.	No hubo grupo control, por lo que no se planteó la posibilidad de este sesgo.
	Conducta del experimentador: La conducta del investigador puede afectar los resultados.	La investigadora como ejecutora del entrenamiento fue imparcial en el desarrollo de la intervención y, especialmente en el diligenciamiento de los instrumentos, que fue realizado por cada participante. La investigadora sólo participó para responder dudas con respecto al proceso.

Validez externa	**Efectos de novedad e interrupción:** Si las participantes consideran que la intervención es novedosa, se pueden generar resultados positivos. Si se interrumpen sus actividades normales, puede producirse un efecto negativo.	Este sesgo se controló de dos maneras: - Se explicó la intervención de manera objetiva, manteniendo la neutralidad frente a sus posibles efectos. Sin embargo, en la primera sesión se hace mención a los efectos generales de la compasión en población sana y con algunas patologías. - Para evitar interrupciones en las actividades de las participantes, se organizó el desarrollo del entrenamiento en consenso con las instituciones e integrantes del equipo de enfermería.
	El experimentador: Puede generar cambios que no se presentan en situaciones no experimentales.	Este sesgo pudo darse en cuanto que la investigadora fue quien ejecutó la intervención y participó de la medición. No obstante, los instrumentos fueron auto-diligenciados en físico antes de comenzar la primera sesión y al finalizar la última. Para disminuir el efecto, la investigadora se mantuvo neutral y respondió a preguntas concretas sobre el diligenciamiento de los instrumentos, como algunas definiciones.
	Interacción entre la historia o el lugar y los efectos del tratamiento experimental: No es posible replicar la intervención en otro contexto, o los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones.	Se controló este sesgo en la medida en que se desarrolló un documento con el detalle de la sistematización de intervención que permitió analizar la fiabilidad de su implementación y favorece su posterior uso en otras poblaciones. La intervención se llevó a cabo sistemática y ordenadamente, teniendo en cuenta el protocolo planteado.

Fuente: Elaboración propia.

2.6 Aspectos éticos de la investigación

El desarrollo del estudio tiene relevancia por su aporte al conocimiento y al desarrollo de habilidades de competencia cultural y compasiva de las enfermeras, para que el cuidado de enfermería responda a las necesidades específicas de las personas y colectivos en la ciudad de Bogotá. Se considerarán aspectos éticos de acuerdo con la normatividad:

- Resolución 8430 de 1993: investigación sin riesgo en la primera fase donde la aproximación a los participantes tuvo fines meramente descriptivos, y con riesgo mínimo en la segunda fase, dado el abordaje prospectivo, con una intervención de entrenamiento, que no implicó modificaciones de variables fisiológicas, aunque se

esperaban algunos cambios de comportamiento en las/os participantes[107]. Se respetó lo dispuesto en el Capítulo V frente a las investigaciones en grupos subordinados, garantizando a los participantes que sus aportes al estudio no tendrían repercusiones en sus vinculación y condiciones laborales[107].

- Ley 911 de 2004 sobre la responsabilidad deontológica de enfermería en Colombia, especialmente en cuanto a principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad[108].

- Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos[109].

- Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico: Se garantizan los principios de reciprocidad, autonomía, veracidad y honradez intelectual[110].

Otras consideraciones éticas fundamentales en el estudio:

- La investigación surgió de un proceso de revisión de literatura científica que permitió plantear el marco referencial, y el diseño de la intervención de entrenamiento fue consecuencia de un proceso sistemático de revisión, entrenamiento sobre el tema de investigación y de manera especial, en compasión, por parte de la investigadora principal, así como en experiencias de pacientes, enfermeras y auxiliares de enfermería, que contribuyeron a que la intervención fuese coherente con sus necesidades y posibilidades.

- La investigadora es competente y la directora de tesis cuenta con una amplia trayectoria que la hace experta en el área de estudio y en el uso de metodologías de investigación. Se contó con asesoría de expertos en el tema de compasión con formación doctoral y amplia trayectoria investigativa para el desarrollo de la intervención.

- Para la aplicación de los instrumentos y participación en la intervención, se solicitaron las autorizaciones de los Comités de Ética tanto de la Facultad de

Enfermería de la Universidad Nacional, y de las instituciones en las que se llevó a cabo el estudio [*Anexo A*].

- La participación de los sujetos de estudio fue voluntaria, se les explicó el proceso del estudio como parte de un proceso académico, las condiciones de realización, que no incluyó compensación económica o de otro tipo, los beneficios y riesgos, la confidencialidad de la información, y finalmente, se solicitó su consentimiento [*Anexo B*]. Se garantizó que podían abandonar el estudio en el momento que lo decidieran, sin repercusión alguna, lo cual es evidente en la deserción.

- En caso de respuestas inesperadas por parte de enfermeras y auxiliares, en las que manifestaron especial preocupación por situaciones que se presentaron en su cotidiano personal y laboral, se hizo especial énfasis en la competencia cultural y compasiva como herramienta para superar dichas situaciones, en las que se hizo visible la falta de compasión entre equipo disciplinar e interdisciplinar, así como por parte de personal administrativo de las instituciones.

- Al finalizar cada entrevista semi-estructurada de la primera fase, se ofreció a los participantes beneficiarse de la intervención de entrenamiento una vez finalizado el estudio; sin embargo, este proceso está por implementarse.

- En el procesamiento y análisis de datos, se protegió la identidad de los participantes codificando las entrevistas con las iniciales HPR o HPU seguidas de un guión, así como de la inicial AE o E dependiendo de si era auxiliar de enfermería o profesional de enfermería, más el número de consecutivo. Los datos fueron manejados confidencialmente por investigadora principal y directora de tesis, en computador de uso personal.

- La investigadora fue beneficiaria de la convocatoria 647 de 2014 de Doctorados Nacionales parte de Colciencias, lo cual se ha reconocido en el manuscrito de la revisión sobre experiencias sometido para publicación en la revista Cultura de los Cuidados, y se declarará en los manuscritos pendientes por someter. No se recibió financiación adicional para el desarrollo del estudio.

- La socialización de los hallazgos del estudio se realizará con participantes e instituciones. En el hospital público, se llevó a cabo una socialización con enfermeras, queda pendiente la correspondiente al Comité de ética en investigación. En el hospital privado, está por desarrollar el proceso de socialización.

- La socialización de hallazgos con la comunidad científica se ha realizado y continuará a través del sometimiento a publicación de al menos dos artículos en revistas indexadas, y la presentación en eventos nacionales e internacionales.

    - Eventos científicos:

    - Foro I+E 2018 IV Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería. Innovación docente y transferencia educativa: el lado más útil de la Investigación. Fundación Index, Granada (España), Noviembre 2018.
    - XXIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. “Visibilizar la investigación para fortalecer el cuidado. ACOFAEN, Universidad de Cartagena, Cartagena (Colombia), Mayo 2019.
    - IX Coloquio de Investigación de Enfermería. “Visibilizando el cuidado a través de intervenciones de enfermería”. Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., Bogotá, Noviembre 2019.

    - Artículos en revistas indexadas:

    - Reina Leal LM. Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. Enfermería Comunitaria, 2018; v14: e12090. Disponible en: http://ciberindex.com/p/ec/e12090
    - Reina Leal LM, López L. La compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas: Revisión de experiencias de enfermeras y pacientes. Paraninfo Digital, 2018; XII(28): e135. Disponible en http://www.index-f.com/para/n28/e135.php

- Reina-Leal LM, López L. Entrelazando la compasión y la competencia cultural en hospitalización: Una revisión de experiencias. Cultura de los Cuidados. Fecha prevista: 2020 dic; XXIV(58). [Aceptado para publicación].

3. Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio. En primer lugar, se refleja cómo siguiendo el enfoque empírico propuesto por Sidani y Jo Braden[62-63], se realizó la revisión de literatura para contextualizar el problema y la intervención; el enfoque participativo cualitativo descriptivo, que permitió conocer las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería. Estos dos elementos en conjunto con los elementos teóricos en cuanto a la competencia cultural y compasiva, así como con respecto al constructivismo como modelo pedagógico, dieron lugar a la *operacionalización de la intervención*, con la que se cierra la fase de modelado de la misma.

En segundo lugar, se presentan los hallazgos relacionados con la puesta a prueba de la intervención, su aceptabilidad, factibilidad, efectos preliminares y lecciones aprendidas en este proceso de evaluación.

3.1 Fase 1. Modelado de la intervención

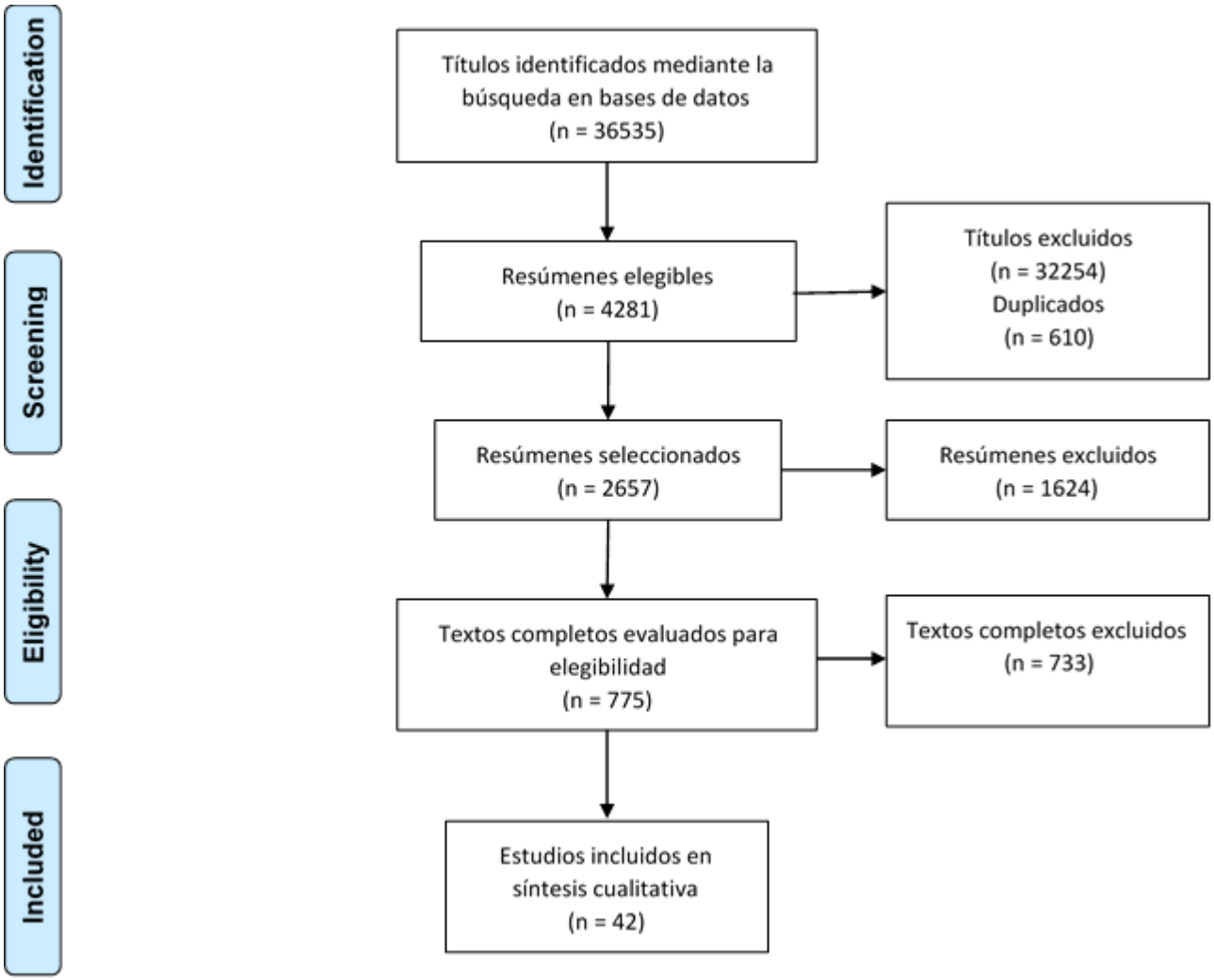
3.1.1 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura – Experiencias de cuidado compasivo y/o a personas culturalmente diversas

Se seleccionaron 42 artículos a texto completo para la revisión, como lo muestra la [*Figura 3-1*]. Corresponden 16 artículos al fenómeno del cuidado compasivo y 26 al cuidado a personas culturalmente diversas en el entorno hospitalario. Los períodos de publicación de los estudios son: 1998-2000: dos (4,76%), 2001-2005: cinco (11,90%); 2006-2010: diez (23,81%); 2011-2015: catorce (33,33%); y 2016-2018: once (26,19%), que muestran el creciente interés por estas temáticas. Los países en los que se realizaron los estudios fueron: Australia (19,05%, n=8), Canadá (11,90%, n=5), Irán (11,90%, n=5), Reino Unido (11,90%, n=5), Estados Unidos (9,52%, n=4), Suecia (7,14%, n=3), multicéntrico (7,14%, n=3), Tailandia (4,76%, n=2), y

finalmente con un estudio países como Finlandia, Arabia Saudí, Noruega, España, Kuwait, Iraq e Irlanda (2,38%, n=1) [*Tabla 3-1*].

Dentro de los diseños metodológicos, cabe destacar el predominio en el uso de la fenomenología (n=10; 23,81%), etnografía (n=6; 14,29%), teoría fundamentada (n=6; 14,29%), entre otros, aunque algunos no especifican el diseño cualitativo (n=8; 19,05%) [*Tabla 3-1*]. Los estudios incluidos permiten comprender el vínculo entre la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas develando la esencia del cuidado de enfermería, lo cual se desarrolla a través de tres temas, y 14 subtemas.

Figura 3-1: Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda.



Fuente: Datos del estudio.

Tabla 3-1: Caracterización de los estudios sobre experiencias de compasión y/o cuidado a personas culturalmente diversas.

Autores	Revista	Diseño	Participantes	País	Técnica análisis datos
Experiencias de compasión en el cuidado					
Iranmanesh S, et al. (2009)[111]	J Adv Nurs	Fenomenología	8 enfermeras	Irán	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
Monks J, Flynn M (2014)[112]	Intensive Crit Care Nurs	Fenomenología	6 enfermeras	Reino Unido	Fenomenología (Van Manen, 1997)
Price AM (2013)[113]	Nurs Crit Care	Etnografía	16 enfermeras, 1 médico, 2 fisioterapeutas	Reino Unido	Comparativo constante (Glaser and Stauss, 1967)
Ghaljeh M, et al. (2016)[114]	Int J Palliat Nurs	Fenomenología	10 enfermera	Irán	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
Torjuul K, et al. (2007)[115]	Nurs Ethics	Fenomenología	10 enfermeras	Noruega	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
Sabo BM (2011)[116]	Eur J Oncol Nurs	Fenomenología interpretativa	12 enfermeras	Canadá	Temático (van Manen, 1997)
Jones J, et al. (2016)[117]	J Adv Nurs	Cualitativo	171 enfermeras	Australia	Temático (Guest et al. 2012)
Papadopoulos I, et al. (2015)[118]	J Transcult Nurs	No descrito	1323 enfermeras	Multicéntrico	Temático inductivo (Braun & Clarke, 2006)
Jakimowicz S, et al. (2018)[119]	J Clin Nurs	Teoría fundamentada constructivista	21 enfermeras	Australia	Comparativo constante (Glaser & Strauss, 1967)
Kongsuwan W, Locsin RC (2011)[120]	Intensive Crit Care Nurs	Fenomenología hermenéutica	8 enfermeras	Tailandia	Fenomenología hermenéutica (Van Manen, 1990)
Zamanzadeh V, et al. (2017)[121]	Scand J Caring Sci	Exploratorio	16 enfermeras	Irán	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)
Babaei S, et al. (2016)[122]	Int Nurs Rev	Etnografía	20 enfermeras 12 pacientes	Irán	Teoría fundamentada (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin)
Berg L, Danielson E (2007)[123]	Scand J Caring Sci	Fenomenología interpretativa	6 enfermeras 7 pacientes	Suecia	Fenomenología interpretativa (Benner, 1994)
Sinclair S, et al. (2016)[124]	J Pain Symptom Manage	Teoría fundamentada	53 pacientes	Canadá	Teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1990)
Bramley L, Matiti M (2014)[125]	J Clin Nurs	Descriptivo exploratorio	10 pacientes	Reino Unido	Temático (Attride-Stirling, 2001)
Sharp S, et al. (2015)[126]	Contemp Nurse	No descrito	10 pacientes	Australia	Temático (Van Manen, 1998)

Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas					
Cioffi J (2003)[127]	Int J Nurs Stud	Descriptivo-interpretativo	23 enfermeras	Australia	Unificación y categorización (Lincoln & Guba, 1985)
Watts KJ, et al. (2017)[128]	Eur J Oncol Nurs	Cualitativo	21 enfermeras 17 oncólogos	Australia	Temático (Miles & Huberman 1984)
Al-Yateem N, et al. (2015)[129]	Holist Nurs Pract	Descriptivo	27 enfermeras	Multicéntrico	No especificado
Goodman P, et al. (2015)[130]	J Transcult Nurs	Fenomenología	15 enfermeras	Iraq	Temático
Coffman MJ (2004)[131]	J Cult Divers	Metasíntesis	1054 enfermeras	Multicéntrico	Método comparativo meta-etnográfico (Noblit and Hare, 1988)
Tuohy D, et al. (2008)[132]	Int Nurs Rev	Cualitativo	7 enfermeras	Irlanda	Temático (Morse & Field 1996)
Huang YL, et al. (2009)[133]	J Clin Nurs	Teoría fundamentada	7 enfermeras	Australia	Teoría fundamentada
Cai D, et al. (2016)[134]	Nurs Health Sci	Cualitativo	20 enfermeras	Tailandia	Temático (Braun, Clarke, 2006; Vaismoradi, 2013)
Hultsjö S, Hjelm K (2005)[135]	Int Nurs Rev	Exploratorio	24 enfermeras 11 auxiliares de enfermería	Suecia	No especificado
Atkinson C (2015)[136]	J Holist Nurs	Etnografía enfocada	18 enfermeras	Kuwait	Etnoenfermería (Leininger & McFarland, 2006)
Fatahi N, et al. (2010)[137]	J Adv Nurs	Cualitativo	11 enfermeras	Suecia	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)
Kirkham SR (1998)[138]	Clin Nurs Res	Descriptivo-interpretativo	8 enfermeras	Canadá	Temático (Lincoln & Guba, 1985)
Cioffi J (2005)[139]	Contemp Nurse	Cualitativo	10 enfermeras	Australia	Unificación y categorización (Lincoln & Guba, 1985).
Vydelingum V (2006)[140]	Nurs Inq	Etnografía	22 enfermeras 18 auxiliares de enfermería	Inglaterra	Temático (Miles & Huberman, 1994)
Ian C, et al. (2016)[141]	Appl Nurs Res	Exploratorio	17 enfermeras	Estados Unidos	Contenido
Plaza del Pino FJ, et al. (2013)[142]	BMC Nursing	Etnografía enfocada	32 enfermeras	España	Codificación abierta (Coffey, 1996)
Coleman JS, Angosta AD (2016)[143]	J Clin Nurs	Fenomenología	40 enfermeras	Estados Unidos	Fenomenología (Van Manen, 1990)
Almutairi AF, et al. (2015)[144]	J Transcult Nurs	Estudio de caso único integrado	24 enfermeras	Arabia Saudí	Deductivo Inductivo

Huang YL, et al. (2009)[145]	Cancer Nursing	Teoría fundamentada	7 enfermeras	Australia	Teoría fundamentada (McCann & Clark, 2003, Rossa, 2005)
Shafipour V, et al. (2014)[146]	Glob J Health Sci	Cualitativo	11 pacientes 10 enfermeras	Irán	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)
Hemberg JAV, Vilander S (2017)[147]	Scand J Caring Sci	Fenomenología hermenéutica	8 enfermeras 2 pacientes	Finlandia	Contenido latente (Kyngäs & Vanhanen, 1999)
Wilson DW (2010)[148]	J Psychiatr Ment Health Nurs	Descriptivo	16 pacientes 40 enfermeras	Estados Unidos	Temático de contenido (Kvale, 1996; Patton, 2002)
Arnaert A, Schaack G (2006)[149]	Accid Emerg Nurs	Cualitativo	4 pacientes	Canadá	Comparativo constante (Strauss & Corbin, 1990)
Sobel LL, Sawin EM (2014)[150]	J Transcult Nurs	Teoría fundamentada	26 pacientes	Estados Unidos	Teoría fundamentada (Charmaz, 2006)
Cortis JD (2000)[151]	J Transcult Nurs	Teoría fundamentada	55 pacientes	Reino Unido	Teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967)
Pasco AC, et al. (2004)[152]	J Nurs Scholarsh	Etnografía enfocada	23 pacientes	Canadá	No especificado

Fuente: Datos del estudio.

3.1.1.1. Tema 1. Compasión y/o cuidado culturalmente congruente en la práctica hospitalaria

El primer tema pone en evidencia la conjunción de perspectivas y experiencias expresadas por enfermeras y/o pacientes, donde se hace fundamental el reconocimiento y aceptación de la diversidad cultural con sus creencias y prácticas particulares. Adquieren relevancia la conciencia y la sensibilidad culturales, el respeto y la competencia para la comunicación en el cuidado *[Figura 3-2]*.

***Desarrollando relaciones de cuidado*[111-112,114,116,120,122-126,128,131,136,139,143,147-148,150-152]**

Desarrollar relaciones terapéuticas implica que relaciones de cuidado auténticas, en las que se permita emerger la compasión y la competencia cultural se expresan, para lo cual resulta esencial el conocimiento profesional y cultural del paciente y su familia, acercarse al sufrimiento e intentar aliviarlo mediante expresiones de afecto, cercanía, conexión genuina y comportamientos dentro de los que se destacan: uso del tacto, presencia, escucha activa, compartir y respetar las historias y creencias de los sujetos de cuidado, lo cual permite construir confianza. Es entonces, que la satisfacción de la enfermera y del paciente surge como consecuencia de la construcción de relaciones exitosas donde la enfermera conecta

verdaderamente con el paciente, y supera las tensiones inmersas en el cuidado, debidas a las diferencias culturales, competencias profesionales, y del contexto en el que se vive el cuidado.

De modo específico, en algunos grupos culturales, como las enfermeras musulmanas, manifestaron que las relaciones altruistas y humanitarias surgieron de sus creencias religiosas; mientras que los pacientes consideraron de gran importancia que las enfermeras establecieran conversaciones con ellos, respetaran sus opiniones e integridad, los validaran y les permitieran ser partícipes de su cuidado, aunque a veces sus sentimientos de vulnerabilidad limitaban esta relación. En los pacientes filipino-canadienses, el desarrollo de la relación de cuidado atraviesa por diferentes etapas antes de establecer confianza mutua.

Comunicándose con el paciente y su familia[111,120,122-125,127-134,137-139,142-147,149-152]

La diversidad cultural se refleja en los procesos comunicativos, y los estudios seleccionados dejan ver la relevancia de la comunicación, incluyendo la comunicación verbal y no verbal, así como el uso de estrategias como intérpretes, colegas, otros profesionales bilingües e incluso el uso de recursos como el humor ante las dificultades en la comunicación con personas de otras culturas, estrategias útiles para facilitar la relación enfermera-paciente. Para que la comunicación fuese efectiva se requiere permitir al paciente expresarse, escuchar activamente, sin juicios, mirar a los ojos, sonreír amablemente, ser flexibles y responder de manera asertiva y oportuna. El cuidado a personas culturalmente diversas lleva a las enfermeras a la búsqueda activa de mecanismos para comprender y satisfacer las necesidades culturales de los pacientes, brindando confianza y sensación de seguridad.

Los sujetos de cuidado destacan la comunicación como elemento clave para la comprensión de sus necesidades, su situación personal y familiar, así como para la expresión de compasión y cuidado culturalmente congruente. No obstante, con sujetos de grupos étnicos específicos, o que no hablan el idioma de la enfermera, y en ambientes altamente tecnológicos es visible la tensión entre enfermeras y pacientes debido a la ausencia de herramientas de comunicación, que limitan el cuidado deseado o esperado.

Siendo consciente y sensible ante el sufrimiento y la diversidad cultural[114,116,118-120,123-124,126-129,131,133-134,138-141,143-145,147-148,152]

El contexto socio-cultural y económico tiene gran influencia en el estado de salud, en los modos de afrontar los procesos de enfermedad, muerte y de atención en salud, algo que es

reconocido por las enfermeras, quienes refieren el deseo de ser culturalmente sensibles. Así mismo, como consecuencia de experiencias interculturales previas como vivir en otros países, la trayectoria en gestión y negociación del cuidado, muestran ser conscientes de que todas las personas son diferentes, evalúan sus propios prejuicios, evitan estereotipos y se dan la oportunidad de conocer y comprender a sus pacientes, así como sus necesidades culturales, más allá de su condición fisiopatológica.

Las enfermeras también declaran ser sensibles y comprender el sufrimiento del paciente como un fenómeno subjetivo y único, con múltiples expresiones y significados de acuerdo al entorno cultural particular. Esto contribuye al desarrollo de procesos de mediación entre el cuidado de enfermería y las prácticas religiosas de pacientes y familiares. El conocimiento cultural sobre los diversos grupos es indispensable en el reconocimiento y alivio del dolor y del sufrimiento, para mejorar la relación enfermera-paciente, y brindar cuidados seguros y de calidad.

Estando presente[111,113-118,122-124,126,143,147-148,151]

La cercanía y la presencia para el cuidado constituye una manera de ser y conectar con el paciente y su familia, donde es esencial la autenticidad, apertura y disponibilidad de la enfermera; y germina con el compromiso, el crecimiento personal y profesional, con el conocimiento, valores y creencias religiosas, así como con experiencias personales y profesionales previas que llevan a redefinir la práctica. La cercanía y la presencia se hacen explícitas pasando tiempo con los pacientes, hablando con ellos, permitiéndoles expresarse, escuchándoles, usando el tacto y considerando su contexto, acciones sencillas que facilitan la conexión, la percepción del sufrimiento, el alivio de la ansiedad y el dolor, comprender lo significativo, mantener la esperanza y generar confianza para satisfacer las necesidades de cuidado y apoyar a la familia, de manera que se reduzca el riesgo de efectos psicosociales adversos. La satisfacción de necesidades y preferencias de un paciente moribundo para proporcionarle una muerte digna, confortable y tranquila, necesita de la creación de una relación cercana con él.

Cabe destacar el sentido de seguridad que brinda a los pacientes el sentir a la enfermera cercana y presente, así como la importancia de ser escuchados y sentirse validados en un entendimiento compartido, para sentirse acompañados y seguros, contribuyendo así al alivio de su sufrimiento. Cuando las enfermeras se sientan frente a su cama, se comunican continuamente con ellos y con otros profesionales, brindan información de manera precisa y sensible, y permiten la participación, los pacientes sienten el compromiso de las enfermeras.

No obstante, cuando las enfermeras van y vienen sin decir nada, otros pacientes sienten que las enfermeras no quieren hablar con ellos.

Reconociendo el sufrimiento y siendo empática[112,115-116,119-120,122,125,127,136,141,151]

El dolor y sufrimiento del paciente es un fenómeno de la cotidianidad del cuidado que puede ser reconocido por las enfermeras a través de la cercanía, y que puede llevarlas a sentirlo como propio, e incluso profundizarlo ante la gravedad de la enfermedad o el dolor de la familia. Las enfermeras manifiestan que su perspectiva del sufrimiento y la angustia es diferente a la de los médicos, pueden sentirse afectadas, poco compasivas y con dificultades para el cuidado cuando el tratamiento médico es inútil. La expresión de las emociones puede limitarse y no ser tan evidente en algunos grupos culturales, donde incluso el dolor puede exteriorizarse no verbalmente, por lo que es fundamental observar más allá de lo que parece obvio.

Para que las relaciones de cuidado puedan llegar a ser terapéuticas es de gran importancia la empatía, de modo que la enfermera pueda comprender el sufrimiento del paciente, sentir su dolor, solidarizarse y ser amables. Las enfermeras se muestran empáticas y se sienten responsables de situaciones difíciles de los pacientes, pero a veces no logran conectar con ellos o son incapaces de minimizar el impacto de las situaciones.

Por su parte, los pacientes señalan un profesional empático debe tener conciencia del sufrimiento ajeno y preguntarse por cómo se sentiría en sus zapatos. Los pacientes inmigrantes sienten más empatía cuando las enfermeras también son inmigrantes, lo cual favorece la apertura y expresión de necesidades, que da pautas para expresar la compasión.

Reflejando valores y experiencia[115-116,118,121-122,124,128,130,132-134,138-139,147,151]

La compasión y el cuidado culturalmente congruente tienen como uno de sus ejes el sistema de valores y creencias de cada sujeto, por el cual es posible reconocer al otro como ser humano y desarrollar motivación altruista para ayudar desinteresadamente a los demás en el cuidado. El aprendizaje de la compasión inicia en el hogar, apoyado en la cultura y la religión de los padres que proclaman el amor hacia los demás y la ayuda mutua para futuras recompensas.

El cuidado a personas culturalmente diversas es más explícito en algunos procesos formativos, donde algunos docentes se convierten en modelos a seguir para que el cuidado sea compasivo, aunque algunas enfermeras refieren que es insuficiente o inadecuado. Sin

embargo, en las enfermeras es notable la solidaridad, deseo de ayudar al que sufre, esperanza, respeto por las creencias y prácticas culturales sin importar el origen del paciente, destacando la importancia de no imponer sus creencias y valores profesionales. Expresan responsabilidad por el bienestar del sujeto, el tratamiento y la calidad de la atención, e incluso hacen autoevaluación al finalizar el turno y antes de ir a casa visitan a los pacientes para verificar si han hecho o necesario, si las necesidades han sido atendidas, y con algunos pacientes de mayor complejidad, confían la responsabilidad a colegas. No obstante, la responsabilidad con los pacientes puede experimentarse como una obligación personal, que se tiene presente aun estando en casa.

Los pacientes consideran que cuando las enfermeras reflejan sus valores, sienten que se preocupan por ellos y los tratan como seres humanos.

Ir más allá y dedicar tiempo[111,115-116,118-120,123-126,128-129,138,141,143,148,152]

Las enfermeras destacan que para cuidar con compasión es fundamental conmoverse por el sufrimiento y actuar movidas por un mopromiso moral, es encontrar tiempo pese a las múltiples actividades del ámbito hospitalario, para dedicar al paciente, acompañarle a través de una conversación, de tocar su mano o dejarlo sólo cuando lo necesita. Esa motivación surge del deseo de ir más allá de sus deberes, escuchar y observar más allá de lo evidente, generalmente con actos comunes pero que resultan significativos para los pacientes porque transforman sus experiencias (ayudarles a adaptar la alimentación, a mantener sus prácticas espirituales y proporcionar seguridad).

Ocasionalmente, la condición de los pacientes hace indispensable el uso de las tecnologías, especialmente en cuidados intensivos, o tienen dificultades de comunicación con pacientes culturalmente diversos por barreras idiomáticas o por sus prácticas religiosas, y esto implica que las enfermeras empleen más tiempo para el cuidado. Además, abogan para defender los derechos de los pacientes, adaptan, ajustan o detienen los tratamientos, alivian el sufrimiento, facilitan la dignificación del proceso de muerte y buscan activamente recursos ante la inexistencia de sistemas de apoyo para los pacientes.

Por su parte, los pacientes reconocen que el tiempo de las enfermeras es muy valioso, que tienen mucho trabajo, aunque la espera les resulta poco compasiva. Así mismo, señalan que el cuidado compasivo y culturalmente coherente con sus necesidades es visible en pequeños gestos que aportan a construir relaciones de cuidado, como tiempo para escucharles, la reflexión sobre la situación y brindar oportunamente cuidados sensibles). Esto implica que las

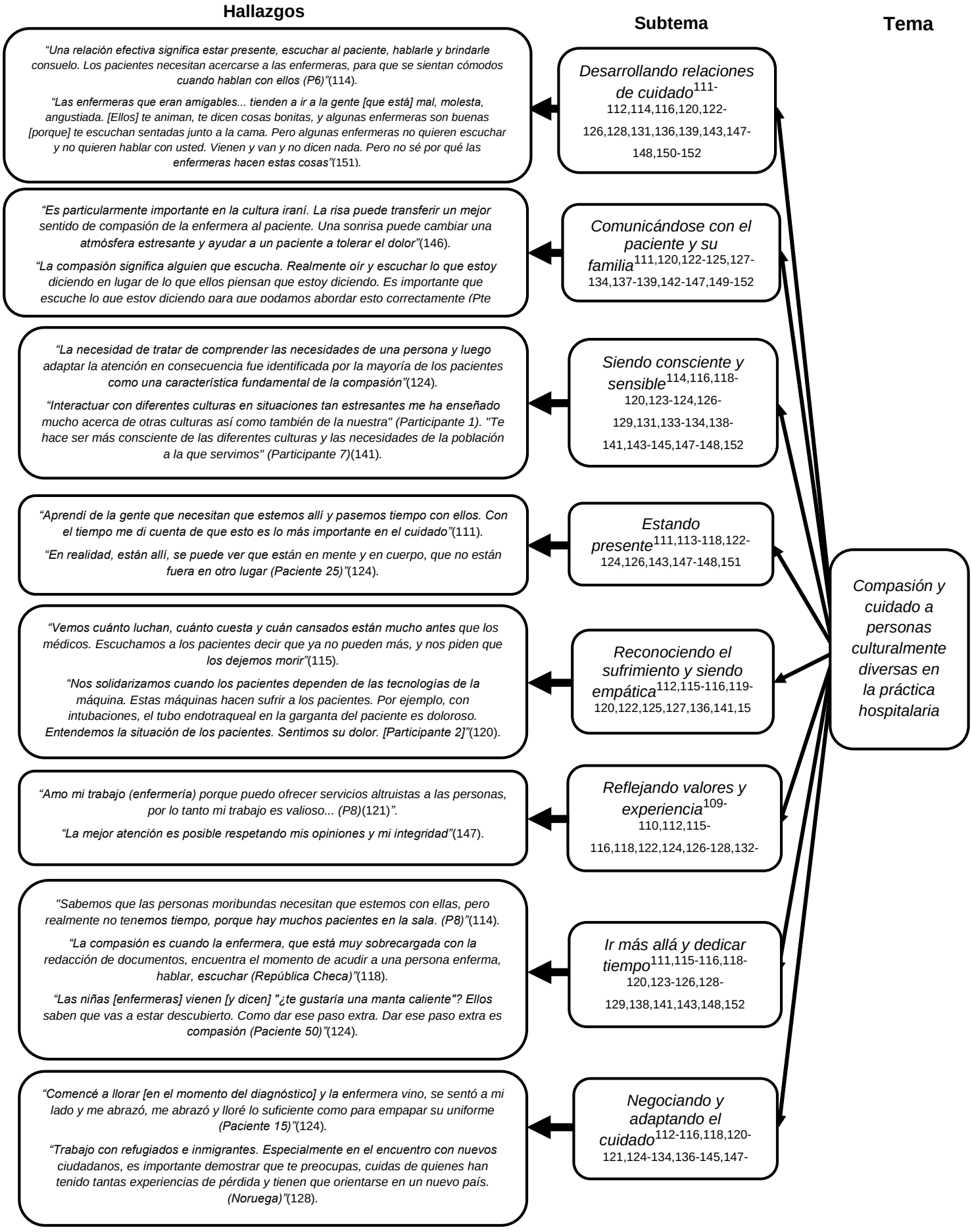
enfermeras estén interesadas en encontrar tiempo y realicen esfuerzos conscientes para superar las limitaciones que imponen los sistemas de salud y las organizaciones, que limitan el tiempo para el cuidado.

Negociando y adaptando el cuidado[112-116,118,120-121,124-134,136-145,147-152]

La compasión y el cuidado cultural se articulan en el cuidado cuando las enfermeras llegan a construir relaciones de cuidado conscientes y sensibles, en las que son empáticas y buscan el alivio del sufrimiento, en las que incluyen la familia del paciente, reconociendo sus necesidades y expectativas, respetando y defendiendo sus preferencias, aunque a veces no estén de acuerdo con algunas prácticas culturales, lo cual les lleva a negociar-adaptar el cuidado para permitir algunas de ellas, dentro de las que se destacan la oración, los cantos, las visitas, los rituales, y otras prácticas relacionadas con la dieta, la higiene, el uso de productos naturales, musicoterapia, cromoterapia, en las que ofrecen la privacidad y el respeto necesario, además de tomar tiempo para intentar comprederlas y desarrollar estrategias de comunicación intercultural.

Los aspectos psicológicos y fisiológicos del cuidado son de gran relevancia para las enfermeras, reconocen que cada persona es un ser único y diverso, hacen actividades para mediar con la cultura de otros profesionales, del servicio y de la organización. No obstante, en el marco de algunas situaciones de cuidado, priorizan los aspectos técnicos, sin tener en cuenta las diferencias, ni la necesidad de adaptar el cuidado, que les lleva a prácticas mecánicas y superficiales. La enfermería es comprendida y evaluada por los pacientes desde la perspectiva de lo que las enfermeras hacen por ellos, de lo importante que es su recuperación para ellas, de lo valorados y estimados que se sienten.

Figura 3-2: Síntesis tema 1: Compasión y cuidado culturalmente congruente en la práctica hospitalaria.



3.1.1.2. Tema 2. Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente

Algunos factores relacionados con el cuidado compasivo y coherente con sus necesidades culturales se hacen visibles en las experiencias de enfermeras y pacientes *[Figura 3-3].*

Escenario en el que se desarrolla el cuidado [111-114,116,119-120,123,127-146,149-151]

Las unidades de oncología, trasplantes, cuidado crítico y otras de alta complejidad para el cuidado en los hospitales, constituyen escenarios altamente tecnológicos en los que priman aspectos técnicos sobre la experiencia humana, trayendo consigo dificultades y limitaciones para que las enfermeras expresen la compasión y el cuidado culturalmente congruente. Así mismo, las restricciones que estas imponen, las demandas de tiempo o necesidad de involucramiento emocional tanto con el paciente y como con su familia pueden generar frustración, aunque algunas enfermeras aprenden a enfrentarse y sobreponerse a estos desafíos, de manera que llegan a reflejar la coherencia entre valores personales y profesionales.

Además de lo anterior, cuando la enfermera es extranjera en el lugar en el que se desempeña, o cuando se enfrenta a pacientes culturalmente diversos, el acto de cuidado se convierte en un desafío e implica múltiples tensiones relacionadas con los estereotipos y el racismo tanto propios como de otros profesionales y paciantes, y con la comunicación en medio de la diferencia de idioma, dialecto y jerga. No obstante, para expresar la compasión, las enfermeras desarrollan estrategias que les ayudan el la superación de barreras, malentendidos y choques culturales, aunque no siempre tienen éxito.

Educación en enfermería y trayectoria en el cuidado [114-117,119-121,123,128-133,137-144-147]

Las enfermeras destacan que para el desarrollo de la compasión, fue clave el ejemplo recibido de sus docentes durante su proceso formativo como profesionales; sin embargo, mencionan que privilegia el aprendizaje del uso de tecnologías, y que el proceso muchas veces no concuerda con la realidad a la que se enfrentan como profesionales, donde encuentran múltiples responsabilidades, la obligación de enfocarse en la tarea y procesos de inducción de las instituciones que resultan ser limitados y derivan en tensiones a superar con el deseo de ser culturalmente respetuosas, confiar en el paciente diverso y permitirle participar del cuidado.

Así mismo, las enfermeras mencionan que el sistema educativo y las instituciones de salud brindan escasas oportunidades para el desarrollo de la sensibilidad ante sujetos culturalmente diversos, así como de conocimientos y habilidades para el cuidado culturalmente competente. Sin embargo, en la práctica profesional se enfrentan a situaciones difíciles o dilemas éticos con pacientes y familiares que les permiten aprender en el proceso sobre el conocimiento cultural, adquirir experiencia y seguridad para buscar apoyo, pero estos caminos pueden resultarse especialmente difíciles e insuficientes para el cuidado, por lo que requieren de capacitaciones específicas.

Cultura organizacional y división del trabajo [111,113-121,123,131-142,144,146,150]

Las enfermeras hacen referencia a la importancia de la productividad y las auditorías para las instituciones, y reconocen la escasez de personal, los bajos salarios y pocos recursos para la atención intercultural, lo cual tiene implicaciones negativas en su capacidad para brindar cudados compasivos y culturalmente congruentes. No obstante, intentan aprender a convivir con estas situaciones y aprovechar al máximo los recursos disponibles (en especial para la comunicación intercultural), pero esto les genera estrés y desanimo, lo cual repercute en la experiencia del paciente hospitalizado.

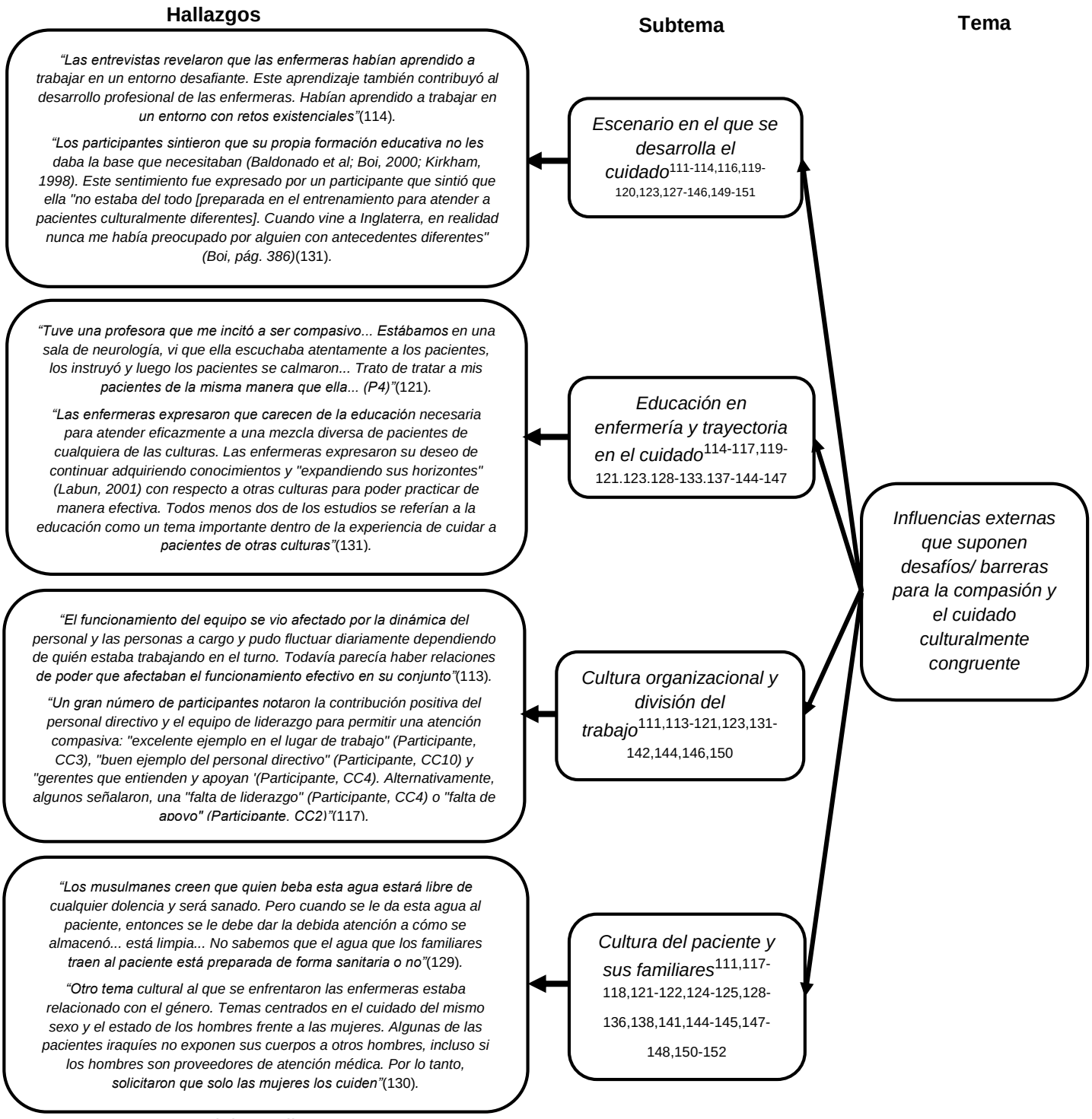
Adicionalmente, hacen referencia a las relaciones de poder entre los profesionales, equipos de salud y administrativos, las cuales pueden favorecer o no el cuidado compasivo. Consideran que esto es positivo cuando la persona que desempeña su rol de líde, directivo y profesional se convierte en un modelo de la atención compasivo porque así motiva a otros. Además, cuando las relaciones entre colegas son positivas, las enfermeras pueden sentirse apoyadas, satisfechas y comprometidas, de manera que pueden comprender otras prácticas culturales y brindar cuidados culturalmente sensibles y centrados en el paciente, desarrollando fuerza y resiliencia ante circunstancias y entornos adversos. No obstante, pueden mostrar desvalorización a través de una escasa colaboración, resistencia y omisión de la diversidad cultural del otro.

Cultura del paciente y sus familiares [111,117-118,121-122,124-125,128-136,138,141,144-145,147-148,150-152]

Las enfermeras mencionan que su modo de manifestar la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas se relaciona con el comportamiento de pacientes y familiares, pero también de sus valores personales y profesionales que reflejan la influencia de su cultura y su contexto. Al respecto, la religión también cobra importancia para la toma de decisiones en el cuidado y las preferencias del género del profesional que cuida o de la persona que recibe información en la familia.

Algunos aspectos culturales de la participación de la familia en el cuidado obliga a las enfermeras a hacer adaptaciones, ejercer mayor vigilancia o negociar ante algunas situaciones como: alimentos y bebidas ofrecidos por mujeres jóvenes de la familia, visitas por la familia extensa que pueden traer consigo tensiones familiares o prácticas que pueden interferir con el cuidado. Las enfermeras reconocen que la cultura del sujeto de cuidado es compleja y plantea desafíos, incertidumbre y choque cultural, pero confían en su capacidad y su sensibilidad cultural para adaptar el cuidado.

Figura 3-3: Síntesis tema 2: Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente



Fuente: Datos del estudio.

3.1.1.3. Tema 3. Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente

El cuidado de enfermería compasivo y culturalmente congruente tiene impacto en las enfermeras, en cuanto a su crecimiento personal y profesional; y en los pacientes porque permite que se sientan mejor cuidados y más satisfechos. Sin embargo, pocos estudios hacen referencia a esto *[Figura 3-4]*.

