

Universidad de Huelva

Departamento de Sociología y Trabajo Social



Competencia cultural en salud : conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Esperanza Begoña García Navarro

Fecha de lectura: 10 de julio de 2015

Bajo la dirección de la doctora:

Estrella Gualda Caballero

Huelva, 2015



PROGRAMA DE DOCTORADO:
Globalización, Multiculturalismo y Exclusión Social:
Desarrollo, Políticas Sociales, Desarrollo Social y Migraciones
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE HUELVA

TESIS DOCTORAL

COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD:
CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y
ACTITUDES ANTE LOS CUIDADOS
CULTURALES

Memoria para optar al grado de Doctora presentada por:

Dña. Esperanza Begoña García Navarro

Directora: Dra. Dña. Estrella Gualda Caballero

Junio 2015

Al recuerdo de Manuel García Camacho

Papá....esta tesis es nuestra



AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Es difícil entender la importancia de los agradecimientos de una tesis doctoral hasta que no se ha terminado. En ese momento te das cuenta de cuánto tienes que agradecer a tanta gente. Intentaré resumir en unas líneas la gratitud que siento a todas las personas que han estado presentes durante esa etapa, haciendo posible que hoy deje de ser un sueño para pasar a ser una realidad.

A la Dra. Estrella Gualda Caballero, directora de esta tesis, por toda su ayuda, su paciencia, su disponibilidad, por los buenos e intensos ratos en el Portil... y sobre todo por saber llevarme como lo ha hecho, si tuviese que empezar de nuevo, volverías a ser la elegida (pero te aseguro que tardaría menos).

Me gustaría dar las gracias al grupo de investigación *Estudios sociales e intervención social*, por enriquecerme con sus planteamientos multidisciplinares, por el respeto y el interés mostrado hacia la investigación en enfermería. Gracias a mi equipo de investigación sobre afrontamiento al final de la vida, por enseñarme a investigar desde el amor, no todo son números ni datos profundos, hay mucho más que sólo puedo hacerlo con vosotras... Rosa, Marian, Miriam y Sonia, maravilloso equipo, me habéis dado tanto... Miriam Araujo, no puedes olvidar que algún día estarás escribiendo tus agradecimientos y espero poder estar a la altura, tan solo la mitad de lo que tú has hecho conmigo.

A mis compañeros de la Facultad de Enfermería, a mis vecinas (Paqui y Agu), Cinta, las Lolás, Fali, María Jesús, Carmen, Deli, Pepe, Manolo, José Luís, Enrique... Gracias. A Juan Gómez... gracias por tus ánimos y por estar siempre. Gracias a todos y especialmente a mi referente, Valle, gracias por enseñarme la enfermería como la siento, por tus consejos, por estar.

A todos los demás compañeros de otras facultades que me han ayudado de alguna u otra manera en el camino, José Andrés, Octavio, Lucía y Teresa. Gracias.

A Pepe Maldonado y Eli, por ser mi familia de la Unidad de Sueño, por ayudarme, escucharme, aguantarme, facilitarme mi vida laboral y personal, gracias.

A mis compañeros de Fabis, por animarme, por facilitar el desarrollo de mis líneas de investigación, pero sobre todo por su amistad y entrega, de una manera muy especial a Paco, a Fran, por su entrega incondicional, a Rocío, mi gran soporte técnico, por tu profesionalidad y valía, gracias. Mavi, por hacerme ver la otra cara de la realidad en multitud de ocasiones, por valorarme y quererme, gracias. Noelia, mi amiga y compañera, porque si más nos peleamos, más nos queremos, por cabrearme para hacerme sentir que estas, y por estar en mayúsculas, gracias.

A la dirección y subdirección de Enfermería del Hospital Juan Ramón Jiménez, por facilitar mis inquietudes en estos tiempos que corren, gracias por valorarme y creer en mí.

A todos los alumnos y enfermeros que sienten "*el cuidar*" como eje de su profesión.

A mis compañeros y amigos del Centre for Spatial and Organizational Dynamics (CIEO), José, Carla, Joao y Marlene y de la Escuela de Ciências do Saude de la Universidad do Algarve, a Rui Lorenzo y muy especialmente a Emilia, gracias por darme la oportunidad de conocerlos, por hacerme sentir parte de vosotros, por vuestros sabios consejos y por vuestra amistad.