Creciendo personal y profesionalmente[111,114-116,119,138,141]

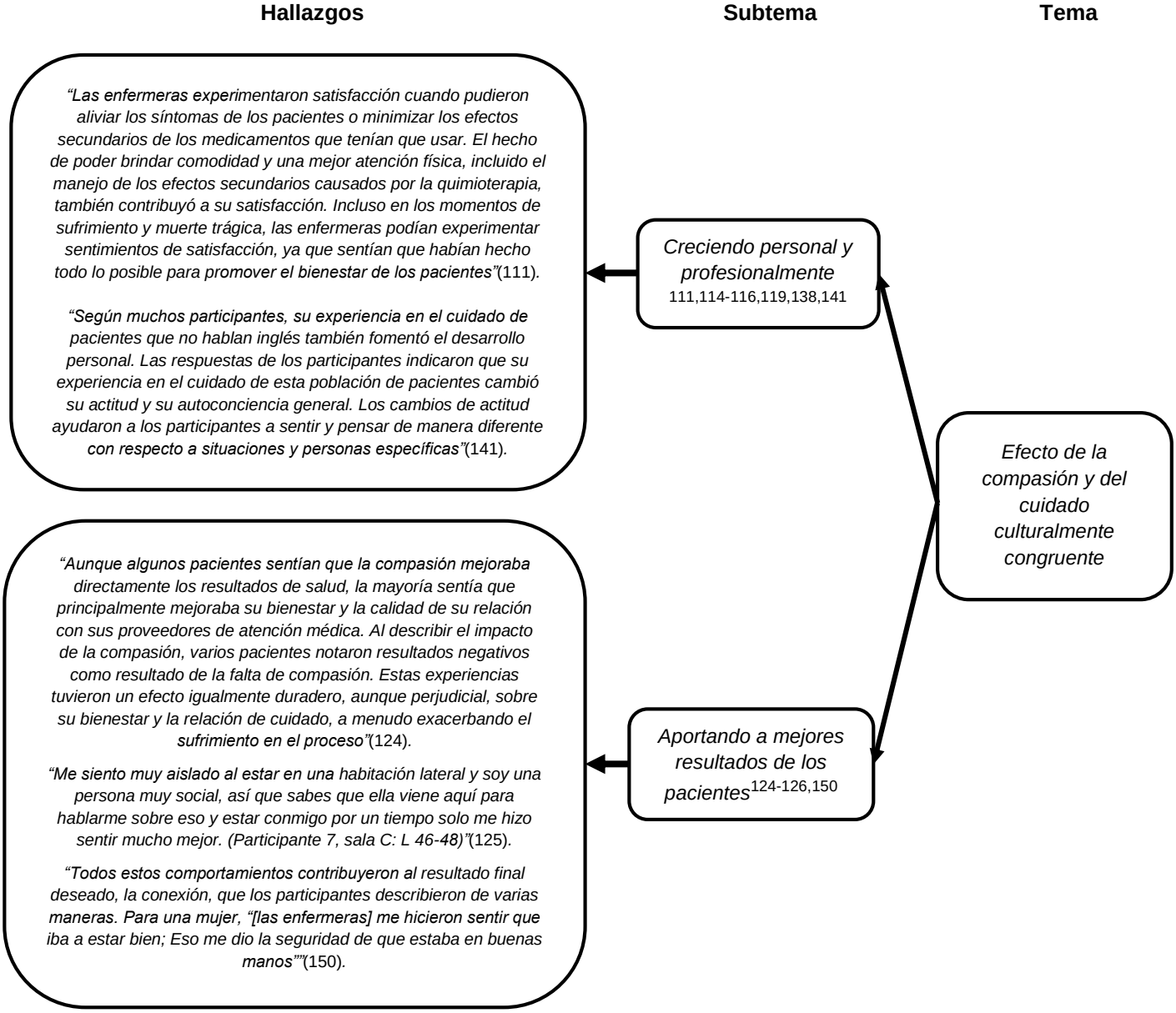
Las enfermeras destacan que sienten que la experiencia de cuidar de manera compasiva y culturalmente congruente se convierte en oportunidad para crecer personalmente y mejorar su práctica. Son importantes la satisfacción y motivación que les brinda el aliviar los síntomas y minimizar los efectos secundarios de los medicamentos, lo cual es especialmente importante con pacientes con cáncer o en cuidados intensivos, en donde desarrollan relaciones positivas que les permite aliviar el sufrimiento y gestionar ayudas para pacientes que se comunican en otros idiomas.

Los estudios incluidos reflejan cómo estas experiencias de cuidados permite que las enfermeras crezcan con respecto a sus conocimientos, mayor amabilidad y menor agresividad. Además, las experiencias les permiten reexaminar y reevaluar sus actitudes frente a la vida y la muerte, así como ganar fuerza interior y afontar mejor los desafíos que se presentan en el cuidado.

Aportando a mejores resultados de los pacientes[124-126,150]

Por su parte, cuando los pacientes sintieron que el cuidado fue compasivo y culturalmente congruente, se sintieron valorados y tratados con dignidad, mejoraron su percepción y satisfacción con el cuidado, además de mejorar sus resultados de salud como producto de un mejor afrontamiento, mayor esperanza y alivio del sufrimiento que les permitió enfocarse en su recuperación.

Figura 3-4: Síntesis tema 3: Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente.



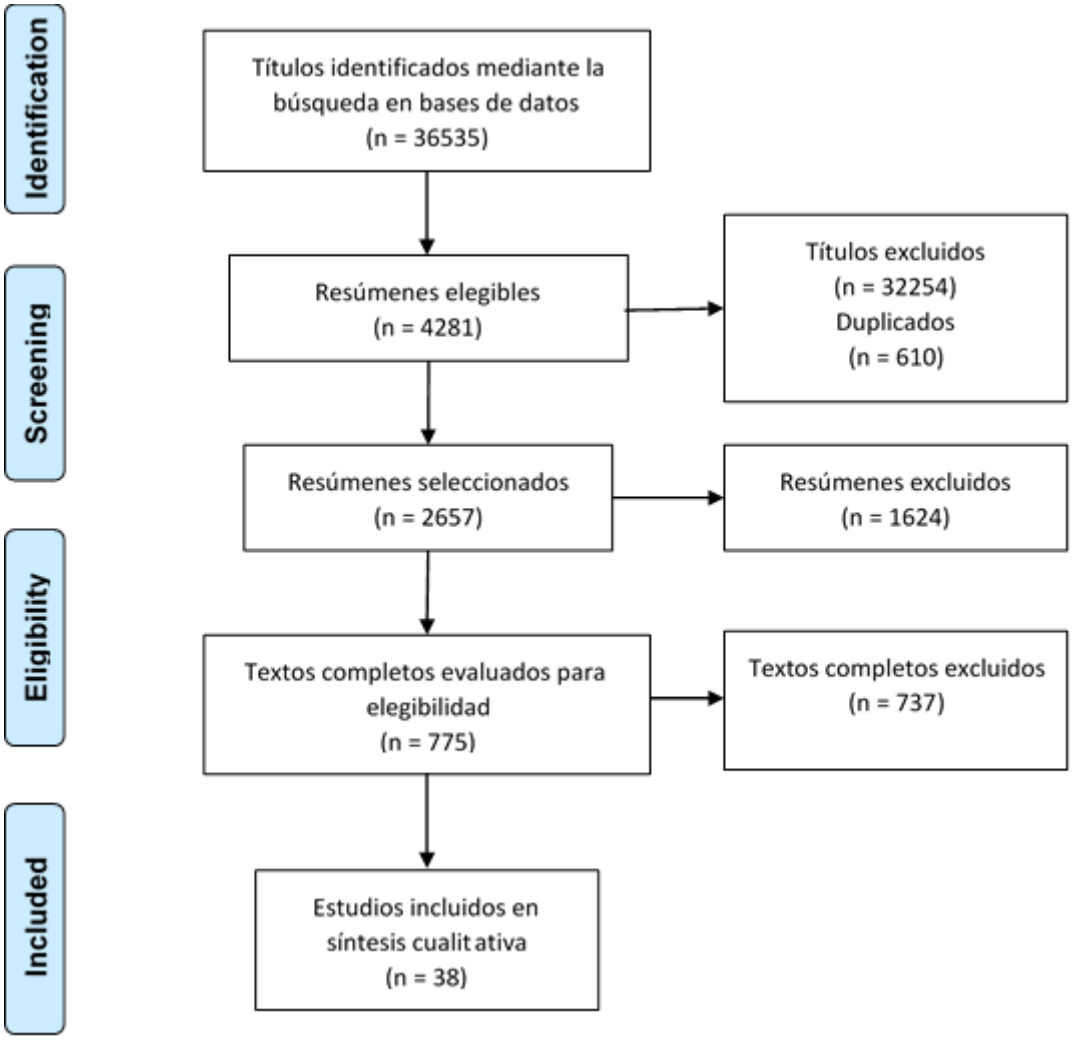
Fuente: Datos del estudio.

3.1.2 Conceptualización del problema y de la intervención: Revisión sistemática integrativa de la literatura - Entrenamientos en compasión y competencia cultural

El proceso de revisión permitió la selección de 38 estudios publicados a texto completo que ponen en evidencia el crecimiento de la producción científica sobre el fenómeno a estudio, 11 (28,95%) sobre entrenamientos en compasión y 27 (71,05%) que evaluaron entrenamientos en competencia cultural [*Figura 3-5;* Tabla 3-2]: 1997-2000 (n=1; 2,6%), 2001-2005 (n=4;

10,5%), 2006-2010 (n=10; 26,3%); 2011-2015 (n=12; 31,6%); 2016-2018 (n=11; 28,9%). De los estudios seleccionados, 7 (18,42%) fueron revisiones sistemáticas, 1 (2,63%) fue meta-análisis, y 7 (18,42%) estudios no especificaron el diseño, pero fueron seleccionados en cuanto aportaron elementos sobre la intervención de entrenamiento y algún tipo de evaluación de la misma. Dentro de los diseños de investigación de los estudios primarios seleccionados se destacan diseños mixtos, de intervención con uno y dos grupos, con pre y post prueba o de medidas repetidas como se detalla en la Tabla 3-2: Estudio mixto (n=8; 21,05%), estudio cuasi-experimental (n=5; 13,16%), estudio piloto (n=4; 10,53%), estudio de factibilidad (n=2; 5,26%), estudio cualitativo (n=3; 7,89%) y estudio traslacional (n=1; 2,63%).

Figura 3-5: Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda.



Fuente: Datos del estudio.

A continuación, se presenta la síntesis de los entrenamientos en compasión y competencia cultural de acuerdo a lo reportado en los estudios incluidos en la revisión. En primer lugar, se nombran los referentes teóricos, conceptuales o normativos, para posteriormente describir las áreas o temas en los que se hizo especial énfasis durante las intervenciones de entrenamiento, así como sus principales características en cuanto a duración, facilitadores y estrategias didácticas empleadas y se cierra con los resultados de la implementación de los entrenamientos. En la *Tabla 3-2*, se expone información complementaria con respecto a los estudios incluidos, los diseños de investigación empleada para la evaluación de las intervenciones de entrenamiento, los participantes, los países de realización de los estudios, la intervención y su duración, así como las estrategias recolección de datos y medidas de resultado.

3.1.2.1. Síntesis de las intervenciones de entrenamiento en compasión

Referentes teóricos, conceptuales, o normativos

Las intervenciones de entrenamiento en compasión de los estudios seleccionados fueron diferentes entre sí como se refleja en la *Tabla 3-2*, sus referentes teóricos fueron diversos, aunque no explícitos en algunos de los artículos, se destacan: Teoría del aprendizaje en el lugar de trabajo[154], Modelo de cuidado centrado en la relación compasiva[155] y Teoría del Cuidado Humano (Watson, 2008)[156]. Algunos estudios tomaron como punto de partida enseñanzas budistas, premisas relacionadas con el poder curativo y calmante del amor a sí mismo, el vínculo entre autocompasión y bienestar psicológico, y su contribución al cuidado compasivo[157-158]. Así mismo, se desarrolló investigación basada en modelos de entrenamiento mental compasivo (CMT) y Terapia centrada en la compasión (CFT), que reflejan un enfoque evolutivo basado en la neurociencia que explora la regulación del procesamiento de las amenazas desde las emociones afiliativas[158].

Otros estudios se fundamentaron en la necesidad de abordar la fatiga de la compasión de los profesionales, derivada del agotamiento producido por la exposición prolongada a factores estresantes interpresonales y emocionales aunados al estrés traumático secundario, que fueron tratados mediante programas como el de reducción de estrés basado en la atención plena (MBSR)[159]. Así mismo, políticas sobre compasión en sistemas de salud como el inglés (“6C": cuidado, compasión, coraje, competencia, comunicación y compromiso) promovieron el desarrollo de este tipo de entrenamientos[160].

Áreas de énfasis

En cuanto a las áreas/temas que se abordaron en los entrenamientos evaluados en los estudios revisados, cabe mencionar que tres artículos mencionan “liderazgo de compasión” en la organización, el desarrollo de liderazgo y/o liderazgo sostenible, fortalezas de la organización, construcción colaborativa de otras perspectivas de la práctica, exploración de las relaciones consigo mismos y con otros, trabajo de la capacidad relacional del equipo y la prestación de cuidado compasivo, dando especial relevancia a las experiencias de quienes cuidan y son cuidados y trabajando con la administración para compartir el aprendizaje y debatir cómo integrarlo en la organización[155,157,161].

Una intervención se orientó a la comunicación eficaz y compasiva de las enfermeras con pacientes y familias en hospitalización de cuidados paliativos[156]. Otros entrenamientos fueron espacios para que las enfermeras exploraran y aprendieran juntas cómo mejorar la calidad de del cuidado para personas mayores y cómo liderar este proceso[160,162]. De manera similar, otras intervenciones intentaron influir en la capacidad relacional del equipo y del individuo y la capacidad para brindar cuidado compasivo dentro de contextos organizativos complejos y dinámicos[157,161,163].

Se destacan intervenciones enfocadas en la conciencia del momento presente con curiosidad y aceptación, regulación de la atención, la emoción, fomento de la calma, la recuperación, el equilibrio emocional, la motivación prosocial y desarrollo de la presencia consciente, el fortalecimiento de sentimientos de conexión y amor para cultivar una actitud mental que permita responder con mayor empatía y compasión mejorando la seguridad y la experiencia del paciente, mediante la integración de prácticas a la vida cotidiana en el trabajo y hogar[157,159,163-164]. Así mismo, cabe destacar que se promovió el cuidado de sí, la sensibilidad a las propias necesidades, angustias y el bienestar, entre otros atributos y habilidades compasivas[157-158].

Características de las intervenciones de entrenamiento

Con respecto a las características de los entrenamientos en los estudios incuidos, se analizó su duración, quiénes fueron los facilitadores y los métodos de enseñanza empleados.

El tiempo de implementación de los entrenamientos fue variable: tres días[158], dos días con un día de seguimiento seis semanas después[160], ocho días[164], dos semanas[162], seis a ocho semanas (el más corto hizo menos énfasis en auto-compasión)[159], diez semanas[163], cuatro

meses[154,161], un año[155]. Sin embargo, los artículos no presentan información detallada al respecto.

Las actividades llevadas a cabo en las intervenciones de entrenamiento fueron facilitadas por educador de práctica[154], capellán del hospital y enfermeras de una agencia de cuidados paliativos[156], profesionales contemplativos[163-164], clínicos y educadores[164], instructores calificados de atención plena[159], enfermera en desarrollo de prácticas[161], formador y practicante de CFT[158], así como otros facilitadores con experiencia en enfermería[160].

En cuanto a los métodos de instrucción, fueron diversos y la mayoría de los entrenamientos emplearon más de uno, por ejemplo, actividades de aprendizaje individuales en equipo y con pacientes, aclaración de valores, comprensión de experiencias de pacientes, discusiones grupales en el turno y posteriormente como equipo, observaciones y comentarios sobre la práctica[154]. También se emplearon kits de herramientas[157] y se llevaron a cabo conferencias, juegos de roles[156,162], conversaciones simuladas con pacientes-familiares (estudiantes de teatro)[156], enseñanza didáctica, aprendizaje autodirigido, investigación y procesos creativos[164].

Otras estrategias fueron la simulación en un entorno que facilitó la participación activa y la práctica de habilidades, para mejorar el trabajo en equipo y la atención empática y compasiva[162]. Se desarrollaron prácticas de equipo sostenibles mediante actividades de aprendizaje en equipo con objetivos compartidos, diálogo, aprendizaje reflexivo utilizando puntos de contacto emocionales, apoyo mutuo, observación de pares en la práctica, modelamiento de roles y libros de recursos[155,161,163].

En intervenciones orientadas a la consciencia del momento presente y la compasión, fue esencial el desarrollo de prácticas contemplativas (yoga, meditación en atención plena, metta y tong-len) adaptadas para ser enseñadas de manera secular mediante diferentes programas (p. ej. MBSR)[157,159,163-164]. Así mismo, se crearon recursos en línea con base en las experiencias positivas de los participantes (historias digitales, actividades grupales sobre identificación y cambios de actos de amabilidad, ejercicios de atención plena)[157]. Un estudio hizo uso de imágenes y escritura, promoviendo la reflexión sobre atributos clave de la compasión, así como la práctica de habilidades para su desarrollo y cultivo (p. ej. Aprender a dirigir la atención de manera compasiva)[158].

Resultados del entrenamiento

El personal sintió que se proporcionó información adecuada para ayudarles a cuidar y saber qué se esperaba de él en su rol[155]. Expresaron mayor confianza en sus competencias[162], que tenían menos probabilidad de influir en cómo sucedían las cosas en su servicio, ser capaces de discutir temas difíciles, reflexionar para mejorar el cuidado y sentir valorada su contribución[155]. Manifestaron cambios en su forma de pensar sobre la auto-compasión, compasión hacia los demás y su impacto en la práctica[157], mayor auto-compasión[158], aumento de la consciencia de sí mismos[155,160], de la paz interior y atención plena en situaciones de estrés[163], empoderamiento de actitudes y comportamientos de autocuidado[163], incorporación de pausas conscientes en la cotidianidad del trabajo[163], mejor regulación emocional[163], mayor alegría y disfrute del trabajo[163], aunque sin cambios significativos en el cortisol[163], ni en autocorrección ni en auto-persecución[158].

Así mismo, se puso en evidencia la mejora en sus relaciones[155], la manera de comunicarse[150-156,162], las habilidades de conexión interpersonal[163], la motivación[155] y el pensamiento reflexivo sobre la práctica[155]. Además, destacaron que volvieron a estar en contacto con los valores fundamentales de la enfermería[160], tuvieron mayor confianza en su capacidad para reflejar actitudes de cuidado y establecer relaciones de cuidado con los pacientes[156], enriquecimiento de la comunicación del equipo[163], mejor gestión de conflictos[163], consciencia de las diferencias y preferencias individuales, el impacto del envejecimiento[162].

Un estudio en tres hospitales mostró diferencias estadísticamente significativas en amabilidad, atención plena, indiferencia, separación, aunque no en humanidad compartida de las enfermeras como resultado del entrenamiento[159]. También se reportó disminución de ansiedad y agotamiento emocional[163], estrés[163], juicio autocrítico[158], rumiación (especialmente de pensamientos relacionados con el trabajo durante el tiempo libre)[163].

Las interacciones personal-paciente fueron de 6/hora, con atención positiva (59%) que incrementó a 78% (p = 0.017) en el seguimiento al grupo experimental vs. 74% del grupo control, mientras las interacciones negativas se redujeron, aunque no de manera estadísticamente significativa (OR ajustado 0,30 (IC del 95%: 0,07 a 1,32))[154]. Los niveles de empatía mejoraron, aunque no de manera estadísticamente significativa[154]. La intervención contribuyó a que el personal se diera cuenta de la importancia de la presencia y de su impacto curativo, así como a la capacidad de estar plenamente presentes en todos los niveles de sufrimiento y actuar para transformarlo sin ser abrumado por las emociones o la situación[164].

La experiencia resultó transformadora, ayudó a reconocer el dolor, permitió el cultivo de habilidades para entender la muerte y el proceso de morir, a ser más compasivos consigo mismos y con otros, mayor presencia y equilibrio al enfrentarse al sufrimiento y el dolor, menor agotamiento, mayor resiliencia, mejor capacidad relacional, reconocimiento de la importancia y desarrollo de prácticas de autocuidado con impacto positivo en el bienestar personal y la capacidad de involucrarse conscientemente con el paciente y cuidarlo[161,164]. Las prácticas contemplativas (como atención plena) y reflexivas fueron de ayuda, se incrementaron con el entrenamiento favoreciendo el compromiso con la compasión, aunque su mantenimiento fue un desafío[161,164].

Con respecto a los pacientes, sus experiencias revelaron mejoras post-intervención, aunque no estadísticamente significativas[154]; mientras que en las instituciones, la falta de compromiso de la dirección llevó a incertidumbre sobre el desarrollo de las actividades y su implementación, pese al interés de los participantes y algunos líderes, que reflejaron su experiencia en lo personal y profesional, donde fueron clave los roles de liderazgo[157].

La evaluación cualitativa en algunos estudios contribuyó a mayor conocimiento, comprensión y habilidades para la aplicación de las 6C en el equipo, mayor comprensión de sí mismos, confianza y coraje para el liderazgo, intención de implementar acciones de cuidado con resultados positivos para pacientes[160]. El personal valoró los principios detrás de los entrenamientos (p. ej. CLECC) por su orientación al bienestar personal y su impacto en la calidad del cuidado, y aunque estaban dispuestos a participar no siembre estuvo claro de quién era la responsabilidad de su realización. El desarrollo de las actividades dependía de su coherencia con las prioridades y recursos disponibles de la organización, y el tiempo fue una dificultad para el personal[161]. El entrenamiento pudo ser desafiante y resultar evaluativo de los conocimientos y habilidades clínicas cuando los profesionales no dominaban los escenarios de simulación, pero fortaleció el trabajo en equipo y la comprensión de roles, responsabilidades individuales y conciencia del impacto de las acciones, así como comunicación más clara con pacientes y familiares[162].

3.1.2.2. Síntesis de las intervenciones de entrenamiento en competencia cultural

Referentes teóricos, conceptuales o normativos

Algunos de los estudios asumieron la propuesta de Betancourt y et al. (2003) y Cross et al., 1989) sobre competencia cultural como proceso y capacidad de un individuo u organización para funcionar eficazmente en diferentes situaciones culturales[165]. Así mismo, es evidente la influencia de Campinha-Bacote en cuanto consideraron la competencia cultural como un conjunto de comportamientos congruentes con actitudes y conocimientos que permiten al profesional desempeñarse exitosamente en contextos culturales diversos[165-172]. Se destacó que se requiere de competencia lingüística, diversidad en la fuerza laboral y competencia cultural en la fuerza laboral (Baldwin, 2003), y puede repercutir en mejoras apreciables en la atención efectiva, resultados positivos de salud del paciente y disminución de las disparidades relacionadas con la salud[165].

Así mismo, la teoría de la diversidad y universalidad de la cultura de Leininger que destaca la importancia de la cultura en la trayectoria salud-enfermedad y la comprensión de la diversidad cultural, se mencionó como parte del marco teórico de cinco estudios[173-177], y la teoría del cambio de Lewin fue útil para promover cambios en la práctica de enfermería[173]. El modelo de competencia cultural descrito por Papadopoulos et al. (1998) fue relevante en un estudio[178], mientras que otro estudio dio mayor relevancia al constructo de la conciencia cultural como aspecto clave en la construcción de la competencia cultural[179].

De otra parte, las cinco prácticas de cuidado de la teoría de cuidado de Swanson se orientaron al cuidado de personas de diversos orígenes, para llegar a conocerles, evaluarles en profundidad y conocer sus creencias preferencias, así como estar presente, demostrar interés por acompañarles, cuidarles e ir más allá en la experiencia en el final de vida[180]. También se tuvieron en cuenta teorías en etnogeriatría para la enseñanza de aspectos relacionados con la adquisición de actitudes positivas hacia ancianos de otras culturas y conocimientos-habilidades para el cuidado[166]; el Modelo Tridimensional de Congruencia Cultural que articula la conexión entre habilidades de comunicación intercultural[181], un modelo de proficiencia comunicativa para desarrollar habilidades para interactuar de manera apropiada para el contexto[182].

Un estudio fue menos específico y señaló que el programa fue diseñado basado en la teoría psicosocial y otras estrategias basadas en la evidencia para el cambio de comportamiento[176]. Otros estudios generaron sus entrenamientos teniendo en cuenta que el Instituto de Medicina y el Centro Nacional para la Competencia Cultural de Estados Unidos solicitaron el desarrollo de modelos educativos que promovieran el respeto por la raza, etnicidad, antecedentes y experiencias de las personas[183], así como un trabajo efectivo y transcultural por parte del sistema de salud[184].

Se han propuesto varios modelos de atención de la salud para pasar de un modelo de atención de salud algo paternalista a un enfoque que involucre al paciente en la toma de decisiones y el cuidado personal. Estos modelos incluyen los modelos de competencia cultural (CC) y atención centrada en el paciente (PCC)[184].

Áreas de énfasis

Los entrenamientos trabajaron sobre deseo, conciencia, sensibilidad, conocimiento, actitudes, habilidades y encuentros culturales, comunicación terapéutica, evaluación cultural, desarrollo de relaciones enfermera-paciente[57,165,167-187], conceptos y procesos clave para cuidado culturalmente competente (contacto visual, expresión facial, etc.)[168-170,175-176,182], y su importancia para cuidado de calidad, comodidad y satisfacción de los miembros del equipo interprofesional para cuidar pacientes/familiares culturalmente diversos[57,177-178,180,182,185], comenzando por la conciencia de la cultura personal, el compromiso con el aprendizaje sobre otras culturas (que pueden mostrar incluso variaciones biológicas en los síntomas y metabolismo de los medicamentos), el desarrollo de relaciones equitativas profesional/paciente, comunicación interpersonal efectiva, humildad y disposición de aprender del otro como bases para la competencia cultural[168-172,176-178,181,183].

Teniendo en cuenta que las experiencias del individuo influyen en sus respuestas al cuidado, se proporcionó una estructura para definir planes de cuidado incluyendo los valores culturales, creencias y prácticas[173,177,181], así como contenido cultural general y específico para el cuidado culturalmente competente[44,166,171,177,181].

Algunas intervenciones se enfocaron en creencias, valores y prácticas relacionadas con la salud, la enfermedad y la muerte, así como la medicina cultural en algunas culturas específicas (p. ej. Hawaiana, japonesa, filipina, gay-caucásica, hispana, latina), comprendiendo y aceptando que el otro tiene una cultura propia[44,168-169,171,179], por lo que existen diferencias culturales y es necesario integrar puntos culturales clave[167] para adaptar-

negociar el cuidado, mejorar su calidad[169,174,176-177,181,188], promover mejores resultados como satisfacción de los clientes y del personal de enfermería entre otros[170,174,185]. En otro estudio, se hizo mayor énfasis en la importancia de la diversidad de la fuerza laboral y la enseñanza en enfermería y a estudiantes culturalmente diversos[189].

Características de las intervenciones de entrenamiento

En cuanto a las características de los entrenamientos, se presenta su duración, quiénes actuaron como facilitadores y las estrategias didácticas empleadas.

La duración de los entrenamientos también fue variable, ocho horas[171], sesión de 90 minutos[167,174], una sesión de un día[44], tres días[165], tres sesiones de una hora cada semana[44,188], cinco sesiones de dos horas a la semana más una de refuerzo un mes después[168-171,177,184], tres talleres de dos horas durante seis semanas[177], seis semanas[179], tres módulos de 20 minutos en nueve semanas[173], seis módulos en ocho horas más tres semanas de capacitación online[176], 150 horas durante ocho semanas[178], diez semanas[175,182], 36 horas en tres meses[171-172,185-187].

En las intervenciones presentadas en los estudios revisados, los facilitadores fueron capacitador[188], investigadores principales[168-169], indígena capacitado en conciencia cultural acreditado[179], investigador más profesores con experiencia y trabajadores extranjeros[176]. Es destacable un entrenamiento que fue realizado vía web[181].

Aunque sólo algunos estudios proporcionan información detallada de los entrenamientos, es posible afirmar que dentro de las estrategias didácticas, se incluyeron: talleres con diversidad de ayudas, conferencia, discusión presencial/virtual, juegos (bingo cultural, Ambassador y BaFa BaFa –simulados-), juego de roles, simulación, presentaciones multimedia, ejercicios interactivos, módulos en internet, vídeos, folletos, autoevaluación – evaluación cultural, ejercicios reflexivos[44,165,168-170,173-179,181-183,188-189], sesiones en los servicios, estudios de caso, ejemplos del abordaje a la diversidad en entornos clínicos, sesiones de reflexión crítica (para aprendizaje transformativo) especialmente para la conciencia y sensibilidad cultural ante la cultura propia y de los pacientes[44,168-169,180-181,183] promoviendo la comunicación interactiva entrenador-participantes en un entorno cómodo[174]. Otras técnicas de aprendizaje fueron: taller cultural y sesiones sobre atención etnogeriátrica[166], asimilación cultural empleando incidentes interculturales entre personas de dos culturas diferentes, con interpretaciones alternativas de la situación[188].

Algunos entrenamientos explicitaron dentro de sus componentes, uno cognitivo, con un panel de expertos étnicos y culturales, y uno experiencial, donde con a partir de un vídeo se generó la reflexión sobre valores, creencias y prácticas de las culturas de interés; componentes desarrollados en tres sesiones educativas[188]. Otros sólo señalaron el uso de lecturas con preguntas, exploración de la propia cultura y técnicas educativas basadas en la evidencia como la simulación cultural (The Clown CultureTM) para la adquisición de habilidades cognitivas y afectivas para identificar la cultura propia y desarrollar la conciencia cultural[57].

Resultados del entrenamiento

En algunos estudios, los participantes reflejaron aumento en la consciencia cultural, en cuanto creyeron que su cultura influía en sus decisiones de cuidado[166]. La sensibilidad y el conocimiento cultural también mostraron aumento significativo[174]. En otros, el aumento no fue estadísticamente significativo, pero se mantuvo a los tres meses[169].

Las revisiones muestran efectos positivos en: conocimiento del proveedor sobre conceptos culturales generales y específicos[44], actitudes relacionadas con la autoeficacia entendida como la confianza del aprendiz en conocimientos, habilidades y comportamientos[44]. Además, en la satisfacción del paciente y aunque es menor la evidencia, su adherencia a los tratamientos/resultados de salud[44].

Intervenciones de corta y larga duración parecen ser eficaces, así como el uso o no de aprendizaje experiencial no marca diferencias[44]. Intervenciones que abordan conceptos culturales generales y específicos también tienen resultados positivos[44].

Algunos entrenamientos reportaron incremento aunque no estadísticamente significativo en la competencia cultural[165]. La medición con CCA permitió encontrar incrementos estadísticamente significativos para valores, conducta de competencia cultural, y las subescalas de conciencia y sensibilidad cultural, y estos cambios no se correlacionaron con la edad, entrenamiento previo o título en educación[173]. El aumento en cultura y espiritualidad[173], así como en el comportamiento[188] no fue estadísticamente significativo.

La evaluación posterior con el IAPCC-R permitió observar puntuaciones más altas[166-168], especialmente en las escalas asociadas a conciencia, conocimiento, habilidad cultural y competencia cultural[167-168]. Mayor competencia cultural, mayor entendimiento de la relación cultura-salud y comodidad al indagar por aspectos étnicos/culturales de los pacientes[166,168].

Un estudio permite ver cambios estadísticamente significativos en la medición posterior a los 3 y 6 meses (p= .02 y p= .03), aunque con leve disminución en la segunda, y una mejor comprensión de la variación biológica entre grupos culturales[57]. Otro, menciona que el nivel de competencia cultural siguió aumentando a los 3 meses y menciona la evaluación cualitativa que reflejó cambio de comportamiento en la práctica[168].

Las enfermeras reconocieron que a menudo se enfocan en las tareas y no en el paciente y su familia[166], reconocieron y apreciaron las diferencias y similitudes culturales, aunque hubo tendencia a minimizarlos, resaltando puntos en común que pueden enmascarar diferencias culturales importantes en valores, percepciones y comportamientos[180]. Se sintieron preparadas para cambiar la perspectiva cultural y adaptar sus comportamientos a las diferencias culturales, y los cambios en los conocimientos sobre creencias/prácticas culturales no fueron estadísticamente significativos, aunque sí percibieron mayor comprensión de las creencias, comodidad y cuidado culturalmente sensible[180]. La intervención les permitió reconocer más fácilmente su interacción con personas aborígenes, dado que el 25% que inicialmente afirmó *nunca* haber cuidado a alguien aborigen, se redujo a 13.6%, motivó a usar el diálogo para saber si un paciente era aborigen (pre: 45.5%, post: 50%); no hubo diferencias en las declaraciones sobre las actitudes hacia personas aborígenes, hubo tendencia a la neutralidad[179].

La revisión de Horvat et al. (2014), sólo incluyó un estudio de enfermería (Majumdar, 2004), que fue incluido individualmente en esta revisión, pero allí señalan las deficiencias metodológicas en cuanto a la insuficiente descripción de secuencias de la intervención y detalles en los datos, alto riesgo de sesgo de rendimiento y detección, así como pérdidas a lo largo del estudio, aunque concluye una mejor comprensión de actitudes culturales[185].

Cuando en las intervenciones se incluyeron enfermeras adaptadas a la cultura de un nuevo país (denominadas como “aculturadas” en algunos estudios), no se observaron diferencias antes y después de la intervención, independientemente si eran grupo experimental o control, lo cual relacionaron con que al ser enfermeras provenientes de otros países, con un largo período de residencia, se minimizó el efecto de la intervención[182].

Se estudiaron algunas variables predictoras como edad, género, educación, rol, años de experiencia, viajes fuera del país de origen, clases sobre temas culturales, pero la regresión lineal no mostró algún efecto en la competencia cultural[57]. En otro estudio, se analizaron algunas características de las enfermeras y su relación con los niveles de conocimiento y

competencia cultural después de la intervención, la edad y los años de experiencia tuvieron un efecto negativo débil en el conocimiento cultural adquirido y en la competencia cultural, es decir, las enfermeras más jóvenes o con menos experiencia obtuvieron mejores resultados; el nivel educativo tuvo un pequeño efecto positivo en el conocimiento y la competencia cultural[170].

La evaluación cualitativa en otros estudios reporta promoción y mejoras en consciencia, conocimiento, sensibilidad y competencia cultural[174,178]; así como un mayor interés de las enfermeras por obtener más información y más compleja, respetar y aceptar a personas de otras culturas, superar el etnocentrismo y los estereotipos, reconocer las diferencias culturales, políticas multiculturales, apoyar a poblaciones vulnerables, tratar de comunicarse en el idioma del paciente, proporcionar información valiéndose de los recursos disponibles (internet, traductores e intérpretes), y la importancia de un mayor énfasis en cómo comunicar información, cómo abordar los errores de comunicación, así como dar mayor atención a temas de espiritualidad y creencias familiares; sin embargo, destacaron la necesidad de educación continua sobre competencia cultural[176,181].

"Fue muy útil porque promovió la sensibilidad cultural, el conocimiento y la conciencia"[178].

Un estudio cualitativo puso en evidencia que la formación previa no había aportado conocimiento para el cuidado a minorías étnicas, pues era general y la experiencia fue clave en el conocimiento adquirido. La comunicación fue lo más difícil, no se tenía certeza de que hubiesen comprendido las indicaciones que se dieron en el idioma de la enfermera, generando ansiedad en los pacientes e insatisfacción en las enfermeras por la insuficiencia de la atención, y consideraron necesario valorar las necesidades de salud de las minorías étnicas, pues reconocieron el impacto que podría tener un servicio deficiente[175]. Los participantes percibieron que el entrenamiento aumentó su conocimiento y conciencia sobre grupos étnicos, favoreció la comprensión de conceptos culturales, la confianza para hablar con colegas al respecto y cambios en la práctica, aunque para algunos era difícil por el tiempo[175].

Cabe destacar un estudio que evaluó la perspectiva de los pacientes, quienes se mostraron satisfechos, percibieron a los profesionales como compasivos y comprensivos, aunque sin cambios pre-post, y señalaron la necesidad de que se preste más atención al bienestar físico y psicológico[182].

En síntesis, como producto de la revisión, cabe destacar la diversidad de referentes teóricos propios de enfermería y asumidos de otra disciplinas como la psicología, que orientaron las

investigaciones en cuanto al fenómeno a estudio, y que permiten ver la compasión y la competencia cultural como comportamientos que reflejan actitudes y habilidades de gran relevancia para el cuidado de enfermería, e incluso para el cuidado de sí, dada la alta carga emocional y la exposición prolongada a factores estresantes y al sufrimiento como producto del cuidado en entornos hospitalarios.

Además, la revisión hace visible que la competencia cultural y la compasión pueden entrenarse mediante diferentes estrategias, y llama especialmente la atención el entrenamiento mental para el cultivo de la compasión desde la regulación emocional a través de práticas contemplativas de atención plena y compasión, que si bien no se han empleado específicamente para la competencia cultural, pueden considerarse que por las características de las prácticas de compasión pueden ser precursoras de dicha competencia, en cuanto que se hace una exploración de las relaciones consigo mismo y con otros, favoreciendo la capacidad relacional y comunicativa de enfermeras con pacientes y otros profesionales, así como la amabilidad, la empatía y la compasión para mejorar la experiencia del paciente; sin embargo, esto último ha sido poco estudiado.

En cuanto al tiempo de implementación de los entrenamientos, se encontró gran variedad de propuestas, y se plantean inquietudes en cuanto a su integración a las organizaciones para hacerlos parte de la cotidianidad de la práctica del cuidado, pese a las limitaciones que la cultura organizacional puede imponer. Por lo tanto, se considera que la duración de las propuestas de entrenamiento deben tener en cuenta aspectos de las organizaciones y de la asignación de tiempos del personal. El facilitador de este tipo de entrenamientos, particularmente cuando se incluye la compasión desde la perspectiva neurocognitiva, puede ser un profesional de enfermería, pero debe contar con formación y experiencia en prácticas meditativas (atención plena y compasión), así como reflejar la compasión.

Adicionalmente, es de gran importancia que las estrategias didácticas sean diversas, con actividades teóricas y experienciales de prácticas contemplativas con carácter secular, acompañadas de espacios para exploración sobre la propia cultura, la reflexión, el diálogo y la discusión en grupo sobre lo presentado y las prácticas realizadas, así como la simulación para la práctica de habilidades. Así mismo, las experiencias positivas en el cuidado de enfermería son relevantes, por lo que pueden ser empleadas para la reflexión sobre los atributos de cuidados compasivos y culturalmente competentes.

Tabla 3-2: Generalidades de los entrenamientos y las mediciones realizadas en los estudios seleccionados.

Autores	Revista	Diseño	Participantes	País	Intervención/ Duración	Recolección datos/ Medidas de resultado
Entrenamientos en Compasión						
Gould LJ, et al. (2018)[154]	BMJ Open	Factibilidad: ECA	627 pacientes, 178 integrantes de equipos de enfermería	Reino Unido	The Creating Learning Environments for Compassionate Care (CLECC): 4 meses	**Primarios:** QuIS. **Secundarios:** PEECH/ Jefferson Scale of Empathy
Dewar B, Cook F (2014)[155]	Nurse Educ Today	Mixto	86 enfermeras	Escocia	Leadership in Compassionate Care Programme: Aprendizaje activo: 3 h cada cuatro semanas Comunidades de práctica: Taller inicial de 2 días y 3 sesiones de mediodía durante el año	Cuestionario de cultura del personal/ Reflexiones continuas/ Descripciones de los desarrollos informados por el personal/ Estudios de caso/ Reflexiones breves sobre el cambio de comportamiento/ Entrevistas semiestructuradas
Betcher DK (2010)[156]	MEDSURG Nursing	No especificado	8 enfermeras	Estados Unidos	"The Elephant in the Room"	CES (Coates, 1996)
Rushton CH, et al. (2009)[164]	Palliat Support Care	No especificado	95 participantes (encuesta)/ 40 participantes (entrevista)	Estados Unidos	"Being with Dying: Professional Training Program in Contemplative End-of-Life Care" (BWD): 8 días	Encuesta desarrollada por el equipo de investigación/ Entrevistas telefónicas
Orellana-Rios CL, et al. (2018)[163]	BMC Palliative Care	Piloto: Mixto, observacional, pretest-postest	Miembros del personal de un centro de cuidados paliativos	Alemania	"On the job" program: 10 semanas: sesión inicial de 2 h y nueve días de práctica semanal	MBI/ PSQ-20/ HADS-D/ SCL-90-R-SOMS/ ERSQ-27/ NR/ GAS/ Cortisol
Mahon MA, et al. (2017)[159]	Journal of Research in Nursing	Piloto: Cuasi-experimental pretest-postest	90 enfermeras registradas (Pretest) 64 enfermeras registradas (Postest)	Irlanda	Mindfulness meditation and self compassion training: (6 y 8 semanas, 2 horas/semana por las noches, después de terminar turno)	PSS/ CS

Bridges J, et al. (2017)[161]	BMJ CUAL Saf	Factibilidad: Evaluación cualitativa basada en la teoría del proceso de normalización (TNP)	4 gestores de servicio, 2 gerentes adjuntos de sala, 8 integrantes del personal de enfermería, 7 asistentes de atención médica, 2 enfermeras de alto nivel, 2 enfermeras de desarrollo de práctica superior	Inglaterra	Creating Learning Environments for Compassionate Care (CLECC)	Entrevistas semi-estructuradas
Ross AJ, et al. (2013)[162]	BMJ CUAL Saf	Evaluación: Mixto	- Entrenamiento simulación paciente humano: 93 (22 auxiliares de enfermería; 62 enfermeras; 9 doctores) - Entrenamiento simulación en sala: 86 (22 auxiliares de enfermería; 61 enfermeras, 3 profesionales de la salud)	Inglaterra	PRO-CARE programme (2 semanas con entrenamiento de simulación en una sesión de 1 día)	Observaciones/ Calificaciones de autoconfianza en competencias clave/ Entrevistas semi-estructuradas en profundidad
Curtis K, et al. (2016)[157]	Journal of Research in Nursing	Evaluación: Indagación Apreciativa (AI)	No especificado	Reino Unido	Cultivating Compassion	Grupos focales/ Entrevistas semi-estructuradas
Beaumont E, et al. (2016)[158]	J Contin Educ Health Prof	Mixto con intervención	11 enfermeras y parteras, 10 terapeutas y 7 profesionales de la salud	Reino Unido	Compassion-Focused Therapy Training: 3 días	SCS-SF/ FSCS
Masterson A, et al. (2014)[160]	Nurs Older People	No especificado	117 enfermeras	Inglaterra	The enabling compassionate care in practice programme	Formularios de evaluación Grupo de discusión
Entrenamientos en Competencia Cultural						
Gallagher RW, Polanin JR (2015)[165]	Nurse Educ Today	Meta-análisis	Enfermeras	No especificado para los estudios primarios	No especificada para los estudios primarios	Berlin (2010): CCCTQ/ Cooper-Brathwaite (2005), Lal (2010), Nokes (2005) y Salman (2007): IAPCC/ Diaz (2011), Smith (2001) y Xu (2010): Instrumento creado por autores/ Heitzler (2012): CSES

Bhat AM, et al. (2015)[173]	Journal of Hospice & Palliative Nursing	Traslacional: Cuasi-experimental	15 enfermeras registradas	Estados Unidos	Cultural Competence Educational Intervention: 9 semanas	Electronic Chart Review/ CCAT
Halm MA, et al. (2012)[180]	Holist Nurs Pract	Cuasi-experimental	31 miembros del equipo interprofesional (enfermería, medicina, trabajo social, capellanía, administración de cuidados, asistencia respiratoria, farmacia y servicios voluntarios)	Estados Unidos	Intervención combinada de 2 etapas para mejorar la competencia cultural	Cuestionario demográfico/ IDI/ Cultural End-of-Life Beliefs/Practices Knowledge test/ FATCOD/ Comfort Providing End-of-Life Care/ Satisfacción del equipo con el programa de sensibilidad cultural
Flavin C (1997)[188]	Am J Hosp Palliat Care	Cuasi-experimental de un grupo	11 miembros del personal de enfermería	Estados Unidos	The Cross-Cultural Training (CCT) program: 3 sesiones	Escala tipo Likert (5 puntos): reacciones al CCT/ Ítems de selección múltiple sobre conocimiento de la cultura japonesa/ 12 ítems de aprendizaje del CCT
Salman A, et al. (2007)[166]	J Nurses Staff Dev	No especificado	207 enfermeras	Estados Unidos	Family-Centered Geriatric Care Program (1 taller, 5 sesiones)	CAS: adaptada de Rew, Becker, Cookston, Khosropour y Martinez (2003)/ IAPCC-R Scale (Campinha-Bacote, 2003)
Delgado DA, et al. (2013)[57]	J Transcult Nurs	Piloto	111 funcionarios del Departamento de Enfermería (enfermeras registradas, asistentes de atención al paciente y secretarias de la unidad)	Estados Unidos	Cultural competence training: “What’s Culture Got to Do with It?”	IAPCC-R Scale
Lee CA, et al. (2006)[174]	J Contin Educ Nurs	Piloto: Cuasi-experimental de un grupo (Polit y Hungler, 1999).	7 enfermeras	Estados Unidos	Cultural Sensitivity Education for Nurses: 90 minutos	Lee Cultural Sensitivity Tool - Hispanic Version
Kelly F, Papadopoulos I (2009)[178]	Diversity in Health and Care	No especificado	5 enfermeras	Reino Unido	Promoting Cultural Competence in Health and Social Care Practice: 8 semanas, 150 horas de aprendizaje	Cuestionarios en línea
Grady AM (2014)[167]	Home Healthc Nurse	No especificado	15 enfermeras	Estados Unidos	Education program in cultural competence: 1 sesión de 90 minutos	IAPCC-R Scale

Brathwaite AEC (2005)[168]	J Transcult Nurs	Mixto: Cuasi-experimental, un grupo con medidas repetidas	76 enfermeras	Canadá	Cultural Competence Course: 1 sesión de 2 horas durante 5 semanas, 1 sesión de refuerzo un mes después	IAPCC-R (Campinha-Bacote, 2002a)
Brathwaite AC, Majumdar B (2006)[169]	J Adv Nurs	Mixto: Cuasi-experimental, un grupo con medidas repetidas	76 enfermeras	Canadá	Cultural competence educational programme: 1 sesión de 2 horas durante 5 semanas, 1 sesión de refuerzo un mes después	CKS
Xu Y, et al. (2010)[182]	Nurs Econ	Piloto: Cuasi-experimental	28 enfermeras	Estados Unidos	Speak for Success: intervention on socio-cultural skills regarding communication: 1 talles por semana durante 4 semanas	Lista de verificación Caso clínico único
Chapman R (2014)[179]	Int Emerg Nurs	Cuasi-experimental pretest-postest	72 enfermeras, personal administrativo y de salud afines.	Australia	Cultural awareness training: 6 semanas con 3 talleres de 2 horas	"Area human resources development/population health survey of participation in Aboriginal awareness training workshop" (Mooney et al., 2005)
Brathwaite AC (2006)[170]	Int J Nurs Educ Scholarsh	Cuasi-experimental, un grupo con medidas repetidas	76 enfermeras de salud pública	Canadá	Competencia cultural: 5 sesiones, 1 vez por semana, de 2 horas, más una sesión de refuerzo al mes	LSI (Kolb)/ IAPCC (Campinha-Bacote, 1998, 2002)/ CKS (adaptado de las subescalas de conocimiento cultural del IAPCC (Campinha-Bacote, 1998) y de la CSES (Bernal & Froman, 2000)
Chevannes M (2002)[175]	J Adv Nurs	Evaliuación cualitativa pre y post entrenamiento	22 profesionales de salud (terapia ocupacional, fisioterapia, radiografía, enfermeras en hospitales y comunidades, partería y farmacia)	Reino Unido	No especificada	Entrevistas semiestructuradas en la fase de pre-entrenamiento. Grupos focales. Notas de campo. Formulario de evaluación.
Kim YK, Lee H (2016)[176]	J Korean Acad Community Health Nurs)	Mixto integrado: Diseño grupo control no equivalente pretest-postest	41 enfermeras de salud pública (GE: 21, GC: 20) 10 enfermeras del GE para datos cualitativos. 40 pacientes (GE: 20, GC: 20)	Corea del Sur	Cultural Competence Training Program for Public Health Nurses (Offline: 6 módulos en 8 horas/ Online: 3 semanas con dos boletines semanales)	MMW Entrevista en profundidad semiestructurada

Beach MC, et al. (2005)[44]	Med Care	Revisión sistemática: 1. Frank-Stromborg (1987): Pre/post 2. Flavin (1997): Pre/post 3. Underwood (1999): Pre/post 4. Lasch (2000): ECA 5. Smith (2001): CCT	Enfermeras	No aplica	No especificada para los estudios primarios	1. Frank-Stromborg (1987): CAI, PAS, activities survey/ 2. Flavin (1997): Ensayos, calificaciones de los participantes del currículo, examen escrito/ 3. Underwood (1999): Calificaciones de los participantes del currículo, autoevaluación/ 4. Lasch (2000): Examen escrito/ 5. Smith (2001): Autoevaluación, examen escrito, CSES
Horvat L, et al. (2014)[185]	Cochrane Database Syst Rev	Revisión sistemática de ECA y ECC: 1. Majumdar (2004): Cuasi-experimental	Majumdar (2004): proveedores de enfermería y atención domiciliaria	No aplica	Majumdar (2004): Cultural Sensitivity Training: 36 horas	Majumdar (2004): Self-Assessment of Cultural Awareness tool/ OAR/ Physical & Mental Health Assessment Questionnaire
Doorenbos AZ, et al. (2010)[181]	J Soc Work End Life Palliat Care	Cualitativo	21 proveedores de cuidados paliativos	Estados Unidos	Culture & End-of-Life: Web-Based Educational Intervention to Improve Cross-Cultural Communication Among Hospice Providers	Grupos focales
Lie DA, et al. (2011)[186]	J Gen Intern Med	Revisión sistemática Majumdar (2004): Cuasi-experimental	Majumdar (2004): Enfermeras / trabajadores de atención médica domiciliaria (114 línea de base, 76 final)	No aplica	Majumdar (2004): Cultural sensitivity training: 36 horas en 3 meses	Múltiples herramientas validadas (p. ej.: Health and Social Services Utilization Questionnaire)
Warren N, et al. (2017)[183]	Nurse Educ	No especificado	31 enfermeras educadora clínica	Estados Unidos	Diversity-related video: 26 minutos	Cuestionario de 11 ítems para evaluar el abordaje de cuestiones relacionadas con la diversidad: conocimiento del enfermero educador (4 ítems), habilidades (4 ítems), confianza (3 ítems)
Beard KV (2016)[189]	J Prof Nurs	Cuasi-experimental de un grupo	Pre-workshop N = 100 Post-workshop N = 37	Estados Unidos	Multicultural education (ME)	Demographic questionnaire/ MAPS/ TMAS

Jongen C, et al. (2018)[177]	BMC Health Serv Res	Revisión sistemática de alcance 1. Brathwaite (2006): Diseño de múltiples series de tiempo 2. Chapman (2014): Pre/post 3. Salman (2007): Pre/post	1. Brathwaite (2006): 75 enfermeras de salud pública/ 2. Chapman (2014): 44 miembros del personal del Departamento de Emergencias/ 3. Salman (2007): 202 miembros del personal de enfermería en entornos hospitalarios	No aplica	1. Brathwaite (2006): Cultural competency training/ 2. Chapman (2014): Cultural competency training/ 3. Salman (2007): Cultural workshop	1. Brathwaite (2006): CKS/ 2. Chapman (2014): Cuestionario para medir la conciencia cultural (percepciones y actitudes)/ 3. Salman (2007): Cuestionario para medir conciencia y competencia cultural auto-reportada
Govere L, Govere EM (2016)[187]	Worldviews Evid Based Nurs	Revisión sistemática 1. Castro and Ruiz (2009): Descriptivo correlacional/ 2. Majumdar et al. (2004): ECA	1. Castro and Ruiz (2009): 15 Enfermeras practicantes, 218 pacientes latinos 2. Majumdar et al. (2004): 114 Proveedores de cuidado, 133 pacientes caucásicos	No aplica	1. Castro & Ruiz (2009): Cultural competence training/ 2. Majumdar et al. (2004): Cultural sensitivity training	1. Castro & Ruiz (2009): IAPCC/ 2. Majumdar et al. (2004): Self-Assessment of Cultural Awareness questionnaire
Renzaho AM et al. (2013)[184]	Int J CUAL Health Care	Revisión sistemática 1. Brathwaite y Majumdar (2006): Pre/post 2. Brathwaite (2005): Pre/post 3. Majumdar et al. (2004): ECA 4. Smith (2001): Pre/post	1. Brathwaite y Majumdar (2006): 76 enfermeras registradas/ 2. Brathwaite (2005): 76 enfermeras registradas/ 3. Majumdar et al. (2004): 114 proveedores de asistencia sanitaria y 133 pacientes/ 4. Smith (2001): 94 enfermeras registradas	No aplica	1. Brathwaite y Majumdar (2006): Five-week CC training course/ 2. Brathwaite (2005): Brief CC training course/ 3. Majumdar et al. (2004): Cultural sensitivity training, cultural awareness, communication and understanding/ 4. Smith (2001): CC curriculum	1. Brathwaite y Majumdar (2006): CKS/ 2. Brathwaite (2005): CKS/ 3. Majumdar et al. (2004): No especificado/ 4. Smith (2001): CSES
Chipps JA, et al. (2008)[171]	Worldviews Evid Based Nurs	Revisión sistemática 1. Cooper-Braithwaite (2005): Cuasi-experimental, un grupo con medidas repetidas	1. Cooper-Braithwaite (2005): 76 enfermeras de salud pública/ 2. Majumdar et al. (2004): 114 proveedores de enfermería y atención domiciliaria, 133 pacientes/ 3. Smith	No aplica	1. Cooper-Braithwaite (2005): Training program/ 2. Majumdar et al. (2004): Cultural sensitivity program/ 3. Smith (2001): Culture school	1. Cooper-Braithwaite (2005): IAPCC (Campinha-Bacote 1998)/ 2. Majumdar et al. (2004): Rokeach Dogmatism scale/ Self report cultural awareness scale/ Client satisfaction questionnaire/ Physical and mental health questionnaire/ 3. Smith (2001): CSES/ Rooda questions

		2. Majumdar et al. (2004): ECA 3. Smith (2001): ECA	(2001): 94 enfermeras registradas			
Majumdar B, et al. (2004)[172]	J Nurs Scholarsh	Mixto: ECA	114 proveedores de atención médica (enfermeras y trabajadores de cuidados domiciliarios) y 133 pacientes	Canadá	Cultural sensitivity training	The Rokeach Dogmatism Scale (Vacchiano, Schiffmann , & Strauss, 1967)/ Self-Assessment of Cultural Awareness (Majumdar, Carpio, Roberts, y Browne, 1992)/ Expenditures of Health Care and Social Services (Browne, Arpin, Corey, Fitch, y Gafni, 1990)/ Client Satisfaction Questionnaire (Laisen, Attkisson, Nargreaves, & Nguyen, 1979)/ Client Health Outcomes (Fillenbaum, 1978)/ The Physical and Mental Health Assessment Questionnaire (Majumdar, 1995b)

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

QuIS: Quality of Interactions Schedule/ **PEECH:** Patient-reported evaluations of emotional care in hospital/ **CES:** Caring Efficacy Scale/ **MBI:** Maslach Burnout Inventory/ **PSQ-20:** Perceived Stress Questionnaire/ **HADS-D:** Hospital Anxiety and Depression Scale/ **SCL-90-R-SOMS:** The Symptom Checklist-90-R, Somatization Scale/ **ERSQ-27:** Emotion Regulation Skills Questionnaire/ **NRS:** Work Situation/ **GAS:** Goal attainment scaling/ **PSS:** Perceived Stress Scale/ **CS:** Compassion Scale/ **SCS-SF:** Self-Compassion Scale–Short Form/ **FSCS:** Functions of Self-Criticizing and Self-Attacking Scale/ **CCCTQ:** Clinical Cultural Competency Training Questionnaire/ **CSES:** Cultural self-efficacy scale/ **CCAT:** Cultural Competence Assessment Tool/ **IDI:** Intercultural Development Inventory/ **FATCOD:** Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying/ **CAS:** Cultural Awareness Scale/ **CKS:** Cultural Knowledge Scale/ **IAPCC:** Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among HealthCare Professionals Scale/ **IAPCC-R:** Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among HealthCare Professionals-Revised Scale/ **LSI:** Learning Style Inventory/ **OAR:** Off-Axis-Ratio/ **MAPS:** Nurse Educator Multicultural Awareness and Practices Scale/ **TMAS:** Teacher Multicultural Attitude Survey

Fuente: Datos del estudio.

3.1.3 Conceptualización del problema y de la intervención: Estudio cualitativo descriptivo

Se vincularon 13 profesionales y 15 auxiliares de enfermería que trabajan en alguno de los dos hospitales (público y privado), en los turnos mañana, tarde o noche. El 75% de participantes fue de género femenino y 25% masculino, con edades entre los 20 y los 63 años, experiencia como profesionales/auxiliares entre 1 y 30 años, y vinculación a la institución entre 6 meses y 26 años, lo que da cuenta de la diversidad de posibilidades de experiencias. A continuación, se presentan los dos temas determinados como producto del análisis temático: 1) El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos [*Figura 3-6*], y 2) El cotidiano del cuidado y la superación de barreras [*Figura 3-7*]. Finalmente, se construyeron las proposiciones y diagramas que reflejan la comprensión de los dos temas y síntesis de los hallazgos.

3.1.3.1. Tema 1. El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos

La figura 3-6 permite ver que el tema 1 está constituido por dos códigos: 1) “Entender que todos los pacientes son diferentes”, 2) La importancia de brindar información y acompañamiento, y muestra los respectivos verbatims/diálogos. En su conjunto, los participantes del estudio expresan que cuidar a personas culturalmente diversas implica reconocer si pertenece a algún grupo étnico/cultural o tiene creencias religiosas particulares, intentan conocer sus creencias y costumbres a través del diálogo directo o con el apoyo de intérpretes/familiares, respetarlas, explicarles de manera que comprendan los términos y procedimientos.

Algunos participantes destacan que las costumbres de los sujetos de cuidado son diversas por lo cual, el cuidado es diferente. Adquiere un carácter de algo casi innato, enmarcado en el respeto, la solidaridad, la comprensión mutua. Incluso derivan en la generación de vínculos afectivos que luego se reflejan en el agradecimiento por el interés demostrado por enfermeras y auxiliares en el cuidado.

Para auxiliares y profesionales de enfermería, la compasión tiene que ver con el buen trato, un cuidado cálido y que brinde seguridad a los sujetos de cuidado. Se logra, explicándoles los procedimientos y apoyándoles en las actividades de la vida cotidiana, aunque a veces lo relacionan directamente con pacientes con cáncer y personas vulnerables. Resulta clave brindar información a los familiares, especialmente cuando no tienen posibilidad de acompañar permanentemente a los pacientes.

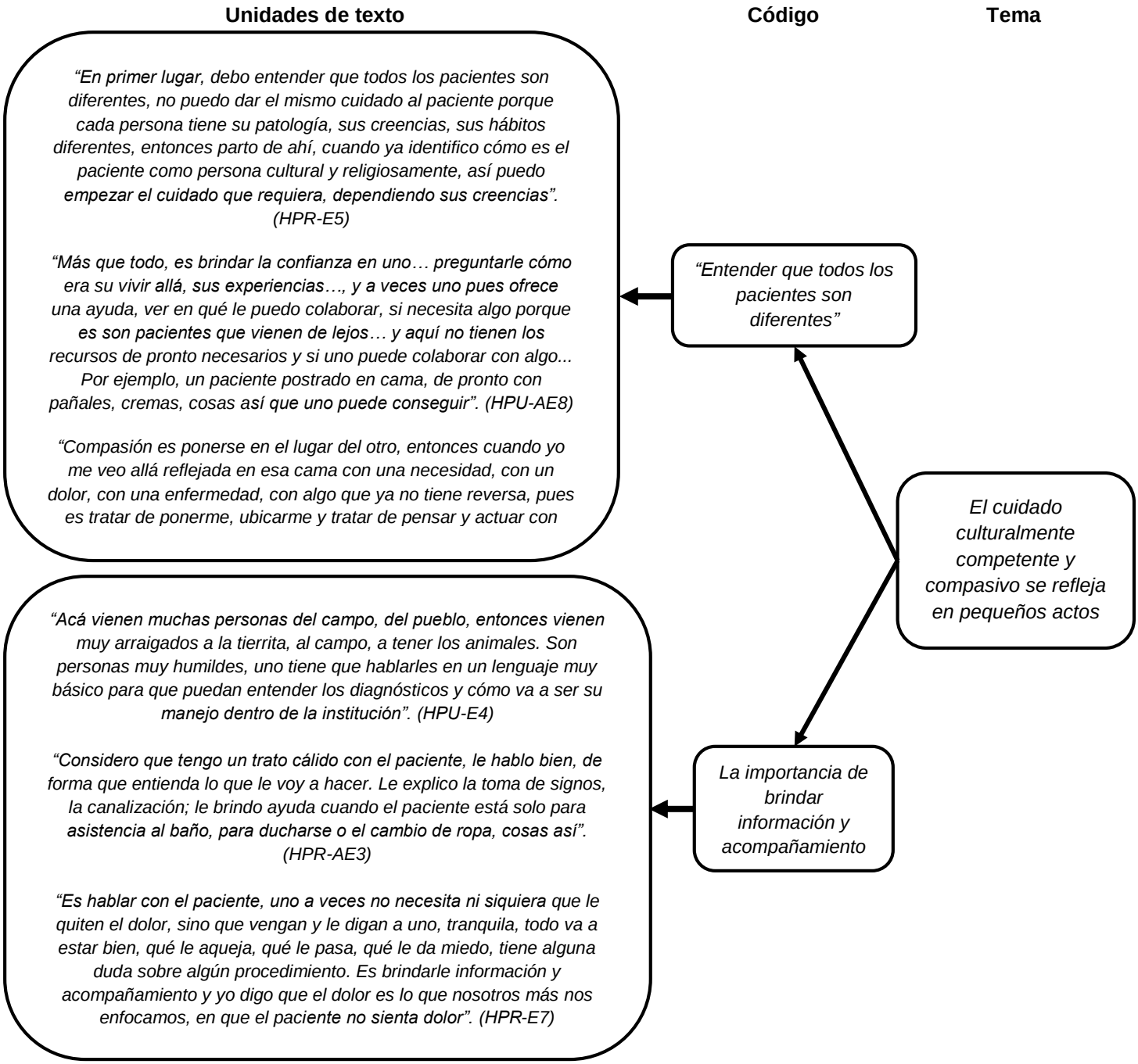
La compasión se expresa en la cotidianidad, a través de la observación y el diálogo para identificar el sufrimiento y el dolor físico y espiritual. Así como el desarrollo de estrategias para su alivio, para lo cual es fundamental la comunicación terapéutica y estar pendiente de las necesidades del paciente, administrar analgésicos. Brindar pequeños detalles como saludar, sonreír, presentar una cara amigable en medio de la angustia, ofrecer comodidad y velar por su integridad, a pesar del estrés de la cotidianidad personal y laboral. Comprenden que los pacientes no tienen la culpa y el entorno hospitalario hace que necesiten estar tranquilos y contar con un apoyo.

La compasión es posible gracias a que algunas personas inspiran ternura, a que sus características personales les ayuda a ponerse en la situación de los pacientes,ayuda pensar que en algún momento pueden llegar a ser como ellos, y es fundamental comprender sus sentimientos, incluso verlos como si fueran sus familiares y tratarlos humanamente. No obstante, a veces se sobreidentifican hasta el punto de sufrir también.
Ser compasivas implica ir más allá de la administración de medicamentos, conocer a la persona más allá del paciente, dedicar tiempo, escuchar, brindar apoyo emocional, aprender a hablarles, mediar y brindar información y educación sobre exámenes, medicamentos y procedimientos, en ocasiones es ayudarles a cumplir deseos especiales con la comida. Además, envuelve el buen trato a pacientes y familiares, comprensión de su malestar, facilitar las visitas y brindarles información completa y oportuna, especialmente ante una situación adversa como la hospitalización.

Con pacientes de escasos recursos o provenientes de lugares distantes, la enfermera cumple un papel esencial para la abogacía, gestionan con trabajo social u otros profesionales. Las auxiliares recurren a otros pacientes o equipos de voluntarios para conseguir ayuda. Algunas enfermeras ven la compasión desde la perspectiva de la

humanización, y reconocen que actualmente no es visible, que se requiere trabajar en equipo y determinar en qué se falla en el cuidado.

Figura 3-6: Síntesis tema 1: El cuidado culturalmente competente y compasivo se refleja en pequeños actos.



Fuente: Elaboración propia.

3.1.3.2. Tema 2. El cotidiano del cuidado y la superación de barreras

A través de este tema, fue posible aproximarse a la realidad de la práctica de enfermería en la cotidianidad, las múltiples barreras a las que enfermeras y auxiliares se enfrentan, y a su vez, los recursos que les permiten superarlas. El tema está compuesto por dos códigos: 1) Limitaciones que impone el contexto, 2) “Lo principal es el amor que uno tenga por ellos”, de los que se presentan los verbatims/diálogos más representativos, visibles en la figura 3-7.

Profesionales y auxiliares destacan que cuidan a todo tipo de personas, y que resulta especialmente gratificante el cuidado a personas de la tercera edad, campesinos e indígenas, quienes son más colaboradores y agradecidos que las personas de la ciudad. La cotidianidad es un escenario de aprendizaje sobre cómo tratarlos y reconocer que independientemente de su cultura, son seres humanos, y que para algunos de ellos, el grupo familiar resulta de gran relevancia, por lo que muchas veces les permiten estar con más acompañantes/familiares de los permitidos por la institución.

Las creencias culturales y el proceso comunicativo pueden resultar en barreras para el cuidado cuando son pacientes mujeres indígenas, que no pueden expresarse libremente porque el hombre es el único autorizado para interactuar con el equipo de salud, y a veces esto les genera desconfianza. Así mismo, pacientes indígenas y Testigos de Jehová que no permiten transfusiones sanguíneas porque piensan que recibirán la maldad de la persona donante, a veces son considerados pacientes difíciles y poco colaboradores, intentan negociar el cuidado, y aunque a veces se respetan las creencias y se buscan otras alternativas terapéuticas, en algunos casos intentan convencer al otro a través de la explicación de los procedimientos y sus beneficios, probablemente configurando imposición cultural del tratamiento.

El cuidado a personas culturalmente diversas puede tornarse difícil dado que atienden poblaciones indígenas, con idioma y cultura diferentes. En el hospital privado, tienen

traductores a su disposición, que son de ayuda para brindar el tratamiento, y la familia es considerada como otra gran aliada. Algunos destacan que buscan maneras de hacerse entender a través de señas (aunque a veces no resulta útil) o incluso dándoles papeles para que dibujen. En algunas oportunidades pueden identificar el dolor por las facies de las personas, o los acompañantes o familiares son quienes facilitan la comunicación. Pese a que se evidencia la recursividad, con pacientes sordos o mudos, puede ser más difícil la superación de la barrera comunicativa, por lo que destacan la necesidad de dominar la lengua de señas y otros idiomas, especialmente el inglés para el cuidado de pacientes extranjeros.

Aunque sólo una enfermera hizo mención, al parecer los integrantes del equipo de enfermería pueden ser sujetos de discriminación, en ese caso, un paciente afrodescendiente que hizo referencia de manera despectiva a las personas de piel blanca, o un paciente de piel blanca, recluso de una cárcel, que usó lenguaje racista con una auxiliar de enfermería afrodescendiente, negándose a recibir cuidados de la auxiliar.

"Llegó un paciente de raza negra y dijo: "Uhhhh, mano de blancos aquí", o sea, era racista con los blancos, y también hemos tenido lo contrario, una vez un señor que era del INPEC, y acá tenemos una auxiliar en la tarde que se llama A y ella es de raza negra, es muy buena persona y no es una persona arrogante ni nada. Bueno, ella fue, se presentó y dijo mi nombre es A y soy la auxiliar que lo va a acompañar el dia de hoy, y de una vez dijo: "Yo no quiero que me atienda usted, negra mugrosa", y ella salió llorando, que cómo la había tratado".

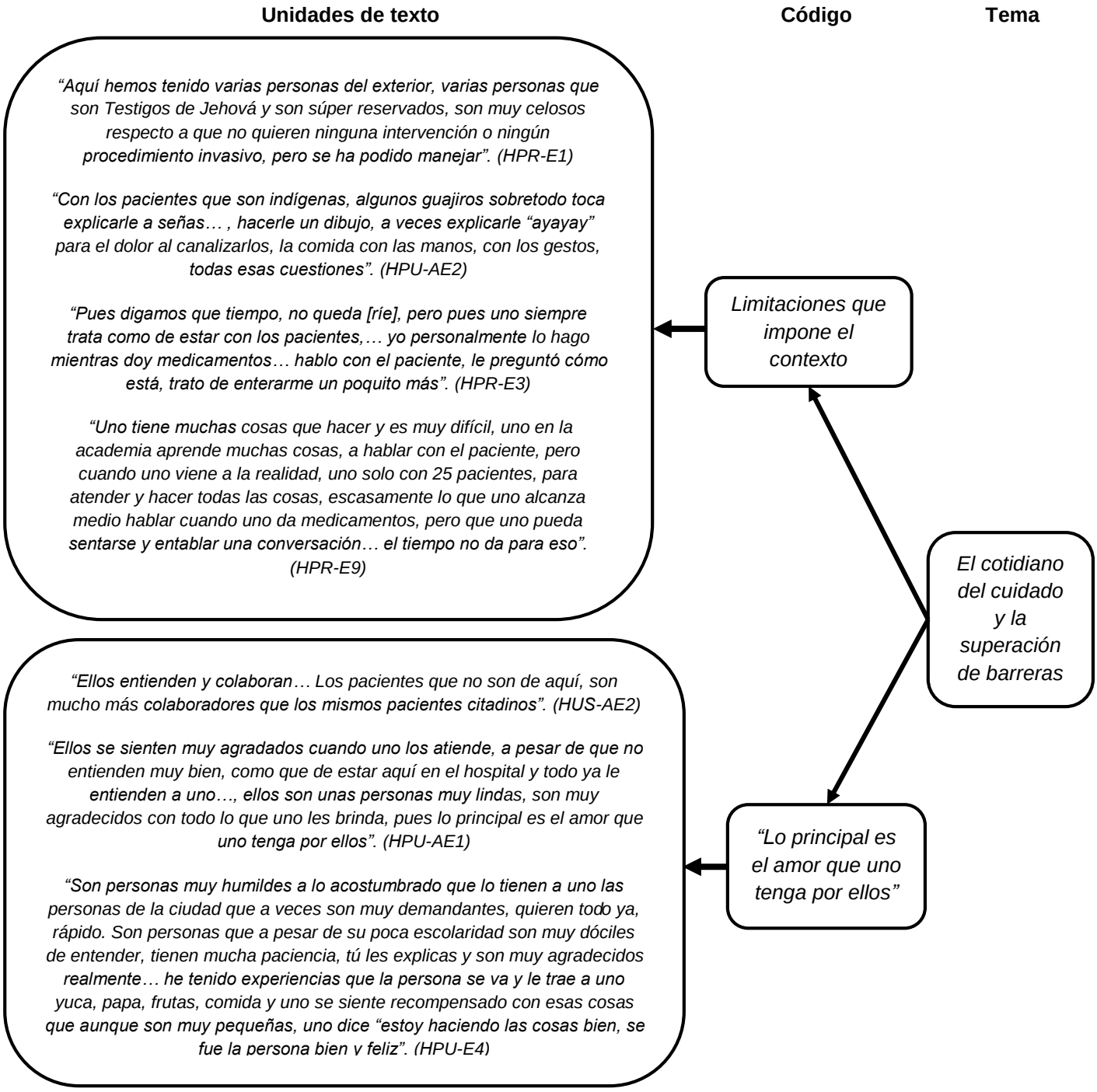
Las barreras organizacionales se relacionan con el alto volumen de pacientes y profesionales de enfermería señalan que tienen a su cargo el desarrollo de múltiples actividades administrativas: administración de medicamentos, los procedimientos, los registros, entre otros, que limitan el cuidado directo. Buscan superarlo, con pequeños momentos de presencia y trato amable al paciente, en el que indagan por cómo está. Al respecto, destacan la relevancia del liderazgo del profesional y del auxiliar de enfermería como apoyo para el cuidado. Reconocen que a veces los registros no reflejan la realidad del cuidado, gestionan el tiempo de manera que además de cumplir actividades básicas de cuidado, están con los pacientes y hablan con ellos para que se sientan cuidados. Reclaman un deseo por hacer más por el paciente y confirman que su actitud resulta

fundamental para una mejor comunicación, aprendiendo a ser mejores personas y brindando mejores cuidados.

La última barrera para el cuidado en el ámbito hospitalario tiene que ver con la falta de formación sobre compasión y competencia cultural durante el proceso educativo tanto para profesionales/auxiliares, aunada a la falta de experiencia. Además, perciben incongruencia al pasar del escenario formativo al laboral, donde hay mayor importancia el desarrollo de actividades técnicas y administrativas que el cuidado en sí y se refuerza con los ciclos de capacitaciones en las instituciones, que se enfocan en aspectos técnicos del cuidado. No obstante, es esencial el interés y el compromiso individual para brindar lo mejor de sí mismo, algo que va más allá de la formación y del tiempo disponible, que se aprende y se fortalece en la cotidianidad, se refleja también en la búsqueda de cuidados de calidad por el equipo de enfermería.

A pesar de las múltiples barreras, la experiencia del cotidiano del cuidado suele ser valorada como positiva, especialmente cuando las personas aceptan los procedimientos, o cuando en el cuidado evidencian que las mujeres de grupos indígenas tienen un rol decisorio, y destacan de manera especial el agradecimiento de personas campesinas e indígenas, que se refleja incluso en detalles como regalarles alimentos. Sin embargo, la percepción de las experiencias fue negativa o resultó frustrante cuando profesionales y auxiliares fueron agredidas por pacientes o familiares, o cuando estos últimos limitaron la comunicación con el paciente, y no les permitieron expresarse libremente.

Figura 3-7: Síntesis tema 2: El cotidiano del cuidado y la superación de barreras.



Fuente: Elaboración propia.

3.1.4 Operacionalización de la intervención ECCC y su mecanismo

La intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva (ECCC) para enfermeras y auxiliares de enfermería tiene su origen en un componente empírico desarrollado a través de una revisión sistemática integrativa, y un componente participativo en el marco de una investigación cualitativa descriptiva que indagó sobre las experiencias de enfermeras y auxiliares de enfermería en el cuidado a personas culturalmente diversas y con compasión, y como producto de la pasantía en el Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria, Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (2018), en donde la investigadora principal conoció y participó de entrenamiento en el Protocolo de Compasión basada en los estilos de apego, además de otros entrenamientos basados en atención plena (*mindfulness*) para la aceptación y la resiliencia, que permitió tomar elementos clave del protocolo e integrarlos con los productos de los componentes empírico y participativo, para construir la intervención de entrenamiento a estudio.

La revisión de experiencias permitió realizar una aproximación a la importancia, el proceso para que enfermeras y auxiliares de enfermería desarrollen y expresen en el cuidado la compasión y competencia cultural, donde resulta fundamental el desarrollo de relaciones de cuidado, la comunicación con el paciente y la familia, la consciencia y sensibilidad, la presencia auténtica, el reconocimiento del sufrimiento y la empatía, el ir más allá y dedicar tiempo, actitudes y comportamientos que facilitan la negociación y adaptación del cuidado.

Sin embargo, son múltiples los factores que pueden influir en que esto se manifieste en la cotidianidad del cuidado, como el escenario (servicio) en el que se desarrolla, la educación recibida por auxiliares y enfermeras, así como su trayectoria profesional, y tanto la cultura organizacional que lleva a la división del trabajo y la cultura del paciente y su familia. Así mismo, aunque las evidencias son más limitadas, los estudios revisados permiten determinar que la compasión y el cuidado culturalmente congruente por parte de profesionales y auxiliares contribuyen tanto a su crecimiento personal como profesional, y a mejores resultados de salud de los pacientes.

Por otra parte, la revisión de entrenamientos refleja que en enfermería se ha dado mayor importancia al entrenamiento en competencia cultural (71,05% de los estudios incluidos),

que a la compasión (28,95%). Así mismo, se evidencia el uso de múltiples referentes teóricos tanto de enfermería como de otras disciplinas dentro de las que destaca la psicología, que han orientado la investigación y el desarrollo de las intervenciones/entrenamientos en compasión y competencia cultural, en las que se usan diversas estrategias pedagógicas y didácticas, dentro de las que fue especialmente llamativa la implementación de prácticas de meditación derivadas de tradiciones contemplativas y el desarrollo de estudios cualitativos de evaluación, o de factibilidad y pilotos en los que se emplearon métodos cualitativos para la evaluación, así como otras escalas cuantitativas. No obstante, ninguno de los estudios es explícito en una intervención para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva en enfermeras y auxiliares de enfermería.

Por su parte, el estudio cualitativo descriptivo permitió contextualizar las evidencias y destaca cómo el cuidado culturalmente competente y compasivo se manifiesta en pequeños actos a través de los cuales enfermeras y auxiliares expresan una comprensión en la que todos los sujetos de cuidado son diferentes y requieren de información y acompañamiento continuo. No obstante, el cotidiano del cuidado y especialmente el contexto donde este se desarrolla impone limitaciones para expresar los pequeños actos anteriormente mencionados, y ante lo cual el amor por los sujetos de cuidado, es el que mueve a profesionales y auxiliares para superar las barreras.

Como consecuencia de los abordajes de revisión e investigación cualitativa ejecutados como parte inicial de la primera fase, se puso en evidencia la necesidad del desarrollo de estas competencias por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería a través de una intervención que promueva el mejoramiento de su bienestar personal a través de la auto-compasion, para que posteriormente su desempeño profesional refleje la competencia cultural y compasiva, de modo que aporte a mejores resultados de los pacientes a los que cuida, aunque esto último cuenta con menor evidencia disponible, y no es la finalidad del presente estudio.

Lo anteriormente descrito, se incluye en los componentes teórico y práctico de cada una de las sesiones de la intervención ECCC. Sin embargo, su operacionalización, con la cual se cierra la fase de modelado de la intervención y que se describe en la Tabla 3-3: Sistematización del diseño de la intervención ECCC y en la Tabla 3 4: Estructura de las

sesiones de la intervención ECCC, se alimenta también de otros elementos pedagógicos, didácticos y teóricos, que se describen a continuación.

La intervención ECCC se plantea también desde la perspectiva de constituirlo como un curso de formación continua en cuanto se trabajan unos temas estructurados para desarrollar, fortalecer, y actualizar la competencia cultural y compasiva en enfermeras, en línea con la Política Nacional de Talento Humano en Salud que presenta el Sistema de Formación Continua de Talento Humano en Salud[190].

Por lo tanto, desde los aspectos pedagógicos y didácticos, se propone un entrenamiento desde una perspectiva constructivista, donde las enfermeras sean responsables de su propio proceso de aprendizaje, reconstruyendo sus saberes y siendo activas en la exploración de la competencia cultural y compasiva a partir de sus conocimientos previos. Todo esto es movilizado por la facilitadora del proceso de construcción de conocimiento y experiencias sobre el tema de interés, así como su transferencia al cuidado de enfermería, de modo que enfermeras y auxiliares lleguen a usar procesos de reflexión y acción ante situaciones complejas para reconocer y superar los retos que trae consigo la diversidad y el sufrimiento propio y de las personas en servicios de hospitalización[49,191].

Lo anterior, desde el reconocimiento del aprendizaje como actividad social producto de la integración de factores sociales, dentro de los que se incluye la interacción con pares de mayor experiencia, que se comparte en el marco de momentos históricos determinados, y teniendo en cuenta determinantes culturales, para que el conocimiento surja y se desarrolle en la actividad como lo plantea Vigostky[192-193]. De esta manera, con el entrenamiento se brinda un ambiente de aprendizaje en el que enfermeras y auxiliares sean protagonistas, experimentando la compasión mediante prácticas meditativas de atención plena (*mindfulness*) y compasión, y compartan sus ideas y experiencias con sus colegas, las analicen y las discutan para que reconstruyan el conocimiento, de modo que el aprendizaje sea significativo y puedan generar estrategias culturalmente congruentes para reconocer y aliviar el sufrimiento propio y de los sujetos a los que cuidan[192].

Es entonces, que se retoman algunos elementos con respecto al aprendizaje significativo, como la potencialidad y estructura de los contenidos para que las enfermeras puedan

relacionar los nuevos conocimientos con los conocimientos previos que hacen parte su estructura cognoscitiva[194]; además del desarrollo de actividades que favorecen la actitud activa y la motivación de las enfermeras para que desarrollen y se apropien de la competencia cultural y compasiva y la transfieran al cuidado que brindan.

El planteamiento de intervenciones como el ECCC resulta de gran importancia para la adquisición de consciencia sobre sí mismo y el sufrimiento propio a través de la meditación, para poder experimentar autocompasión y compasión por los demás, así como conocimientos y de algunas destrezas para el cuidado con competencia cultural y compasiva, estimulando el pensamiento crítico frente a la práctica de enfermería, desde una enseñanza que va más allá de la mera transmisión de conocimientos a las enfermeras, desde un diálogo respetuoso, que considere sus creencias, concepciones de mundo y sus conocimientos previos, que promueva el reflexión y la necesidad de la competencia cultural y compasiva, como lo propone Freire (2004) en su Pedagogía de la Autonomía[195], que implica un reconocimiento particular del proceso de entrenamiento, de la concepción del papel del facilitador y del participante como se explica a continuación.

Al respecto de estos aspectos pedagógicos de la intervención ECCC, cabe señalar que se reconoce que "*formar* es mucho más que simplemente *adiestrar* al educando en el desempeño de destrezas", por lo cual este proceso enseñanza-aprendizaje da cuenta de un rigor en su desarrollo, se fundamenta en la curiosidad, la ética y la investigación, en el respeto por el conocimiento y la autonomía de las enfermeras y auxiliares de enfermería participantes, fomenta el pensamiento crítico sobre la práctica del cuidado, en la convicción de que el cambio es posible, asume la identidad cultural propia y de los participantes, acepta lo nuevo que surge en los momentos experienciales y reflexivos de las sesiones. Así mismo, hace conciencia del inacabamiento de este tipo de procesos y promueve el diálogo y la toma consciente de decisiones para la traslación del conocimiento a la práctica del cuidado, y cuenta con una facilitadora que intenta corporificar lo que enseña, lo cual fue referido por algunos de los participantes del ECCC.

De otra parte, se destaca que trabajar en la compasión favorece la comprensión y respuestas más asertivas al sufrimiento propio como al de las demás personas desde el entendimiento de su padecimiento y las necesidades culturales relacionadas, que favorecen el establecimiento de relaciones terapéuticas, el mejoramiento de los resultados

de salud y el bienestar del individuo y de los demás, así como reducir el estrés ocupacional que afecta la salud física, emocional, social y espiritual de los profesionales, así como la satisfacción laboral que puede llevarlos a la fatiga de la compasión en el cuidado que brindan por las diversas situaciones de los sujetos de cuidado o incluso a Síndrome de Burnout[196-198], de modo que puede ser útil en su prevención o reducción y en el mejoramiento de la satisfacción de la compasión, es decir, la capacidad de recibir gratificación por el cuidado brindado[199].

El desarrollo del entrenamiento se propone en cuatro sesiones de 90 minutos de duración, a realizar con intervalo de una semana, en los horarios acordados con las instituciones, y con grupos de entre 15 y 20 personas. Las sesiones se estructuran en momentos de teoría, prácticas formales e informales que son adaptados a partir del Protocolo de Compasión basada en los estilos de apego de la Universidad de Zaragoza[36]; e implícitamente tiene en cuenta algunos de los momentos de los entrenamientos creados por el Grupo Cuidado Cultural de la Salud: 1) Sensibilización, 2) Información culturalmente adaptada, 3) Toma de decisiones, 4) Acciones culturales, 5) Compromisos, que para el presente entrenamiento se orientan al auto-reconocimiento y la auto-reflexión desde prácticas meditativas, la autodeterminación, el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones culturalmente competentes y compasivas, así como el compromiso para la transferencia de los aprendizajes al acto de cuidado desde los intereses y motivaciones de las participantes[77-78].

Complementariamente, se incorporan de manera transversal los componentes del proyecto IENE3 (Intercultural Education for Nurses in Europe) y de los “Lineamientos para implementación de cuidado de enfermería culturalmente competente”. De una parte, en el marco del proyecto IENE3 se han diseñado modelos y recursos para la educación intercultural de enfermeras, y cuya metodología se desarrolla teniendo en cuenta cuatro componentes: a) Componente teórico, que incluye los objetivos y definiciones a partir de la literatura y la investigación, que constituyen la base del planteamiento de las actividades a desarrollar en las sesiones; b) Componente práctico con actividades que orientadas a visibilizar el componente teórico en las sesiones, con actividades en el aula y actividades de puesta en práctica posteriores al desarrollo de cada sesión; c) Componente de valoración teórica y práctica de los contenidos, que hace referencia a la reflexión sobre

estos y su transferencia a través de las actividades de puesta en práctica, d) Componente de evaluación del desarrollo de las sesiones y el aporte a las dimensiones de la competencia cultural y compasiva[200-202].

En cuanto a los “Lineamientos para implementación de cuidado de enfermería culturalmente competente”, estos fueron desarrollados en un esfuerzo colaborativo entre la American Academy of Nursing (AAN), Expert Panel on Global Nursing and Health y la Transcultural Nursing Society, y dentro del programa se hace un especial énfasis en algunos de los lineamientos: Conocimiento de culturas, dado que las sesiones se orientan a la comprensión de la diversidad cultural y lo que esto implica para la práctica; Educación y entrenamiento en cuidado culturalmente competente, en la medida en que el entrenamiento pretende brindar herramientas para el cuidado culturalmente competente y compasivo para que las enfermeras indagen sobre los aspectos culturales de los sujetos de cuidad y sus familiares para que puedan responder de manera culturalmente coherente; Reflexión crítica, en cuanto se promueve la reflexión sobre sí mismas y sus valores y creencias culturales para hacer conciencia al respecto; Comunicación transcultural, pues se brindan herramientas para que las enfermeras conozcan y desarrollan habilidades para la comunicación verbal y no verbal; Práctica culturalmente competente, como consecuencia de la promoción de la conciencia, el conocimiento y la sensibilidad cultural y compasiva, se espera el desarrollo y transferencia de habilidades para un cuidado culturalmente competente y compasivo; Práctica e Investigación Basadas en la Evidencia, puesto que el entrenamiento es producto de la revisión de literatura, y se fomenta en las enfermeras el interés por el desarrollo de prácticas basadas en evidencias[203].

Objetivo general del entrenamiento: Proporcionar herramientas conceptuales, experienciales y metodológicas a enfermeras y auxiliares de enfermería para promover la compasión hacia sí mismas, así como el cuidado con competencia cultural y compasiva. El proceso sistemático de diseño de la intervención y de su desarrollo por sesión, se refleja en las *tablas 3-3 y 3-4.*

Tabla 3-3: Sistematización del diseño de la intervención ECCC.

Detalle de la intervención	Criterio	Descripción
Problema que requiere intervención	Problema de interés a ser intervenido	Competencia cultural y compasiva de profesionales y auxiliares de enfermería para que en su práctica cotidiana del cuidado reconozcan el sufrimiento de los sujetos y lleven a cabo intervenciones culturalmente congruentes con el paciente, su familia y el contexto.
Objetivo	Finalidad de la intervención	Proporcionar herramientas conceptuales, experienciales y metodológicas a enfermeras y auxiliares de enfermería para promover la compasión hacia sí mismas, así como el desarrollo de cualidades y capacidades para cuidados con competencia cultural y compasiva, es decir, cuidados que reconozcan el sufrimiento del sujeto de cuidado, así como sus necesidades culturales para responder de manera culturalmente congruente.
Población objetivo	Unidad de análisis	Profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería.
Objetivos de las sesiones	Finalidad del desarrollo de cada una de las sesiones	*1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado:* Realizar una introducción a los fundamentos de la compasión y su incorporación a la práctica de enfermería para el desarrollo de relaciones de cuidado culturalmente competentes y compasivas. *2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión:* Presentar aspectos conceptuales y prácticos sobre el reconocimiento del sufrimiento como base para expresar la competencia cultural y compasiva en el cuidado. *3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural:* Promover el desarrollo de la conciencia de sí y de los sujetos de cuidado para manifestar compasión y competencia cultural a través de la presencia.

		4. Cuidando con competencia cultural y compasiva: Favorecer el planteamiento de estrategias y compromisos para incorporar la competencia cultural y compasiva en la práctica cotidiana del cuidado.
Contenido y componentes	Contenidos que se abordan	El *componente teórico* de la intervención incluye presentaciones sobre aspectos conceptuales y referenciales de los temas correspondientes a cada sesión y su enlace con hallazgos del enfoque empírico y participativo de la primera fase. El *componente práctico* implica el desarrollo de prácticas formales e informales de atención plena y compasión, las primeras requieren de una disposición de tiempo, lugar y condiciones para realizar la práctica, mientas que las segundas, pueden realizarse en cualquier momento y lugar[36]. *Sesión 1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado:* Fundamentos biológicos de la compasión, Mecanismo de acción de la compasión, Eficacia de la compasión, La autocrítica, Lenguaje estandarizado en enfermería relacionado con la compasión y la competencia cultural. Prácticas formales e informales de atención plena y compasión. *Sesión 2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión:* El funcionamiento del cerebro, La realidad del sufrimiento humano, Definición de la compasión, presentación de mitos y creencias erróneas: ¿Qué es y qué no es compasión? Prácticas formales e informales. *Sesión 3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural:* Compasión y mindfulness, Autocompasión y mindfulness, Conceptos relacionados con la compasión: Empatía, simpatía, altruismo, Experiencias de compasión en el cuidado de enfermería. Prácticas formales e informales. *Sesión 4. Cuidando con competencia cultural y compasiva:* Los valores, Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas, Modelo para el desarrollo de competencia cultural de Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998), Modelo Papadopoulos para el desarrollo de

		profesionales de atención en salud culturalmente competentes y compasivos (2011). Prácticas formales e informales.
	Componentes de la intervención	Aspectos conceptuales orientados a la Competencia cultural y compasiva como proceso que comienza por la consciencia, hace uso del conocimiento científico y tácito construido en la experiencia como profesional o auxiliar de enfermería, que se favorece la sensibilidad y se expresa en actos de cuidado culturalmente competentes y compasivos. Momentos experienciales de prácticas de atención plena y auto-compasión para hacer consciencia de sí, reconocer y actuar frente al sufrimiento propio como base para el cuidado de otros. Así mismo, prácticas generadoras de compasión que promuevan mayor sensibilidad ante la diversidad cultural y sus modos de expresar el sufrimiento, así como para realizar intervenciones de cuidado culturalmente competentes y compasivas. Actividades para casa: Cartilla con actividades y audios de las prácticas compartidos vía whatsapp y/o correo electrónico. Momentos de reflexión para indagar sobre la aplicabilidad y experiencias con respecto a los aspectos conceptuales presentados, y para conocer las experiencias con el desarrollo de las prácticas y sus posibilidades de implementación a la cotidianidad personal y del cuidado.
Modo de entrega	Dosis y duración	4 sesiones, 1 vez por semana, 90 minutos Total: 4 semanas, 6 horas
	Estrategia de entrega	Grupal, auxiliares y profesionales de enfermería en conjunto. Grupos de máximo 20 personas.
	Lugar de desarrollo	Aula destinada para capacitaciones por las instituciones hospitalarias.
	Recursos	Físicos: Computador, proyector, formatos de consentimiento infromado, instrumentos de recolección de datos, cuadernillo del participante, grabadora de audio.

		Talento humano: Profesional de enfermería con entrenamiento en competencia cultural, atención plena y compasión.
Resultados y estrategias de evaluación	**Resultados proximales‡:** Resultados inmediatos y directos de la intervención. Suelen ser los más sensibles a la intervención[86].	Su evaluación/medición puede realizarse con algún/os de los instrumentos/estrategias: Reflexiones breves sobre el cambio de comportamiento Observaciones/ Calificaciones de autoconfianza en competencias clave Satisfacción del equipo con el programa de sensibilidad cultural Compassion Scale (CS) Self-Compassion Scale Jefferson Scale of Empathy Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) Perceived Stress Scale (PSS) Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ-27) Functions of Self-Criticizing and Self-Attacking Scale (FSCS) Clinical Cultural Competency Training Questionnaire (CCCTQ) Intercultural Development Inventory (IAPCC) CSES (Cultural self-efficacy scale) (Bernal & Froman, 2000) Cultural Competence Assessment Tool (CCAT) Cultural Awareness Scale (CAS) Cultural Knowledge Scale (CKS)

‡ Se incluyen como medidas de resultado proximales, los instrumentos encontrados en la revisión sistemática integrativa de entrenamientos. No fueron empleados en el presente estudio, dado su especial interés por la intervención de entrenamiento en sí misma, pero pueden ser útiles en estudios futuros para la evaluación formal de sus efectos.

		Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among HealthCare Professionals Scale (IAPCC-R Scale) (Campinha-Bacote, 1998, 2002) Lee Cultural Sensitivity Tool - Hispanic Version Self-Assessment of Cultural Awareness tool Physical and mental health questionnaire Self report cultural awareness scale The Physical and Mental Health Assessment Questionnaire (Majumdar, 1995b)
	Resultados distales[§]: De gran importancia, pero más difíciles de afectar porque generalmente implican cambios, como cambios en el comportamiento u otros, que pueden observarse en el mediano o largo plazo[86].	Su evaluación/medición puede realizarse algún/os de estos instrumentos: Cortisol Patient-reported evaluations of emotional care in hospital (PEECH) Caring Efficacy Scale (CES) (Coates, 1996) Maslach Burnout Inventory (MBI) QuaLity of Interactions Schedule (QuIS) Client Satisfaction Questionnaire (Laisen, Attkisson, Nargreaves, & Nguyen, 1979) Client Health Outcomes (Fillenbaum, 1978)

Fuente: Construcción producto hallazgos del enfoque empírico y participativo de la primera fase y de la pasantía con el Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria, Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (2018)

[§]Se incluyen como medidas de resultado distales, los instrumentos encontrados en la revisión sistemática integrativa de entrenamientos. No fueron empleados en el presente estudio, dado su especial interés por la intervención de entrenamiento en sí misma, pero pueden ser útiles en estudios futuros para la evaluación formal de sus efectos.

Tabla 3-4: Estructura de las sesiones de la intervención ECCC.