A mis amigos, que han sabido respetar esta locura del mundo investigador a pesar de no entenderla, por estar conmigo durante el camino, Nuria y Natalia, M^a José, mis amigas de siempre Tutti, Natalia, Tinti, Begoty, Ro y Yolanda... y en especial a Antonio y a ti Mónica, por hacerme sonreír en cada encuentro, por aportar un poco de orden, por ofrecer tu ayuda siempre, gracias.

A mi amiga Yolanda, por hacerme más fácil este camino, por suplir mis labores en mis ausencias, por estar siempre sin necesidad de pedírtelo, por ser mi amiga desde la libertad, por enseñarme este nuevo concepto. Gracias amiga.

A mi familia, a mis hermanos y sobrinos, en especial a Sonia, mi hermana, amiga y compañera, que me ha animado todos y cada uno de los días para que no abandonara, por creer en mí, por permitirme mis espacios, por su equilibrio. ¡Qué bonito es ser tu hermana! Sonia, gracias.

A mi madre, por su incondicionalidad, por quererme tanto, por aguantarme más, por vivir mis logros como si fuesen suyos, por estar siempre, mi agradecimiento más sincero.

A Manolo, gracias por toda tu ayuda, por sufrir las ausencias, por respetarme tanto, por animarme de esa manera que al final ha conseguido que hoy esté escribiendo esto, por todos y cada uno de los días que no he estado a tu lado. Gracias.

Y por último, a Álvaro, mi niño, uno de los más sufridores de este proceso, porque a pesar de tus pocos años has conseguido animarme día a día, por tu maravillosa sonrisa cuando llegaba cansada, por entender mis ausencias, por enseñarme a amar de esta manera. GRACIAS.

A TODOS, MI ETERNO AGRADECIMIENTO



INDICE

INDICE

ABSTRACT	1
RESUMEN	3
PRESENTACIÓN.....	6
1. COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS	11
1.1 Cultura, prácticas sociales y cuidados	13
1.1.1 Relaciones socioculturales con el paciente. Interaccionismo simbólico y práctica social en el cuidado.....	13
1.1.2 Cuidado de enfermería y Cultura.	17
1.2. Enfermería transcultural	18
1.3. Corrientes y referentes teóricos en la enfermería transcultural y la competencia cultural de los cuidados.....	20
1.3.1 Madeleine Leininger y sus cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad .	22
1.3.2 Purnell y su modelo de competencia cultural	29
1.3.3. Spector y su modelo de herencia cultural y tradiciones de salud	33
1.3.4 Campinha-Bacote y su modelo de competencia cultural en la prestación de servicios de salud	35
1.4 Competencia cultural	39
1.5. La enfermería transcultural en España	41
1.5.1. Factores que influyen en la consolidación de la enfermería transcultural en España	42
• El primer factor es el aumento de inmigrantes asentados y del flujo de migraciones de personas de diferentes nacionalidades en nuestro país.....	42
Inmigración y Enfermedades Infecciosas.....	43
Inmigración y salud sexual y reproductiva.....	45
Utilización de los servicios de salud y población extranjera.....	47
Precariedad laboral y Salud	48
• El incremento marcado de la identidad multicultural en la población extranjera.....	52
• El incremento de la interacción de personas de diferentes culturas	53
1.6. Líneas futuras de intervención relacionadas con la investigación	54
2. OBJETIVOS.....	56
3. HIPÓTESIS DE TRABAJO E IDEAS PRELIMINARES	66
4. METODOLOGÍA.....	68
4.1. Objetivos	68

5. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	85
Discusión de resultados. Objetivo 1.	85
Discusión de resultados. Objetivo 2 y 3.	91
Discusión de resultados. Objetivo 4.	96
Discusión. Objetivo 5.....	104
6. CONCLUSIONS	106
7. CONCLUSIONES.....	111
Conclusiones. Objetivo 1.	111
Conclusiones. Objetivos 2 y 3	113
Conclusiones. Objetivo 4.	115
Conclusiones. Objetivo 5	116
Conclusiones generales	117
8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD.....	119
1. Ámbito académico. Intervenciones desde el contexto universitario.....	119
2. Ámbito clínico. Intervenciones desde el sistema sanitario.	121
9. BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXO 1.	139
ANEXO 2.	148
ANEXO 3.	155
ANEXO 4.	162
1. PRODUCCIÓN CIENTIFICA Y ACTIVIDAD INVESTIGADORA DERIVADAS DE LA LINEA DE INVESTIGACIÓN: COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS	168
1.1 Artículos seleccionados para este compendio	168