Semana	Objetivo	Temas/ Prácticas
1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado.	Realizar una introducción a los fundamentos de la compasión y su incorporación a la práctica de enfermería para el desarrollo de relaciones de cuidado culturalmente competentes y compasivas.	**1. Temas:** 1.1. Fundamentos biológicos de la compasión. 1.2. Mecanismo de acción de la compasión. 1.3. Eficacia de la compasión. 1.4. La autocrítica. 1.5. Lenguaje estandarizado en enfermería relacionado con la compasión y la competencia cultural. **2. Prácticas:** 2.1. Prácticas Informales (PI): - Tres minutos compasivos. 2.2. Prácticas Formales (PF): - Desarrollar la voz compasiva. **3. Prácticas para casa:** - PF 1: Desarrollando la voz compasiva. - PF 2: La capacidad de darnos afecto a nosotros mismos. - PI 1: Escribir una carta al amigo compasivo. - PI 2: La compasión en la vida diaria. - PI 3: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.
2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión.	Presentar aspectos conceptuales y prácticos sobre el reconocimiento	**1. Temas:** 1.1. El funcionamiento del cerebro. 1.2. La realidad del sufrimiento humano.

	del sufrimiento como base para expresar la competencia cultural y compasiva en el cuidado.	1.3. Definición de la compasión, presentación de mitos y creencias erróneas: ¿Qué es y qué no es compasión? **2. Prácticas:** 2.1. Prácticas Formales (PF): - Respiración compasiva. - Afrontamiento compasivo ante las dificultades. **3. Prácticas para casa:** - PF 1: Respiración compasiva. - PF 2: Afrontamiento compasivo ante las dificultades. - PI 1: Práctica de los tres minutos compasivos. - PI 2: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.
3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural.	Promover el desarrollo de la conciencia de sí y de los sujetos de cuidado para manifestar compasión y competencia cultural a través de la presencia.	**1. Temas:** 1.1. Compasión y mindfulness. 1.2. Autocompasión y mindfulness. 1.3. Conceptos relacionados con la compasión: Empatía, simpatía, altruismo. 1.4. Experiencias de compasión en el cuidado de enfermería. **2. Prácticas:** 2.1. Prácticas Formales (PF): - Desarrollar el gesto compasivo. - Body scan compasivo. **3. Prácticas para casa:** - PF 1: Desarrollar el gesto compasivo. - PF 2: Body scan compasivo.

		- PI 1: ¿En qué somos buenos? - PI 2: El objeto que nos une al mundo. - PI 3: Diario de la autocompasión.
4. Cuidando con competencia cultural y compasiva.	Favorecer el planteamiento de estrategias y compromisos para incorporar la competencia cultural y compasiva en la práctica cotidiana del cuidado.	**1. Temas:** 1.1. Los valores. 1.2. Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas. 1.3. Modelo para el desarrollo de competencia cultural de Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998). 1.4. Modelo Papadopoulos para el desarrollo de profesionales de atención en salud culturalmente competentes y compasivos (2011). **2. Prácticas:** 2.1. Prácticas Informales (PI): - PI 1: Nuestros valores y su relación con la compasión. - PI 2: Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros. 2.2. Prácticas Formales (PF): - PF 1: La capacidad de dar afecto a amigos e indiferentes. **3. Prácticas para casa:** - PF 1: Respiración compasiva. - PF 2: La capacidad de dar afecto a amigos e indiferentes. - PI 1: Nuestros valores y su relación con la compasión. - PI 2: Diario de la autocompasión. - PI 3: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.

Fuente: Construcción producto de la revisión de literatura, investigación cualitativa y pasantía con el Grupo de Investigación en Salud Mental en Atención Primaria, Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (2018).

3.2 Fase 2. Prueba piloto de la intervención ECCC

3.2.1 Estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC

En los resultados de esta fase, se integran los hallazgos cualitativos y cuantitativos (CUAL + cuan). En primer lugar, se incluye el análisis de las características sociodemográficas, de información con respecto a la formación, desempeño laboral y experiencias transculturales previas de los participantes del estudio, tanto en el pretest como en el postest. A continuación, se expone el análisis realizado en cuanto a la acetpabiidad y factibilidad en términos de atrición y adherencia a la intervención de entrenamiento y efectos percibidos por los participantes.

3.2.3.1. Caracterización de los participantes

En el pretest participaron 33 personas, 19 (57,58%) del hospital público y 14 (42,42%) del hospital privado, 16 (48,5%) enfermeras y 17 (51,5%) auxiliares de enfermería. En el postest, los datos cambian, participaron 13 personas, 5 (38,46%) del hospital público y 8 (61,54%) del hospital privado, cabe destacar que en el primero participaron menos auxiliares, y en el segundo, fueron menos profesionales. Al discriminar la participación por hospital, en el hospital público participaron 6 auxiliares (31,58%), 3 (15,79%) profesionales de enfermería, 3 (15,79%) profesionales de enfermería especialistas, y 7 (36,84%) profesionales de enfermería con maestría; mientras que en el hospital privado, fueron 11 (78,57%) auxiliares y 3 (21,43%) profesionales de enfermería, una de ellas cursando programa de maestría.

En el pretest, la edad de los participantes estuvo entre los 24 y 60 años, con una media de 39,88 años. La mayoría (n = 23, 69,7%) señaló Bogotá como ciudad de origen, los demás provienen de ciudades como Cúcuta e Ibagué, y municipios como Chiquinquirá (Boyacá), Covarachía (Boyacá), Espinal (Tolima), Mompox (Bolívar), Palmira (Valle), San Martín (Meta), Vélez (Santander) y Zipaquirá (Cundinamarca). Ninguno de los participantes se

identificó con algún grupo étnico, y afirman llevar viviendo en Bogotá, una media de 33,45 años [*Tabla 3-5*].

En cuanto a la formación de los participantes, 16 (48,5%) en el pretest y 6 (46,15%) en el postest fueron profesionales de enfermería, algunos con formación de especialización y maestría. La Universidad Nacional de Colombia (n = 7, 21,2%) y la Fundación Universitaria de la Salud (n = 4, 12,1%) son las instituciones de egreso de la mayoría de los profesionales participantes. Es importante destacar la participación de auxiliares de enfermería, que fue mayoritaria tanto en el pretest (n = 17, 51,5%) como en el postest (n = 7, 53,85%) [*Tabla 3-5*].

Tabla 3-5: Información sociodemográfica de los participantes en la intervención ECCC.

Variables sociodemográficas	Pretest		Postest	
	n	(%)	n	(%)
Edad (Años)*	39,88	(11,853)	39,77	(13,078)
Tiempo de residencia en Bogotá (Años)*	33,45	(14,883)	32,0	(15,875)
Género				
Femenino	29	87,9	10	76,92
Masculino	4	12,1	3	23,08
Estado civil				
Soltero	14	42,4	5	38,46
Unión libre	10	30,3	4	30,77
Casado	6	18,2	2	15,38
Viuda	1	3,03	1	7,69
Separada	1	3,03		
No especificado	1	3,03	1	7,69
Ciudad de origen				
Bogotá	23	69,7	9	69,23
Otras	10	30,3	4	30,77
Religión				
Católica	23	69,7	12	92,31
Cristiana	6	18,2		
No especificada	2	6,1		
Cree en Dios	1	3,03		
Ninguna	1	3,03	1	7,69
Nivel formativo				
Técnico	17	51,5	7	53,85
Maestría	7	21,2	2	15,38
Profesional	6	18,2	3	23,08

Especialización	3	9,1	1	7,69
Institución Universitaria de Egreso				
Universidad Nacional de Colombia	7	21,2	3	50,0
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	4	12,1	1	16,67
Universidad de Cundinamarca	1	3,03		
Universidad del Tolima	1	3,03	1	16,67
Universidad Manuela Beltrán	1	3,03		
Fundación Universitaria del Área Andina	1	3,03		
No especificado	1	3,03	1	16,67

*****Se presentan media (desviación estándar) para variables cuantitativas
Fuente: Datos del estudio

Los participantes en el pretest señalaron experiencia profesional entre 1 y 32 años, con una media de 15,11 años, y antigüedad en la institución entre 1 y 30 años, con una media de 10,95 años. Así mismo, afirmaron que desempeñan actividades en la institución entre 39 y 49 horas a la semana, media de 43,15 horas. Resulta de gran interés que la mayoría de participantes en el pretest refirió estar contratada a término indefinido (66,7%), y el resto se distribuyó entre contratos a término fijo (15,1%) y por prestación de servicios (18,2%) [*Tabla 3-6*]. Ninguna enfermera/auxiliar de enfermería manifestó trabajar simultáneamente en otra institución.

Con respecto a la formación continuada con respecto al fenómeno de estudio, la mayoría de participantes del pretest señaló haber recibido capacitaciones en humanización (n = 22, 66,7%), fueron menos frecuentes las capacitaciones en competencia cultural (n = 7, 21,2%) y en cuidado compasivo (n = 4, 12,1%), y es destacable que un tercio de los participantes se hubiesen entrenado en meditación, yoga u otras técnicas mente-cuerpo, y constituyeron casi la mitad de los participantes que se mantuvieron en el entrenamiento y respondieron al postest (n = 6, 46,15%). También cobra relevancia que 10 (30,3%) participantes en el pretest expresaron realizar regularmente práctica de alguna de estas técnicas en las que ha recibido entrenamiento, prácticas que oscilan entre 10 y 120 minutos a la semana (1 a 7 veces a la semana), proporción que continuó su participación hasta la finalización de la intervención de entrenamiento [*Tabla 3-6*].

Tabla 3-6: Información laboral, formación continuada y prácticas relacionadas con la intervención ECCC.

Variables laborales y de formación	Pretest		Postest	
	N	(%)	n	(%)
Experiencia profesional (Años)*	15,11	(10,163)	12,96	(9,614)
Antigüedad en la institución (Años)*	10,95	(10,383)	7,96	(9,157)
Tipo contrato				
Término indefinido	22	66,7	8	61,54
Prestación de servicios	6	18,2	2	15,38
Término fijo	5	15,1	3	23,08
Horas laborales/semana*	43,15	4,01		
Capacitaciones en humanización	22	66,7	6	46,15
Capacitaciones en competencia cultural	7	21,2	3	23,08
Entrenamiento en cuidado compasivo	4	12,1	1	7,69
Entrenamiento en meditación, yoga u otras técnicas	11	33,3	6	46,15
Prácticas de meditación, yoga u otras técnicas	10	30,3	4	30,77
No. veces por semana				
1	1	10		
2	2	20	1	25
3	3	30		
4	2	20	2	50
7	2	20	1	25

*****Se presentan media (desviación estándar) para variables cuantitativas
Fuente: Datos del estudio

De los participantes que señalaron tener experiencia en el cuidado a personas de diferentes razas (n = 29, 87,9%), la mayoría ha cuidado a indígenas (n = 28, 96,55%) y campesinos (n = 28, 96,55%), principalmente pacientes provenientes del Guainía, pero no determinaron el grupo étnico al que pertenecían, otros grupos étnico a los que han cuidado: Mayamas, Koguis, Nukaak-Makú, Sikuanes piaroas, Wayúu y Tikunas. Así mismo, refieren poca experiencia en el cuidado a personas afrodescendientes (n = 4, 13,79%) y gitanas (n = 4, 13,79%) [*Tabla 3-7*].

En cuanto al cuidado a personas extranjeras, sólo una enfermera (3,03%) ha vivido en otro país, pero no se ha desempeñado como enfermera allí. Sin embargo, en el pretest 11 (33,3%) de los participantes refirió haber tenido experiencia cuidando a pacientes provenientes de otros países latinoamericanos (Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú y Venezuela), y 14 (42,4%) cuidando a pacientes de otros países (Alemania, Canadá, China,

España, Estados Unidos, Francia, Israel y Japón), cifras que denotan la importancia de la competencia cultural en el cuidado de enfermería [*Tabla 3-7*].

Tabla 3-7: Información sobre experiencias transculturales de los participantes en la intervención ECCC.

Variables de experiencias transculturales	Pretest		Postest	
	n	(%)	n	(%)
Ha vivido en otros países	1	3,03	1	7,69
Otros idiomas	5	15,1	2	15,38
Experiencia con pacientes de diferentes razas	29	87,9	12	92,31
Mestizos	17	58,62	8	66,67
Negros	22	75,86	10	83,33
Mulatos	12	41,38	5	41,67
Afrocolombianos	21	72,41	6	50
Afrodescendientes	4	13,79	2	16,67
Gitanos	4	13,79	1	8,33
Campesinos	28	96,55	12	100
Indígenas	28	96,55	11	91,67
Experiencia cuidando a pacientes latinoamericanos	11	33,3	5	38,46
Experiencia cuidando a pacientes de otros países	14	42,4	7	53,85

Fuente: Datos del estudio

3.2.3.2. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de aceptabilidad de la intervención ECCC

En cuanto a la ***aceptabilidad*** de la intervención ECCC, se estableció a partir del Cuestionario de las expectativas y satisfacción de los participantes con esta. La evaluación cualitativa al respecto permitió determinar que en términos generales, enfermeras y auxiliares mostraron interés por el entrenamiento, vieron pertinente la participación conjunta como integrantes del equipo de enfermería, aunque en el hospital púbico predominó la presencia de enfermeras profesionales y de auxiliares en el hospital privado.

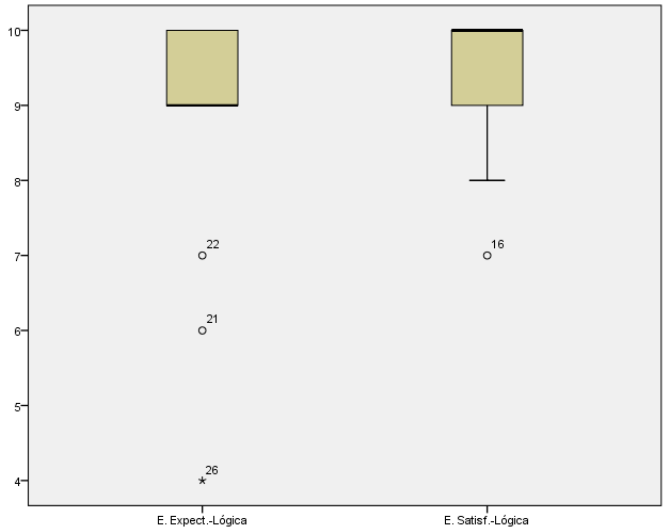
Así mismo, expresaron sus preocupaciones para consensuar el tiempo de desarrollo de la intervención, de manera que no se desarrollara dentro del turno, muchos señalaron que lo hacían más por interés personal. Esto motivó a hacer especial énfasis en convocar

enfermeras y auxiliares posturno, en el hospital privado se citaron en horario 2:00 a 3:30 PM, por lo cual participaron quienes habían estado de turno mañana; y en el hospital público, el horario de la intervención fue 7:45 a 9:15 AM, participaron personas del turno noche en posturno, algunas del turno de la mañana. Fue llamativo el caso de una auxiliar de enfermería que fue clara al decir que no participaría, señalando que el tiempo fuera de sus funciones o de la institución es dedicado a su familia.

La evaluación cualitativa y cuantitativa con respecto a las expectativas frente al entrenamiento fue realizada una vez se explicó la intervención, y el postest inmediatamente al finalizar la última sesión. Desde los aspectos estadísticos, esta evaluación no reflejó cambios estadísticamente significativos, pero sí deja ver la significancia clínica de este tipo de intervenciones pues se permitió a los participantes expresar que como trabajadores de la salud, suelen recibir entrenamientos en humanización y abordaje cultural, aunque en menor proporción sobre compasión tal y como fue explicada al presentar el entrenamiento. Destacaron la importancia de este, debido a la complejidad de los casos que encuentran en la práctica, las diferentes patologías ante las cuales los pacientes reaccionan y desarrollan sentimientos y emociones que se manifiestan en situaciones de cuidado que requieren de un adecuado abordaje, para lo cual la empatía y el conocimiento resultan esenciales para brindar mejor cuidado.

La ***lógica de la intervención*** en el pretest, tuvo puntuación media de 8,42 (DE: 2,151), con un cambio notable en el postest, donde la media fue de 9,31 (DE: 1,032; p = ,256) [*Figura 3-9*].

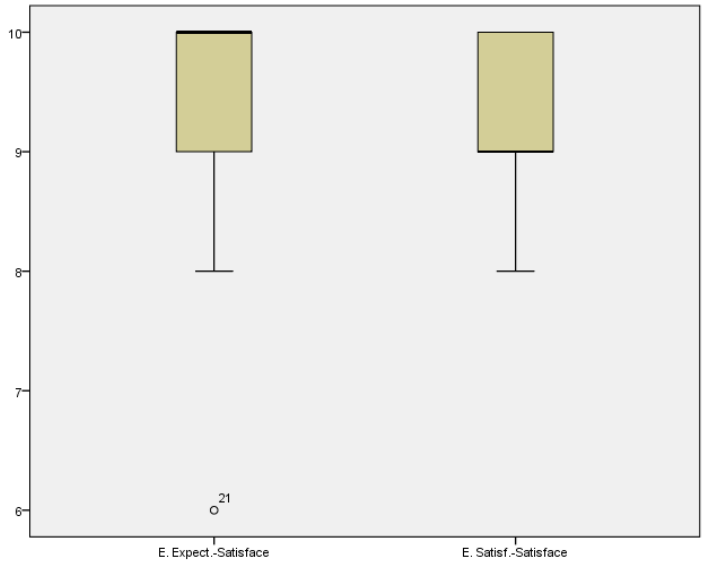
Figura 3-8: Lógica de la intervención ECCC (pretest vs. postest).



Fuente: Datos del estudio

Algo similar ocurrió con la ***satisfacción*** generada por la intervención, con puntuación media de 8,58 (DE: 1,904), que mejoró en el postest, a 9,31 (DE: 0,751; p = ,942) [*Figura 3-10*].

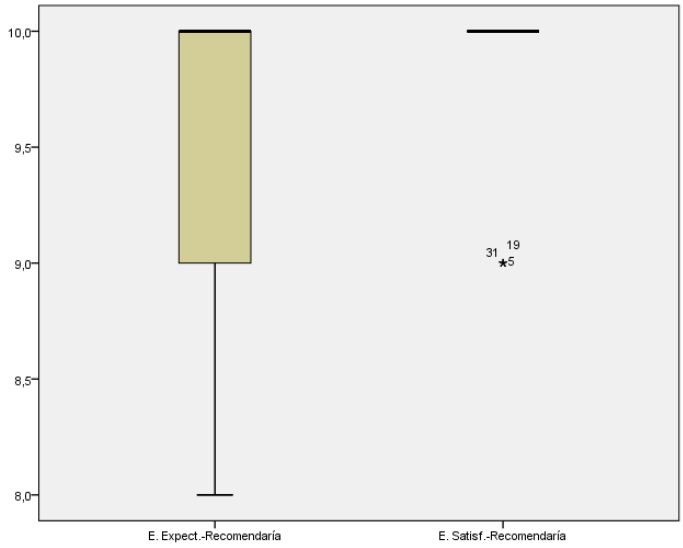
Figura 3-9: Satisfacción con la intervención ECCC (pretest vs. postest).



Fuente: Datos del estudio

Así mismo, la ***posibilidad de recomendarla*** a otros colegas mostró cambios positivos entre pre y postest, pasando de una puntuación media de 8,67 (DE: 1,689) a 9,77 (DE: ,439; p = ,160) [Figura 3-11].

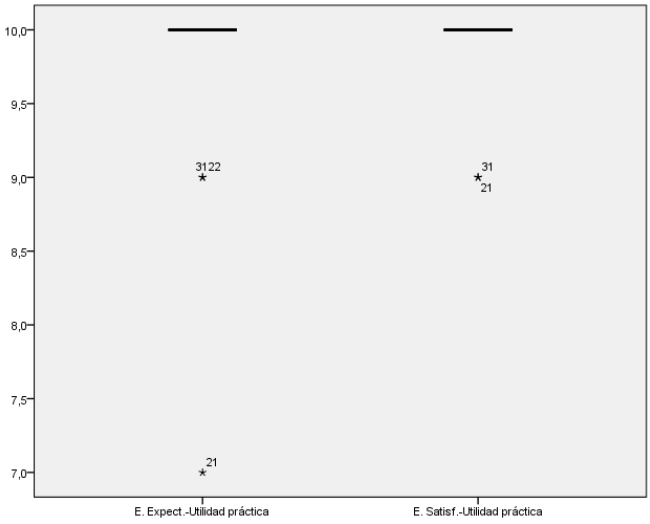
Figura 3-10: Recomendabilidad de la intervención ECCC (pretest vs. postest).



Fuente: Datos del estudio

En general, desde el comienzo, los participantes pensaron que la intervención tendría ***utilidad para su práctica del cuidado***, evidenciada en una media de 9,15 (DE: 1,603) que se incrementó en el postest a 9,85 (DE: ,376; p = ,180) [*Figura 3-12*].

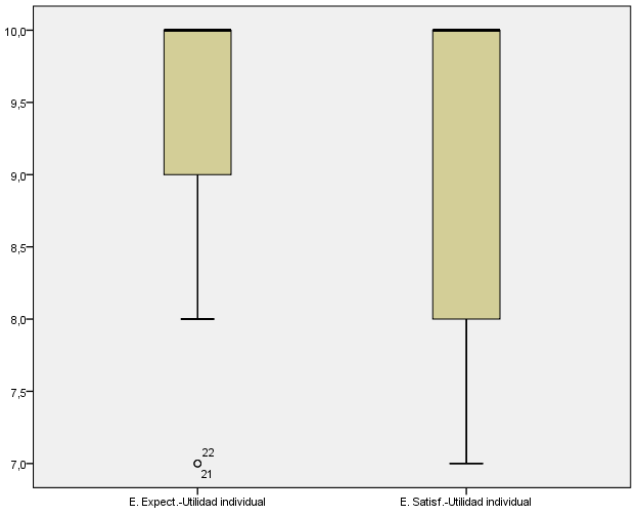
Figura 3-11: Utilidad de la intervención para la práctica ECCC (pretest vs. postest).



Fuente: Datos del estudio

La ***utilidad individual*** fue mejor evaluada en el postest, cuya puntuación media fue 9,15 (DE: 1,068), mientras que en el pretest había sido de 8,76 (DE: 1,768; p = ,864) [*Figura 3-13*].

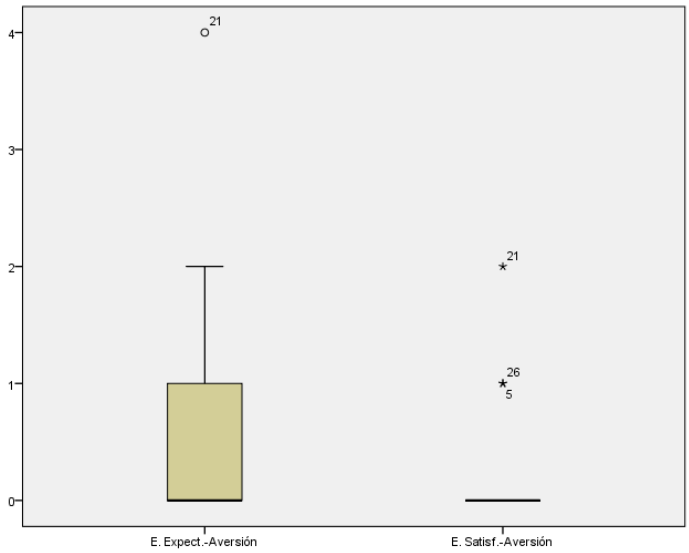
Figura 3-12: Utilidad personal de la intervención ECCC (pretest vs. postest).



Fuente: Datos del estudio

Finalmente, aunque fue muy bajo, inicialmente la media de **aversión/rechazo** a la intervención fue de 0,79 (DE: 1,495) que se redujo a 0,31 (DE: ,630; p = ,119) [*Figura 3-14*].

Figura 3-13: Aversión a la intervención ECCC (pretest vs. postest).

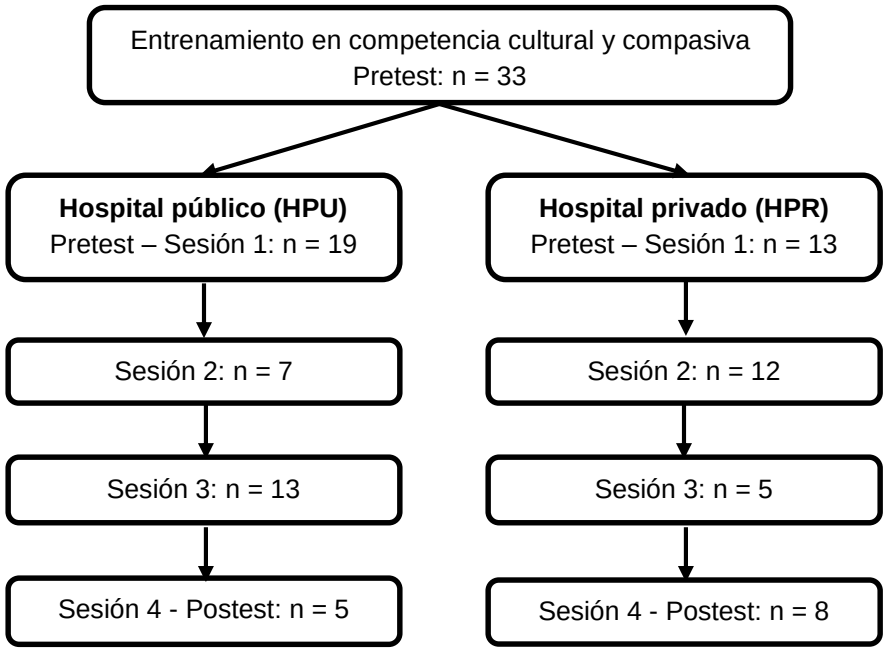


Fuente: Datos del estudio

3.2.3.3. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de factibilidad de la intervención ECCC

Con respecto a la ***atrición y adherencia***, cabe señalar que el estudio contó con la participación de 33 personas en el pretest y 13 para el postest, lo cual implica una pérdida de 20 (60,6%) personas durante el entrenamiento. Sin embargo, el comportamiento de la atrición fue diferente para cada una de las instituciones, el 26,31% de quienes iniciaron se mantuvo hasta la última sesión de la intervención en el hospital público (HPU), mientras que en el hospital privado (HPR) la cifra fue más alta, 57,14% [*Figura 3-8*]. De manera más específica, cabe señalar que en el HPU finalizaron 1 (20%) auxiliar, 1 (20%) profesional, 1 (20%) profesional especialista y 2 (40%) profesionales con maestría; mientras que el HPR la intervención cerró con 2 (25%) profesionales y 6 auxiliares (75%).

Figura 3-15: Flujo de participantes en la intervención.



Fuente: Elaboración propia

La ***factibilidad*** de la intervención ECCC se determinó a partir del número de participantes que completaron la intervención, que fueron 13 de los 33 iniciales. Dentro de los motivos para no continuar, se destacaron, cruces de horarios con otros compromisos laborales, como asignación a turno u otra actividad asistencial que se solapó con el horario de la

intervención, participación en programas de posgrado, u otros motivos personales relacionados con la urgencia por salir del hospital para ir a sus hogares, recibir del colegio y dar de comer a sus hijos, esto último, dado que muchos de los participantes estaban posturno de la noche en el hospital público o de la mañana en el hospital privado.

Se consideró que quienes participaron de tres y cuatro sesiones, fueron quienes finalizaron la intervención, así que puede afirmarse que hubo un 46,15% de retención en el hospital privado, dado que 6 de los 13 participantes iniciales, dio por finalizada la intervención, cifra algo menor en el hospital público donde el 40,1% participó de al menos tres sesiones. Sin embargo, no todos asistieron a la última sesión ni diligenciaron los instrumentos de evaluación del entrenamiento.

La ***evaluación cualitativa*** de la factibilidad de la intervención ECCC permitió que los participantes reconocieron que era fundamental su compromiso con la continuidad en la asistencia a las sesiones y del desarrollo de las actividades para casa, así como la importancia de la constancia en la práctica. Sin embargo destacaron la necesidad de crear elementos motivadores a nivel institucional para la implementación del entrenamiento a mayor escala, especialmente porque consideraron que no es fácil hacer que las personas entiendan la importancia de dedicarse tiempo a sí mismas, tanto en temas formativos, como del desarrollo de prácticas.

Así mismo, mencionaron la posibilidad de ampliar el número de sesiones o el tiempo de entrenamiento para interiorizar los temas y adquirir mayores habilidades para las prácticas; las participantes del hospital privado fueron enfáticas en la posibilidad de que el entrenamiento se implementara en las capacitaciones que reciben mensualmente, de manera que la institución les brindara los tiempos necesarios.

En cuanto al lugar para la operacionalización de la intervención de entrenamiento, en el hospital público señalaron la importancia de realizar las sesiones en lugares tranquilos, con menor tránsito de personas, lugares más cómodos, con disponibilidad de sillas con espaldar en el cual reclinarse, que favorezcan el desarrollo de las prácticas. Por su parte, en el hospital privado, mencionaron que les gustaría que el lugar tuviera sillas que pudieran

mover para distribuir el salón en círculo para mantener contacto visual grupal de manera permanente.

3.2.3.4. Evaluación preliminar de la intervención – materiales y actividades del ECCC

Adicionalmente, en el postest se evaluó la intervención y el cuadernillo creado como material de apoyo, teniendo en cuenta los criterios descritos en la metodología de atracción, comprensión, aceptación, inducción a la acción con una escala de de 5 puntos, donde 1 correspondió a Totalmente en desacuerdo y 5 a Totalmente de acuerdo, en la que sólo un ítem tenía una escala inversa. Adicionalmente, el formato de evaluación contaba con espacio para respuestas cualitativas, que permitieran ampliar la comprensión de las respuestas brindadas por los participantes.

En la dimensión de ***atracción***, se indagó por el interés que despertaron las sesiones y los temas ($\bar{x}$: 4,77, DE: ,439), la pertinencia del mensaje para enfermeras y auxiliares ($\bar{x}$: 4,69, DE: ,480), suficiencia de la duración del entrenamiento y las sesiones ($\bar{x}$: 3,85, DE: ,689), adecuación de la dinámica para el mensaje a transmitir ($\bar{x}$: 4,62, DE: ,506), y finalmente si les gustó el cuadernillo del participante ($\bar{x}$: 4,54, DE: ,519).

En cuanto a la ***comprensión***, los interrogantes se orientaron a evaluar la comprensibilidad de los contenidos trabajados ($\bar{x}$: 4,46, DE: ,660), la claridad del mensaje transmitido y cómo trasladarlo a la vida cotidiana ($\bar{x}$: 4,85, DE: ,376), la comprensibilidad del lenguaje empleado ($\bar{x}$: 4,62, DE: ,506), la posibilidad de explicarle el mensaje a un colega ($\bar{x}$: 4,23, DE: ,725), la comprensibilidad del cuadernillo ($\bar{x}$: 4,46, DE: ,660), la posibilidad de aplicación del entrenamiento a la práctica de enfermería ($\bar{x}$: 4,69, DE: ,630) y la relevancia del mensaje transmitido ($\bar{x}$: 4,15, DE: ,899).

Así mismo, la evaluación de la ***aceptación*** permitió conocer la adecuación de las palabras expresiones y actividades desarrolladas en el entrenamiento ($\bar{x}$: 4,39, DE: ,439), posibilidad de que este genere molestia o rechazo en otras enfermeras y auxiliares ($\bar{x}$: 1,54, DE: ,519), si los mensajes transmitidos eran para personas como ellas ($\bar{x}$: 4,46, DE:

,660), la inclusión de elementos o situaciones propias de la práctica de enfermería ($\bar{x}$: 4,69, DE: ,480) y la aceptabilidad del cuadernillo y las actividades propuestas ($\bar{x}$: 4,54, DE: ,660).

Con respecto a la ***inducción de la acción*** del entrenamiento, los participantes consideraron que el mensaje les invita a modificar algo en su cotidianidad ($\bar{x}$: 4,62, DE: ,506), que podían imaginarse actuando en su cotidianidad como se propone en el entrenamiento ($\bar{x}$: 4,38, DE: ,650), que animarían a otros colegas a hacer lo aprendido ($\bar{x}$: 4,69, DE: ,480), que piensan que otras enfermeras y auxiliares aplicarían lo propuesto en el entrenamiento y el cuadernillo ($\bar{x}$: 4,08, DE: ,641), así como la utilidad del desarrollo de las actividades del cuadernillo para cambiar algo en la cotidianidad ($\bar{x}$: 4,38, DE: ,506).

La ***evaluación cualitativa*** de las actividades y los materiales empleados en el entrenamiento [Tabla 3-8] reflejó que tanto las sesiones como las prácticas y el cuadernillo del participante fueron aceptados, les sensibilizaron ante pacientes culturalmente diversos y ante sí mismos, para ser más conscientes, conocerse mejor, situarse más en el momento presente, prestar más atención a las relaciones interpersonales para identificar las necesidades propias y del otro, y actuar coherentemente, así como a demostrar el afecto tanto a sí mismos así como a otras personas en la cotidianidad. Además, señalaron que el hecho de que ellas u otras enfermeras aplicaran lo aprendido puede transmitir algo de paz a otra persona.

Además expresaron que les gustó de manera especial el desarrollo de las prácticas de meditación (sobretodo la práctica de tres minutos), las preguntas sobre el sentir, abrazarse y quererse a sí mismos, porque pudieron hacerse conscientes de sus pensamientos y generaron voces compasivas y de afecto desde y para sí mismos. Sin embargo, reconocen que algunas personas pueden tener dificultades al intentar llevarlo al quehacer de la vida cotidiana y compartirlo con otros colegas, o que puede generar rechazo dado que ayuda a las personas a darse cuenta de sus errores y pueden no estar preparados para ello, además de que son diferentes las visiones de mundo y pueden tener otras prioridades.

Las prácticas tanto formales como informales de atención plena y compasión fueron de gran importancia porque les permitió dedicarse tiempo a sí mismos, y aprender sobre coherencia para la vida cotidiana, señalaron la necesidad de que las prácticas sean más

largas. Por otra parte, destacaron que las actividades propuestas en el cuadernillo eran novedosas porque no habían tenido ese tipo de experiencias, y que además resultaron sencillas, prácticas, estimularon la reflexión e indujeron a crear el hábito de la práctica, fueron útiles para mejorar el cuidado y el estilo de vida, aunque en muchos casos, afirmaron que les hizo falta compromiso para realizar las actividades. Los participantes pudieron imaginarse en la cotidianidad como se propuso en el entrenamiento, porque les invitó a darse la oportunidad de dedicarse tiempo para cuidar de sí mismos, conocerse mejor y dar mejores cuidados, pero reconocen que requiere de constante inversión de tiempo para la práctica.

Para finalizar, de acuerdo a lo descrito anteriormente con respecto a la aceptabilidad y factibilidad de la intervención, se encontró que el entrenamiento es aceptable, gustó a los participantes, especialmente las práticas de meditación; sin embargo, algunas actividades no fueron desarrolladas, por ejemplo, del cuadernillo para casa, las actividades que menos realizaron fue los diarios de meditación, aunque en algunas oportunidades hicieron las prácticas con los audios enviados, no hicieron el registro correspondiente. La intervención es factible, pero conviene alinear sus tiempos a las actividades institucionales para que no implique tiempo extra para los participantes.

3.2.3.5. Evaluación preliminar de la intervención – Examen de efectos percibidos de la intervención ECCC

Otro aspecto de gran relevancia para la evaluación de la intervención, fue la evaluación del proceso en sí mismo, que da cuenta de aquello que se moviliza en los participantes como producto tanto los aspectos teóricos como experienciales en las prácticas. Este proceso favoreció un proceso reflexivo sobre la cotidianidad del cuidado de enfermería, donde el cuidado a personas culturalmente diversas y el alivio de su sufrimiento puede resultar todo un desafío, puede generar choques y la necesidad de superar barreras culturales, y donde las relaciones dentro del equipo de enfermería por momentos no reflejan la compasión. Las prácticas favorecieron momentos de cuidado propio, que por momentos fueron difíciles por el entorno o por la poca práctica para centrar la atención en el momento presente, pero que fueron gratos y permitieron el descanso, desarrollar sentimientos de amor y compasión.

Adicionalmente, fue posible hacer una breve aproximación a la aplicabilidad de lo trabajado durante la intervención, así como los efectos percibidos por los participantes, que permiten encontrar elementos sobre su aceptabilidad y factibilidad. En cuanto a la aplicabilidad del entrenamiento, se hizo énfasis en su utilidad para la vida personal, familiar y profesional, en las que es necesario manejar adecuadamente las emociones, tanto propias como del otro, algo para lo que no se prepara a auxiliares y profesionales de enfermería, y por lo que resultan enfocándose en los síntomas físicos.

Así mismo, permitió conocer las experiencias durante las prácticas de meditación y los efectos que percibieron de las mismas, dado que son actividades que resultan novedosas en los entornos hospitalarios en los que se realizó el entrenamiento, y que pese a las dificultades por los ruidos externos o la incomodidad de las sillas en el hospital público, les ayudaron a conocerse un poco más, sentirse bien, contentos, agradecidos, fue un momento de descanso diferente a lo que hacen usualmente para desconectar, que les ayudó a reconocer algunas molestias físicas, las dificultades para darse afecto a sí mismos, así como la importancia de esto para brindar afecto a los sujetos de cuidado.

Tabla 3-8: Evaluación cualitativa del proceso de la intervención ECCC.

Tema	Unidades de texto
Reflexiones sobre la cotidianidad del cuidado de enfermería	"Nosotros mismos no tenemos esa compasión, siempre me he hecho la autocrítica porque me ha gustado el tema, y es porqué enfermería es la única profesión donde la entrega de turno es una lucha de poder y de crítica a los demás... Pero esto sólo se da en esta profesión donde debemos ser tan compasivos, y no lo somos, ni siquiera con nuestros colegas, pero eso tiene que ver con lo que a nosotros nos exigen" (HPU-E1). "Somos más reactivos que activos, somos explosivos, explotamos de una" (HPU-E2). "Uno esta tan metido en su trabajo que digamos en un turno hay mucho estrés, ya uno se le olvida qué es humanizar, uno está corriendo, no sabe qué necesidad tiene y a veces uno no se pone en los zapatos de ellos que necesitan algo urgente, a veces se nos olvida que ellos necesitan y que nosotros estamos para ellos" (HPR-AE1).

	“De pronto es el estrés porque hay pacientes que “no cae la gotica” y uno con tantas cosas que tiene que hacer, y lo llaman a uno hasta 10 veces, y hay pabellones tan grandes que timbra y uno por allá en la última habitación y lo llaman a uno sólo para eso. De pronto, eso para uno, otra vez la gotica, y ahí es cuando uno de pronto responde feo” (HPR-AE2) “Una compañera que no pudo venir y el paciente la trató pero terrible, el paciente fue y le dijo a la jefe, y pues claro, regañó a mi compañera, en vez de mirar la situación… por más que sean pacientes, uno no tiene porqué aguantarse los malos tratos porque también somos personas… siempre le dan la razón a los pacientes” (HPR-AE3). “Con el respeto que merecen las jefes que están aquí presentes, pero yo creo que las jefes deberían ponerse en el lugar de nosotras, así como nosotras nos ponemos en el lugar de los pacientes... Nosotras como supernumerarias no tenemos con quien ir a quejarnos, ni a quien decirle… dependemos de todo el mundo. Muchas veces nos pasan cosas y no tenemos con quién hablarlo” (HPR-AE4) “Cuando llegan los Testigos de Jehová, por ejemplo, qué día tuvimos una paciente y ella muy querida y respetuosa decía, no Dios te bendiga, sino que Jehová te bendiga, y yo pues bueno... “(HPR-AE1). “Yo pienso que ese es un tema delicado, porque hay personas que se molestan y uno dice, bueno, no lo hice con la intención de molestar, pero entonces ya uno sabiendo, uno trata como de abordarlo primero con esa pregunta, de qué religión es, y ya con eso uno sabe por dónde ir” (HPR-E1). “Muchas veces olvidan que nosotros no servimos a un solo paciente, la cuestión es que están olvidando que no es un solo paciente, ellos piensan que “yo soy el paciente, entonces tienen que hacerme todo a mí”, y cada segundo quieren que uno esté ahí… Tenemos otros pacientes que también tienen necesidades, que necesitan que uno los asista o que tienen más prioridad, pero no entienden eso…” (HPR-AE2). “Muchas veces no confían en la medicina normal, se guían es por la medicina de ellos, que es de plantas, hierbas… tuve un caso en el que dije a la paciente que no podía traerlos porque de pronto hacían reacción con los medicamentos que se le estaban dando y que no lo podía ingerir, no la dejé e informé al jefe, porque uno no sabe qué medicamentos tengan, por ejemplo, empezó a hacer emesis… Ella dijo que me entendía, pero que entendiera que era su cultura, yo le dije que la entendía, pero que por su salud y el bienestar de nosotros, yo debía informar” (HPR-AE4).

	"Tuve un paciente que cuando llegó por primera vez, hablaba de sus creencias y que el que sabía era el chamán, y que el resto era una manada de bobos… pidió salida voluntaria, a los 15 días llegó con un problema digestivo terrible porque el famoso chamán le picó un poco de hierbas con yo no sé qué, se las dio a tomar y eso bendito al otro día comenzó a enfermarse, enfermarse, y cuando llegó tenía una hemorragia de vías digestivas tenaz, altas, bajas, por donde usted lo mirara" (HPR-AE5).
Experiencias durante las prácticas de meditación en compasión	"A veces se dificulta poder concentrarnos y sentirnos, no sé si son temores internos que tenemos… Necesitamos un espacio más cómodo, no veníamos preparados para este tipo de actividad… A veces hay que enfrentar miedos, y como enfermeras, tenemos que de conocernos un poquito yo, conocer un poquito mi interior, qué tanto miedo me da mirar esa escena en mi interior, en mi consciencia" (HPU-E1). "El oxígeno es vida y muchas veces en nuestros propios afanes no aplicamos técnicas de respiración, si las aplicáramos no tendríamos todas estas patologías que manejamos" (HPU-E2). "Un poco de desconcentración por la silla". (HPU-E4) "Un descanso, es una pausa que generalmente uno no hace, de dedicarse tres minutos al silencio, dedicarse a estar sentado tranquilo, no es algo que uno hace, entonces es diferente sentir eso" (HPR-E1). "Es agradable, pero no es fácil, no estamos acostumbrados a abrazarnos a nosotros mismos" (HPR-AE2). "Por lo general, me mantengo en la práctica pero por momentos me pierdo, por momentos no escuchaba los ruidos de afuera, por momentos sí, pero normalmente, me logro abstraer bastante, pero no en unos pocos minutos, necesito un poco más de tiempo, es cuestión de seguir haciendo los ejercicios. Me doy cuenta de los pensamientos y no es malo, qué chévere poderle dar amor a un planeta que está tan necesitado, y poder recibirlo… Sigue siendo muy necesitado el planeta y seguimos siendo muy necesitados individualmente, porque si no nos lo damos, cómo se lo damos a otros" (HPU-E3). "Los primeros segundos vienen muchos pensamientos, pero cuando me doy cuenta vuelvo, al comienzo me reprendía mucho, pero es cuestión de práctica" (HPU-E4).

	“Cuando en la práctica se envuelve a los compañeros, alcancé a ver una imagen de la familia de cada uno, pues porque tengo la riqueza de conocerlos, y es bonito, es amoroso” (HPU-E2). “La parte de la respiración, sí la estoy llevando, pero esa parte del corazón, aprender a sentirlo… la felicidad está aquí, que estamos vivos, y eso es lo que uno tiene que agradecer. Gracias por esa parte de esa enseñanza.” (HPU-E4). “A veces, ni a nosotros nos podemos evitar el sufrimiento, pero sí transformarlo, desarrollar la aceptación, fe y esperanza, la alegría y la emoción para valorar el lado positivo” (HPU-E3). “No es fácil, tengo muchas cosas en mi cabeza, no puedo concentrarme, quiero dejar todo esto atrás y cuando me trato de concentrar aparecen cosas que dejé atrás, no son fáciles de superar y cada vez me que intento concentrar, tengo que buscar como el espacio, tratar de lograrlo, entonces es difícil…”. (HPR-AE5) “Siempre queremos controlar la respiración. Siempre que la controlo, aparecen más pensamientos, cuando la dejo fluir creo que puedo encontrar por unos segundos la mente en blanco, pero son momentos” (HPU-E2).
Aplicabilidad de contenidos y prácticas	“Nos sirve en situaciones familiares para saber manejar el estado de ánimo, para brindar una voz de aliento”. (HPR-AE2) “[Dar esperanza] No es para nada fácil lograrlo porque nosotros no estamos preparados muchas veces para interactuar, en algún momento nos centramos solamente en lo físico, porque es lo que nos han enseñado en las universidades, a veces el mismo entorno hospitalario como a centrarnos solo en lo físico, y a veces nos olvidamos de lo que sienten los pacientes, si nos olvidamos de nosotros mismos a veces de lo que sentimos nosotros mismos, de que de pronto estamos frustrados, de que tenemos ciertas cosas y eso se refleja nuestro actuar, a veces tampoco tenemos la capacidad de poder hacerlo y de poder trabajarlo con los pacientes, y brindarle ese cuidado que a veces va a mejorarle más que el cuidado físico” (HPU-E3). De pronto para respirar ante muchas situaciones, uno maneja pacientes de diferentes genios por decirlo así, entonces nosotras en el estrés que vivimos en el pabellón, entonces nos toca respirar profundo y toca aguantarnos que nos digan hasta mico, dar la vuelta, respirar profundo e ir a tomar algo (HPR-AE2)

	Puedo imaginarme actuando en la cotidianidad como se propone en el entrenamiento, pero requiere tiempo y mucha práctica (HPU-E5). Otras personas aplicarían lo propuesto en el entrenamiento, aunque no todas(os) en el momento estén listos para asimilarlo. (HPU -E15) Muchas veces las personas necesitan un apoyo, así sea de ubicación, entonces me parece importante observar. Muchas veces el paciente está solicitando más medicamento para el dolor, entonces hay que verificar qué sucede, indagar al respecto, escuchar que es lo que está pasando y revisar qué se le está poniendo de analgesia. El problema que nosotros tenemos es de juzgar porque está pidiendo más medicamento, decimos "ya le coloqué medicamento, ya le coloqué rescate". Estas prácticas nos están llevando a estar más atentos, a estar más con el paciente, no a decir que por compasión le doy más medicamento, porque no es un juego. Es ver que ese dolor que está refiriendo puede estar relacionado con algo más, o que puede estar diciendo cosas que no son ciertas (HPU-E4).
Efectos percibidos	"Me sentí tan relajada que a lo último me estaba dando sueño, sentía que estaba ya como en mi casa. Es que estos días han sido un poco pesados, mi hijo cumple años en estos, entonces me ha tocado correr por todo lado, llego tarde a mi casa, el turno, capacitación, muchas cosas, y aquí, como relajada, con la mente despejada" (HPR-AE2). "Me sentí muy bien, estaba un poquito cansada, pero con esto eso de cerrar los ojos y respirar uno se siente un poquito relajado, falta un poquito de más concentración, y es algo chévere. Al abrir los ojos se siente muy bonito" (HPU-AE1). "Me sentí muy bien, me sentí súper contenta, le di gracias a Dios, porque me sentía relajada, me sentía como si otra persona me estuviera abrazando con agrado y como si yo estuviera abrazando a otra persona con ese agrado" (HPU-AE3). "Es gratificante darte gracias y tener la consciencia de tu cuerpo y por ejemplo, la percepción de los latidos de tu corazón es lindo, es un momento tuyo, íntimo… como agradecer por la vida, porque respiramos, y en el afán de la vida, eso es lo más importante, lo trascendental, darnos ese poquito de autocuidado" (HPU-E2). "Me siento mejor, tuvimos un problema finalizando turno, así que estábamos como con mucha energía negativa, entonces bajó un poco como esa incomodidad" (HPR-E1).

	"…Cuando uno ya logra ese tiempo, la respiración fluye sola, cuando uno no controla, los pensamientos se van… pero cuando hay discusión es rica, porque uno discute con lo que uno tiene, se contradice, y respira y pasa, y ahí es hermoso. Tengo una idea de esto, por ejemplo, en la noche hace ejercicio de respiración, y tiene todos los problemas de todo el día, y al otro día aparece la solución, eso es una magia, por eso digo que se necesita más tiempo y más intimidad (HPU-E4). "Al visualizarme con la compasión me veo con mi familia, felices; mientras que sin la compasión, sola, enferma, abandonada, deteriorada. (HPU-E6). "Llevo algún tiempo haciendo este tipo de prácticas y he visto los cambios, esto me da fortaleza para seguir…Cambios en la parte del estrés, de los pensamientos, tiendo a juzgar a las personas y ya lo estoy disminuyendo, ya no estoy pensando tanto en cosas negativas, ni en juicios de las personas, sino mirar qué es lo que está pasando y tratar de comprenderlas, me baso en la escucha" (HPU-E4). "Me visualizaba que todo me va a salir bien. Cuando llegan a decirme algo de alguien más, pues yo digo que yo no soy esa persona para juzgar, porque yo no soy la persona para decir quién, sólo Dios es quien puede juzgar, yo no". (HPU-AE1)

Fuente: Datos del estudio

3.2.3.6. Evaluación preliminar de la intervención – Lecciones aprendidas de la intervención ECCC**

La implementación de la intervención y la prueba piloto/evaluación preliminar de su funcionamiento permite afirmar:

- El reclutamiento y la continuidad de los participantes en las cuatro sesiones programadas puede resultar especialmente difícil si las instituciones no incluyen tiempo para este tipo de intervenciones, de modo que la participación no implique un esfuerzo adicional para enfermeras y auxiliares de enfermería, en consecuencia, la evaluación formal de la intervención a través de estudios cuasi-experimentales y

** Polit y Beck (2012) proponen que un producto importante de estudios piloto es la documentación de las lecciones aprendidas, dado que brindan elementos que pueden contribuir al refinamiento de la intervención y su posterior prueba formal.

ensayos clínicos debe contar con apoyo de administrativos de la institución, reflejado en tiempos protegidos u otras estrategias que favorezcan la adherencia a la intervención ECCC y permitan que se hagan visibles sus potenciales efectos benéficos, como se detalla a continuación:

- La programación de horarios debe ser consensuada con los destinatarios de la intervención y las instituciones, de modo que se garantice mayor participación. Adicionalmente, se requiere que las instituciones dispongan de espacios/aulas en áreas libre de ruido.

- Para promover la adherencia a las actividades para casa, es esencial enviar los audios de las prácticas de meditación a desarrollar y hacer énfasis en la explicación de la necesidad e importancia de la continuidad de las prácticas, dado que expresaron que les faltó tiempo y/o compromiso para llevar a cabo estas actividades.

- Es fundamental la búsqueda de estrategias para comprometer a las instituciones en el desarrollo de este tipo de programas, para que profesionales y auxiliares de enfermería cuenten con tiempos protegidos por las instituciones, de manera que se puedan potenciar los posibles resultados beneficiosos.

En cuanto a los aspectos metodológicos, para una futura prueba formal de la intervención:

- Es de gran relevancia que se desarrollen estudios multicéntricos promover la participación de diferentes servicios de los hospitales, contar con un grupo control y prevenir la difusión de la intervención. Sin embargo, no sería pertinente delimitar una muestra tan específica, para promover que participen quienes verdaderamente se sientan interesados, de modo que se establezca un compromiso con la intervención y todas las actividades asociadas.

- La persona que realice la intervención debe ser un profesional del área de la salud, en este caso, enfermera/o que cuente con formación y experiencia en cuidado a personas culturalmente diversas, y especialmente, en prácticas de atención plena y compasión, y que desarrolle estas prácticas en su cotidianidad. Los investigadores deben contar con conocimientos básicos al respecto y alguna

experiencia para una mayor comprensión de las implicaciones de la intervención de entrenamiento y sus implicaciones.

- Es necesario refinar la toma de decisiones en cuanto a la evaluación de los efectos, debe realizarse desde estudios mixtos que además incorporen técnicas de observación para evaluar la transferibilidad de la intervencón a la práctica del cuidado.

- De acuerdo a la disponibilidad de tiempo para el desarrollo del estudio pueden emplearse instrumentos de los mencionados en la operacionalización de la intervención, seleccionando aquellos que ya cuentan con versión en lengua castellana, o de lo contrario, tener en cuenta las implicaciones de un proceso de adaptación y validación de un instrumento cuya versión original está en lengua inglesa. Sin embargo, es pertinente refinar el constructo y diseñar un instrumento que lo evalúe en su real complejidad.

Por lo tanto, se presentan de manera breve los elementos de la intervención ECC que deben tenerse en cuenta para su implementación y evaluación formal en estudios posteriores [*Tabla 3-9*].

- Se propone que esta intervención ECCC se implemente del mismo modo en el que fue diseñada, en cuanto a número de sesiones (4), así como en frecuencia (1 vez por semana), duración (90 minutos), objetivos, contenidos y estrategias pedagógicas, didácticas y experienciales de las mismas.

- Es fundamental que las sesiones sigan siendo grupales con máximo 20 personas, en donde se vinculen auxiliares y profesionales de enfermería en conjunto, dado que muestran su acuerdo y fomenta el la reflexión y el trabajo colaborativo como equipo de enfermería.

- Para favorecer la participación, se recomienda que se empleen aulas destinadas por las instituciones para capacitaciones en las que se puedan mover las sillas.

- La intervención debe ser realizada por un profesional de enfermería con entrenamiento en competencia cultural, atención plena y compasión, que incorpore en su cotidianidad prácticas de meditación como las que se llevan a cabo en las sesiones, y que refleje las actitudes, comportamientos y habilidades que se pretende transmitir a través del entrenamiento.

Tabla 3-9: Síntesis de la intervención ECCC para posterior prueba formal.

Detalle de la intervención	Descripción
Objetivos de las sesiones	*1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado:* Realizar una introducción a los fundamentos de la compasión y su incorporación a la práctica de enfermería para el desarrollo de relaciones de cuidado culturalmente competentes y compasivas. *2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión:* Presentar aspectos conceptuales y prácticos sobre el reconocimiento del sufrimiento como base para expresar la competencia cultural y compasiva en el cuidado. *3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural:* Promover el desarrollo de la conciencia de sí y de los sujetos de cuidado para manifestar compasión y competencia cultural a través de la presencia. *4. Cuidando con competencia cultural y compasiva:* Favorecer el planteamiento de estrategias y compromisos para incorporar la competencia cultural y compasiva en la práctica cotidiana del cuidado.
Contenido y componentes	El *componente teórico* de la intervención incluye presentaciones sobre aspectos conceptuales y referenciales de los temas correspondientes a cada sesión y su enlace con hallazgos del enfoque empírico y participativo de la primera fase. El *componente práctico* implica el desarrollo de prácticas formales e informales de atención plena y compasión, las primeras requieren de una disposición de tiempo, lugar y condiciones para realizar la práctica, mientas que las segundas, pueden realizarse en cualquier momento y lugar[36]. En todas las sesiones deben incorporarse momentos de reflexión para indagar sobre la aplicabilidad y experiencias con respecto a los aspectos conceptuales presentados, y para conocer las experiencias con el desarrollo de las prácticas y sus posibilidades de implementación a la cotidianidad personal y del cuidado. Adicionalmente, se deben promover las actividades para casa: Cartilla con

	actividades y audios de las prácticas compartidos vía whatsapp y/o correo electrónico. *Sesión 1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado:* Fundamentos biológicos de la compasión, Mecanismo de acción de la compasión, Eficacia de la compasión, La autocrítica, Lenguaje estandarizado en enfermería relacionado con la compasión y la competencia cultural. Prácticas formales e informales de atención plena y compasión. *Sesión 2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión:* El funcionamiento del cerebro, La realidad del sufrimiento humano, Definición de la compasión, presentación de mitos y creencias erróneas: ¿Qué es y qué no es compasión? Prácticas formales e informales. *Sesión 3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural:* Compasión y mindfulness, Autocompasión y mindfulness, Conceptos relacionados con la compasión: Empatía, simpatía, altruismo, Experiencias de compasión en el cuidado de enfermería. Prácticas formales e informales. *Sesión 4. Cuidando con competencia cultural y compasiva:* Los valores, Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas, Modelo para el desarrollo de competencia cultural de Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998), Modelo Papadopoulos para el desarrollo de profesionales de atención en salud culturalmente competentes y compasivos (2011). Prácticas formales e informales.
Resultados y estrategias de evaluación	Si a la fecha de la evaluación formal de la intervención ECCC no se cuenta con un instrumento que mida el constructo competencia cultural y compasiva, la evaluación/medición de *resultados proximales* debería realizarse con una batería de instrumentos que evalúen de la manera más amplia sus efectos: - Compassion Scale (CS) → Cuenta con versión en español (España y Chile). - Self-Compassion Scale → Cuenta con versión en español (España) y con adaptación transcultural por lingüista para el contexto colombiano. - Cultural Competence Assessment (CCA-S) → Cuenta con versión en español (España) y con adaptación transcultural por lingüista para el contexto colombiano[205]. - Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), instrumento desarrollado y evaluado en sus características psicométricas con profesionales de salud chilenos[206]. - Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) o Perceived Stress Scale (PSS) → Cuenta con versión en español (España). En *todo caso, siempre debería evaluarse cualitativamente* a través de: - Reflexiones breves sobre el cambio de comportamiento.

	Si a la fecha de la evaluación formal de la intervención ECCC no se cuenta con un instrumento que mida el constructo competencia cultural y compasiva, la evaluación/medición de *resultados distales* debería realizarse con: - Patient Evaluation of Emotional Care During Hospitalisation Questionnaire (PEECH) → Cuenta con versión en español (España). - QuaLity of Interactions Schedule (QuIS) → Requiere traducción y adaptación cultural. - Client Satisfaction Questionnaire (Laisen, Attkisson, Nargreaves, & Nguyen, 1979) → Cuenta con versión en español (España). En *todo caso, siempre debería evaluarse cualitativamente* a través de: - Reflexiones breves sobre el cambio de comportamiento de profesionales y auxiliares de enfermería que brindan el cuidado.

Fuente: Construcción producto del estudio.

4. Discusión

A continuación, se presentan los elementos a discutir como producto del estudio realizado, se hace un especial énfasis en aspectos que orientaron la toma de decisiones para el desarrollo de la intervención y del estudio. Con este fin, en primer lugar se presentan algunos elementos en cuanto a la conceptualización del problema y la intervención, reflejando la evolución en la comprensión de la competencia cultural y compasiva, que al comienzo del estudio fue orientada por la propuesta de Papadopoulos[5-6,11-12,25-26,118,202] y que se amplía al conocer propuestas de otras disciplinas como la psicología y la psiquiatría[10,28,30-33,36,97-98] en la búsqueda de promover el desarrollo de la competencia cultural y compasiva para su incorporación en la cotidianidad personal y de la práctica de los cuidados en el mediano y largo plazo. Así mismo, se presenta la reflexión de las implicaciones del modelado de intervenciones desde enfoques empírico y participativo como los propuestos por Sidani, que involucra procesos de revisión de literatura, estudios exploratorios y descriptivos y consulta con expertos dentro de las actividades y estrategias en el desarrollo de intervenciones[62-63].

En cuanto a la operacionalización de la intervención y su mecanismo, se comienza por reflexionar brevemente sobre la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva como una intervención compleja, que debido a la comprensión realizada de la compasión como elemento base y transversal para el desarrollo de dicha competencia, llevó a la inclusión de prácticas de atención plena y compasión para el entrenamiento.

Igualmente, se discute sobre el proceso de examen de aceptabilidad, factibilidad y efectos de la intervención, en donde se hace especial énfasis en la importancia de los análisis de aceptabilidad y factibilidad de intervenciones complejas, como es el caso de la intervención de entrenamiento diseñada y evaluada, y así mismo, se hace referencia a la utilidad y pertinencia de los métodos cualitativos de investigación para la evaluación de intervenciones complejas. La discusión al respecto, cierra con el análisis del papel

fundamental de las instituciones hospitalarias para la implementación de estrategias para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva de sus profesionales y auxiliares de enfermería, así como en la investigación al respecto. Finalmente, se presentan las limitaciones del estudio.

4.1 Conceptualización del problema y la intervención

4.1.1 Evolución en la comprensión de la competencia cultural y compasiva

La competencia cultural y compasiva surge como constructo propio en enfermería gracias al trabajo de la enfermera Irena Papadopoulos y su equipo de investigación, que la propone como un proceso que comienza con la conciencia cultural, hace uso del conocimiento cultural, desarrollo de la sensibilidad cultural para finalmente expresarse como tal en la competencia cultural y compasiva, que favorece una práctica de enfermería alineada con las necesidades culturales de los sujetos de cuidado y sus familiares[26].

De hecho, algunos estudios han explorado la relación entre compasión y sensibilidad intercultural encontrando que se influyen entre sí, que pueden trabajarse en capacitaciones en programas de pregrado o posgrado, e incluso en programas de educación continuada para beneficiar la calidad del cuidado al paciente[204]. Las propuestas que el equipo de Papadopoulos ha desarrollado para el entrenamiento en dicha competencia, han sido virtuales y se han enfocado en aspectos más teóricos de la misma, que pueden limitar su transferibilidad a la práctica cotidiana del cuidado de enfermería.

De otra parte, pese a que Papadopoulos refleja la compasión como eje de su modelo y algunos elementos fundamentales para el proceso enseñanza-aprendizaje de la competencia cultural y compasiva, el proceso vivido durante la tesis y en la estancia doctoral permitió ampliar esta perspectiva, en la búsqueda de estrategias novedosas para la intervención de entrenamiento, que fomentaran este proceso de desarrollo de la competencia, que permitiera una intervención más amigable con profesionales y auxiliares de enfermería, que les permitiese ver reflejada su experiencia, así como las posibilidades

de traslación a su práctica cotidiana, y que adicionalmente favoreciera que esto se mantenga en el tiempo. Esto último no fue objeto del presente estudio, pero resulta de interés para futuras investigaciones sobre la intervención desarrollada.

Al respecto, propuestas provenientes de la psicología y de la psiquiatría, de autores como Paul Gilbert[28,31-32], Javier García Campayo y su equipo de la Universidad de Zaragoza[33,36,98], resultaron fundamentales para la construcción de la intervención de ECCC a estudio porque brindan elementos que dieron la oportunidad de trabajar con los participantes en la segunda fase algunas herramientas experienciales para la construcción del ser compasivo, con la realización de prácticas para promover la auto-compasión y la compasión hacia otras personas como los sujetos de cuidado.

Durante la intervención de entrenamiento fue posible establecer que la compasión la base y se mantiene como componente transversal de la competencia cultural y compasiva, y consituye el principal atributo a promover en enfermeras y auxiliares de enfermería, para el estalecimiento de relaciones de cuidado que les permitan aproximarse al sujeto de cuidado, reconocer su sufrimiento, necesidades de cuidado y perspectivas culturales. Lo anterior, desde la validación del conocimiento que auxiliares y enfermeras han construido durante su trayectoria profesional, un conocimiento tácito que es clave para su práctica, y aunado al desarrollo de prácticas basadas en la teoría y en la evidencia como las que se promueven con la intervención ECCC, permiten superar la brecha entre teoría y práctica tan visible en la disciplina enfemera[207-208].

En consecuencia, la intervención ECCC responde a la necesidad de promover en enfermeras y auxiliares el desarrollo de mentalidad, presencia, comunicación y actos de cuidado que reflejen la competencia cultural y compasiva, y que contribuyan al retorno a la esencia del cuidado de enfermería[209]. Por lo tanto, en el análisis de los hallazgos de las diferentes fases, permite señalar que la intervención ECCC estimula en enfermeras y auxiliares de enfermería la auto-reflexión, exploración y consciencia de su identidad cultural, sus valores, creencias, prejuicios y sesgos culturales, así como los de otros profesionales y de las instituciones[6-7,142,157,209-211].

Además, la evolución en esta comprensión de la competencia cultural y compasiva contribuye a que la intervención ECCC cuente herramientas para potenciar que las enfermeras y auxiliares se interesen por:

- Ser más conscientes y comprendan la importancia de los aspectos socioculturales, la espiritualidad, las creencias y comportamientos propios, así como de pacientes y familiares[6,210,213].
- Buscar participar de encuentros interculturales, adquirir conocimientos y habilidades culturales, que les permitan expresar compasión y sensibilidad en la entrevista y valoración[210-214].
- Reconocer e interpretar el dolor o el sufrimiento en las diferentes culturas[5-7,26-27,210,215].
- Comunicarse verbal y no verbalmente[22,142,213].
- Indagar por valores, creencias y necesidades socioculturales únicos de los pacientes[7,214,216].
- Hacer espacio para el otro, estar presentes y construir relaciones terapéuticas mediadas por el diálogo y la escucha, en las que reconozcan que las experiencias y necesidades de cuidado del sujeto son diferentes[3,5-7,26-27,124,216].
- Brindar cuidado directo usando conocimiento cultural e implementando habilidades culturales[142,211-213].
- Mostrar compasión para aliviar el impacto de la dolor y el sufrimiento[124,217].
- Personalizar las intervenciones respetando sus necesidades[211-214] y abogar por la inclusión de las creencias y prácticas culturales sus pacientes[5-7,26-27,203].

4.1.2 Modelado de intervenciones desde enfoques empírico y participativo

Desde los aspectos metodológicos, el desarrollo y prueba formal de intervenciones complejas en enfermería, son diversos los enfoques propuestos por la literatura, dentro de los que se destacan: Conn et al.[61], Whittemore & Grey[218], Van Meijel et al.[219], Campbell et al.[220], Corry et al[82] (2013) y de modo especial, el Medical Research Council (MRC)[81]. Pese a sus diferencias, son propuestas metodológicas con múltiples similitudes, donde llama la atención la importancia que debe brindarse a las etapas iniciales para el desarrollo de la

intervención, como la necesidad de revisar la literatura, analizar el problema, conocer las necesidades y práctica actual, que contribuyan a determinar aspectos teóricos, objetivos, contenidos y estrategias de la intervención, que emerjan de la integración de teoría e investigación. Así mismo, se da relevancia a la generación de conocimiento sobre la aceptabilidad y el proceso de entrega de las intervenciones como base para las pruebas definitivas[82], que suele trae consigo muchas dificultades, especialmente en cuanto al control de los factores confusores, la selección de comparaciones adecuadas y de los mejores indicadores de resultado, que pueden limitar el proceso[80].

El desarrollo de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva se realizó bajo el referente las propuestas de Sidani, por lo cual toma como punto de partida la revisión de literatura que fortalece los aspectos teóricos en cuanto a la competencia cultural y compasiva como problema a abordar y en cuanto a intervenciones previas que aportan elementos que informan el modelamiento de la intervención de entrenamiento propuesta, pasos que resultan similares a las propuestas de Polit y Beck[86], del MRC[81] y los demás autores antes descritos. Sin embargo, de modo especial, la propuesta de Sidani[62-63], permitió realizar una aproximación al contexto en el que se espera implementar la intervención, de manera las experiencias de las enfermeras y auxiliares de enfermería fueron contrastadas con la evidencia recolectada a través de la revisión para integrar teoría proveniente de disciplinas como la enfermería y la psicología que han sido aplicadas en enfermería, en contextos anglosajones y europeos, con sistemas de salud y condiciones laborales diferentes, permitiendo que la intervención sea culturalmente sensible y apropiada[82].

Lo anterior en cuanto que las experiencias de enfermeras, auxiliares y pacientes, tanto en la revisión como en el estudio cualitativo al respecto, mostraron que el sufrimiento va más allá del dolor y otras manifestaciones físicas, reflejando cómo la compasión emerge para mostrar la esencia del cuidado[3,9,16,27,209]. Así mismo, se pone en evidencia el desarrollo de relaciones terapéuticas enfermera-paciente como eje del cuidado a personas culturalmente diversas, algo destacado en otros estudios que señalan que incluso en escenarios de cuidado crítico estas relaciones son intensas, dado el contacto continuo con el cuerpo del paciente, es tal la importancia de esta relación que incluso cuando están inconscientes, pueden llegar a establecer vínculos que dan sentido y re-direccionan la vida[153]. Igualmente, el compartir de valores personales, invertir tiempo para conocer y

cuidar con disposición compasiva, permite construir relaciones de confianza con personas culturalmente diversas[221].

En línea con lo anteriormente expuesto, las experiencias reflejan la importancia de la comunicación para reconocer y satisfacer las necesidades de los sujetos de cuidado, cómo las enfermeras pueden aprovechar los momentos de interacción y cuidado por pequeños que sean, y pese a que el lenguaje puede ser la principal barrera, tanto las enfermeras de los estudios incluidos como las enfermeras que participaron del estudio cualitativo así como en otros estudios permitieron ver que buscan activamente estrategias para superar estas barreras[221].

Cabe destacar que pese a la diversidad de definiciones de la compasión, en el presente estudio se reconoce que está basada en factores emocionales, actitudinales y cognitivo-conductuales, que son aquellos que mueven a enfermeras y auxiliares a aunar conocimiento y sensibilidad al dolor o sufrimiento ajeno para tomar acciones sean verbales, no verbales o físicas, para eliminar, reducir o aliviar el impacto del padecimiento[10]. Por lo tanto, es posible afirmar que para llegar a esta acción y para que tenga potencial de impactar los resultados de salud del sujeto de cuidado, enfermeras y auxiliares deben atravesar un proceso de motivación, atención, consciencia tanto del sufrimiento propio como del otro, de manera que la compasión surja como un estado de la mente, que les permita tomar la decisión de ser culturalmente competentes y compasivas; no obstante, esta decisión es influida por el contexto en el que se han desarrollado personal, profesionalmente y laboralmente.

Es así que como producto del presente estudio, se propone la importancia de desarrollar a través de la intervención ECCC, una *mentalidad compasiva* orientada a la acción, con atributos como los encontrados en las experiencias: calidez, amabilidad, empatía, amor, afectividad, sensibilidad, comprensión, conexión y altruismo[10,163,196-198], los cuales a su vez guardan relación con los factores de cuidado propuestos por Watson[222]. Esto permite complementar el modelo de Modelo de Competencia Cultural y Compasiva (PPT/IENE4) enfocado en la cualidad humana para comprender el sufrimiento del otro e internar hacer algo culturalmente congruente con el paciente y su familia para aliviarlo, tomando como punto de partida aquellos atributos relacionados con la mentalidad compasiva que parte

de la consciencia de sí y que son fundamentales para la acción compasiva y culturalmente competente, que tanto para las partcipantes de este estudio como otras enfermeras colombianas, se destaca por individualizar el cuidado, invertir tiempo, estar presente, ir más allá y abogar por el paciente[223].

De otra parte, cabe señalar que los estudios incluidos en la revisión, las definiciones de competencia cultural por lo general eran diferentes, la única manera en que se evidencia algo más claro es cuando el estudio hace uso de un modelo o una teoría de enfermería, en consecuencia los instrumentos de medición fueron diversos, sólo algunos estuvieron asociados a la teoría que orientó la intervención. Esto es similar a lo encontrado por otras revisiones similares con profesionales de la salud, que destacan la dificultad para comparar la efectividad entre intervenciones debido a estas diferencias en el constructo y la medición[83].

En consecuencia, para el presente estudio se asume un modelo propio de enfermería sobre la competencia cultural y compasiva y se asumen algunos aportes de literatura desarrollada por psicología y medicina algunos elementos sobre la construcción del ser compasivo de Gilbert[28,31-32] y del Protocolo de terapia de la compasión creado por García Campayo y sus colaboradores de la Universidad de Zaragoza[33,36], que permitieron determinar el número de sesiones, la estructura, la aplicación de prácticas de meditación en atención plena y compasión, de tipo formal e informal.

Es así como se reconoce el valor del modelado de intervenciones a partir de estudios de revisión y sobre experiencias como base para todo un proceso de evaluación de aceptabilidad y factibilidad antes de su prueba formal[82]. Esto también es soportado por el MRC[81], que pese a no proporcionar orientaciones específicas, recomienda la recolección de datos primarios durante el desarrollo de la intervención para contribuir a su modelamiento. En coherencia con esto, el estudio desarrollado, permitió el análisis cualitativo y uso de la información obtenida durante la prueba de factibilidad, aceptabilidad y pilotaje de la intervención, para establecer posibilidades de mejora de la intervención, con el fin de proceder a su prueba formal. Estas posibilidades, están dadas en términos del distanciamiento entre sesiones, para que puedan ser más fácilmente adaptables a las circunstancias de los entornos de trabajo, a lo que se hace referencia más adelante.

4.2 Operacionalización de la intervención y su mecanismo

4.2.1 Entrenamiento en competencia cultural y compasiva (ECCC) como intervención compleja

Las intervenciones complejas en enfermería tienen un carácter multi-componente que ha llevado a re-pensar en los métodos de investigación que permitan analizar los componentes, la eficacia, efectividad, aplicabilidad, utilidad y posibilidad de traslación a la cotidianidad de la práctica del cuidado. En consecuencia, se han desarrollado múltiples recomendaciones para la investigación desde estudios mixtos del desarrollo, factibilidad, evaluación e implementación, reconociendo este tipo de investigaciones como un proceso dinámico pertinente para dar respuesta a la complejidad de los fenómenos a indagar[80-81].

En línea con esto, la intervención ECCC involucra hallazgos de un proceso de revisión sistemática integrativa y de un estudio cualitativo descriptivo, que contribuyó a que la intervención estuviese contextualizada con las necesidades y experiencias de las enfermeras y auxiliares de enfermería participantes. El desarrollo de este tipo de investigaciones sobre el diseño e implementación de intervenciones, en temas como la competencia cultural y compasiva, resulta novedoso disciplinarmente dado que rompe con el enfoque tradicional orientado a la empatía en el cuidado, y a su vez desafía paradigmas y estrategias metodológicas priorizados tradicionalmente por investigadores e instituciones, para generar conocimiento sobre áreas usualmente descuidadas por priorizar la realización de ensayos clínicos[80].

Al respecto, y con el interés de promover cambios en la calidad y el enfoque de la investigación en enfermería, algunas instituciones han trabajado en la difusión y formación de investigadores sobre métodos de investigación vanguardistas y avanzados para el diseño y evaluación de intervenciones complejas traslacionales, por ejemplo, el Programa REFLECTION Research Network coordinado por la European Academy of Nursing Science (EANS) y apoyado por la European Science Foundation (ESF)[80].

4.2.2 Inclusión de prácticas de atención plena y compasión para la intervención ECCC

En la revisión de literatura, se encontró que las intervenciones de entrenamiento en compasión y en competencia cultual fueron diversas en cuanto al problema a tratar, dosis, frecuencia, duración, estrategia de entrega, lugar de ejecución. En cuanto a la competencia cultural, dentro de los efectos más destacables, los estudios encontraron efectos a nivel de la enfermera, mejoras en la consciencia cultural, y cómo la cultura personal y profesional influye en el cuidado; también fueron importantes los incrementos en sensibilidad, conocimiento cultural, actitudes relacionadas con la autoeficacia, comportamientos y habilidades, mayor comprensión y comodidad al abordar asuntos culturales de los pacientes, y evaluaciones cualitativas evidenciaron cambios de comportamiento en la práctica y mayor interés por el cuidado a personas culturalmente diversas superando el etnocentrismo, aunque puede verse limitado por el tiempo. El efecto fue menor en enfermeras que ya se han familiarizado con la cultura de los sujetos de cuidado.

Las enfermeras participantes de entrenamientos en compasión vieron resultados relacionados con mayor confianza en sus competencias, sus capacidades para enfrentar temas y situaciones difíciles, conciencia de sus posibilidades de influir en lo que sucedía. Sin embargo, lo más interesante fueron los cambios en la manera de pensar con respecto a la auto-compasión, la compasión y su impacto en la práctica, así como el desarrollo de mayor consciencia de sí, de auto-compasión, paz interior, empoderamiento de actitudes y comportamientos de autocuidado, mejora de las relaciones interpersonales con pacientes y colegas, y una reconsideración de los valores fundamentales de la enfermería, dentro de los que cobra gran relevancia la presencia. Así mismo, el entrenamiento contribuyó a disminuir la ansiedad, el agotamiento emocional, el estrés, la autocrítica y la rumiación. Gran parte de los entrenamientos emplearon prácticas contemplativas de atención plena, compasión y reflexión que pese a ser difíciles de mantener en el tiempo, favorecen el compromiso con la compasión.

Los pocos estudios que incluyeron evaluación de resultados de los pacientes, hicieron especial énfasis en la mejora de las relaciones, la satisfacción con el cuidado recibido y adherencia al tratamiento, aunque señalaron la necesidad de prestar más atención al bienestar físico y psicológico.

Lo anteriomente expuesto y la experiencia en la pasantía internacional, llevó a la reflexión sobre cómo desarrollar el entrenamiento en competencia cultural y compasiva, en búsqueda de generar cambios transferibles a la cotidianidad de profesionales y auxiliares de enfermería como sujetos y como cuidadores en servicios de hospitalización. Al respecto, los estudios revisados incluyeron prácticas contemplativas que contribuyeron a la generación de compasión y su mantenimiento en el tiempo, evidenciando además la importancia de trabajar en la compasión como base de la competencia cultural y compasiva, como se ha descrito en los resultados.

La evaluación cualitativa realizada durante el estudio cuasi-experimental permitió reconocer la importancia de las prácticas de meditación en compasión como elemento clave para conectar consigo mismos, observar sus pensamientos y sus sensaciones corporales, aunque algunos tenían experiencia previa, con el entrenamiento pudieron profundizar al respecto, y generar actitudes de auto-compasión, humanidad compartida para la compasión, que aunado al proceso reflexivo y las actividades para desarrollar en casa, les ayudó a pensar en la importancia del cuidado de sí, de prestar más atención al momento presente, de hacer consciencia de sí mismos y del juicio autocrítico negativo para tratarse más amablemente, y con ello reconocer las diversas expresiones del sufrimiento en los grupos culturales y brindar cuidados que sean coherentes con las creencias y necesidades culturales. Incluso, se hizo mención a cómo la participación en el entrenamiento y las prácticas contribuyeron al mejoramiento de relaciones interpersonales con familiares, colegas y pacientes, y a la reflexión sobre la importancia de que colegas y la institución sean más compasivas con ellos para favorecer la humanización del cuidado.

Al respecto, cabe destacar que otros investigadores se han interesado por comprender la naturaleza de la compasión, y por la investigación e intervenciones educativas en mindfulness y auto-compasión para reforzar la salud y el bienestar en la atención en salud, especialmente para los profesionales, que les ayuden a estar atentos al momento presente en la práctca clínica de modo que al estar más atentos puedan tener mejores resultados tanto en su desempeño como de los pacientes, además de favorecer bienestar, el afrontamiento de las sufrimiento y las preocupaciones de la cotidianidad, la auto-regulación

y la tolerancia a estímulos emocionales, y menores niveles de distrés psicológico, depresión y ansiedad[34,224].

Resulta de especial interés los análisis que se han realizado sobre cómo la auto-compasión permite afrontar el propio sufrimiento, desarrollar sentimientos de amabilidad consigo mismos y comprensión de la experiencia propia como una experiencia común a la naturaleza humana, que contribuye a disminuir la rumiación y propicia la satisfacción con la vida y la conexión social. Se reconoce que el cuidado de otros requiere del cuidado de sí, y teniendo en cuenta que los beneficios anteriormente mencionados emergen en gran parte de la práctica de mindfulness, se convoca a la educación en compasión y auto-compasión en los lugares de trabajo como estrategia para el alivio del sufrimiento sin comprometer la salud y el bienestar propios[224].

De otra parte, la revisión realizada en la primera fase permitió ver el análisis del efecto de entrenamientos en compasión en términos de indicadores biológicos como el cortisol. Este tipo de análisis ha sido realizado en otras poblaciones, dado que se considera que son múltiples los estresores a los que se enfrenta el ser humano en la cotidianidad y que desencadena respuestas biológicas y psicológicas, que se refleja en respuestas de ansiedad simpática evaluada a través de la alfa-amilasa salival, parasimpática cardíaca, y en algunos casos en las respuestas de cortisol salival[225].

4.3 Examen de aceptabilidad, factibilidad y efectos percibidos de la intervención

4.3.1 Importancia del análisis de aceptabilidad y factibilidad de la implementación de intervenciones complejas

Algunos estudios primarios y secundarios sobre diseño y prueba de intervenciones, no hacen explícito el proceso de modelado y pruebas de aceptabilidad, excepto en aquellas generadas a partir del marco del MRC, que pese a ser la mayoría, no suelen incluir en los artículos estos aspectos, sino que suelen limitarse a presentar los resultados del estudio experimental o cuasi-experimental[82].

Lo anteriormente expuesto fue particularmente visible en la revisión realizada, lo cual limitó el análisis sobre las posibilidades de adaptación e implementación de las intervenciones disponibles en la literatura, haciendo indispensable el análisis desde un diseño mixto exploratorio de la aceptabilidad y factibilidad de la intervención de entrenamiento diseñada, en especial por las especificidades del contexto y lo novedoso de la misma tanto para disciplina como para el contexto en el que se pretende implementar, previo a la planeación y ejecución de un estudio experimental a gran escala, evitando el desaprovechamiento de los recursos financieros y de talento humano, tan limitados en la actualidad[82,226].

Los resultados de la prueba de factibilidad y aceptabilidad de la intervención diseñada, mostraron un cambio entre la pre y posprueba, que pese a no ser estadísticamente significativos, algo atribuible a la alta atrición relacionada con aspectos laborales y personales que declararon los participantes, reflejan una significancia desde lo clínico, dada por la evaluación cualitativa del proceso de implementación de la intervención ECCC y de sus efectos percibidos que reflejan un importante efecto benéfico potencial para las enfermeras y auxiliares, tanto en lo personal como en lo laboral para la práctica del cuidado culturalmente competente y compasivo. Además, encontrar factores relacionados con la intervención y con la organización que limitaron la participación, permiten demostrar el sentido de la realización de este tipo de estudios para comprender cómo funcionan este tipo de intervenciones dada su particularidad, haciendo énfasis en su proceso, dado que es más probable que decidan participar solamente personas para quienes estas intervenciones sean aceptables, pues algunas personas pueden mayor prioridad a esto que a su efectividad[34].

En el presente estudio, la investigación cualitativa desde una perspectiva evaluativa de la aceptabilidad y factibilidad de la intervención de entrenamiento, permitió detectar la carga de la intervención para los participantes, en cuanto que fue posible determinar que la atrición no fue por la intervención en sí misma, establecer la importancia de un entorno en el que participantes y facilitador tengan contacto visual permanentemente, libre de ruidos externos que favorezcan el desarrollo de las prácticas, y que el facilitador cuente con experiencia y unas características personales más allá del conocimiento que se pretendía transmitir con la intervención. Esta información en conjunto, es útil para refinar la

intervención, y en especial, para determinar la importancia del compromiso de la institución hospitalaria y sus administrativos.

4.3.2 La investigación cualitativa en la evaluación de intervenciones complejas

La evaluación de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva del presente estudio hace énfasis en el proceso de implementación, por lo que podría considerarse una evaluación del proceso de una intervención compleja que resulta complementaria a los análisis de eficacia, enfocándose en cómo opera la intervención, y cómo puede influir el contexto[227]. Por lo tanto, resultan de especial utilidad los métodos cualitativos y mixtos, que contribuyen a detectar lo que ocurre durante el proceso de implementación, la complejidad de las necesidades de los participantes y de sus experiencias, así como los problemas que emergen durante el proceso para una interpretación más amplia[219,227].

Al respecto, el análisis cualitativo de la implementación de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva permitió encontrar que durante las sesiones, los participantes pudieron expresar situaciones de la práctica cotidiana positivas o que les generaban conflicto, poniendo en evidencia la necesidad de ser escuchados y comprendidos por otros profesionales, administrativos y por la institución, elementos que pasarían desapercibidos si el énfasis evaluativo hubiese sido desde métodos cuantitativos. Así mismo, la indagación cualitativa sobre las prácticas reflejó que a pesar de tener experiencia, a veces necesitaban tiempo o estaban a la expectativa de cuál sería la siguiente instrucción, perdían la concentración por ruidos externos o porque llegaban pensamientos y emociones, también expresaron relajación, somnolencia, y con algunas prácticas, sintieron emoción de sentir los latidos de su corazón, la respiración y otras sensaciones corporales que les ayudaron a darse cuenta que estaban estresados o necesitaban descansar. Otros estudios reportan resultados similares[228], pero desde métodos cuantitativos, que limitan la comprensión anteriormente descrita.

Adicionalmente, la evaluación de intervenciones complejas ofrece nuevas posibilidades, dentro de las que se destacan la *evaluación realista* y los *experimentos naturales*, la

primera, permite explorar los mecanismos que puede activar la intervención para generar el efecto en determinado contexto, prestando atención a este último, lo cual brinda herramientas para la toma de decisiones para el refinamiento de la intervención y de las estrategias metodológicas[227]. Por su parte, podría pensarse en catalogar el proceso realizado dentro de los *experimentos naturales*, que pueden ser de ayuda para evaluar la intervención a estudio, en cuanto que se hace en el entorno real de la cotidianidad y cuentan con una alta validez externa a expensas de su validez interna, especialmente por la poca practicidad que implica la ejecución de un ECA en contextos hospitalarios[227] como en los que se ha desarrollado el presente estudio, donde hubo un alto porcentaje de deserción, pese a que los participantes fueron convocados y mostraron su interés en la intervención, tal como se determinó en el pretest cuantitativo y cualitativo.

El movimiento de la Enfermería y la Práctica Basada en la evidencia, han supeditado la prueba de intervenciones a la realización de estudios experimentales, para “garantizar” que dichas intervenciones constituyen la mejor evidencia disponible, justificando así su implementación en la práctica. No obstante, en intervenciones novedosas como la modelada y analizada en el presente estudio, donde los participantes cumplen un papel activo en la construcción del conocimiento, en la que se retoma el conocimiento tácito dado por el saber experiencial y se proporcionan nuevas herramientas que deben incluirse como parte de la cotidianidad personal y profesional, la investigación cualitativa cumple un papel esencial, para obtener una visión más amplia de la aceptabilidad y factibilidad de la intervención, que permitan determinar estrategias para someterla a prueba formal en un ensayo clínico más amplio, donde la investigación cualitativa seguirá teniendo gran relevancia.

Se hace especial énfasis en la investigación cualitativa dado el carácter práctico de la competencia cultural y compasiva, que si bien puede apoyarse en la creación de instrumentos que abarquen la totalidad del constructo, o el uso de los instrumentos disponibles, reconociendo que son limitados en cuanto que evalúan la competencia cultural, la compasión o incluso, la auto-compasión, pero que no alcanzan a captar la esencia del constructo y de lo que implica su uso para una práctica de enfermería culturalmente competente y compasiva, sino que lo simplifican a lo que es aparente, de manera que su uso descontextualizado y sin la comprensión en profundidad de lo que

implica el cuidado, la compasión y la competencia cultural como constructo, puede llevar a la McDonalización incluso de la medición[229].

Por otra parte, además de conocer el efecto de la intervención en profesionales y auxiliares de enfermería, se hace pertinente indagar sobre las experiencias de cuidado que reciben los pacientes, dado que son algunos de quienes perciben la falta de compasión y de competencia cultural.

4.3.3 Las instituciones hospitalarias en la competencia cultural y compasiva y en la investigación al respecto

Autores como Ritzer (citado por Bradshaw, 2009) destacan cinco temas dominantes en la sociedad contemporánea: el interés por la eficiencia, el cálculo, la predicción, el control y el reemplazo de los seres humanos por tecnología no humana, que en algunos casos se dedican a seguir instrucciones, pero no a pensar[229]. En ocasiones, el sistema de salud y las organizaciones piden a las enfermeras que pongan en práctica técnicas como el arte de sonreír, de decir palabras cálidas, en búsqueda de medidas que puedan ser etiquetadas y auditadas, reduciendo el cuidado compasivo a una técnica que "McDonaliza"[229] la enfermera y el cuidado, algo que va en contravía con la perspectiva genuina de la compasión como parte de la competencia cultural y compasiva propuesta en este estudio.

Pese a que estudios han mostrado correlación entre niveles de competencia cultural, así como de atención plena y compasión con resultados como la satisfacción de paciente[45-48,50,52-54,59], y que algunas políticas gubernamentales en otros países promueven la compasión y la competencia cultural en las instituciones de salud, gobiernos y organizaciones no han hecho lo suficiente para generar entornos compasivos con pacientes y profesionales[10] . De hecho, estudios en los que han participado enfermeras colombianas reflejan que las organizaciones constituyen barreras para la compasión en el cuidado, y refiere que quienes menos expresan la compasión son los administrativos (1%), los colegas lo hacen sólo en algunos casos (14,3%), mientras que los pacientes son quienes más hacen explícita la compasión en la relación con la enfermera (84,7%)[223].

Es entonces que esa cultura organizacional aunada a la cultura profesional y personal marca el contexto de actuación de enfermería, por lo el cuidado culturalmente competente y compasivo no es responsabilidad exclusiva de la enfermera, requiere del apoyo de colegas, demás profesionales de la salud, funcionarios y de la institución en sí misma para reivindicar el valor de enfermería en la humanización de los cuidados tan deseada en la actualidad como indicador de calidad de la atención[10,221].

Lo anteriormente expuesto fue encontrado durante el presente estudio, en la revisión fue evidente cómo el desarrollo de las actividades de entrenamientos desarrollados dependieron de la coherencia que estas tenían con las prioridades y recursos de las organizaciones, y donde el tiempo fue una limitante para el personal[161]. De modo similar tanto en la etapa cualitativa para el modelamiento de la intervención, como en la prueba de aceptabilidad y factibilidad, donde la inasistencia a las sesiones y deserción tuvo como una de las principales causas, que la institución no les brindara los tiempos para participar del entrenamiento, sino que tuviesen que dar de su tiempo, por lo que algunos priorizaron a sus familias, o incluso actividades laborales, especialmente cuando les doblaron turno sin tener en cuenta que estaban participando de la intervención de entrenamiento.

Adicionalmente, en las sesiones de entrenamiento, enfermeras y auxiliares destacaron la importancia que dan las instituciones hospitalarias a la humanización de los servicios, tema sobre el cual ofrecen capacitaciones de manera continua, sin tener en cuenta que son múltiples los obstáculos y barreras para que se refleje dicha humanización, que deben comenzar por humanizar el trato a su personal. Esto es especialmente importante, porque para el presente estudio se considera que la competencia cultural y compasiva es más operativa, ofrece elementos prácticos que enfermeras y auxiliares pueden desarrollar en su vida cotidiana, y se considera relevante desarrollar propuestas para construir hospitales compasivos.

Por lo tanto, esta investigación convoca a reconocer que las estructuras sociales, políticas, económicas, educativas y los propios servicios de hospitalización en los que entran en acción la cultura personal, profesional, de los colegas, de los pacientes y sus familiares, así como de la institución son los elementos que limitan el cuidado que enfermeras y auxiliares brindan, especialmente a personas que sufren y culturalmente diversas[3,6-7,163,198],

porque los participantes quisieran dar más de sí, pero no lo permite el tiempo, la carga de pacientes y algunos elementos de las relaciones con colegas y administrativos. Algo similar ocurrió con la participación en el estudio cuasi-experimental para la prueba de aceptabilidad/factibilidad de la intervención de entrenamiento, que reflejó el distanciamiento entre enfermeras y auxiliares, especialmente en el hospital público, y donde las concesiones ofrecidas para participar de la intervención y no de algunas capacitaciones institucionales favoreció la participación en el hospital privado.

4.4 Limitaciones del estudio

El desarrollo del estudio a partir de un método mixto, así como el desarrollo de la intervención vinculando aspectos provenientes de revisión de literatura y de las experiencias de auxiliares y profesionales de enfermería de las instituciones en las que se hizo la prueba de aceptabilidad y factibilidad trajo consigo fortalezas como la adecuación cultural de la intervención. Sin embargo, es un estudio no exento de limitaciones.

En el proceso sistemático de revisión de literatura sobre experiencias y entrenamientos, se asume como limitación, que privilegió la comprensión exhaustiva del fenómeno sobre en análisis de validez y valoración crítica de los diversos diseños de investigación utilizados por los autores. Esto pudo permitir que en el proceso de síntesis, se diluyeran algunas especifidades de los diseños de investigación y de los hallazgos de los estudios incluidos[230].

Así mismo, debe señalarse que los hallazgos de la evaluación de la intervención de entrenamiento se enfocan en su aceptabilidad, factibilidad y efecto percibido, de manera que hacen referencia exclusivamente a su funcionamiento y sus posibilidades de implementación, en cuanto que es una intervención que tiene en cuenta las particularidades del contexto y pretende ser culturalmente sensible con las enfermeras del país, que pueden no tener la suficiente aproximación a técnicas como las trabajadas en las sesiones, en especial las de meditación, que podrían derivar en choque cultural.

El análisis de los efectos percibidos por los participantes corresponde a una aproximación cualitativa con una muestra reducida y con un abordaje muy descriptivo basado en el auto-

reporte, por lo que no pueden establecerse como únicos efectos de la intervención, ni pueden generalizarse a otras poblaciones. Además, dada la predominancia del enfoque cualitativo del estudio, es posible que el análisis y la integración de sus hallazgos no reflejen en su totalidad las pretensiones de los abordajes mixtos como el seleccionado.

Es destacable que tanto este estudio como otros que han evaluado entrenamientos en compasión y competencia cultural se han enfocado en el auto-reporte[231] y sería de gran relevancia, incluir a pacientes, familiares y colegas para determinar si lo trabajado en el entrenamiento se lleva a la cotidianidad personal y profesional, y realizar evaluaciones longitudinales para establecer si las prácticas que son fundamentales para el desarrollo de la compasión y su efecto se mantiene en el tiempo.

Además, cabe destacar que no se reportan resultados de una evaluación cuantitativa del efecto de la intervención en los niveles de autoeficacia cultural y autocompasión que se pretendía realizar para ir más allá de la aceptabilidad y factibilidad de la implementación de la intervención como objetivo principal de la investigación. Este momento del estudio pretendía reforzar hallazgos cuantitativos para dar mayor solidez al abordaje mixto; sin embargo, esto no se llevó a cabo por cuestiones propias de las enfermeras y de sus actividades personales y laborales, como se mencionó en la metodología.

Al respecto, debe expresarse la profunda inquietud por las condiciones laborales y de las instituciones, y de manera especial, de algunos de las participantes. Esto ha sido mencionado por otros estudios, que refieren la falta de compromiso de la dirección de las instituciones que llevaron a incertidumbre sobre la implementación de la intervención, pese al interés de los participantes y algunos líderes[157]. Por lo tanto, se reconoce que es indispensable el compromiso institucional e individual para la implementación de este tipo de intervenciones de entrenamiento y para su evaluación formal mediante estudios cuasi-experimentales, pues prácticamente se depende del interés de las personas sobre el tema, el objetivo del entrenamiento y las actividades propuestas.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

La revisión sobre experiencias de enfermeras y pacientes, así como el estudio cualitativo reflejan la diversidad al respecto, y ponen en evidencia la conexión entre compasión y competencia cultural en el cuidado de enfermería en servicios de hospitalización, alimentando así el constructo competencia cultural y compasiva. Estos atributos de las enfermeras y de la práctica se expresan en las relaciones de cuidado, que se construyen a partir del deseo y el compromiso de enfermeras, organizaciones de salud y gubernamentales. No obstante, son múltiples los desafíos y barreras para llevar a la práctica esta competencia cultural y compasiva.

La revisión de entrenamientos brinda herramientas tanto desde los aspectos temáticos como metodológicos de las estrategias didácticas que constituyen oportunidades para promover el cuidado de sí y la humanidad compartida como base para el desarrollo de la compasión y la competencia cultural en profesionales y auxiliares de enfermería. Teniendo en cuenta que para el estudio la compasión se considera el eje de esta competencia, la revisión brinda elementos que contribuyen para que profesionales y auxiliares estén más atentos y enfocados en el momento presente, de manera que puedan reconocerse a sí mismos, que hagan uso de sí a través de la presencia y de la comunicación, que ponga al sujeto de cuidado hospitalizado en un lugar privilegiado dentro del escenario de cuidado para reconocer su sufrimiento y tomar acción para brindar cuidados culturalmente congruentes con las necesidades del sujeto y su familia.