1.2 Artículos derivados de la línea de investigación no seleccionados para este compendio.....	169
1.3 Libros derivados de la línea de investigación.....	170
1.4 Capítulos de libro derivados de la línea de investigación.....	170
1.5 Otros resultados adicionales en esta línea de investigación	171
1.5.1 Conferencias invitadas:	171
1.5.2 Comunicaciones internacionales en eventos científicos	171
1.5.3 Comunicaciones nacionales en eventos científicos.....	174
1.6 Subvenciones concedidas por organizaciones oficiales derivadas de esta línea de investigación	174
1.7 Premios y distinciones a la investigación derivados de esta línea de investigación.....	175
1.8 Creaciones derivadas de esta línea de investigación.....	175
1.9 Participación en Grupos de investigación que comportan esta línea de investigación.....	176
2. SELECCIÓN DE TRABAJOS PARA EL COMPENDIO	178
2.1. PUBLICACIÓN 1.....	178
2.2. PUBLICACIÓN 2.....	193
2.3. PUBLICACIÓN 3.....	200
2.4. PUBLICACIÓN 4.....	208
3 FACTOR DE IMPACTO.....	227

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Ficha técnica. Objetivo 1.....	68
Tabla 2. Selección de participantes del ámbito hospitalario.....	72
Tabla 3. Selección de participantes del ámbito de atención primaria.....	73
Tabla 4. Ficha técnica. Objetivo 2 y 3.....	74
Tabla 5. Ficha técnica. Objetivo 4.....	77
Tabla 6. Ficha técnica. Objetivo 5.....	81
Tabla 7. Barreras de acceso al sistema sanitario.....	89
Tabla 8. Etiología de la Inmigración/Nacionalidad.....	92
Tablas 9 y 10. Estrategias para la competencia cultural. Nacionalidad. Curso.....	95

FIGURAS

Figura 1. Proceso de análisis de la unidad temática.....	9
Figura 2. Leininger M. (1991). Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York, NY: John Wiley and Sons.	24
Figura 3. Modelo de Purnell para la Competencia Cultural.....	30
Figura 4.1 Modelo de Competencia Cultural en los cuidados.....	28
Figura 4.2 Modelo de Competencia Cultural en los cuidados.....	32
Figura 4.3 Modelo de Competencia Cultural en los cuidados.....	34
Figura 4.4 Modelo de Competencia Cultural en los cuidados.....	37
Figura 5. Objetivo de la presente línea de investigación relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral.....	57
Figura 6. Objetivo 1 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral...	60
Figura 7. Objetivo 2 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral...	61
Figura 8. Objetivo 3 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral...	62
Figura 9. Objetivo 4 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral...	64
Figura 10. Objetivo 5 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral	65
Figura 11. Hipotesis de trabajo e ideas preliminares.....	66



PRIMERA PARTE:
MEMORIA TESIS DOCTORAL





Resumen

ABSTRACT

In the last few years there has been a great deal of social changes taking place in Spain, which have had an influence in the response model that both patients and their families demand to healthcare professionals particularly, and to the healthcare system in general terms. The gradual increase in the influx of immigrants in our country has generated two new health demands which make necessary the acquisition of certain culturally competent nursing care by healthcare providers; On the one hand, to healthcare professionals, the existence of a new profile of a multicultural patient who claims the assistance on his health and disease processes. On the other hand a new labour niche is created, where the incoming immigrant now plays the role of a non-professional healthcare provider who, at the same time, provides the native patients with the healthcare they demand.