Se diseñó una intervención de entrenamiento que en una dosis de cuatro sesiones de 90 minutos, una vez por semana, entregada grupalmente en las instituciones en las que laboran los participantes, con contenidos teóricos y experienciales de prácticas generadoras de compasión. Pese a que gran parte de los participantes tenían

antecedentes de experiencias transculturales previas, se considera que hubo una alta atrición en el desarrollo de la intervención, y si bien tiene un carácter diferencial por institución, es destacable cómo las circunstancias personales y laborales limitan la posibilidad de participar de actividades en horarios extra-laborales. Por lo tanto, aunque la prueba de la intervención de entrenamiento permitió determinar su factibilidad, se requiere de condiciones institucionales que favorezcan la participación de la población destinataria.

Así mismo, los cambios entre la evaluación previa y posterior a la implementación de la intervención de entrenamiento permitieron encontrar que fue aceptable para los participantes, quienes la consideraron como lógica, satisfactoria, y de manera especial, manifestaron que la recomendarían a otros colegas. En general, indicaron que la intervención era útil para la práctica, y pese a que hubo mayor dispersión de los datos en el postest, señalaron que tenía alguna utilidad a nivel individual. Resulta de especial interés que al comienzo la intervención generó algunos niveles de aversión, los cuales disminuyeron al finalizar su implementación.

Otras dimensiones de la evaluación de la intervención y del cuadernillo diseñado como material de apoyo, mostraron que resultó atractiva, su mensaje fue pertinente, las dinámicas fueron adecuadas y el cuadernillo fue de gusto de los participantes; aunque con una puntuación levemente menor la duración del entrenamiento y de las sesiones podría mejorarse. También cabe mencionar que el mensaje fue relevante para los participantes, fueron comprensibles los contenidos, el mensaje y sus posibilidades de implementación en la cotidianidad de la práctica y la posibilidad de explicarlo a otros colegas.

El entrenamiento fue aceptable en cuanto a que el lenguaje, las palabras, expresiones, actividades, fueron adecuadas para los destinatarios, quienes se sintieron identificados con los mensajes transmitidos, y que estos incorporaron elementos/situaciones propias de la práctica, que en algunos casos podían generan molestia o rechazo en otros colegas. Además, los participantes expresaron que el mensaje les invitaba a modificar algo en su cotidianidad, que se imaginaban implementando dichos cambios, que el cuadernillo sería de ayuda, y que animarían a otros colegas a hacer lo aprendido, aunque posiblemente algunos no lo aplicarían.

Finalmente, la evaluación cualitativa permitió ampliar la comprensión sobre la aceptabilidad y factibilidad de la intervención, refleja los múltiples beneficios percibidos por los participantes en ellos mismos, la contribución de la intervención a ser más conscientes, situarse en el presente y dar más atención a la manera en que desarrollan las relaciones interpersonales con pacientes y colegas, y en que construyen relaciones terapéuticas para cuidar de manera coherente con las necesidades del sujeto de cuidado. Resulta llamativo el interés que generaron las prácticas de meditación en los destinatarios, pues les permitieron tratarse mejor y cuidar de sí, así como reflexionar al respecto, lo cual les serviría de base para el cuidado a otros, aunque puede representar algunas dificultades personales en cuanto a la inversión de tiempo que requiera y otras relacionadas con las diferentes visiones de mundo de las personas.

5.1.1 Contribuciones a la disciplina

- Se profundiza en la compasión como base y atributo transversal a desarrollar por profesionales y auxiliares de enfermería para ser más conscientes y sensibles frente a la diversidad cultural y todo lo que ello implica, aprender a estar en el momento presente para indagar sobre estos aspectos en el cuidado, reconocer el sufrimiento del sujeto de cuidado y brindar cuidados que permitan su alivio, procurando la congruencia con las necesidades del sujeto y su familia, así como el establecimiento de relaciones de cuidado que resulten terapéuticas.
- Se reconoce la importancia del trabajo en equipo de la diada enfermera-auxiliar de enfermería, por lo cual se propone que participen conjuntamente de la intervención, permitiendo que se compartan experiencias que enriquezcan el cuidado de enfermería y favorezcan mejores resultados de salud de los sujetos de cuidado.
- Se asume la diversidad cultural de los sujetos de cuidado en la ciudad de Bogotá, y se convoca a no estereotiparlos, ni estandarizar el cuidado de manera rígida, sino adaptarlo y negociarlo si es el caso, con el fin de establecer mejores relaciones enfermera-paciente, superar las barreras y deasfíos que implica el cuidado a personas culturalmente diversas, así como evitar la imposición cultural en el cuidado.
- Se comprende la compasión como eje y atributo transversal de la competencia cultural y compasiva, que puede entrenarse a través de elementos teóricos, pero

es esencial el entrenamiento desde la práctica, para promover el cambio en la estructura neurocognitiva de enfermeras y auxiliares de enfermería, de manera que los efectos benéficos sean visibles en la cotidianidad del cuidado e inclusive de su vida personal, lo cual requeriría de mayor tiempo de evaluación.

5.1.2 Contribuciones a la investigación

- Reconocimiento de las intervenciones complejas como base del cuidado de enfermería, dado que implica la construcción de relaciones terapéuticas enfermera-paciente, las cuales dependen de la complejidad de los sujetos y de los entornos en los que se realiza la práctica del cuidado. Por lo tanto, la investigación al respecto, debe responder a su complejidad, y es lo que se procuró a través del presente estudio.
- Comprensión de la complejidad del desarrollo de la competencia cultural y compasiva de profesionales y auxiliares de enfermería para el cuidado de enfermería en servicios de hospitalización, y en consecuencia construcción de una intervención de entrenamiento que reconoce dicha complejidad, así como la evidencia existente y la contextualiza a la realidad de la enfermería en la ciudad de Bogotá D.C., para elaborar los componentes teóricos, experienciales y prácticos de la intervención de entrenamiento.
- Reconocimiento de la utilidad y pertinencia de estudios de aceptabilidad y factibilidad como paso previo a la prueba formal de intervenciones novedosas para el contexto, que orienta las posibilidades de refinamiento de la intervención de entrenamiento y de los materiales de apoyo.
- Exploración de las potencialidades de la integración y la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos para ampliar la comprensión de hallazgos de la implementación de intervenciones complejas.
- Reconocimiento de la importancia de la articulación entre academia e instituciones hospitalarias para la planeación y ejecución de investigaciones e intervenciones que contribuyan al desarrollo personal y profesional de enfermeras y auxiliares de enfermería, para prácticas de cuidados culturalmente competentes y compasivos.

5.1.3 Contribuciones a la docencia

- Como producto de la discusión de la pertinencia del uso del término capacitación o entrenamiento, y de la comprensión de las implicaciones de la compasión y el proceso neurocognitivo que media su desarrollo, que puede ser potenciado a través de la práctica continua de meditación de tipo atención plena y compasión, se prefiere el uso del término entrenamiento en competencia cultural y compasiva.
- Se presentan innovaciones pedagógicas y didácticas como consecuencia del interés por el aprendizaje significativo que se requiere para el desarrollo de la competencia cultural y compasiva. Esta es una competencia que se fortalece a lo largo de la trayectoria profesional, por lo que requiere de su entrenamiento continuamente para promover transformaciones en las prácticas de cuidado, de modo que profesionales y auxiliares sean más sensibles al sufrimiento humano, reconozcan la diversidad cultural y actúen en coherencia con ello.
- La docencia en pregrado y posgrado debe responder a las necesidades de las sociedades culturalmente diversas de la actualidad, y en consecuencia, dentro de sus programas formativos pueden incluir intervenciones como la diseñada “ECCC”, que promuevan en los estudiantes la sensibilidad ante ellos mismos, y ante personas culturalmente diversas, para que sus cuidados estén orientados por la compasión, el interés por indagar por las necesidades culturales, reconozcan las particularidades en las expresiones del sufrimiento y respondan con acciones de cuidado culturalmente congruentes.

5.1.4 Contribuciones a las instituciones de salud y a la política pública

- Las instituciones hospitalarias y las políticas de salud deben ser concientes y sensibles ante la diversidad cultural de los sujetos y colectivos a los que atienden, así como del sufrimiento humano y sus múltiples expresiones, y en consecuencia, deben propender por contar con personal que refleje la competencia cultural y compasiva, así como brindar espacios y horarios para el desarrollo de entrenamientos que contribuyan al desarrollo de los atributos clave de dicha competencia.

- La aceptabilidad, factibilidad y efectos percibidos de manera preliminar a través de este estudio, ponen en evidencia la necesidad de promover la implementación de intervenciones de entrenamiento en competencia cultural y compasiva, que además de enfermeras y auxiliares de enfermeria, incluyan al equipo de salud y personal de atención al paciente.
- La implementación de intervenciones que hacen énfasis en el desarrollo de la compasión a través de prácticas contemplativas de atención plena y meditación, favorecen el cuidado de sí, el bienestar personal y el afrontamiento adaptativo del estrés, por lo que dentro de los planes de capacitación del personal de las instituciones hospitalarias debe incoporarse este tipo de entrenamientos, que a su vez tienen la potencialidad de mejorar las relaciones interpersonales y con ello el trabajo en equipo.

5.2 Recomendaciones

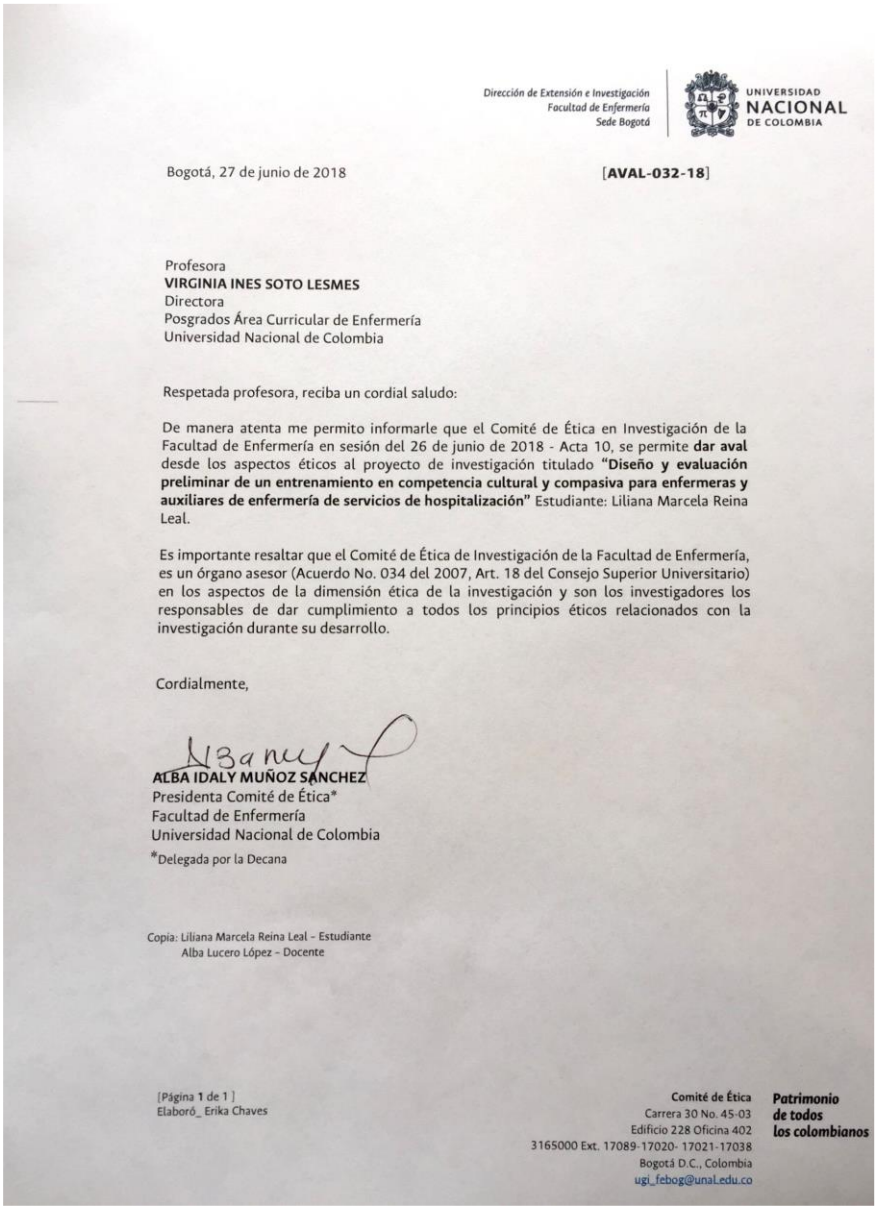
El camino recorrido durante el proceso de diseño y evaluación preliminar de la intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva permite hacer las siguientes recomendaciones:

- Profundizar en la propuesta teórica que fortalece el Modelo de Competencia Cultural y Compasiva de Papadopoulos, y que otorga a la compasión un papel central, que permite el desarrollo de la mencionada competencia, y que enlaza otros elementos pedagógicos y didácticos que van más allá de la propuesta de la autora del modelo, y que contribuirían a que los efectos de intervenciones al respecto se mantengan y se fortalezcan en el tiempo.
- Realizar la evaluación formal de la intervención a través de un estudio experimental y multicéntrico, donde el cegamiento puede estar dado en términos de instituciones, no de personas, con evaluaciones múltiples en el tiempo, y en donde el muestreo sea intencionado, en términos de que se requiere que las personas estén realmente interesadas y comprometidas con el proceso, además de que cuenten con tiempos protegidos en sus instituciones para participar, algo que limitaría el cegamiento si se realizara un ensayo clínico en una única institución de salud.
- Para la prueba formal de la intervención, es fundamental hacer evidente la complementariedad de los enfoques cuantitativo y cualitativo para la evaluación del

efecto de la intervención en profesionales y auxiliares de enfermería. Con este fin, puede hacerse uso de alguno de los múltiples instrumentos de medición encontrados en la revisión realizada en la primera fase y que se mencionan tanto en la operacionalización de la intervención como en las lecciones aprendidas donde se incluyen elementos clave y algunos instrumentos de reciente aparición.

- Como análisis adicional, será de gran importancia evaluar el impacto de esta intervención en el cuidado directo que brindan profesionales y auxiliares de enfermería, y en los resultados de salud de los sujetos de cuidado, dado que este tipo de intervenciones da un lugar especial a las preferencias del paciente, elemento central en los resultados de salud. Estas evaluaciones del cuidado de enfermería pueden ser realizadas a través de observaciones cualitativas y con listas de chequeo que evalúen actitudes y comportamientos culturalmente competentes y compasivas por parte las enfermeras; así como directamente con los sujetos, mediante la indagación con respecto a sus percepciones del cuidado recibido, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa, aunque para esta última se requiere del desarrollo de instrumentos específicos.
- Otro análisis que puede resultar de gran relevancia en la evaluación formal de la intervención, y a llevar a cabo también desde una perspectiva mixta, es de los efectos de esta intervención en el mediano y largo plazo en aspectos personales de la enfermera, en su bienestar y forma de relacionarse tanto consigo misma como con otros. Al respecto, además de incluir enfermeras, será importante vincular a sus colegas y familiares con los que comparten su cotidianidad.
- Fomentar relaciones academia-instituciones de salud que favorezcan el desarrollo de procesos investigativos y de implementación de intervenciones que tienen el potencial de mejorar las prácticas de cuidado y con ello pueden mejorar las percepciones en cuanto a la calidad percibida por el sujeto de cuidado y su familia, así como las posibles mejoras de resultados de salud.
- Continuar con el desarrollo de esta línea de investigación, ampliando su perspectiva al entrenamiento de todas las personas implicadas en el cuidado y la atención en instituciones hospitalarias, incluyendo al área administrativa, de manera que se promueva que las instituciones sean culturalmente competentes y compasivas.

A. Anexo: Aval Comités de Ética/Investigación Institucionales



Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Bogotá, 27 de junio de 2018 [**AVAL-032-18**]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 26 de junio de 2018 - Acta 10, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado **"Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización"** Estudiante: Liliana Marcela Reina Leal.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SANCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Liliana Marcela Reina Leal – Estudiante
Alba Lucero López – Docente

[Página **1** de 1]
Elaboró_ Erika Chaves

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020- 17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ugi_febog@unal.edu.co

Patrimonio de todos los colombianos

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Bogotá D.C., 19 de junio de 2019.
(CIHSJ) 094 - 2019

Licenciada
Liliana Marcela Reina
Investigador principal del Proyecto

Asunto: Aprobación del proyecto "Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización".

Respetada Investigadora,

El Comité de Investigaciones del Hospital de San José (CIHSJ), IPS Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José, certificada por la Secretaria Distrital de Salud para la realización de Investigación Clínica, conformado por siete (7) miembros permanentes con un requisito de Quórum para sesionar de manera ordinaria de la mitad más uno, tiene el gusto de informarle lo siguiente:

1. Que en la sesión No. 44 del CISHJ se presentó ante este comité el proyecto "Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización".

2. Se aprueba el trabajo identificado en el asunto recordando a los investigadores que la aprobación está sujeta al cumplimiento de los procedimientos necesarios establecidos por el Hospital y la normatividad vigente para el buen desarrollo de los trabajos; se presenten ante el Hospital los resultados obtenidos garantizando siempre la participación permanente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José en todos los productos y beneficios de la investigación y se cumplan con las observaciones realizadas por el CIHSJ.

3. Se recomienda que se considere la realización de la tercera fase no solo en el Hospital de la Nacional sino también en la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José. Como co-investigadora se incluirá a la jefe Catalina Bohórquez del centro de atención amable y segura de la institución.

Agradecemos su gran atención y deseándole éxitos en su proyecto.

Atentamente,

Doctora Diana García
Presidente CIHSJ

Doctor Michael Vallejo
Secretario CIHSJ

Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José
Nit.: 899.999.017- 4 Calle 10 No. 18 - 75 Pbx: 353 80 00 Fax: 353 80 06
www.hospitaldesanjose.org.co

HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

Formato de Acta de compromiso e inicio de investigaciones en el HUN
CEI-comp-2018-09-04

Bogotá D.C., 04 de septiembre de 2019

ACTA DE COMPROMISO E INICIO
PROYECTO CEI-2018-09-04

Yo, Liliana Marcela Reina Leal identificada con la cédula de ciudadanía número 1049610741, recibí la notificación de APROBACIÓN del proyecto titulado **"Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización",** identificado con el ID CEI-2018-09-04 en el acta Nº CEI-HUN-acta-2018-11, por lo cual en nombre del equipo investigador y previo al inicio del proyecto me comprometo a:

1. Realizar la investigación en los términos consignados en el protocolo de investigación aprobado.
2. Entregar oportunamente los reportes periódicos de la investigación de acuerdo a lo recomendado por el CEI-HUN.
3. Entregar oportunamente el informe final de la investigación, una vez esta haya concluido
4. Poner a disposición del CEI-HUN los archivos en curso de la investigación cuando así se requiera dentro del programa de seguimiento a las investigaciones que se estén realizando en el HUN.
5. Informar al CEI-HUN de manera inmediata la ocurrencia de efectos adversos presentados por causa de la investigación.
6. Informar al CEI-HUN de manera oportuna cambios en el protocolo de investigación para su debido análisis y aprobación
7. En caso de no iniciar la investigación en el año siguiente a la aprobación, el proyecto requerirá una nueva aprobación.
8. Declarar los conflictos de interés en cualquier momento antes y durante el desarrollo del proyecto.
9. Comunicar al CEI-HUN el resultado de auditorías o inspecciones durante la ejecución del proyecto; así como el evento de la suspensión del estudio, adjuntando el respectivo informe con los resultados hasta la fecha de la suspensión.
10. Respetar los derechos de propiedad intelectual e incluir la filiación institucional del "Hospital Universitario Nacional de Colombia" en los casos de co-autores que pertenezcan al Hospital Universitario Nacional de Colombia.
11. Acogerme a la evaluación, registro y seguimiento del proyecto, en caso que sea experimental, según los mecanismos definidos por el INVIMA para este tipo de proyectos.

B. Anexo: Formatos Consentimiento Informado

A continuación, se incluyen los formatos de consentimiento informado para las enfermeras que aceptaron participar en las fases del estudio: 1) Entrevistas para contextualización del problema y la intervención; 2) Participantes prueba piloto (aceptabilidad-factibilidad) de la intervención (se asumió el formato institucional en el HUS); 3) Participantes estudio cuasi-experimental de la intervención.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Consentimiento informado entrevistas contextualización del problema e intervención

La enfermera Liliana Marcela Reina Leal, candidata a Doctora en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, desarrolla actualmente la investigación “Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización”, cuyo objetivo es *Desarrollar y realizar la evaluación preliminar (aceptabilidad, factibilidad y efecto) de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización*. Esta investigación hace parte de los trabajos del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (GCCS, FE-UN).

Soy invitada/o a participar en la investigación mencionada porque soy integrante del equipo de enfermería de la institución en que laboro. Manifiesto el deseo de participar de manera voluntaria, sin recibir compensación económica o de otra naturaleza. Me comprometo a participar del proceso de investigación y brindar la información que pueda contribuir a los logros de los objetivos del estudio, teniendo en cuenta que los fines del mismo son de índole académica.

Se me ha explicado que es una investigación sin riesgo, que tengo derecho a decidir no continuar en la misma en cualquier momento si así lo decido, y esto no traerá repercusiones a mi integridad personal, social o laboral. Además, soy informada/o de que se mantendrá la confidencialidad, la investigadora mantendrá oculta la información que pueda permitir mi identificación, usando un seudónimo para referirse a mí, y sólo ella, su directora de tesis y el estadístico tendrán acceso a la base de datos con los resultados.

La investigadora me ha explicado que mi participación es para contar mi experiencia con la competencia cultural y compasiva en el cuidado de enfermería que brindo, así como para aportar al desarrollo de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para el equipo de enfermería en servicios de hospitalización. Esto implica mi participación en una entrevista que tendrá una duración de 60-90 minutos, será grabado en audio, y posteriormente se transcribirá para su análisis. Si la investigadora lo encuentra necesario, tomará algunas fotos o grabará algunos videos que serán empleados con fines meramente académicos, y cuando estén editados se me consultará si autorizo su uso.

Los beneficios que obtendré de participar se relacionan con la posibilidad de contribuir al diseño de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva contextualizada a la realidad de la práctica de enfermería en los servicios de hospitalización en la ciudad de Bogotá. Por mi participación no percibiré beneficios económicos o en especie. Los resultados producto de mi participación serán compartidos en primer lugar conmigo y demás participantes; a continuación, se divulgarán al equipo de enfermería, instituciones y con la comunidad científica a través de la publicación de los hallazgos en una revista y la presentación de los mismos en algún evento académico.

La investigadora me reitera el carácter voluntario de mi participación en el estudio, el cual no tiene riesgo alguno para mí; me explica que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en el momento que así lo decida, sin que esto afecte en lo personal, social, y sin consecuencias negativas en mi desempeño profesional o vinculación laboral.

El proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la institución en la cual trabajo y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Si requiero información del proceso del proyecto, puedo contactar a la enfermera Liliana Marcela Reina Leal, con su tutora, la Dra. Lucero López del GCCS, FE-UN al teléfono 3165000 extensión 10339, o con Alba Idaly Muñoz, Presidenta del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia al 3165000 Ext: 17020.

Teniendo la claridad sobre mi participación.

Yo, _____, con CC No. _____

Firmo este consentimiento informado. Fecha: _____

Dejo constancia que recibo los datos para ubicar a la investigadora y resolver cualquier duda.

Firma del integrante del equipo de enfermería _____

Firma del investigador responsable _____

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INVESTIGACIÓN

05INV01-V1

Fecha: DD / MM / AA

Este documento explica en qué consiste el proyecto de investigación. Lea cuidadosamente esta información y luego decida si desea participar o no como voluntario en el estudio:

"Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización"

Información del Investigador
Investigador principal: PhD (C) Liliana Marcela Reina Leal
Lugar de Desarrollo del Estudio: Hospital Universitario de La Samaritana
Dirección del Sitio del Estudio: Carrera 8 No 0-31 sur- Bogotá
Teléfonos: 4077075 Ext: Celular: 3186239069
Servicio: Hospitalización adultos
Grupo(s) de Investigación: Cuidado Cultural de la Salud (FE-UNAL), Hospital San José, Hospital Universitario La Samaritana

Código del Sujeto: _____

INVITACIÓN A PARTICIPAR:

Estamos invitando a participar en el proyecto de investigación que tiene por título "Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización", con el fin de Desarrollar y realizar la evaluación preliminar de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización.

El presente consentimiento informado le explicará el objetivo y los procedimientos del estudio. Es importante que usted se tome el tiempo necesario para participar o no en este proyecto, tenga en cuenta que su trabajo en el hospital no se verá afectado, simplemente usted está dando autorización al investigador principal y/o sus delegados, para incluir datos sobre sus percepciones frente a una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva diseñada para enfermeras y auxiliares de enfermería.

Este consentimiento informado está diseñado para enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en servicios de hospitalización a quienes se está invitando a participar en el estudio.

PROPÓSITO:

La investigadora me ha explicado que mi participación es para la prueba piloto inicial de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para el equipo de enfermería de servicios de hospitalización diseñada por ella en el marco de su tesis doctoral.

PROCEDIMIENTOS:
Participaré en **cuatro** sesiones de entrenamiento en competencia cultural y compasiva, de **90** minutos de duración, una vez a la semana, durante **cuatro** semanas, en las que responderé a las preguntas que se hagan sobre su desarrollo. Estas sesiones se realizarán en los horarios concertados entre la investigadora y la institución de salud en la que laboro. La sesión será grabada en audio y/o vídeo, y posteriormente transcrita para su análisis. Además la investigadora, me contactará posteriormente para que responda a una entrevista semiestructurada o grupo focal sobre el desarrollo del entrenamiento.

POSIBLES RIESGOS, INCOMODIDADES O EFECTOS SECUNDARIOS:
La investigadora me explica que mi participación es de riesgo mínimo relacionado con la remoción de sentimientos y emociones o la incomodidad que pueda generarme el hablar de la competencia cultural y compasiva en el cuidado de enfermería, así como el tiempo que implica mi participación. Me explica también que puedo negarme a participar, retirarme de las sesiones o del estudio en el momento que así lo decida, sin que esto afecte en lo personal, social, y sin consecuencias negativas en mi entorno y condiciones laborales.

BENEFICIOS:
Los beneficios que obtendré de participar en el estudio se relacionan con la posibilidad de entrenarme en competencia cultural y compasiva para el cuidado. Mis aportes contribuirán al mejoramiento de dicho entrenamiento para que pueda ser probado con enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización en Instituciones Prestadoras de Servicios de la ciudad de Bogotá.

FOTOS Y VIDEOS:
De igual forma, autorizo a la utilización de fotos y videos que tienen un propósito científico y docente, por lo que podrán ser divulgadas en publicaciones electrónicas e impresas o congresos científicos.

CONFIDENCIALIDAD:
Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales y no se revelará su nombre o identidad en publicaciones o en reuniones académicas. Adicionalmente, como condición para la publicación de las imágenes y/o videos, se garantizará la absoluta reserva de la identidad como paciente, se respetará en todo momento la dignidad y se intentará en todo lo posible mantener el anonimato en el texto y en las imágenes. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio. Los documentos del estudio serán conservados en el archivo del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por un periodo mínimo de cinco años. Su expediente será completamente confidencial según lo indica la Ley. Este no será compartido con otras personas a menos que sea exigido por la Ley o de acuerdo con las especificaciones mencionadas anteriormente.

PREGUNTAS:
Si tiene alguna pregunta sobre su participación en este estudio, o si en cualquier momento considera que ha experimentado algún problema en relación con el mismo, póngase en contacto con la enfermera investigadora Liliana Marcela Reina Leal al teléfono 3186239069, o la Dra. Lucero López de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, teléfono 3165000 extensión 10339, o con Alba Idaly Muñoz, Presidenta del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia al 3165000 Ext: 17020.

PARTICIPACION VOLUNTARIA:
Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria, por lo tanto, no habrá ningún tipo de remuneración económica o compensación por su participación. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee después de haber ingresado.

Su firma confirma que ha leído y comprendido este documento y/o fue explicado completamente. En caso de participar, recibirá una copia firmada de este consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y discutir con los investigadores su participación. NO firme este consentimiento a menos que haya tenido la oportunidad de plantear preguntas y haya recibido respuestas satisfactorias a todas ellas. En el momento en que firme este documento de consentimiento informado sé que recibiré una copia del mismo.

- Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento:

Datos del Sujeto de Investigación	
Nombres y apellidos completos:	**Firma o huella:**
Documento de Identidad:	
Dirección:	
Fecha: (día/mes/año)	

Datos del Investigador Principal o designado (profesional de la salud)	
Nombres y apellidos completos:	**Firma o huella:**
Documento de Identidad:	
Dirección:	
Fecha: (día/mes/año)	

- Usted ha decidido **NO** participar en este proyecto de investigación y en constancia firma:

Datos del Sujeto de Investigación	
Nombres y apellidos completos:	**Firma o huella:**
Documento de Identidad:	
Dirección:	
Fecha: (día/mes/año)	
Motivo de No participación:	

NOTA: *El presente formato de consentimiento informado fue realizado con base en las especificaciones del la OMS 2016. Link de consulta: http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/6.3.html*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Consentimiento informado participantes prueba cuasi-experimental de aceptabilidad-factibilidad de la intervención

La enfermera Liliana Marcela Reina Leal, candidata a Doctora en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, desarrolla actualmente la investigación "Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización", cuyo objetivo es *Desarrollar y realizar la evaluación preliminar (aceptabilidad, factibilidad y efecto) de una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización*. Esta investigación hace parte de los trabajos del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (GCCS, FE-UN).

Soy invitada/o a participar en la investigación mencionada porque soy integrante del equipo de enfermería de la institución en que laboro. Manifiesto el deseo de participar de manera voluntaria, sin recibir compensación económica o de otra naturaleza. Me comprometo a participar del proceso de investigación y brindar la información que pueda contribuir a los logros de los objetivos del estudio, teniendo en cuenta que los fines del mismo son de índole académica.

Se me ha explicado que es una investigación con riesgo mínimo, que tengo derecho a decidir no continuar en la misma en cualquier momento si así lo decido, y esto no traerá repercusiones a mi integridad personal, social o laboral. Además, soy informada/o de que se mantendrá la confidencialidad, la investigadora mantendrá oculta la información que pueda permitir mi identificación, usando un seudónimo para referirse a mí, y sólo ella, su directora de tesis y el estadístico tendrán acceso a la base de datos con los resultados.

La investigadora me ha explicado que mi participación es para la prueba cuasi-experimental inicial de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para el equipo de enfermería de servicios de hospitalización diseñada por ella. Esto implica participar en __ sesiones, de __ minutos de duración, en las que responderé a las preguntas que se hagan sobre su desarrollo. Estas sesiones se realizarán en los horarios concertados entre la investigadora y la institución de salud en la que laboro, serán grabadas en audio y/o vídeo al que accederán únicamente la investigadora y su asesora para realizar el correspondiente análisis.

Los beneficios que obtendré de participar en el estudio se relacionan con la posibilidad de entrenarme en competencia cultural y compasiva para el cuidado. Mis aportes contribuirán al mejoramiento de dicho entrenamiento para que pueda ser probado con integrantes del equipo de enfermería de servicios de hospitalización en Instituciones Prestadoras de Servicios de la ciudad de Bogotá. Por mi participación no percibiré beneficios económicos o en especie. Los resultados producto de mi participación serán compartidos en primer lugar conmigo y mis compañeras participantes; a continuación, se divulgarán a otras enfermeras, instituciones y con la comunidad científica a través de la publicación de los hallazgos en una revista y la presentación de los mismos en algún evento académico.

La investigadora me reitera el carácter voluntario de mi participación en el estudio, el cual no tiene riesgo alguno para mí; me explica que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en el momento que así lo decida, sin que esto afecte en lo personal, social, y sin consecuencias negativas en mi desempeño o vinculación laboral.

El proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la institución en la cual trabajo y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Si requiero información del proceso del proyecto, puedo contactar a la enfermera Liliana Marcela Reina Leal, con su tutora, la Dra. Lucero López del GCCS, FE-UN al teléfono 3165000 extensión 10339, o con Alba Idaly Muñoz, Presidenta del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia al 3165000 Ext: 17020.
Teniendo la claridad sobre mi participación.

Yo, _____, con CC No. _____

Firmo este consentimiento informado. Fecha: _____

Dejo constancia que recibo los datos para ubicar a la investigadora y resolver cualquier duda.

Firma del integrante del equipo de enfermería _____

Firma del investigador responsable _____

C. Anexo: Operacionalización de la intervención ECCC

SEMANA 1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado **Objetivo de la sesión:** Realizar una introducción a los fundamentos de la compasión y su incorporación a la práctica de enfermería para el establecimiento de relaciones de cuidado culturalmente competentes y compasivas. Algunas de las prácticas pueden movilizar emociones, por lo se recomienda a los participantes que regulen su intensidad, seleccionando situaciones que no sean las más traumáticas de su vida.	
1. Se presenta el entrenamiento, la facilitadora, los participantes. Se presentan los objetivos, las normas del grupo y el desarrollo de las sesiones. a. Presentación de la facilitadora, del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud, y del estudio. b. Entrenamiento: 4 sesiones de 90 minutos, frecuencia semanal. c. Objetivo general del entrenamiento: Proporcionar herramientas conceptuales, experienciales y metodológicas a enfermeras y auxiliares de enfermería para promover la compasión hacia sí mismas, así como el cuidado con competencia cultural y compasiva. d. Desarrollo de las sesiones: Dar a conocer y entender la teoría, Realizar prácticas, Compartir la experiencia. e. Normas del grupo: Confidencialidad, respeto a las diferencias, escucha compasiva sin juicios, no dar consejos ni soluciones, comentarios sobre la práctica (los comentarios personales se abordan en otros espacios), todos los comentarios frente al aquí y ahora (no sobre el pasado), compartir la experiencia directa (emocional) y no elaborada (cognitiva), responsabilidad personal sobre la seguridad en las prácticas (en su desarrollo, buscar situaciones que no resulten tan traumáticas ni difíciles de procesar). f. Se entregará la escala de expectativas. g. Se abrirá un diálogo de 10 minutos para que expresen sobre los comentarios que hayan registrado.	**25 minutos**

2. Se desarrolla la práctica de tres minutos compasivos. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	**5 minutos**
3. Los aspectos teóricos se relacionan con los mecanismos de acción de la compasión, analizar la autocrítica y la búsqueda de sustituirla por la voz compasiva. Así mismo, se busca aumentar la motivación para el desarrollo continuo de las prácticas, potenciando los mecanismos para que sea efectiva. Las prácticas se enfocarán al apego seguro como base de la compasión, para el afrontamiento de situaciones de malestar, la sustitución de la voz crítica. Se desarrollará la teoría con respecto a: **a. Fundamentos biológicos de la compasión.** **b. Mecanismo de acción de la compasión.** **c. Eficacia de la compasión.** **d. La autocrítica.**	**15 minutos**
4. Realización de la práctica formal 1: Desarrollar la voz compasiva. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	**10 minutos**
5. Se desarrollará la teoría con respecto a: **e.** Lenguaje estandarizado en Enfermería: Resultados NOC, indicadores, intervenciones NIC y actividades para el cuidado de enfermería compasivo y a personas culturalmente diversas. Se indaga sobre su uso en la práctica cotidiana.	**15 minutos**
6. Realización de la práctica formal 2: La capacidad de darnos afecto a nosotros mismos. Se comenta la práctica, haciendo énfasis en las dificultades que tenemos para darnos afecto a nosotros mismxs. ¿Podemos darnos afecto a nosotros mismos de manera espontánea o nos parece algo antinatural?, ¿se expresan emociones en el cuerpo?, ¿de qué manera?. ¿Qué pensamos cuando nos damos afecto, qué resistencias tenemos? (sentimos que nos convertimos en personas indolentes, fracasadas, descuidadas). ¿Por qué si daríamos afecto a un niño pequeño que estuviera llorando pero cuando nos encontramos mal nos insultamos y criticamos?, ¿cuál es la lógica de esta manera de funcionar?	**10 minutos**
7. Explicación de las prácticas para casa y cuadernillo del participante, que será para el registro de sus actividades y reflexiones. Aclarar que pueden realizar las prácticas que deseen y que en ningún momento se empleará para evaluar su desempeño: a. Práctica formal 1: Desarrollando la voz compasiva. b. Práctica formal 2: La capacidad de darnos afecto a nosotros mismos. c. Práctica informal 1: Escribir una carta al amigo compasivo.	**5 minutos**

d. Práctica informal 2: La compasión en la vida diaria e. Práctica informal 3: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.	
8. Práctica de cierre: Respiración compasiva (formato breve).	**5 minutos**

SEMANA 2. Reconocer el sufrimiento para expresar compasión. Objetivo de la sesión: Presentar aspectos conceptuales y prácticos sobre el reconocimiento del sufrimiento como base para expresar la competencia cultural y compasiva en el cuidado. Algunas de las prácticas pueden movilizar emociones, por lo se recomienda a los participantes que regulen su intensidad, seleccionando situaciones que no sean las más traumáticas de su vida.	
1. Se comienza por comentar las prácticas desarrolladas en el transcurso de la semana, haciendo énfasis en que tenemos que cuidarnos y querernos como una de las actividades principales de nuestra vida, teniendo en cuenta que la compasión busca nuestro bienestar a largo plazo, de manera sostenida, por eso las prácticas son importantes, pues contribuyen al cambio.	10 minutos
2. Práctica introductoria: Práctica de tres minutos compasivos. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	5 minutos
3. Se trabajan algunos aspectos teóricos sobre: a. El funcionamiento del cerebro.	10 minutos
4. Realización de la práctica formal 1: Respiración compasiva. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	10 minutos
5. Se trabajan algunos aspectos teóricos sobre: b. La realidad del sufrimiento humano. Se comenta la parábola de las semillas de sésamo. c. Definición de la compasión, presentación de mitos y creencias erróneas: ¿Qué es y qué no es compasión?	15 minutos
6. Realización de la práctica formal 2: Afrontamiento compasivo ante las dificultades. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	15 minutos
9. Explicación de las prácticas para casa, recordarles que pueden realizar las prácticas que deseen y que en ningún momento se empleará para evaluar su desempeño. a. Práctica formal 1: Respiración compasiva. b. Práctica formal 2: Afrontamiento compasivo ante las dificultades.	10 minutos

c. Práctica informal 1: Práctica de los tres minutos compasivos. d. Práctica informal 2: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.	
9. Práctica de cierre: Respiración compasiva (formato breve).	5 minutos

SEMANA 3. Estar presente para la compasión y la competencia cultural. **Objetivo:** Promover el desarrollo de la conciencia de sí y de los sujetos de cuidado para manifestar compasión y competencia cultural a través de la presencia.	
1. Se comienza por comentar las prácticas desarrolladas en el transcurso de la semana, haciendo énfasis en que tenemos que cuidarnos y querernos como una de las actividades principales de nuestra vida, teniendo en cuenta que la compasión busca nuestro bienestar a largo plazo, de manera sostenida, por eso las prácticas son importantes, pues contribuyen al cambio.	**5 minutos**
2. Realización de la práctica formal 1: Desarrollar el gesto compasivo. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	**10 minutos**
3. En esta semana, los aspectos teóricos seguirán relacionándose con la compasión, su relación con mindfulness, las diferencias con la autoestima, y el problema del miedo a la compasión. Las prácticas se orientarán a seguir fortaleciendo la compasión. Para esto es importante evaluar nuestra capacidad de afecto y nuestra sensación de seguridad, aprendiendo a darnos tranquilidad a nosotros mismos en situaciones de estrés con gestos compasivos. Se desarrollará la teoría con respecto a: a. Compasión y mindfulness. b. Autocompasión y mindfulness. c. Conceptos relacionados con la compasión: Empatía, simpatía, altruismo.	**10 minutos**
4. Realización de la práctica formal 2: Body scan compasivo. Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	**15 minutos**
5. Teoría con respecto a: d. Miedo a la compasión. e. Experiencias de compasión en el cuidado de enfermería, haciendo especial énfasis en la consciencia de sí y la presencia. Será un espacio para compartir los hallazgos de la revisión y del estudio cualitativo, así como para compartir las experiencias de lxs participantes, y promover la reflexión frente a que muchas veces nuestra práctica es culturalmente competente y compasiva, pero no nos damos cuenta.	**20 minutos**
6. Desarrollo práctica informal 1: ¿En qué somos buenos? Se comenta la práctica, indagando por cómo fue la experiencia.	**10 minutos**
7. Explicación de las prácticas para casa y cuadernillo del participante, que será para el registro de sus actividades y reflexiones. Recordar que pueden realizar	**10 minutos**

las prácticas que deseen y que en ningún momento se empleará para evaluar su desempeño. a. Práctica formal 1: Desarrollar el gesto compasivo. b. Práctica formal 2: Body scan compasivo. c. Práctica informal 1: ¿En qué somos buenos? d. Práctica informal 2: El objeto que nos une al mundo. e. Práctica informal 3: Diario de la autocompasión.	
7. Práctica de cierre: Práctica formal 3: Respiración compasiva (formato breve)	**5 minutos**

SEMANA 4. Cuidando con competencia cultural y compasiva **Objetivo:** Favorecer el planteamiento de estrategias y compromisos para incorporar la competencia cultural y compasiva en la práctica cotidiana del cuidado.	
1. Se comienza por comentar las prácticas desarrolladas en el transcurso de la semana, haciendo énfasis en que tenemos que cuidarnos y querernos como una de las actividades principales de nuestra vida, teniendo en cuenta que la compasión busca nuestro bienestar a largo plazo, de manera sostenida, por eso las prácticas son importantes, pues contribuyen al cambio.	**5 minutos**
2. Realización de la práctica formal 1: Respiración compasiva (formato breve). Se comenta la práctica, reflexionando sobre si podemos notar la diferencia entre forzar la respiración voluntariamente o dejar que fluya naturalmente.	**5 minutos**
3. Los aspectos teóricos se enfocan a la diversidad cultural en el cuidado de enfermería. Se desarrollará la teoría con respecto a: a. Los valores. b. Se realizará una corta actividad para que los participantes reflexionen sobre sus valores de vida en las áreas de: 1) Relaciones familiares, 2) Matrimonio y relaciones íntimas, 3) Amistades y relaciones sociales, 4) Trabajo y carrera profesional, 5) Educación y desarrollo personal, 6) Tiempo libre y descanso, 7) Espiritualidad, 8) Ciudadanía, política e inquietudes sociales, 9) Entorno y naturaleza, 10) Salud y bienestar.	**15 minutos**
4. Práctica informal 1: Nuestros valores y su relación con la compasión. Se comenta la práctica, reflexionando sobre cómo esto es visible en nuestra vida personal y profesional cotidiana, si nuestros valores orientan nuestras acciones, y si vemos la relación de nuestros valores con la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas.	**10 minutos**
5. Los aspectos teóricos se enfocan a la diversidad cultural en el cuidado de enfermería: c. Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas. ¿Vemos posible esto en nuestra práctica cotidiana?	**15 minutos**

d. Modelo para el desarrollo de competencia cultural de Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998). e. The Papadopoulos model for developing culturally competent and compassionate healthcare professionals (2011).	
6. Realización de la práctica formal 2: La capacidad de dar afecto a amigos e indiferentes. Se comenta la práctica, enfocándose en las dificultades para dar afecto a amigos e indiferentes. - ¿Podemos dar afecto a nuestros seres queridos espontáneamente o tienen que pedirlo? - Cuando damos afecto a nuestros seres queridos, ¿nos sentimos mal o tenemos resistencias por alguna razón?, ¿existen emociones que se expresan a nivel corporal?, ¿cómo lo hacen? - ¿Qué pensamos de nosotros mismos cuando damos afecto? (Nos sentimos vulnerables, dependientes, etc.) - ¿Podemos dar afecto a una persona que no conocemos de nada, simplemente porque está sufriendo? - ¿Cómo nos sentimos cuando damos afecto a alguien que no conocemos? (estúpidos, desconfiados…), ¿existen emociones que se expresan a nivel corporal?, ¿cómo lo hacen?	**15 minutos**
7. Explicación de las prácticas para casa y cuadernillo del participante, que será para el registro de sus actividades y reflexiones. Recordar que pueden realizar las prácticas que deseen y que en ningún momento se empleará para evaluar su desempeño. a. Práctica formal 1: Respiración compasiva. b. Práctica formal 2: La capacidad de dar afecto a amigos e indiferentes. c. Práctica formal 3: Nuestros valores y su relación con la compasión. d. Práctica informal 1: Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros. e. Práctica informal 2: Diario de la autocompasión. f. Práctica informal 4: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.	**5 minutos**
8. Evaluación de aceptabilidad y factibilidad del entrenamiento. Se entregarán los formatos diseñados para tal fin.	**20 minutos**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización

Liliana Marcela Reina Leal

Cuaderno de trabajo para los participantes††

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, 2019

†† Prácticas basadas en García Campayo J y Demarzo M (2015). Mindfulness y compasión la nueva revolución. España: Editorial Siglantana S.L. 277 págs.

SEMANA 1. Compasión y competencia cultural en las relaciones de cuidado

PRÁCTICA FORMAL 1: Desarrollando la voz compasiva.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

PRÁCTICA FORMAL 2: La capacidad de darnos afecto a nosotros mismos.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

PRÁCTICA INFORMAL 1: Escribir una carta al amigo compasivo.

El amigo compasivo es otra forma de llamar a la figura de apego. La principal diferencia suele ser el tipo de relación que se establece con cada uno. La figura de apego tiende a ser una mezcla de “padre compasivo” y “maestro sabio” que da consejos valiosos y valida los sentimientos. El amigo compasivo puede ser de menor edad y más accesible, siendo la relación más simétrica.

El amigo compasivo muestra una gran compasión y afecto hacia nosotros, con una intensidad idealizada que no encontramos en el mundo real. Nos conoce perfectamente, tanto los aspectos positivos como negativos, y no nos juzga porque conoce las limitaciones del ser humano. Sabemos que nuestra biografía ha sido clave en el desarrollo de nuestra forma de ser actual, que todos nosotros somos el producto de nuestras circunstancias y que nuestra capacidad de elección es limitada. La figura de apego no se va a “avergonzar” por los aspectos negativos que sepa de nosotros.

La carta compasiva es una forma de escritura expresiva, que se sabe que es eficaz desde el punto de vista terapéutico. La descripción de sucesos conflictivos, desde una perspectiva

terapéutica, en este caso, compasiva, ayuda a la integración y asimilación de dichas experiencias. Se utiliza como una tarea para casa, como una práctica informal. La idea es seleccionar una cualidad negativa de nuestra personalidad o un suceso traumático que nos produzca vergüenza o malestar, y redactarla como si la escribiese otra persona (el amigo compasivo) que entiende perfectamente lo que nos pasa. El efecto tiende a ser aún mayor si se lee algunos días después de ser escrita. A veces se puede mandar por correo y se recibe unos días después como si procediera de otra persona.

Paso 1. Elegimos algo que nos haga sentirnos inseguros, avergonzados o perversos. Puede ser una característica, emoción, acción o lo que sea. Describimos cómo nos hace sentir, qué nos decimos a nosotros mismos por eso. Podemos ser absolutamente sinceros, ya que nadie lo va a leer su no queremos.

Paso 2. Imaginamos que el amigo compasivo que nos conoce, nos entiende y quiere de forma incondicional, nos escribe centrándose en este tema que nos preocupa.

- ¿Qué nos diría del “problema” desde la perspectiva de su compasión ilimitada”?

- ¿Cómo nos transmitiría que lo que nos ocurre es simplemente humano (humanidad compartida)?