In a society where people coexist with many different cultural references, healthcare providers must be able to communicate with these patients effectively and, in addition to this, they will have to know, and take into account, their cultural determining factors concerning health and disease processes. Acquisition, cultural knowledge, culturally competent practices and an attitude of cultural desire are considered essential for them. Knowledge, skills and attitudes ultimately contribute to create nurse competence, named cultural competence.

According to scientific literature, there are not enough factors to allow the consolidation of what is called transcultural nursing in our country. That is the reason why we consider the development of adaptation strategies as something necessary to enhance the acquisition of a cultural awareness in our professionals.

The personal challenge that I propose, throughout the development of this line of investigation which is exposed in this doctoral dissertation, is the development of a platform of activities aimed at teaching, practising, and researching, which includes the healthcare component from the individuals' cultural perspective.

1. To know the attitudes of healthcare providers, concerning the idea of caring others, taking into account, as literature shows by itself, the need to include the attitudes of the pre-professional population in the analysis.
2. To know the caring applications that those who provide health services give to people of several nationalities either being professional suppliers or not (informal caregivers). The late case refers to the phenomenon of foreign caregivers that we will discuss hereafter.

3. To include the training in cultural competence as a common strategy to both current healthcare providers and those who will become one in the future (Nursing University Degree).

4. To add a more cultural competence in research by promoting the qualitative approach in its methodology.

As a result of this comprehensive approach to cultural competence and taking into account the emic and etic perspectives of healthcare providers, it has been necessary to make a call for methodological pluralism. This plural approach has been attached to data triangulation and informations that emphasize the need for coherence between both research methods and the objectives of each study, which are part of the epitome of this doctoral dissertation. Given the diversity of issues that we wanted to define we have employed different strategies and techniques of social research to ensure there is a consistency in the approach all the goals.

The results achieved have proved the need for getting culturally competent healthcare in the cultural meetings in health and disease processes, separating each and every one taking into consideration the key concepts in this line of investigation: Knowledge, practices and attitudes that allow us to conclude that healthcare is, above all, an act of communication, that is, the meeting with 'other person' and through its development there is a need for building up meaningful and respectful relationships with patients. Healthcare providers will have to make an effort to increase their cultural knowledge and use it in their role as nurses, losing the fear to accept and understand the need to integrate the intercultural communicative competence in their everyday life. The right to maintain their cultural identity must prevail, without overriding those which are different to their own, having a mutual enrichment with new experiences, beholding the world through others' eyes, and adding others' knowledge to their own one; being able to discover along with the other person instead of just knowing about him. This can only be possible with cultural competence.

RESUMEN

En los últimos años se han producido en España grandes cambios sociales que influyen sobre el modelo de respuesta que los pacientes y sus familias demandan a los profesionales sanitarios en concreto y al sistema sanitario en general. El aumento progresivo del flujo de inmigrantes en nuestro país ha suscitado dos nuevas demandas de salud que generan la necesidad de adoptar unos cuidados culturalmente competentes por parte de los proveedores de cuidado; por un lado, para los profesionales sanitarios, la existencia de un nuevo perfil de paciente de procedencia diversa que necesita asistencia en sus procesos de salud y enfermedad y por otro lado, se crea un nuevo nicho laboral, donde es ahora el extranjero el que adquiere el rol cuidador no profesional que proporciona cuidados a los pacientes autóctonos.

En las sociedades en las que conviven personas que tienen diferentes referentes culturales, los proveedores de salud deberán estar capacitados para comunicarse eficazmente con estos pacientes y, además, deberán conocer y tener en cuenta sus condicionantes culturales respecto al proceso de salud y enfermedad. Considerando imprescindible la adquisición por parte de los mismos de conocimientos culturales, prácticas culturales competentes y una actitud de deseo cultural. Conocimientos, habilidades y actitudes que en definitiva conforman la competencia enfermera denominada competencia cultural.

En nuestro país, según la literatura científica, no existen suficientes factores para que se permita la consolidación de una enfermería transcultural. Por lo que planteamos como necesarias, estrategias de adecuación en nuestro contexto para potenciar la adquisición de una conciencia cultural en nuestros profesionales que advierta la necesidad de incluir en sus prácticas cotidianas una visión holística del paciente, teniendo en cuenta los aspectos socioculturales.