- ¿Qué sugerencias crees que nos haría para manejarnos mejor con esos sentimientos?

- Escribimos desde la más profunda compasión que nos expresaría alguien con una bondad infinita. Cuando acabemos, guardamos la carta (o nos la mandamos por correo) y la leemos varios días después, como si no hubiese sido escrita por nosotros.

El objetivo de este tipo de cartas es identificar y describir los sentimientos y situaciones difíciles, desarrollar aceptación para poder desarrollar formas más equilibradas y compasivas de trabajar con ellos. Es una práctica ideal para trabajar con la vergüenza. A continuación, cuentas con espacio para la carta, recuerda que sólo la verás tú.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRÁCTICA INFORMAL 2: La compasión en la vida diaria.

Explicación: Las prácticas informales de compasión (metta) son una forma de extrapolar a la vida diaria esta práctica. Al igual que ocurre en mindfulness, las prácticas informales producen mayor cambio en las personas que las formales, pero es muy difícil realizarlas si no se tiene una buena base de práctica formal. La recomendación es intercalar estas prácticas de forma progresiva, en la rutina cotidiana.

Prácticas:

1. Aceptación:

   a. No te critiques, ve lo bueno que hay en ti. Cuando identifiques un pensamiento, emoción o conducta que no te guste, no te critiques de forma global ("Soy un miserable, ¿cómo puedo pensar esto?). Identifica el fenómeno mental con objetividad y mándate compasión a ti mismo. Tú eres esa emoción o pensamiento, pero no solo eso, también eres otras emociones y pensamientos positivos.

   Si prefieres, puedes hacer el razonamiento de forma alternativa: tú no eres esa emoción o pensamiento que ha aparecido en tu mente, ya que esos fenómenos mentales son siempre cambiantes, pero tu naturaleza fundamental trasciende aquellos aspectos negativos que puedan aparecer en ti. Por eso, en ese momento, busca lo bueno que hay en ti.

   b. No critiques a otras personas, ve lo bueno que hay en ellos. Lo mismo que haces contigo, hazlo con los demás. No podrás ser compasivo contigo si no lo eres con los demás y viceversa. Si tienes algo que decirle a esa persona, díselo, pero no la critiques delante de otros. Crear división en el mundo no sirve a nadie. Puedes pensar en los aspectos positivos de esa persona. También puedes desarrollar la empatía pensando: "si tuviese las mismas circunstancias que esa persona, seguramente estaría haciendo lo mismo". Reflexiona sobre tus actitudes con tus pacientes y sus familiares, colegas y otros profesionales con los que compartes tu jornada laboral.

2. Ejercer la compasión:

   a. Practicar la compasión caminando. A lo largo del día podemos transmitir la compasión a las personas que vemos cada día. Podemos enviarles compasión y veremos cómo su actitud se modifica con el tiempo. Cada día podemos seleccionar una o dos personas con las que coincidamos en la calle o en el trabajo. Nos visualizamos de forma sencilla enviándoles afecto y repitiendo frases compasivas hacia ellos. Esta práctica informal de 1-2 minutos de duración puede realizarse en cualquier momento del día, en la calle, en pausas del trabajo.

   b. Ser consciente de la compasión en personas de nuestro entorno. A diario, algunas personas son compasivas con nosotros: nos dejan paso para salir por la puerta, preguntan por nosotros o nuestras familias, nos ofrecen una sonrisa. Seamos conscientes de la bondad que muestran otras personas, alegrémonos por ello y agradezcámoslo.

   c. Hacer algún acto de generosidad todos los días. Podemos mostrar afecto compasivo a las personas que se encuentran en nuestro entorno (pacientes y familiares, colegas y otros profesionales): una sonrisa, un detalle, una palabra de agradecimiento. Intentemos aumentar la felicidad que hay en el mundo empezando por nuestro entorno. La pregunta es, si nosotros que estamos bien, no ayudamos a que este mundo vaya un poco mejor, ¿quién lo hará?

PRÁCTICA INFORMAL 3: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.

Una parte importante de la experiencia de practicar compasión consiste en mantener un diario de las prácticas cotidianas. El diario puede ser una ayuda para "objetivar" lo que es una experiencia subjetiva. Esto puede ayudarnos a observar mejor la evolución de nuestras prácticas y hábitos mentales a lo largo del tiempo.

Instrucciones: Para esta práctica necesitarás intentar hacer conciencia atenta de alguna actividad de cuidado de tus pacientes que consideres que haces de manera rutinaria. De manera, que cada noche, antes de acostarte, realices la reflexión sobre el acto de cuidado y las preguntas que se proponen. Esto te tomará entre 5 y 10 minutos. Procura realizar esta práctica todos los días o intercalada con la primera práctica.

Día de la semana / Turno	**¿Cuál fue la situación?, ¿con quién?, ¿qué estabas haciendo?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos, sensaciones notaste antes de que decidieras experimentar esto atentamente?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos y sensaciones notaste mientras hacías esto atentamente?**	**¿Qué aprendiste al hacer esto?**	**¿Qué efecto piensas que puede tener en el paciente el realizar acciones rutinariamente, sin poner atención?**
Ejemplo: Lunes/ Mañana	**Ejemplo:** Administrando medicamentos a un paciente.	Me sentía tensa, haciendo las cosas con afán, algo ansiosa por el tiempo, pensando en que ojalá terminara el turno rápido.	Me interesaba conocer la situación del paciente. Comprendí sus sentimientos frente a la hospitalización.	Poner atención a mis actividades de cuidado me ayuda a dejar de hacerlo tan rutinario.	No conectar con el paciente en ese momento puede llevarme a cometer errores o que él rechace el tratamiento.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEMANA 2: Reconocer el sufrimiento para expresar compasión

PRÁCTICA FORMAL 1: Respiración compasiva

Instrucciones: Intenta realizar esta práctica al menos 5 veces la semana, no te hagas expectativas ni esperes resultados particulares, enfócate en la experiencia. Se te proporciona un formato de registro diario que se recomienda que diligencies para que reflexiones mientras adquieres el hábito de realizar la práctica diariamente.

Fecha	Periodo del día (Mañana/ Tarde/ Noche)	¿Cómo fue tu experiencia durante la práctica?, ¿cómo te sentiste?	¿Puedes llegar a sentir alguna conexión con la humanidad?, ¿de qué manera?	¿Tu cultura personal y profesional influye en tu conexión con los pacientes?, ¿de qué manera?

PRÁCTICA FORMAL 2: Afrontamiento compasivo ante las dificultades.

a. Tomar conciencia del sufrimiento (mindfulness), reconociendo la experiencia con aceptación: “Esto duele, lo estoy pasando mal”.
b. Reconocer el sufrimiento como algo común a todos los seres humanos (humanidad compartida), pensando que estas dificultades y el sufrimiento son parte de la experiencia humana, por el hecho de estar vivos: “Mucha gente ha experimentado sufrimientos similares anteriormente, los sufre ahora y los experimentará en el futuro”.
c. Impermanencia de todos los fenómenos: fenómenos mentales como el sufrimiento, finalizarán como cualquier otra experiencia: “esto pasará como todo en la vida”.
d. Compromiso con mi autocuidado (autocompasión): No voy a ignorar mi dolor, ni a autocastigarme, voy a quererme y a cuidarme hasta que pase: “Lo razonable ajora es cuidarme hasta que esto pase y me sienta mejor”.

- Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRÁCTICA INFORMAL 1: Práctica de los tres minutos compasivos en la vida cotidiana.

Es una práctica basada en la práctica de los tres minutos de mindfulness, pero enfatizando en los aspectos compasivos consigo mismos y con los demás. Puede realizarse en cualquier momento del día que consideremos tiempo muerto, por ejemplo: 1) Cuidado personal: lavado de dientes, ducha/baño, lavado de manos, afeitado, peinado; 2) Comida: comprar comida, prepararla, cocinar, comer, lavar los platos; 3) Mantenimiento de la ropa y de la casa: lavar, planchar, limpiar, hacer las camas, cuidar el jardín o las plantas; 4) Desplazamiento: caminar, conducir, ir en bus, subir escaleras, subir en ascensor; 5) Tiempos que obligan a esperar: trancón, consulta médica, fila en servicios públicos o supermercado, semáforos en rojo.

Durante las prácticas cotidianas, en lugar de pensar en lo que hicimos ayer o haremos mañana, ensoñar con nuestros objetivos o correr a toda prisa, podemos hacer una práctica de esta meditación, hacernos conscientes de nuestra respiración y nuestros movimientos corporales, descubriendo la magia en ellos y cómo cada segundo es diferente. De esta manera, llegaremos a disfrutar de actividades que siempre nos han parecido aburridas. Realiza la práctica con el audio enviado y diligencia el formato que encuentras a continuación:

Fecha	Periodo del día (Mañana/ Tarde/ Noche)	¿Cómo fue tu experiencia durante la práctica?, ¿cómo te sentiste?	¿Puedes llegar a sentir alguna conexión con la humanidad?, ¿de qué manera?	¿Tu cultura personal y profesional influye en la conexión que haces con tus pacientes?, ¿de qué manera?

PRÁCTICA INFORMAL 2: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.

Una parte importante de la experiencia de practicar compasión consiste en mantener un diario de las prácticas cotidianas. El diario puede ser una ayuda para "objetivar" lo que es una experiencia subjetiva. Esto puede ayudarnos a observar mejor la evolución de nuestras prácticas y hábitos mentales a lo largo del tiempo.

Instrucciones: Para esta práctica necesitarás intentar hacer conciencia atenta de alguna actividad de cuidado de tus pacientes que consideres que haces de manera rutinaria. De manera, que cada noche, antes de acostarte, realices la reflexión sobre el acto de cuidado y las preguntas que se proponen. Esto te tomará entre 5 y 10 minutos. Procura realizar esta práctica todos los días o intercalada con la primera práctica.

Día de la semana / Turno	**¿Cuál fue la situación?, ¿con quién?, ¿qué estabas haciendo?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos, sensaciones notaste antes de que decidieras experimentar esto atentamente?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos y sensaciones notaste mientras hacías esto atentamente?**	**¿Qué aprendiste al hacer esto?**	**¿Qué efecto piensas que puede tener en el paciente el realizar acciones rutinariamente, sin poner atención?**
Ejemplo: Lunes/ Mañana	**Ejemplo:** Administrando medicamentos a un paciente.	Me sentía tensa, haciendo las cosas con afán, algo ansiosa por el tiempo, pensando en que ojalá terminara el turno rápido.	Me interesaba conocer la situación del paciente. Comprendí sus sentimientos frente a la hospitalización.	Poner atención a mis actividades de cuidado me ayuda a dejar de hacerlo tan rutinario.	No conectar con el paciente en ese momento puede llevarme a cometer errores o que él rechace el tratamiento.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEMANA 3: Estar presente para la compasión y la competencia cultural

PRÁCTICA FORMAL 1: Desarrollar el gesto compasivo.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

PRÁCTICA FORMAL 2: Body scan compasivo.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

PRÁCTICA INFORMAL 1: ¿En qué somos buenos?

Es una práctica tomada de la psicología positiva. Así como nuestra mente se enfoca en estímulos externos negativos, también lo hace en la valoración de nosotros mismos. Cuando nos preguntan por nuestros defectos, o en qué actividades o conocimientos somos malos, la respuesta suele surgir rápida y espontáneamente. Curiosamente, cuando nos preguntan en qué somos buenos, no sabemos qué responder, porque no estamos acostumbrados a pensar y hablar de nuestras fortalezas. El objetivo no es desarrollar orgullo narcisista, sino hacernos conscientes de nuestras fortalezas y consolidarlas. Reflexiona sobre ti mismo como ser humano y como enfermerx.

A continuación, puedes escribir tus reflexiones al respecto, para compartirlas en la próxima sesión.

_____
_____
_____

PRÁCTICA INFORMAL 2: El objeto que nos une al mundo.

El monje zen vietnamita Thich Nhat Hanh describe en su libro *El milagro de mindfulness* que, en la tradición budista, hay una práctica que consiste en llevar una piedra en el bolsillo, para recordarnos que debemos estar siempre atentos, con espíritu mindful. En la compasión existe una práctica similar.

Se trata de identificar un objeto portátil, de pequeño tamaño y que podamos llevar en el bolsillo o en el bolso, que sintamos que nos conecta con el mundo. Puede ser un recuerdo de alguna persona o ser vivo a quien le tengamos gran cariño, como la foto de nuestros hijos, de un maestro, de una mascota, o un objeto de gran belleza, o la foto de una obra maestra de la humanidad que nos conecte con toda la especie humana. Puede ser que nos cueste algún tiempo identificarlo. La idea es que sea un objeto que podamos llevar siempre con nosotros y que su sola visión nos haga sentir bien, no por un sentimiento de autoestima narcisista, sino porque sentimos que nos conecta con la humanidad o con el planeta.

A continuación, puedes escribir tus reflexiones al respecto, para compartirlas en la próxima sesión.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRÁCTICA INFORMAL 3: Diario de la autocompasión

Queremos cambiar nuestra estructura de pensamiento pasando de un diálogo interno autocrítico y autopunitivo, a un diálogo interno y una actitud general autocompasiva. Esto no es un proceso fácil ni rápido, porque llevamos toda la vida siendo críticos con nosotros. Por lo tanto, se recomienda llevar un diario de la autocompasión para reflexionar sobre lo que hacemos con nosotros mismos, sobre todo en situaciones de estrés o cuando estamos mal. Este diario incluye varias secciones:

1. Nivel físico: ¿Qué hacemos para cuidar nuestra salud?: ejercicio, descanso, dieta, sueño adecuado, chequeos periódicos, medicinas alternativas, vacaciones, masajes.
2. Nivel psíquico-emocional: ¿Qué hacemos para cuidarnos en estos temas?: meditación, técnicas mente-cuerpo, aficiones, mascotas, ir de vacaciones.
3. Nivel de relaciones-amigos-familia: ¿Qué hacemos para activar el centro de satisfacción y calma? (se activa con relaciones significativas y satisfactorias): salir con amigos, familiares, seres queridos, escribirse con ellos, recuperar antiguas amistades.
4. Nivel de valores y espiritualidad: ¿Tenemos identificados nuestros valores y el sentido de nuestra vida?, ¿podemos ser coherentes con nuestros valores en la cotidianidad?, ¿qué hacemos con este tema?: creencias religiosas o espirituales, compromiso social o político, ecologismo, organizaciones no gubernamentales, voluntariado.

La idea es diligenciar este diario como una herramienta para fortalecer el autocuidado, para buscar oportunidades para querernos y cuidarnos a nosotros mismos, pero sin que se vuelva una obligación que nos produzca autocríticas, juicios negativos y más rumiación.

ÁREAS DE CUIDADO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FÍSICO							
PSÍQUICO-EMOCIONAL							
FAMILIA-RELACIONES							
ESPIRITUAL-VALORES							

Planes de autocuidado para la próxima semana:

_____

SEMANA 4. Cuidando con competencia cultural y compasiva

PRÁCTICA FORMAL 1: Respiración compasiva.

Instrucciones: Intenta realizar esta práctica al menos 5 veces la semana, no te hagas expectativas ni esperes resultados particulares, enfócate en la experiencia. Se te proporciona un formato de registro diario que se recomienda que diligencies para que reflexiones mientras adquieres el hábito de realizar la práctica diariamente.

Fecha	Periodo del día (Mañana/ Tarde/ Noche)	¿Cómo fue tu experiencia durante la práctica?, ¿cómo te sentiste?	¿Puedes llegar a sentir alguna conexión con la humanidad?, ¿de qué manera?	¿Tu cultura personal y profesional influye en la conexión con tus pacientes?, ¿de qué manera?

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRÁCTICA FORMAL 2: La capacidad de dar afecto a amigos e indiferentes.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más.

PRÁCTICA FORMAL 3: Nuestros valores y su relación con la compasión.

Realiza la práctica con el audio enviado y describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más. Describe aquello que te resulte especialmente inspirador o que te invite a transformarte como ser humano y como enfermerx.

PRÁCTICA INFORMAL 1: Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros.

Este ejercicio se realiza sentado, en parejas (es recomendable que los participantes apenas se conozcan), ambas personas de frente, a una distancia en la que puedan mirarse a los ojos cómodamente. La práctica consiste en mantener la mirada todo lo posible, durante 5 minutos aproximadamente, sin sobrepasar los límites de la comodidad que cada uno pueda experimentar, aunque, lógicamente, es probable que se genere un cierto impacto emocional.

Realiza la práctica con alguien que te inspire la suficiente confianza y una vez finalizada, describe a continuación cómo fue tu experiencia, qué te resultó más fácil o difícil, qué te gustó más, qué consideras te resulta útil para conectar con el sufrimiento de tus pacientes.

PRÁCTICA INFORMAL 2: Diario de la autocompasión.

Queremos cambiar nuestra estructura de pensamiento pasando de un diálogo interno autocrítico y autopunitivo, a un diálogo interno y una actitud general autocompasiva. Esto no es un proceso fácil ni rápido porque llevamos toda la vida siendo críticos con nosotros. Por lo tanto, se recomienda llevar un diario de la autocompasión para reflexionar sobre lo que hacemos con nosotros mismos, sobre todo en situaciones de estrés o cuando estamos mal. Este diario incluye varias secciones:

1. Nivel físico: ¿Qué hacemos para cuidar nuestra salud?: ejercicio, descanso, dieta, sueño adecuado, chequeos periódicos, medicinas alternativas, vacaciones, masajes.
2. Nivel psíquico-emocional: ¿Qué hacemos para cuidarnos en estos temas?: meditación, técnicas mente-cuerpo, aficiones, mascotas, ir de vacaciones.
3. Nivel de relaciones-amigos-familia: ¿Qué hacemos para activar el centro de satisfacción y calma? (se activa con relaciones significativas y satisfactorias): salir con amigos, familiares, seres queridos, escribirse con ellos, recuperar antiguas amistades.
4. Nivel de valores y espiritualidad: ¿Tenemos identificados nuestros valores y el sentido de nuestra vida?, ¿podemos ser coherentes con nuestros valores en la cotidianidad?, ¿qué hacemos con este tema?: creencias religiosas o espirituales, compromiso social o político, ecologismo, organizaciones no gubernamentales, voluntariado.

La idea es diligenciar este diario como una herramienta para fortalecer el autocuidado, para buscar oportunidades para querernos y cuidarnos a nosotros mismos, pero sin que se vuelva una obligación que nos produzca autocríticas, juicios negativos y más rumiación.

ÁREAS DE CUIDADO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FÍSICO							
PSÍQUICO-EMOCIONAL							
FAMILIA-RELACIONES							
ESPIRITUAL-VALORES							

Planes de autocuidado para la próxima semana:

_____

_____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

PRÁCTICA INFORMAL 3: Diario de práctica de la compasión en el cuidado de enfermería.

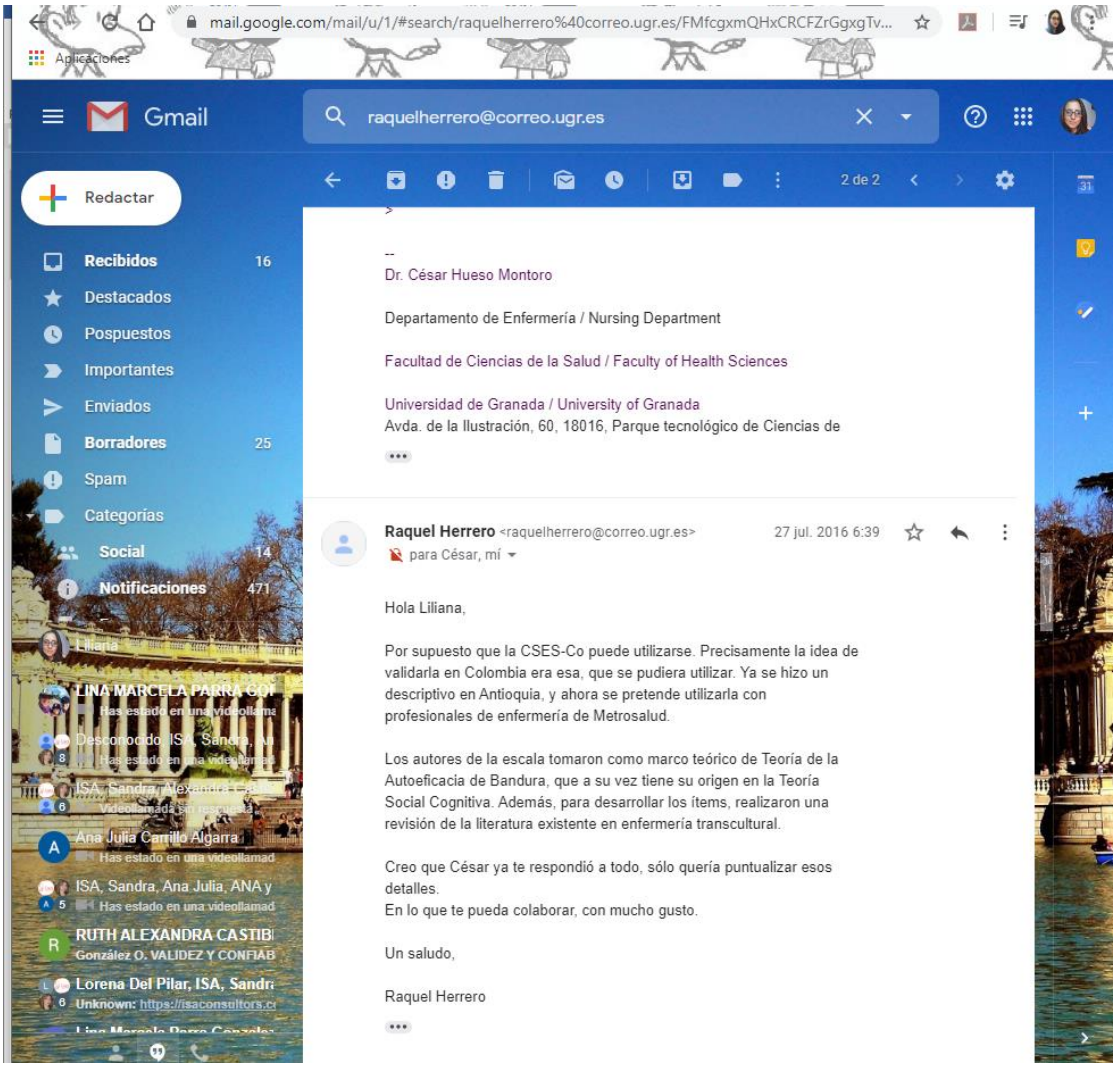
Una parte importante de la experiencia de practicar compasión consiste en mantener un diario de las prácticas cotidianas. El diario puede ser una ayuda para "objetivar" lo que es una experiencia subjetiva. Esto puede ayudarnos a observar mejor la evolución de nuestras prácticas y hábitos mentales a lo largo del tiempo.

Instrucciones: Para esta práctica necesitarás intentar hacer conciencia atenta de alguna actividad de cuidado de tus pacientes que consideres que haces de manera rutinaria. De manera, que cada noche, antes de acostarte, realices la reflexión sobre el acto de cuidado y las preguntas que se proponen. Esto te tomará entre 5 y 10 minutos. Procura realizar esta práctica todos los días o intercalada con la primera práctica.

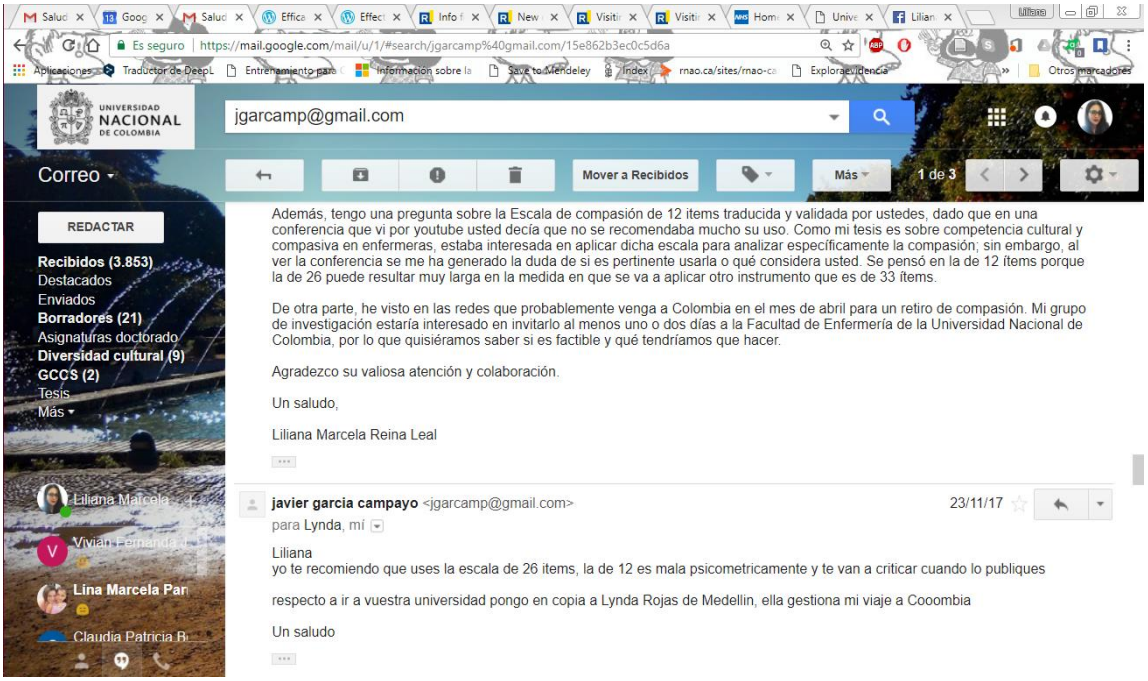
Día de la semana / Turno	**¿Cuál fue la situación?, ¿con quién?, ¿qué estabas haciendo?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos, sensaciones notaste antes de que decidieras experimentar esto atentamente?**	**¿Qué sentimientos, pensamientos y sensaciones notaste mientras hacías esto atentamente?**	**¿Qué aprendiste al hacer esto?**	**¿Qué efecto piensas que puede tener en el paciente el realizar acciones rutinariamente, sin poner atención?**
Ejemplo: Lunes/ Mañana	**Ejemplo:** Administrando medicamentos a un paciente.	Me sentía tensa, haciendo las cosas con afán, algo ansiosa por el tiempo, pensando en que ojalá terminara el turno rápido.	Me interesaba conocer la situación del paciente. Comprendí sus sentimientos frente a la hospitalización.	Poner atención a mis actividades de cuidado me ayuda a dejar de hacerlo tan rutinario.	No conectar con el paciente en ese momento puede llevarme a cometer errores o que él rechace el tratamiento.

D. Anexo: Autorización de uso de los instrumentos

Escala Autoeficacia Cultural – CSES-Co



Escala de Auto-compasión SCS en Español (SCS-26)



E. Anexo: Concepto Lingüista de la SCS-26

Bogotá D.C., junio 19 de 2018

Señora
Liliana Marcela Reina Leal
Candidata a Doctora en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Asunto: Análisis de comprensibilidad y adaptación de la Escala de Autocompasión (SCS)

De acuerdo a su solicitud, a continuación presento el análisis de la comprensibilidad de la Escala de Autocompasión (SCS). En la primera columna encontrará el título, las instrucciones y los 26 ítems de la versión traducida en España que es el objeto de este análisis. En la segunda y tercera columna encontrará mi evaluación de la comprensibilidad de los ítems y la concordancia en términos de significado que deben guardar con la escala original en inglés. En la tercera columna encontrará mis observaciones acerca de dicha evaluación y, finalmente, en la última columna encontrará la adaptación que le propongo para cada ítem.

Fragmento analizado	¿Es comprensible?	¿Se mantiene el significado del original?	Observaciones	Adaptación sugerida
Self-Compassion Scale - Escala Compasión SCS en Español (26 ítems)	Sí	No	El significado del término compasión (*compassion*) abarca el de autocompasión (*self-compassion*), pero aquí es necesario utilizar el término específico, es decir, autocompasión.	Escala de Autocompasión (SCS) (26 ítems)
¿Cómo actúo habitualmente hacia mí mismo en momentos difíciles?	No	Sí	La estructura "hacia mí mismo" es un calco sintáctico claro del inglés "*towards myself*" lo que resulta en una construcción que, aunque es comprensible, no suena natural en español.	¿De qué manera actúo habitualmente conmigo mismo en momentos difíciles?
Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar.	Sí	No	Aunque es comprensible, la traducción del término "*statement*" por "frase" no es correcta. Así mismo sugiero mantener el marcador de cortesía "por favor" para nuestro contexto.	Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado antes de contestar.
A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:	Sí	No	Como explique anteriormente, no es correcto emplear el término "frase" para referirse a los ítems de la escala. Sugiero el uso del término "enunciado".	A la izquierda de cada enunciado, indique con qué frecuencia usted se comporta de la manera que se menciona, utilizando la siguiente escala:
1 = Casi nunca 2 3 4 5 = Casi siempre	Sí	Sí		1 = Casi nunca 2 3 4 5 = Casi siempre

_____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.	Sí	Sí		_____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.
_____ 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.	Sí	Sí	Aunque es comprensible y guarda el significado del original, la locución adjetival "estar bajo de ánimo" no es tan frecuente en el español de Colombia donde se prefiere el adjetivo "desanimado". Así mismo el verbo "obsesionarse" se construye con las preposiciones "con" o "por" cuando se introduce el motivo de la obsesión; por lo tanto es incorrecto usar la proposición "en".	_____ 2. Cuando estoy desanimado/a, tiendo a obsesionarme por todo lo que está mal y a fijarme en ello.
_____ 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir	No	Sí	La secuencia "cuando las cosas me van mal" es propia del español de España. En Colombia se prefiere la secuencia "cuando las cosas me salen mal".	_____3. Cuando las cosas me salen mal, veo las dificultades como una parte de la vida por la que todo el mundo atraviesa.
_____ 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.	Sí	Sí	Aunque es comprensible y guarda el significado del original, en el ítem 1 se tradujo "*inadequacies*" como "incapacidades"; por lo tanto, es recomendable ser consistentes en el uso de los términos a lo largo del texto.	_____ 4. Cuando pienso en mis incapacidades, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.
_____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.	Sí	Sí		_____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.
_____ 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.	No	Sí	La secuencia "cuando fallo en algo" no es frecuente en Colombia y no se escucha natural. Aquí el verbo fallar se refiere al acto de no acertar algo, equivocarse en algo o no responder como se espera. Igualmente, el verbo alternativo "fracasar", en su sentido de "tener un resultado adverso", puede valorarse como más negativo que el de fallar, pero es una buena alternativa. Por lo tanto, sugiero emplear el verbo fracasar o hacer una paráfrasis que permita incrementar la comprensibilidad y naturalidad del enunciado sin cambiar su significado. Nuevamente insisto en ser consistentes con la traducción del término "*inadequacy*" como "incapacidad".	_____ 6. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, me consumen sentimientos de incapacidad. _____ 6. Cuando no tengo éxito en algo que es importante para mí, me consumen sentimientos de incapacidad.

_____ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.	Sí	No	Aunque el enunciado es comprensible, el adjetivo "*down and out*" traducido aquí como "desanimado y triste" tiene un significado diferente. En inglés, el adjetivo "*down and out*" califica a una persona que se encuentra económicamente desamparada o sin ningún medio para subsistir[1]. Por lo tanto, sugiero hacer la corrección, bien utilizando el adjetivo "desamparado" o el adjetivo "desvalido". Igualmente, es importante hacer énfasis que en inglés la secuencia "*to remind myself*" indica un esfuerzo personal e individual de traer algo a la memoria; por lo que ese énfasis se logra en español duplicando el complemento directo con el pronombre proclítico "me" y añadiendo el adjetivo "mismo" así: "me recuerdo a mí mismo".	_____ 7. Cuando estoy desamparado/a, me recuerdo a mí mismo/a que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.
_____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.	Sí	Sí		_____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.
_____ 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.	Sí	Sí	El uso del verbo "disgustar" para referirse a la acción de perturbar el equilibrio o causar una pérdida de la compostura, no es tan frecuente en el español de Colombia. Yo sugeriría traducir el verbo en inglés "*upset*" como "enfadar" o "molestar". Pero la traducción brindada es igualmente válida.	_____ 9. Cuando algo me molesta trato de mantener mis emociones en equilibrio.
_____ 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.	Sí	Sí	Aunque es comprensible y guarda el significado del original, la secuencia "*try to remind myself*", al igual que en el ítem 7, necesita la duplicación del complemento directo y la adición del adjetivo "mismo". Enfatizo el hecho de que en inglés el significado del verbo "*share*" no solo incluye el de "compartir" sino también el de "tener en común" que es el sentido que tiene en este enunciado.	_____ 10. Cuando de alguna manera me siento incapaz, trato de recordarme a mí mismo/a que casi todas las personas tienen sentimientos de incapacidad.
_____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	Sí	Sí		_____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.	No	Sí	La secuencia "cuando lo estoy pasando verdaderamente mal" para referirse al hecho de pasar por un momento difícil es propia de hablantes españoles. Así mismo, la secuencia "me doy el cuidado" no es frecuente en el español de Colombia y no suena natural.	_____ 12. Cuando estoy pasando por un momento muy difícil, me brindo a mí mismo/a el cuidado y el cariño que necesito.
_____ 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.	No	Sí	La locución adjetival "estar bajo de ánimo" no es tan frecuente en el español de Colombia donde se prefiere el adjetivo "desanimado". En cuanto al adverbio "probablemente" no me parece correcto delimitarlo con comas ya que no cumple la función de conector del enunciado, sino que es un adverbio que califica el verbo "ser".	_____ 13. Cuando me siento desanimado/a, tiendo a pensar que la mayoría de la gente probablemente es más feliz que yo.
_____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.	Sí	Sí		_____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.
_____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.	Sí	Sí		_____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
_____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.	Sí	Sí		_____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
_____ 17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.	No	No	Al igual que en el ítem 6, la secuencia "cuando fallo en algo" no es frecuente en Colombia y no se escucha natural. Así mismo, la secuencia "ver las cosas con perspectiva" no es una traducción apropiada para la expresión inglesa "*to keep things in perspective*" que realmente significa considerar las cosas de una manera objetiva tratando de identificar su verdadera importancia y sin sobredimensionarlas ni minimizarlas.	_____ 17. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, trato de ver las cosas de manera objetiva sin exagerar ni minimizar su importancia. _____ 17. Cuando no tengo éxito en algo que es importante para mí, trato de ver las cosas de manera objetiva sin exagerar ni minimizar su importancia.
_____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.	No	Sí	La secuencia "otras personas lo tienen más fácil" es propia del español de España y no es frecuente en Colombia para referirse a la posición de enfrentarse a experiencias que son menos difíciles o adversas. Aquí se usa coloquialmente la expresión "la tienen fácil". En cuanto a la expresión "estar en apuros", se puede decir que es español estándar y puede usarse sin riesgo de ambigüedad en toda Latinoamérica.	_____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que las demás personas deben estar en una situación más fácil y favorable.

_____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.	Sí	Sí		_____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
_____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.	Sí	Sí		_____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
_____ 21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.	No	Sí	La estructura "hacia mí mismo" es un calco sintáctico claro del inglés "*towards myself*" lo que resulta en una construcción que, aunque es comprensible, no suena natural en español.	_____ 21. Puedo ser un poco insensible conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
_____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.	No	Sí	La expresión "apertura de mente" no es muy frecuente en Colombia donde se prefiere su equivalente "mente abierta". Igualmente, sugiero mantener la traducción del verbo del original "*try to approach*" ya que la colocación "observar sentimientos" no es natural.	_____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de acercarme a mis sentimientos con curiosidad y mente abierta.
_____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.	Sí	Sí	Nuevamente insisto en ser consistentes con la traducción del término "*inadequacy*" como "incapacidad".	_____23. Soy tolerante con mis propios defectos e incapacidades.
_____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.	Sí	No	En mi opinión, la adaptación que se hizo en España de la expresión "*to blow the incident out of proportion*" con el refrán "hacer una montaña de un grano de arena" no es del todo precisa. En inglés es claro que lo que se quiere decir es que cierta situación (que no se sabe si es grande o pequeña en importancia) es exagerada por la persona. Pero en el refrán ya se da por hecho *a priori* que a algo de menor importancia se le ha dado más trascendencia de la que tenía. Por lo tanto, sugiero optar por una alternativa más literal al original y que igual va ser más comprensible en el contexto colombiano.	_____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerar el incidente.
_____ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.	No	Sí	Al igual que en el ítem 6 y 17, la secuencia "cuando fallo en algo" no es frecuente en Colombia y no se escucha natural.	_____ 25. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso _____ 25. Cuando no tengo éxito en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo/a en mi fracaso.

_____ 26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	Sí	Sí		_____ 26. Trato de ser comprensivo/a y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Como pudo observar, en caso de los ítems 6, 17 y 25 le presento 2 opciones de adaptación de las cuales puede seleccionar la que considere más apropiada, teniendo en cuenta las observaciones presentadas. En todos los casos puede estar segura que las alternativas que se presentan guardan el significado del original en inglés y las diferencias son puramente de estilo.

Así mismo, quiero que tenga en cuenta que el término en inglés "*inadequacy*", que sugiero traducir aquí como "incapacidad", significa literalmente "incompetencia" o "ineptitud", dos términos que tienen una connotación muy negativa en nuestro contexto colombiano y sospecho que también en el español, ya que es evidente en la versión española la indecisión del traductor al usar al mismo tiempo términos periféricos como debilidad, deficiencia e incapacidad.

Cualquier inquietud no dude en contactarme. Espero que este trabajo le sea útil y le deseo muchos éxitos en su investigación.

Cordialmente,

Ana Carolina Vargas Escobar
Licenciada en Filología e Idiomas–Inglés
Traductora
Cel. 310 572 73 57
e-mail: acvargasc@gmail.com

F. Anexo: Formato instrumento recolección de información para el estudio

Formato de recolección de información: Fase 2.1. Estudio cuasi-experimental con abordaje mixto concurrente para la evaluación preliminar de la intervención ECCC

Formato de recolección de información - Pretest

Experiencias transculturales

____ He vivido en otros países

____ Hablo otros idiomas además del español

____ He trabajado como enfermera en otros países

____ He trabajado con pacientes de distintas razas y origen étnico como:

Mestizos____ Negros____ Mulatos____ Afrocolombianos____

Afrodescendientes (se incluyen Palenqueros y Raizales)____ Gitanos (pueblo Rom)____ Campesinos____ Indígenas____

Indica, si las conoces, las etnias a las que pertenecían los indígenas a los que cuidaste

_____

Extranjeros procedentes de Latinoamérica ____Países de procedencia _____

Extranjeros procedentes de otros países ____ Países de procedencia _____

Información socio-demográfica

No. identificación _____ Género ____ Edad ____ Estado civil _____

Pertenencia a algún grupo étnico: Sí____ No____ ¿Cuál? _____

Nacionalidad _____ Ciudad de origen _____

Ciudad de residencia _____ Años en la ciudad _____

Religión que practica _____

Nivel de estudios: ____Técnico ____Profesional ____Especialización ____Maestría

Institución de egreso (técnico/profesional) _____

¿Algún posgrado? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Años de experiencia profesional _____ Antigüedad en la institución _____

Tipo de contrato: Prestación de Servicios _____ Término fijo _____ Término indefinido _____

Trabaja en otra Institución: Sí ___ No ____ Total de horas/semana que trabaja: _____

¿Ha recibido entrenamiento en humanización? Sí _____ No _____

¿Ha recibido entrenamiento en competencia cultural? Sí _____ No _____

¿Ha recibido entrenamiento en cuidado compasivo? Sí _____ No _____

¿Ha recibido entrenamiento en meditación, yoga u otra técnica similar? Sí _____ No _____

¿Realiza alguna práctica de meditación, yoga o similar? Sí _____ No _____

Tiempo de práctica día _____ Número de veces a la semana _____

Escala de expectativas sobre el tratamiento/intervención

(Adaptado de Borkovec y Nau, 1972)

Después de haber explicado en qué va a consistir la intervención, nos gustaría saber su opinión sobre la misma. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le parece lógica esta intervención?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

2.- ¿En qué medida le satisface la intervención que va a recibir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría esta intervención a un colega?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que esta intervención podría ser útil para la práctica de enfermería?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que la intervención va a resultar útil en su caso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6.- ¿En qué medida esta intervención le resulta aversiva (desagradable o molesta)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

7. Si tiene algún comentario. Por favor escríbalo a continuación:

Formato de recolección de información - Postest

Escala de Opinión/Satisfacción sobre el tratamiento/intervención

(Adaptado de Borkovec y Nau, 1972)

No. identificación _____

Después de haber recibido la intervención, nos gustaría saber su opinión sobre la misma. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le ha parecido lógica esta intervención?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

2.- ¿En qué medida le ha satisfecho la intervención que ha recibido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría esta intervención a un colega?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que esta intervención podría ser útil para la práctica de enfermería?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que la intervención le ha resultado útil en su caso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

6.- ¿En qué medida esta intervención le ha resultado aversiva (desagradable, molesto)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

FORMATO EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FORMATO EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO

Objetivo: Valorar y evaluar el entrenamiento en competencia cultural y compasiva.

Indicaciones: A continuación, encontrará una tabla en la que se expresan las distintas dimensiones a valorar y evaluar. Por favor, valore en una escala de 1 a 5 (1 si está totalmente en desacuerdo y 5 si está totalmente de acuerdo) cada uno de los ítems propuestos y escriba las observaciones que considere pertinentes según su juicio. De igual manera, le invitamos a discutir activamente cada uno de los aspectos para mejorar el entrenamiento.

Criterio	Item	Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
Atracción	¿Las sesiones y los temas tratados le parecieron interesantes? ¿Qué fue lo más interesante o que le haya gustado?						
	¿El mensaje de las sesiones es pertinente para enfermerxs y auxiliares de enfermería?						
	¿La duración del entrenamiento y cada una de las sesiones es suficiente?						
	¿La dinámica empleada es adecuada para el mensaje que pretende transmitir?						
	¿Le gustó la cartilla del participante y las actividades propuestas?						
Comprensión	¿Los contenidos trabajados en las sesiones son comprensibles? ¿Qué han aprendido?						
	¿El mensaje del entrenamiento es claro?, ¿le da claridad sobre como trasladar los contenidos a su vida cotidiana?						
	¿El lenguaje empleado en las sesiones es comprensible? ¿Cambiaría algo?						

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Comprensión	Ítem	Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
	¿La cartilla fue comprensible?						
	¿El entrenamiento muestra posibilidades aplicables a la práctica de enfermería?						
	¿El mensaje del entrenamiento es relevante?						
	¿Qué tanto el entrenamiento le invita a cambiar o modificar algo en su cotidianidad?						
Aceptación	¿Qué tan adecuadas son las palabras, expresiones y actividades desarrolladas durante el entrenamiento?						
	¿El entrenamiento podría molestar o generar rechazo en otrxs enfermerxs y auxiliares? ¿Por qué?						
	¿En el entrenamiento se muestran mensajes para personas como usted?						
	¿En el entrenamiento se muestran elementos o situaciones propias de la práctica de enfermería?						
	¿La cartilla y las actividades propuestas le parecen aceptables? ¿Qué le gustó más?						

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Inducción a la acción	Ítem	Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
	¿El mensaje del entrenamiento le invita a cambiar o modificar algo en su cotidianidad? ¿Qué podría ser?						
	¿Puede imaginarse actuar en su cotidianidad como se propone en el entrenamiento? ¿Por qué?						
	¿Podría explicar el mensaje del entrenamiento a un colega? ¿Lo animaría a hacer lo que ha aprendido?						
	¿Piensa que otras enfermeras aplicarían lo propuesto en el entrenamiento? ¿Por qué?						
	¿El desarrollo de las actividades de la cartilla fue útil para cambiar algo en su cotidianidad?						
General	¿Podría hacerse algo para mejorar el entrenamiento, para hacerlo más claro y más realista?						
	¿Cuáles serían sus propuestas para mejorar el entrenamiento?						
	¿Cuáles serían sus propuestas para mejorar la cartilla?						

Formato de recolección de información: Fase 2.2. Evaluación de efectos preliminares de la intervención ECCC y exploración de factibilidad de los métodos de investigación

Formato de recolección de información - Pretest

Experiencias transculturales (Por favor escriba Sí o No, según corresponda)

____ He vivido en otros países

____ Hablo otros idiomas además del español

____ He trabajado como enfermera en otros países

____ He trabajado con pacientes de distintas razas y origen étnico como:

Mestizos____ Negros____ Mulatos____ Afrocolombianos____

Afrodescendientes (se incluyen Palenqueros y Raizales)____ Gitanos (pueblo Rom)____

Campesinos____ Indígenas____

Indique, si la conoce, las etnias a las que pertenecían los indígenas a los que ha cuidado

_____
__

Extranjeros procedentes de Latinoamérica ____ Países de procedencia _____

Extranjeros procedentes de otros países ____ Países de procedencia _____

Información socio-demográfica

No. identificación _____ Género ____ Edad ____ Estado civil _____

Pertenencia a algún grupo étnico: Sí____ No____ ¿Cuál? _____

Nacionalidad _____ Ciudad de origen _____

Ciudad de residencia _____ Años en la ciudad _____

Religión que practica _____

Nivel de estudios: ____Técnico ____Profesional ____Especialización ____Maestría

Institución de egreso (técnico/profesional) _____

¿Algún posgrado? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Años de experiencia profesional _____ Antigüedad en la institución _____

Tipo de contrato: Prestación de Servicios _____ Término fijo _____ Término indefinido _____

Trabaja en otra Institución: Sí _____ No _____ Total de horas/semana que trabaja: _____

¿Ha recibido entrenamiento en alguno de los siguientes temas? (Puede seleccionar más de uno)

Humanización: Sí _____ No _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Duración _____

Competencia o cuidado cultural: Sí _____ No _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Duración _____

Cuidado compasivo: Sí _____ No _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Duración _____

Meditación, mindfulness/atención plena, yoga: Sí _____ No _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Duración _____

Realizas alguna práctica de meditación, mindfulness/atención plena, yoga: Sí _____ No _____

Tiempo de práctica día _____ Número de veces a la semana _____

Escala de expectativas sobre el tratamiento/intervención

(Adaptado de Borkovec y Nau, 1972)

Después de haber explicado en qué va a consistir la intervención, nos gustaría saber su opinión sobre la misma. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le parece lógica esta intervención?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

2.- ¿En qué medida le satisface la intervención que va a recibir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría esta intervención a un colega?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que esta intervención podría ser útil para la práctica de enfermería?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que la intervención va a resultar útil en su caso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6.- ¿En qué medida esta intervención le resulta aversiva (desagradable o molesta)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

7. Si tiene algún comentario. Por favor escríbalo a continuación:

Escala de Autoeficacia Cultural (CSES-Co)

Instrucciones

Indique el nivel de seguridad que siente usted sobre sus conocimientos y capacidades con respecto a cada uno de los siguientes indicadores. Para ello, marque con una X encima del número correspondiente de la siguiente escala dependiendo de cuánta seguridad (autoeficacia) siente en relación a cada uno de ellos:

Poca seguridad 1 2 3 4 5 **Mucha seguridad**

Ejemplo: "Concepto de competencia cultural"

Poca seguridad 1 2 X 4 5 **Mucha seguridad**

Señale el grado de seguridad que tiene en su conocimiento sobre conceptos culturales:

1	Distinción entre diversidad intercultural e intracultural	1 2 3 4 5
2	Distinción entre etnocentrismo y discriminación	1 2 3 4 5
3	Distinción entre etnicidad y cultura	1 2 3 4 5

Indique su seguridad sobre los conocimientos que posee con respecto a CADA uno de los siguientes grupos étnicos o raciales:

		Mestizos	Afrodescendientes (se incluyen Palenqueros y Raizales)	Indígenas	Gitanos (Rom)	Campesinos
4	Organización familiar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Diferencia de roles	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Prácticas en el cuidado infantil	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Uso de los sistemas de salud	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	Redes de apoyo social	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	Uso de prácticas autóctonas de cuidado de la salud	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	Patrones nutricionales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

11	Subsistencia económica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	Modelos de movimiento de población	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13	Estructura de clases sociales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14	Patrones de empleo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15	Patrones de enfermedades/ padecimientos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16	Creencias acerca de la salud y la enfermedad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17	Creencias acerca del respeto y la autoridad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18	Creencias acerca del recato y pudor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19	Patrones y creencias religiosas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Marque el nivel de seguridad que siente en relación a las siguientes capacidades propias de enfermería:

20	Usar un intérprete	1 2 3 4 5
21	Acceso a una comunidad étnicamente diferente	1 2 3 4 5
22	Defensa de los derechos del paciente	1 2 3 4 5
23	Gestión de la dieta adaptada culturalmente para 24 horas	1 2 3 4 5
24	Observación de comportamientos y actitudes	1 2 3 4 5
25	Registro de la historia de vida	1 2 3 4 5
26	Desarrollo de un familiograma	1 2 3 4 5

Escala de Autocompasión (SCS)

¿De qué manera actúo habitualmente conmigo mismo en momentos difíciles?

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado antes de contestar. A la izquierda de cada enunciado, indique con qué frecuencia usted se comporta de la manera que se menciona, utilizando la siguiente escala:

Casi nunca 1 2 3 4 5 **Casi siempre**

_____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

_____ 2. Cuando estoy desanimado/a, tiendo a obsesionarme por todo lo que está mal y a fijarme en ello.

_____ 3. Cuando las cosas me salen mal, veo las dificultades como una parte de la vida por la que todo el mundo atraviesa.

_____ 4. Cuando pienso en mis incapacidades, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.

_____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.

_____ 6. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, me consumen sentimientos de incapacidad.

_____ 7. Cuando estoy desamparado/a, me recuerdo a mí mismo/a que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.

_____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.

_____ 9. Cuando algo me molesta trato de mantener mis emociones en equilibrio.

_____ 10. Cuando de alguna manera me siento incapaz, trato de recordarme a mí mismo/a que casi todas las personas tienen sentimientos de incapacidad.

_____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ 12. Cuando estoy pasando por un momento muy difícil, me brindo a mí mismo/a el cuidado y el cariño que necesito.

_____ 13. Cuando me siento desanimado/a, tiendo a pensar que la mayoría de la gente probablemente es más feliz que yo.

_____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

_____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.

_____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.

_____ 17. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, trato de ver las cosas de manera objetiva sin exagerar ni minimizar su importancia.

_____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que las demás personas deben estar en una situación más fácil y favorable.

_____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.

_____ 21. Puedo ser un poco insensible conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de acercarme a mis sentimientos con curiosidad y mente abierta.

_____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e incapacidades.

_____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerar el incidente.

_____ 25. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

_____ 26. Trato de ser comprensivo/a y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Formato de recolección de información - Postest

Escala de Opinión/Satisfacción sobre el tratamiento/intervención

(Adaptado de Borkovec y Nau, 1972)

No. identificación _____

Después de haber recibido la intervención, nos gustaría saber tu opinión sobre la misma. Por favor, contesta a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le ha parecido lógica esta intervención?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

2.- ¿En qué medida le ha satisfecho la intervención que ha recibido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría esta intervención a un colega?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

4.- ¿En qué medida cree que esta intervención podría ser útil para la práctica de enfermería?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que la intervención le ha resultado útil en su caso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6.- ¿En qué medida esta intervención le ha resultado aversiva (desagradable, molesto)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muchísimo

Escala de Autoeficacia Cultural (CSES-Co)

Instrucciones

Indique el nivel de seguridad que siente usted sobre sus conocimientos y capacidades con respecto a cada uno de los siguientes indicadores. Para ello, marque con una X encima del número correspondiente de la siguiente escala dependiendo de cuánta seguridad (autoeficacia) siente en relación a cada uno de ellos:

Poca seguridad 1 2 3 4 5 **Mucha seguridad**

Ejemplo: "Concepto de competencia cultural"

Poca seguridad 1 2 X 4 5 **Mucha seguridad**

Señale el grado de seguridad que tiene en su conocimiento sobre conceptos culturales:

1	Distinción entre diversidad intercultural e intracultural	1 2 3 4 5
2	Distinción entre etnocentrismo y discriminación	1 2 3 4 5
3	Distinción entre etnicidad y cultura	1 2 3 4 5

Indique su seguridad sobre los conocimientos que posee con respecto a CADA uno de los siguientes grupos étnicos o raciales:

		Mestizos	Afrodescendientes (se incluyen Palenqueros y Raizales)	Indígenas	Gitanos (Rom)	Campesinos
4	Organización familiar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Diferencia de roles	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Prácticas en el cuidado infantil	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

7	Uso de los sistemas de salud	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	Redes de apoyo social	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	Uso de prácticas autóctonas de cuidado de la salud	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	Patrones nutricionales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11	Subsistencia económica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	Modelos de movimiento de población	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13	Estructura de clases sociales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14	Patrones de empleo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15	Patrones de enfermedades/ padecimientos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16	Creencias acerca de la salud y la enfermedad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17	Creencias acerca del respeto y la autoridad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18	Creencias acerca del recato y pudor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19	Patrones y creencias religiosas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Marque el nivel de seguridad que siente en relación a las siguientes capacidades propias de enfermería:

20	Usar un intérprete	1 2 3 4 5
21	Acceso a una comunidad étnicamente diferente	1 2 3 4 5
22	Defensa de los derechos del paciente	1 2 3 4 5
23	Gestión de la dieta adaptada culturalmente para 24 horas	1 2 3 4 5
24	Observación de comportamientos y actitudes	1 2 3 4 5
25	Registro de la historia de vida	1 2 3 4 5
26	Desarrollo de un familiograma	1 2 3 4 5

Escala de Autocompasión (SCS)

¿De qué manera actúo habitualmente conmigo mismo en momentos difíciles?

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado antes de contestar. A la izquierda de cada enunciado, indique con qué frecuencia usted se comporta de la manera que se menciona, utilizando la siguiente escala:

Casi nunca 1 2 3 4 5 **Casi siempre**

_____ 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.

_____ 2. Cuando estoy desanimado/a, tiendo a obsesionarme por todo lo que está mal y a fijarme en ello.

_____ 3. Cuando las cosas me salen mal, veo las dificultades como una parte de la vida por la que todo el mundo atraviesa.

_____ 4. Cuando pienso en mis incapacidades, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.

_____ 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.

_____ 6. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, me consumen sentimientos de incapacidad.

_____ 7. Cuando estoy desamparado/a, me recuerdo a mí mismo/a que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.

_____ 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.

_____ 9. Cuando algo me molesta trato de mantener mis emociones en equilibrio.

_____ 10. Cuando de alguna manera me siento incapaz, trato de recordarme a mí mismo/a que casi todas las personas tienen sentimientos de incapacidad.

_____ 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

_____ 12. Cuando estoy pasando por un momento muy difícil, me brindo a mí mismo/a el cuidado y el cariño que necesito.

_____ 13. Cuando me siento desanimado/a, tiendo a pensar que la mayoría de la gente probablemente es más feliz que yo.

_____ 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.

_____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.

_____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.

_____ 17. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, trato de ver las cosas de manera objetiva sin exagerar ni minimizar su importancia.

_____ 18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que las demás personas deben estar en una situación más fácil y favorable.

_____ 19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.

_____ 21. Puedo ser un poco insensible conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.

_____ 22. Cuando me siento deprimido/a trato de acercarme a mis sentimientos con curiosidad y mente abierta.

_____ 23. Soy tolerante con mis propios defectos e incapacidades.

_____ 24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerar el incidente.

_____ 25. Cuando fracaso en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

_____ 26. Trato de ser comprensivo/a y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Bibliografía

1. Darnell LK, Hickson SV, Cultural competent patient-centered nursing care. Nurs Clin North Am. 2015 Mar; 50(1):99-108. doi: 10.1016/j.cnur.2014.10.008. Epub 2014 Dec 26.

2. Spector R. Cultural Diversity in Health and Illness. Sixth edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004.

3. Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. BMC Palliat Care. 2016 Jan 19; 15:6. doi: 10.1186/s12904-016-0080-0.

4. Richardson C, Percy M, Hughes J. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. Nurse Educ Today. 2015 May; 35(5):e1-5. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.016. Epub 2015 Feb 2.

5. Papadopoulos I, Taylor G, Ali S, Aagard M, Akman O, Alpers LM et al. Exploring nurses' meanings and experiences of compassion: An international online survey involving 15 countries. J Transcult Nurs. 2017 May;28(3):286-295. doi: 10.1177/1043659615624740.

6. Papadopoulos I, Ali S. Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. Nurse Educ Pract. 2016 Jan;16(1):133-9. doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.001. Epub 2015 Aug 13.

7. Mareno N, Hart PL. Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education. Nurs Educ Perspect. 2014 Mar-Apr; 35(2):83-8.

8. Cicolini G, Pelle CD, Comparcini D, Tomietto M, Cerratti F, Schim SM et al. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. J Nurs Scholarsh. 2015 Nov; 47(6):536-43. doi: 10.1111/jnu.12165. Epub 2015 Oct 7.

9. Blomberg K, Griffiths P, Wengström Y, May C, Bridges J. Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016 Oct;62:137-55. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009. Epub 2016 Jul 14.

10. Crawford P, Brown B, Kvangarsnes M, Gilbert P. The design of compassionate care. J Clin Nurs. 2014 Dec; 23(23-24):3589-99. doi: 10.1111/jocn.12632. Epub 2014 May 19.

11. Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, Pezzella A, Foley L. Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in health care. Journal of Compassionate Health Care. 2016; 3(2):10p.

12. Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O. International study on nurses' views and experiences of compassion. Int Nurs Rev. 2016 Sep; 63(3):395-405. doi: 10.1111/inr.12298.

13. Milton CL. Ethics and Defining Cultural Competence: An Alternative View. Nurs Sci Q. 2016 Jan; 29(1):21-3. doi: 10.1177/0894318415614624.

14. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Declaración de posición del CIE. Competencia Cultural y Lingüística. 2013 [acceso: 01.05.2016]. 3 p. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Competencia_cultural_linguistica-Sp.pdf

15. Miller J, Leininger M, Leuning C, Pacquiao D, Andrews M, Ludwig-Beymer P, Papadopoulos I. Transcultural Nursing Society Position Statement on Human Rights. J Transcult Nurs. 2008; 19(1):5-7.

16. Schantz ML. Compassion: A concept analysis. Nurs Forum. 2007 Apr-Jun;42(2):48-55.

17. Fleckman JM, Corso MD, Ramirez S, Begalieva M, Johnson CC. Intercultural Competency in Public Health: A Call for Action to Incorporate Training into Public Health Education. Front Public Health. 2015; 3: 210. doi: 10.3389/fpubh.2015.00210

18. The Joint Commission [Internet]. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010 [acceso: 05.05.2016]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf

19. Leininger M. Cultural care theory, research and practice. Nurs Sci Q. 1996 Summer; 9(2):71-8.

20. Narayanasamy A. The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. Br J Nurs. 2002 May 9-22; 11(9):643-50.

21. Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. J Transcult Nurs. 2002 Jul;13(3):185-8; discussion 200-1.

22. Purnell L. A description of the Purnell Model for Cultural Competence. J Transcult Nurs. 2000; 11(1):40-46.
23. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. J Transcult Nurs. 2002; 13(3):181-184.
24. Kim-Godwin YS, Clarke P, Barton L. A model for the delivery of culturally competent community care. J Adv Nurs. 2001 Sep; 35(6):918-25.
25. Papadopoulos I. Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners. China: Elsevier; 2006.
26. Papadopoulos I. Culturally competent compassion. A guide for healthcare students and practitioners. New York: Routledge; 2018. 116 p.
27. Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. Psychol Bull. 2010 May;136(3):351-74. doi: 10.1037/a0018807.
28. Gilbert P, Choden. Mindful compassion: how the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others. Oakland, CA: New harbinger Publications, Inc.; 2014. 333 p.
29. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Curr Biol. 2014 Sep 22;24(18):R875-R878. doi: 10.1016/j.cub.2014.06.054.
30. Jinpa T. A Fearless Heart. How the courage to be compassionate can transform our lives. New York: Penguin Random House LLC; 2015.
31. Gilbert P. La mente compasiva. Una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales. Barcelona: Editorial Elefthria; 2018. 598 p. Traducción de Gema Moraleda.
32. Gilbert P (Ed.). Compassion. Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy. New York: Routledge; 2005. 403 p.
33. García-Campayo J, Cebolla I Martí A, Demarzo M. La ciencia de la compasión: Más allá del Mindfulness. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2016. 324 p.
34. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. Behav Ther. 2017 Nov; 48(6):778-792. doi: 10.1016/j.beth.2017.06.003. Epub 2017 Jun 21.
35. Klimecki OM, Leiberg S, Lamm C, Singer T. Functional Neural Plasticity and Associated Changes in Positive Affect After Compassion Training. Cereb Cortex. 2013 Jul; 23(7):1552-61. doi: 10.1093/cercor/bhs142. Epub 2012 Jun 1.
36. García Campayo J, Demarzo M. Mindfulness y compasión la nueva revolución. España: Editorial Siglantana S.L.; 2015. 277 p.

37. Camargo Plazas P. Understanding the space of nursing practice in Colombia: A critical reflection on the effects of health system reform. Nurs Inq. 2018 Jul; 25(3):e12242. doi: 10.1111/nin.12242. Epub 2018 Apr 11.

38. Gabrielsson S, Looi GME, Zingmark K, Sävenstedt S. Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perceptions of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. Scand J Caring Sci. 2014 Dec; 28(4):784-92. doi: 10.1111/scs.12111. Epub 2014 Jan 9.

39. Gabrielsson S, Sävenstedt S, Olsson M. Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. Int J Ment Health Nurs. 2016 Oct; 25(5):434-43. doi: 10.1111/inm.12230. Epub 2016 Jul 4.

40. Bolger G. Letter (by e-mail): administering care without empathy is not nursing. Nursing Standard. 2007; 21(42):33.

41. Escobar-Ciro CL, Cardozo-García Y. Significado construido por los cuidadores familiares acerca del personal de enfermería. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(2):93-106.

42. Terceño López C. Vivencia de la atención espiritual del equipo de enfermería en un hospital público [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili. 2017. 293 p.

43. Kalisch B, Lee KH. Staffing and job satisfaction: nurses and nursing assistants. J Nurs Manag. 2014 May; 22(4):465-71. doi: 10.1111/jonm.12012. Epub 2012 Nov 2.

44. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. Med Care. 2005; 43(4):356-73.

45. Pearson A, Srivastava R, Craig D, Tucker D, Grinspun D, Bajnok I et al. Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. Int J Evid Based Healthc. 2007 Mar; 5(1):54-91. doi: 10.1111/j.1479-6988.2007.00058.x.

46. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. BMC Health Serv Res. 2014 Mar 3; 14:99. doi: 10.1186/1472-6963-14-99.

47. Wollscheid S, Munthe-Kaas HM, Hammerstrøm KT, Noonan E. Effect of Interventions to Facilitate Communication Between Families or Single Young People with Minority

Language Background and Public Services: A Systematic Review. Campbell Systematic Reviews. 2015; 7.

48. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2005 May; 55(514):343-50.

49. Blanchet Garneau A, Pepin J. A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. Nurse Educ Today. 2015 Nov ;35(11):1062-8. doi: 10.1016/j.nedt.2015.05.019. Epub 2015 Jun 3.

50. Urcola Pardo F. Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017. 427 p.

51. Thom DH, Tirado MD, Woon TL, McBride MR. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. BMC Med Educ. 2006 Jul 26; 6:38.

52. Zeh P, Sandhu HK, Cannaby AM, Sturt JA. The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes in ethnic minority groups: a systematic review. Diabet Med. 2012 Oct; 29(10):1237-52. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03701.x.

53. Clancy D, Yeager D, Huang P, Magruder K. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2007 Mar-Apr; 33(2):309-14.

54. D'Eramo-Melkus G, Spollett G, Jefferson V, Chyun D, Tuohy B, Robinson T, Kaisen A. A culturally competent intervention of education and care for black women with type 2 diabetes. Appl Nurs Res. 2004; 17(1):10-20.

55. Tucker CM, Marsiske M, Rice KG, Jones JD, Herman KC. Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement. Health Psychol. 2011 May; 30(3):342-50. doi: 10.1037/a0022967.

56. Gallagher RW. A Meta-Analysis of Cultural Competence Education in Professional Nurses and Nursing Students [Tesis doctoral]. Estados Unidos: University of South Florida. Graduate Theses and Dissertations. 134 p.

57. Delgado DA, Ness S, Ferguson K, Engstrom PL, Gannon TM, Gillett C. Cultural competence training for clinical staff: measuring the effect of a one-hour class on cultural competence. J Transcult Nurs. 2013 Apr;24(2):204-13. doi: 10.1177/1043659612472059. Epub 2013 Feb 6.

58. Krajic K, Straßmayr C, Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Pelikan JM. Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: experiences from the European 'Migrant-friendly Hospitals' project. Diversity in Health and Social Care. 2005; 2:279-290.
59. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. Oncol Nurs Forum. 2013 Mar; 40(2):180-7. doi: 10.1188/13.ONF.180-187.
60. Zauszniewski JA. Intervention development: assessing critical parameters from the intervention recipient's perspective. Appl Nurs Res. 2012 Feb; 25(1):31-9. doi: 10.1016/j.apnr.2010.06.002. Epub 2010 Aug 4.
61. Conn VS, Rantz MJ, Wipke-Tevis DD, Maas ML. Designing Effective Nursing Interventions. Research in Nursing & Health. 2001; 24:433-442.
62. Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation and translation of nursing interventions. USA: Wiley-Blackwell. 2011. 306 p.
63. Sidani S. Health Intervention Research. Understanding Research Design & Methods. UK: SAGE; 2015. 247 p.
64. García Flórez JA. Patrones de migración en Colombia desde la perspectiva de la teoría de redes. Cuadernos de Economía. 2013; 32(59):339-364.
65. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. Colombia: Dirección de Censos y Demografía; 2007.
66. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 543 de 2011 (Diciembre 02). Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C. 18 p.
67. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 554 de 2011 (Diciembre 7). "Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, la garantía, la protección y el restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá y se dictan otras disposiciones". 9 p.
68. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 582 de 2011 (Diciembre 15). Por el cual se adopta la Política Pública Distrital para el grupo étnico Rrom o Gitano en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. 11 p.
69. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 32 de 2011 (Enero 26). Por el cual se adopta la Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C. 2011-2016. 11 p.

70. Concejo de Bogotá. Acuerdo No. 645 de 2016. “Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo, Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C., 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”. Disponible en: http://www.ipes.gov.co/images/informes/Acuerdo_645_de_2016_plan_de_desarrollo_2016-2020.pdf

71. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016-2020. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud; 2016. 283 p.

72. Secretaría Distrital de Salud. Rendición de la cuenta vigencia 2015 a la Contraloría de Bogotá D.C. Balance Social. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud; 2016. 128 p.

73. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá cómo vamos. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.; 2015: 249 p.

74. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

75. Ministerio de la Protección Social. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003. Ministerio de la Protección Social: Bogotá; 2011. 84 p.

76. Giraldo Montoya DI, Escobar Muñoz MP. Competencia cultural de los profesionales de enfermería. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2010.

77. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. R. Salud Pública. 2011; 13(4):610-619. DOI: https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000400006

78. López L, Barreto Zorza YM, Maluche A. Dolor en personas ancianas afrodescendientes: Resultados cualitativos de un programa domiciliario adaptado culturalmente. Index Enferm. 2014; 23(3):162-166.

79. Suárez B, Lopera Á, Rincón A, Vargas BC, Ramírez AL, Bonilla R. Enfermería Disciplina Social y Profesión Liberal: Desarrollo de las Competencias del Profesional de Enfermería. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [acceso: 01.05.2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermer%C3%ADa_Octubre2014.pdf

80. Richards DA, Borglin G. Complex interventions and nursing: Looking through a new lens at nursing research. Int J Nurs Stud. 2011 May; 48(5):531-3. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.013. Epub 2011 Mar 3.

81. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud. 2013 May; 50(5):587-92. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010. Epub 2012 Nov 15.

82. Corry M, Clarke M, While AE, Lalor J. Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. J Clin Nurs. 2013 Sep; 22(17-18):2366-86. doi: 10.1111/jocn.12173. Epub 2013 Mar 29.

83. Filmer T, Herbig B. Effectiveness of Interventions Teaching Cross-Cultural Competencies to Health-Related Professionals With Work Experience: A Systematic Review. J Contin Educ Health Prof. 2018 Summer; 38(3):213-221. doi: 10.1097/CEH.0000000000000212.

84. Kelly MJ. Evaluation Research. En: Given LM. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Volumes 1 & 2. United States of America: SAGE Publications; 2008. p. 303-306.

85. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015 Mar 19; 350:h1258. doi: 10.1136/bmj.h1258.

86. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Ninth Edition. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

87. Minayo MCdS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva. 2010; 6(3):251-261. https://doi.org/10.18294/sc.2010.283

88. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Serv Res. 2017 Jan 26; 17(1):88. doi: 10.1186/s12913-017-2031-8.

89. National Institute for Health Research. NIHR Research for Patient Benefit (RfPB) Programme Guidance on Applying for Feasibility Studies. 2017. 6 p.

90. Colgan DD, Christopher M, Bowen S, Brems C, Hunsinger M, Tucker B et al. Mindfulness-based Wellness and Resilience intervention among interdisciplinary primary care teams: a mixed-methods feasibility and acceptability trial. Prim Health Care Res Dev. 2019; 20: e91. doi: 10.1017/S1463423619000173

91. Murray E, Treweek S, Pope Ck, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. BMC Med. 2010; 8:63. https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63

92. Creswell JW, Poth CN. Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among five approaches. Fourth Edition. United States of America: SAGE Publications, 2018. 459 p.

93. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012; 27(12):181. doi: 10.1186/1471-2288-12-181.

94. Whittemore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: an overview. Heart Lung. 2014; 43(5):453-61. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.014.

95. Petticrew M, Rehfuess E, Noyes J, Higgins JPT, Mayhew A, Pantoja T et al. Synthetizing evidence on complex interventions: how meta-analytical, qualitative, and mixed-method approaches can contribute. J Clin Epidemiol. 2013 Nov; 66(11):1230-43. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.06.005. Epub 2013 Aug 14.

96. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México: Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014.

97. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. Self and Identity. 2003; 2(3):223-250.

98. García-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marin J, López-Artal L, Demarzo MP. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). Health Qual Life Outcomes. 2014; 12:4. doi: 10.1186/1477-7525-12-4

99. Herrero-Hahn R, Rojas JG, Ospina-Díaz JM, Montoya-Juárez R, Restrepo-Medrano JC, Hueso-Montoro C. Cultural Adaptation and Validation of the Cultural Self-Efficacy Scale for Colombian Nursing Professionals. J Transcult Nurs. 2017 Mar; 28(2):195-202. doi: 10.1177/1043659615613419. Epub 2016 Jul 9.

100. Vargas JA, Molino JL, Shellman J, Cantero ML, Bernal H. The level of cultural self-efficacy among a sample of Spanish nurses in Southeastern Spain. J Transcult Nurs. 2006 Apr; 17(2):164-70.

101. Campos D, Mira A, Bretón-López J, Castilla D, Botella C, Baños RM et al. The acceptability of an Internet-based exposure treatment for flying phobia with and without therapist guidance: patients' expectations, satisfaction, treatment preferences, and

usability. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Mar 28; 14:879-892. doi: 10.2147/NDT.S153041. eCollection 2018.

102. Navarro-Haro MV, López-Del-Hoyo Y, Campos D, Linehan MM, Hoffman HG, García-Palacios A et al. Meditation experts try Virtual Reality Mindfulness: A pilot study evaluation of the feasibility and acceptability of Virtual Reality to facilitate mindfulness practice in people attending a Mindfulness conference. PLoS One. 2017 Nov 22; 12(11):e0187777. doi: 10.1371/journal.pone.0187777. eCollection 2017.

103. Guerrero-García M, Alva M. Guía Metodológica y Vídeo de Validación de Materiales IEC. Perú: UNICEF; 2003. 19 p

104. Ziemendorff S, Krause A. Guía de validación de materiales educativos (Con enfoque en materiales de Educación Sanitaria). Perú: Programa de Agua y Saneamiento PROAGUA/GTZ; 2003. 74 p.

105. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichán. 2012; 12(3):263-274.

106. Vallvé C, Artés M, Cobo E. Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). Med Clin (Barc). 2005; 125(Supl. 1):38-42.

107. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 (4 de Octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

108. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, 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 y se dictan otras disposiciones. 2004 [acceso: 18.10.2016]. 15 p. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf

109. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2008 [acceso: 18.10.2016]; 119 p. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm

110. Universidad Nacional de Colombia, Consejo Académico. Acuerdo Número 035 de 2003, Acta Número 8 del 3 de diciembre de 2003. Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia. 2013 [acceso:

01.05.2016]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/11764/1/Acuerdo035_2003.pdf

111. Iranmanesh S, Axelsson K, Sävenstedt S, Häggström T. A caring relationship with people who have cancer. J Adv Nurs. 2009 Jun;65(6):1300-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04992.x.

112. Monks J, Flynn M. Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation. Intensive Crit Care Nurs. 2014 Dec;30(6):353-9. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.006.

113. Price AM. Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. Nurs Crit Care. 2013 Nov;18(6):278-88. doi: 10.1111/nicc.12032.

114. Ghaljeh M, Iranmanesh S, Nayeri ND, Tirgari B, Kalantarri B. Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran. Int J Palliat Nurs. 2016 Dec; 22(12):588-597. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.12.588

115. Torjuul K, Elstad I, Sørlie V. Compassion and responsibility in surgical care. Nurs Ethics. 2007 Jul; 14(4):522-34. doi: 10.1177/0969733007077886

116. Sabo BM. Compassionate presence: The meaning of hematopoietic stem cell transplant nursing. Eur J Oncol Nurs. 2011 Apr; 15(2):103-11. doi: 10.1016/j.ejon.2010.06.006.

117. Jones J, Winch S, Strube P, Mitchell M, Henderson A. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. J Adv Nurs. 2016 Dec; 72(12):3137-3146. doi: 10.1111/jan.13064.

118. Papadopoulos I, Taylor G, Ali S, Aagard M, Akman O, Alpers LM, et al. Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. J Transcult Nurs. 2017 May; 28(3):286-295. doi: 10.1177/1043659615624740.

119. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. J Clin Nurs. 2018 Apr; 27(7-8):1599-1611. doi: 10.1111/jocn.14231.

120. Kongsuwan W, Locsin RC. Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: a phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs. 2011 Apr; 27(2):102-10. doi: 10.1016/j.iccn.2010.12.002.

121. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Rahmani A, van der Cingel M, Ghafourifard M. Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study. Scand J Caring Sci. 2018 Mar; 32(1):92-97. doi: 10.1111/scs.12434.

122. Babaei S, Taleghani F, Kayvanara M. Compassionate behaviours of clinical nurses in Iran: an ethnographic study. Int Nurs Rev. 2016 Sep; 63(3):388-94. doi: 10.1111/inr.12296.

123. Berg L, Danielson E. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust.Scand J Caring Sci. 2007 Dec; 21(4):500-6. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00497.x

124. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. J Pain Symptom Manage. 2016 Feb; 51(2):193-203. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009.

125. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. J Clin Nurs. 2014 Oct; 23(19-20):2790-9. doi: 10.1111/jocn.12537.

126. Sharp S, McAllister M, Broadbent M. The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. Contemp Nurse. 2016 Apr-Jun; 52(2-3):300-12. doi: 10.1080/10376178.2015.1020981.

127. Cioffi RN. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2003 Mar [acceso: 05.05.2019]; 40(3):299-306. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12605952

128. Watts KJ, Meiser B, Zilliacus E, Kaur R, Taouk M, Girgis A et al. Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. Eur J Oncol Nurs. 2017 Feb; 26:83-90. doi: 10.1016/j.ejon.2016.12.001.

129. Al-Yateem N, AlYateem S, Rossiter R. Cultural and Religious Educational Needs of Overseas Nurses Working in the Kingdom of Saudi Arabia and the United Arab Emirates. Holist Nurs Pract. 2015 Jul-Aug; 29(4):205-15. doi: 10.1097/HNP.0000000000000095.

130. Goodman P, Edge B, Agazio J, Prue-Owens K. Cultural Awareness: Nursing Care of Iraqi Patients. J Transcult Nurs. 2015 Sep; 26(4):395-401. doi: 10.1177/1043659614524794.

131. Coffman MJ. Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research. J Cult Divers. 2004 Fall [acceso: 05.05.2019]; 11(3):100-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15689144

132. Tuohy D, McCarthy J, Cassidy I, Graham MM. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. Int Nurs Rev. 2008 Jun; 55(2):164-70. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00600.x.

133. Huang YL, Yates P, Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. J Clin Nurs. 2009 Dec; 18(24):3421-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02938.x.

134. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. Nurs Health Sci. 2017 Jun; 19(2):157-162. doi: 10.1111/nhs.12308.

135. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. Int Nurs Rev. 2005 Dec; 52(4):276-85. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x

136. Atkinson C. Islamic Values and Nursing Practice in Kuwait. J Holist Nurs. 2015 Sep; 33(3):195-204. doi: 10.1177/0898010114564682.

137. Fatahi N, Mattsson B, Lundgren SM, Hellström M. Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. J Adv Nurs. 2010 Apr; 66(4):774-83. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x.

138. Kirkham SR. Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. Clin Nurs Res. 1998 May; 7(2):125-46. doi: 10.1177/105477389800700204

139. Cioffi J. Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. Contemp Nurse. 2005 Sep [acceso: 05.05.2019]; 20(1):78-86. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295344

140. Vydelingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. Nurs Inq. 2006 Mar; 13(1):23-32. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00304.x

141. Ian C, Nakamura-Florez E, Lee YM. Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients. Appl Nurs Res. 2016 May; 30:257-60. doi: 10.1016/j.apnr.2015.11.009

142. Plaza Del Pino FJ, Soriano E, Higginbottom GM. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients

in southern Spain: a focused ethnography. BMC Nurs. 2013 May 24; 12:14. doi: 10.1186/1472-6955-12-14. eCollection 2013.

143. Coleman JS, Angosta AD. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. J Clin Nurs. 2017 Mar; 26(5-6):678-689. doi: 10.1111/jocn.13567.

144. Almutairi AF, McCarthy A, Gardner GE. Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: registered nurses' experience in Saudi Arabia. J Transcult Nurs. 2015 Jan; 26(1):16-23. doi: 10.1177/1043659614523992.

145. Huang YL, Yates P, Prior D. Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care. Cancer Nurs. 2009 Jan-Feb; 32(1):E12-21. doi: 10.1097/01.NCC.0000343370.16894.b7

146. Shafipour V, Mohammad E, Ahmadi F. Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: a qualitative study. Glob J Health Sci. 2014 Aug 15; 6(6):234-44. doi: 10.5539/gjhs.v6n6p234.

147. Hemberg JAV, Vilander S. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. Scand J Caring Sci. 2017 Dec; 31(4):822-829. doi: 10.1111/scs.12403.

148. Wilson DW. Culturally competent psychiatric nursing care. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Oct; 17(8):715-24. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01586.x.

149. Arnaert A, Schaack G. Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care. Accid Emerg Nurs. 2006 Apr; 14(2):97-103. doi: 10.1016/j.aaen.2006.01.002

150. Sobel LL, Metzler Sawin E. Guiding the process of culturally competent care with hispanic patients: A grounded theory study. J Transcult Nurs. 2016 May; 27(3):226-32. doi: 10.1177/1043659614558452.

151. Cortis JD. Perceptions and experiences with nursing care: A study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. J Transcult Nurs. 2000 Apr; 11(2):111-118. doi: 10.1177/104365960001100205

152. Pasco AC, Morse JM, Olson JK. The cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. J Nurs Scholarsh. 2004 [acceso: 05.05.2019]; 36(3):239-46. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495493

153. Vouzavali FJ, Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Koutroubas A, Patiraki EI, Papadatou D. 'The patient is my space': hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. Nurs Crit Care. 2011 May-Jun; 16(3):140-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x.

154. Gould LJ, Griffiths P, Barker HR, Libberton P, Mesa-Eguiagaray Ines, Pickering RM et al. Compassionate care intervention for hospital nursing teams caring for older people: a pilot cluster randomised controlled trial. BMJ Open 2018; 8:e018563. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018563

155. Dewar B, Cook F. Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. Nurse Educ Today. 2014 Sep; 34(9):1258-64. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.012. Epub 2014 Jan 10.

156. Betcher DK. Elephant in the room project: improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients. Medsurg Nurs. 2010 Mar-Apr; 19(2):101-5.

157. Curtis K, Gallagher A, Ramage C, Montgomery J, Martin C, Leng J et al. Using Appreciative Inquiry to develop, implement and evaluate a multi-organisation 'Cultivating Compassion' programme for health professionals and support staff. Journal of Research in Nursing. 2017; 22(1–2):150-165. https://doi.org/10.1177/1744987116681376

158. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does Compassion-Focused Therapy Training for Health Care Educators and Providers Increase Self-Compassion and Reduce Self-Persecution and Self-Criticism? J Contin Educ Health Prof. 2016 Winter; 36(1):4-10. doi: 10.1097/CEH.0000000000000023.

159. Mahon MA, Mee L, Brett D, Dowling M. Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. Journal of Research in Nursing. 2017; 22(8):572–583. https://doi.org/10.1177/1744987117721596

160. Masterson A, Robb E, Gough P, Machell S. Inspiring senior nurses to lead the delivery of compassionate care. Nurs Older People. 2014 Sep; 26(8):26-30. doi: 10.7748/nop.26.8.26.e622.

161. Bridges J, May C, Fuller A, Griffiths P, Wigley W, Gould L et al. Optimising impact and sustainability: a qualitative process evaluation of a complex intervention targeted at compassionate care. BMJ Qual Saf. 2017 Dec; 26(12):970-977. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006702. Epub 2017 Sep 15.

162. Ross AJ, Anderson JE, Kodate N, Thomas L, Thompson K, Thomas B et al. Simulation training for improving the quality of care for older people: an independent evaluation of an innovative programme for inter-professional education. BMJ Qual Saf. 2013 Jun; 22(6):495-505. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000954. Epub 2012 Dec 6.

163. Orellana-Rios CL, Radbruch L, Kern M, Regel YU, Anton A, Sinclair S et al. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an "on the job" program. BMC Palliat Care. 2017 Jul 6; 17(1):3. doi: 10.1186/s12904-017-0219-7.

164. Rushton CH, Sellers DE, Heller KS, Spring B, Dossey BM, Halifax J. Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying. Palliat Support Care. 2009 Dec; 7(4):405-14. doi: 10.1017/S1478951509990411.

165. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. Nurse Educ Today. 2015 Feb; 35(2):333-40. doi: 10.1016/j.nedt.2014.10.021. Epub 2014 Nov 7.

166. Salman A, McCabe D, Easter T, Callahan B, Goldstein D, Smith TD et al. Cultural competence among staff nurses who participated in a family-centered geriatric care program. J Nurses Staff Dev. 2007 May-Jun; 23(3):103-11.

167. Grady AM. Enhancing cultural competency in home care nurses caring for hispanic/latino patients. Home Healthc Nurse. 2014 Jan; 32(1):24-30. doi: 10.1097/NHH.0000000000000002.

168. Brathwaite AE. Evaluation of a cultural competence course. J Transcult Nurs. 2005 Oct; 16(4):361-9.

169. Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a cultural competence educational programme. J Adv Nurs. 2006 Feb; 53(4):470-9.

170. Brathwaite AC. Influence of nurse characteristics on the acquisition of cultural competence. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2006; 3:Article 3. Epub 2006 Jan 19.

171. Chipps JA, Simpson B, Brysiewicz P. The effectiveness of cultural-competence training for health professionals in community-based rehabilitation: a systematic review of literature. Worldviews Evid Based Nurs. 2008; 5(2):85-94. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00117.x.

172. Majumdar B, Browne G, Roberts J, Carpio B. Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. J Nurs Scholarsh. 2004; 36(2):161-6.
173. Bhat AM, Wehbe-Alamah H, McFarland M, Filter M, Keiser M. Advancing Cultural Assessments in Palliative Care Using Web-Based Education. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2015 Aug; 17(4):348-355. doi: 10.1097/NJH.0000000000000175
174. Lee CA, Anderson MA, Hill PD. Cultural sensitivity education for nurses: a pilot study. J Contin Educ Nurs. 2006 May-Jun; 37(3):137-41.
175. Chevannes M. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. J Adv Nurs. 2002 Aug; 39(3):290-8.
176. Kim YK, Lee H. The Effectiveness of a Cultural Competence Training Program for Public Health Nurses using Intervention Mapping. J Korean Acad Community Health Nurs. 2016 Dec; 27(4):410-422. http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.4.410
177. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018 Apr 2; 18(1):232. doi: 10.1186/s12913-018-3001-5.
178. Kelly F, Papadopoulos I. Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. Diversity in Health and Care. 2009; 6:77-84.
179. Chapman R, Martin C, Smith T. Evaluation of staff cultural awareness before and after attending cultural awareness training in an Australian emergency department. Int Emerg Nurs. 2014 Oct; 22(4):179-84. doi: 10.1016/j.ienj.2013.11.001. Epub 2013 Nov 15.
180. Halm MA, Evans R, Wittenberg A, Wilgus E. Broadening cultural sensitivity at the end of life: an interprofessional education program incorporating critical reflection. Holist Nurs Pract. 2012 Nov-Dec; 26(6):335-49. doi: 10.1097/HNP.0b013e31826ed0a7.
181. Doorenbos AZ, Lindhorst T, Schim SM, Van Schaik E, Demiris G, Wechkin HA, Curtis JR. Development of a Web-based educational intervention to improve cross-cultural communication among hospice providers. J Soc Work End Life Palliat Care. 2010; 6(3-4):236-55. doi: 10.1080/15524256.2010.529022.
182. Xu Y, Shen J, Bolstad AL, Covelli M, Torpey M. Evaluation of an intervention on socio cultural communication skills of international nurses. Nurs Econ. 2010 Nov-Dec; 28(6):386-92.
183. Warren N, Baptiste DL, Foronda C, Mark HD. Evaluation of an Intervention to Improve Clinical Nurse Educators' Knowledge, Perceived Skills, and Confidence Related to

Diversity. Nurse Educ. 2017 Nov/Dec;42(6):320-323. doi: 10.1097/NNE.0000000000000355.

184. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care--a systematic review of the literature. Int J Qual Health Care. 2013 Jul; 25(3):261-9. doi: 10.1093/intqhc/mzt006. Epub 2013 Jan 22.

185. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 5; (5):CD009405. doi: 10.1002/14651858.CD009405.pub2.

186. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH 3rd. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. J Gen Intern Med. 2011 Mar; 26(3):317-25. doi: 10.1007/s11606-010-1529-0. Epub 2010 Oct 16.

187. Govere L, Govere EM. How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. Worldviews Evid Based Nurs. 2016 Dec; 13(6):402-410. doi: 10.1111/wvn.12176. Epub 2016 Oct 25.

188. Flavin C. Cross-cultural training for nurses: a research-based education project. Am J Hosp Palliat Care. 1997 May-Jun; 14(3):121-6.

189. Beard KV. Examining the Impact of Critical Multicultural Education Training on the Multicultural Attitudes, Awareness, and Practices of Nurse Educators. J Prof Nurs. 2016 Nov-Dec; 32(6):439-448. doi: 10.1016/j.profnurs.2016.05.007. Epub 2016 May 17.

190. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [acceso: 20.12.2019]. 84 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf

191. Agama-Sarabia A, Crespo-Knopfler S. Modelo constructivista y tradicional: Influencia sobre el aprendizaje, estructuración del conocimiento y motivación en alumnos de enfermería. Index Enferm. 2016; 25(1-2):109-113.

192. Pérez Pérez ML. Freire y Vigostky en los procesos educativos latinoamericanos contemporáneos. S.f. [acceso: 20.08.2018] 11 p. Disponible en: http://www.cubaarqueologica.org/document/ant06_perezperez.pdf

193. Chaves Salas AL. Implicaciones educativas de la teoría Sociocultural de Vigotsky. Revista Educación. 2001 [acceso: 05.05.2018]; 25(2):59-65. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/440/44025206.pdf

194. Cerezo-Bautista AM, Hernández-Álvarez J. Formando docentes, una experiencia desde el constructivismo. Aquichán. 2008; 8(1):64-73.

195. Freire P. Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa. Sao Paulo: Paz e Terra SA; 2004.

196. Sinclair S, Kondejewski J, Raffin-Bouchal S, King-Shier KM, Singh P. Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. Applied Psychology: Health and Well-being. 2017; 39 p. doi:10.1111/aphw.12086

197. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. J Pain Symptom Manage. 2016 Feb; 51(2):193-203. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009.

198. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud. 2017 Apr; 69:9-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003. Epub 2017 Jan 12.

199. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burn Out, and Coping with Death. J Pain Symptom Manage. 2015 Aug; 50(2):200-7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013. Epub 2015 Feb 18.

200. Doñate C, Alhambra T, Garcés J. Promoción de la atención centrada en el paciente a través de la compasión: salud, valores y necesidades personales y culturales. España: Instituto de investigación Polibienestar – Universidad de Valencia. 37 p.

201. Doñate C, Alhambra T, Garcés J. Unidad de aprendizaje 1: Detener el acoso en el entorno de trabajo de la salud. Fomento de un liderazgo compasivo y culturalmente competente como factor protector. España: Instituto de investigación Polibienestar – Universidad de Valencia. 9 p.

202. Papadopoulos I, Pezzella A. The IENE 3 tools report: Learning tools for intercultural education of healthcare practitioners in Europe. United Kingdom: Middlesex University; 2015. 177 p.

203. Douglas M, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. J Transcult Nurs. 2014 Apr;25(2):109-21. doi: 10.1177/1043659614520998. Epub 2014 Feb 18.

204. Arli SK, Bakan AB. An investigation of the relationship between intercultural sensitivity and compassion in nurses. International Journal of Intercultural Relations. 2018; 63:38–42. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.12.001

205. Raigal-Arana L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement. Nurse Education Today. 2019; 72: 47-53. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.011.

206. Pedrero V, Bernales M, Chepo M, Manzi J, Pérez M, Fernández P. Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de Salud. Rev Saude Publica. 2020; 54:29. Published 2020 Mar 20. doi:10.11606/s1518-8787.2020054001695

207. Reed PG, Lawrence LA. A paradigm for the production of practice-based knowledge. J Nurs Manag. 2008 May;16(4):422-32. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00862.x.

208. Pérez Fuillerat N, Amezcua M. Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. Index Enferm. 2017 Dic; 26(4):245-247.

209. Reina Leal LM. Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. Enfermería Comunitaria. 2018 [acceso: 10.02.2019]; 14. Disponible en: http://ciberindex.com/c/ec/e12090

210. García P, Cerezo M, Serra Galceran M, González Soriano M, Mestres Camps L, Leyva Moral JM. Design and evaluation of an educational course in cultural competence for nursing. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014; 132:262-268.

211. Schim SM, Doorenbos A, Benkert R, Miller J. Culturally congruent care: putting the puzzle together. J Transcult Nurs. 2007 Apr;18(2):103-10.

212. Schim SM, Doorenbos AZ. A Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. J Soc Work End Life Palliat Care. 2010 Jul; 6(3-4): 256–270. doi: 10.1080/15524256.2010.529023

213. Munoz CC, DoBroka CC, Mohammad S. Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. J Nurs Educ. 2009 Sep; 48(9):495-503. doi: 10.3928/01484834-20090610-03.

214. Foronda CL. A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. J Transcult Nurs. 2008; 19(3):207-212. doi: 10.1177/1043659608317093.

215. Cameron RA, Mazer BL, DeLuca JM, Mohile SG, Epstein RM. In search of compassion: a new taxonomy of compassionate physician behaviours. Health Expect. 2015 Oct; 18(5):1672-85. doi: 10.1111/hex.12160. Epub 2013 Dec 4.

216. Fry M, MacGregor C, Ruperto K, Jarrett K, Wheeler J, Fong J, Fetchet W. Nursing praxis, compassionate caring and interpersonal relations: an observational study. Australas Emerg Nurs J. 2013 May; 16(2):37-44. doi: 10.1016/j.aenj.2013.02.003. Epub 2013 May 22.

217. Burridge LH, Winch S, Kay M, Henderson A. Building compassion literacy: Enabling care in primary health care nursing. Collegian. 2017 [acceso: 22.05.2019]; 24(1):85-91. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29218966

218. Whittemore R, Grey M. The systematic development of nursing interventions. J Nurs Scholarsh. 2002; 34(2):115-20.

219. van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijfjes B, Grypdonck MH. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. J Adv Nurs. 2004 Oct; 48(1):84-92.

220. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, Guthrie B, Lester H, Wilson P, Kinmonth AL. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ. 2007 Mar 3; 334(7591):455-9.

221. Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. BMJ Open. 2017 Aug 4; 7(8):e015981. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015981.

222. Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. Crit Care Nurs Clin North Am. 2008 Dec; 20(4):403-14. doi: 10.1016/j.ccell.2008.08.008.

223. López-Díaz L, Velásquez V, Rodríguez V, Papadopoulos I. Contraste de perspectivas y experiencias sobre compasión de enfermeras colombianas con 14 países. Duazary. 2019 may; 16(2):233-244. Doi: https://doi.org/10.21676/2389783X.2747

224. Egan H, Mantzios M, Jackson C. Health Practitioners and the Directive Towards Compassionate Healthcare in the UK: Exploring the Need to Educate Health Practitioners on How to be Self-Compassionate and Mindful Alongside Mandating Compassion Towards Patients. Health Professions Education. 2017; 3(2):61-63. https://doi.org/10.1016/j.hpe.2016.09.002

225. Arch JJ, Brown KW, Dean DJ, Landy LN, Brown K, Laudenslager ML. Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. Psychoneuroendocrinology. 2014 Apr; 42: 49–58. Published online 2014 Jan 7. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.018

226. Morgan B, Hejdenberg J, Hinrichs-Krapels S, Armstrong D. Do feasibility studies contribute to, or avoid, waste in research? PLoS One. 2018 Apr 23;13(4):e0195951. doi: 10.1371/journal.pone.0195951. eCollection 2018.

227. Minary L, Trompette J, Kivits J, Cambon L, Tarquinio C, Alla F. Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review. BMC Med Res Methodol. 2019 May 7;19(1):92. doi: 10.1186/s12874-019-0736-6.

228. Campos Bacas D, Cebolla I Martí A, Rasal Cantó P. Mindfulness estado, habilidades mindfulness, compasión en el aprendizaje de mindfulness: Un estudio piloto. Ágora de Salut. 2015; II:225-233. DOI:http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.2.22

229. Bradshaw A. Measuring nursing care and compassion: the McDonaldised nurse? J Med Ethics. 2009 Aug;35(8):465-8. doi: 10.1136/jme.2008.028530.

230. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. J Health Serv Res Policy. 2005; 10 Suppl 1:6-20. doi: 10.1258/1355819054308576

231. Jazaieri H, Jinpa GT, McGonigal K, Rosenberg EL, Finkelstein J, Simon-Thomas E, et al. Enhancing compassion: a randomized controlled trial of a Compassion Cultivation Training program. J Happiness Stud. 2013; 14(4):1113–26.