El desafío personal que planteo en la presente tesis doctoral, durante el desarrollo de esta línea de investigación que aúna la competencia cultural en el ejercicio del cuidar, es la construcción de una plataforma de acciones orientada a la docencia, la práctica y la investigación, que incorpore el componente del cuidado desde la óptica de la cultura de los individuos.

1. Conocer las actitudes de los proveedores de salud¹, respecto al cuidado del otro. Teniendo en cuenta tal y como evidencia la literatura la necesidad de incluir en el análisis las actitudes de la población pre-profesional

¹ Debido a que existen diferentes perfiles de profesionales y no profesionales que se dedican al cuidado como eje principal de su asistencia, usaremos el término proveedor de salud para hacer referencia al colectivo de personas dedicadas al cuidado, profesionales de la enfermería o cuidadores informales.

2. Conocer las prácticas de cuidado de quienes prestan servicios de salud a personas de origen diverso sean proveedores profesionales o no (cuidadores informales). Este último se refiere al fenómeno de las cuidadoras extranjeras que abordamos seguidamente.
3. Incluir la formación en competencia cultural como estrategia común a los proveedores de cuidados y a aquellos que lo serán en el futuro (formación grado universitario en enfermería).
4. Incorporar la competencia cultural en la investigación enfermera promocionando el pluralismo metodológico, enfatizando el paradigma fenomenológico para el abordaje de las prácticas socioculturales en la salud de los individuos.

Como fruto de este planteamiento integral sobre la competencia cultural y teniendo en cuenta la perspectiva emic y etic de los proveedores de salud, ha sido necesario un abordaje de pluralismo metodológico. Este enfoque plural, ha sido acompañado de una triangulación de datos e informaciones que enfatizan la necesidad de coherencia entre los métodos y técnicas de investigación y los objetivos de cada estudio que forman el compendio de la presente tesis doctoral. Dada la diversidad de aspectos que queríamos definir se han empleado diferentes estrategias y técnicas de investigación social para asegurarnos la coherencia de abordaje en cada uno de los objetivos.

Los resultados obtenidos han demostrado la necesidad de adoptar unos cuidados culturalmente competentes en los procesos de salud y enfermedad, desgranando cada uno de ellos teniendo en cuenta los conceptos claves de la presente línea de investigación, conocimientos, prácticas y actitudes que nos permiten concluir que el cuidado es, sobre todo, un acto comunicativo, el encuentro con el "otro", a través del mismo se busca desarrollar relaciones significativas y respetuosas con los pacientes. Los proveedores de cuidado, deberán esforzarse en aumentar su conocimiento cultural e incluir éste en su rol enfermero, perdiendo el miedo a aceptar y comprender la necesidad de integrar la competencia comunicativa intercultural en su día a día. Debe prevalecer el derecho a mantener la identidad cultural del paciente, sin anular aquellos valores que son diferentes a los propios, esto genera un enriquecimiento mutuo con nuevas pertenencias, viendo el mundo con los ojos del otro, agregando a su conocimiento el aportado por los demás; asegurándonos una relación enfermero-paciente eficaz, siendo capaz de conocer con el otro más que sobre el otro. Sólo con competencia cultural esto se hará posible.



Presentación

PRESENTACIÓN

Quiero aprovechar estas líneas para poder plantear el porqué de esta tesis, para describir las vicisitudes que han hecho que hoy pueda presentar este trabajo como compendio de publicaciones y optar al grado de doctora.

En primer lugar, debo recordar que la primera vez que pensé en la necesidad de abordar esta línea de investigación sobre competencia cultural en los cuidados fue en el año 1996, gracias a una estancia de investigación en México donde tuve la oportunidad de sentirme en la piel del otro, una vez yo era la paciente, pero además era paciente en otro país, con otra cultura y con un sistema sanitario totalmente desconocido para mí. Entendí que mis percepciones y conceptos sobre la salud y la enfermedad, a pesar de ser profesional sanitario, dependían de una telaraña de significantes y significados nada que ver con enfermedades ni virus raros. Cuando estuve sentada en esa camilla del hospital, la que estaba enferma era yo, ni siquiera una enfermera, sino una persona con una biografía y unas prácticas de cuidado totalmente diferentes a las que allí se ofrecían, por no hablar de los problemas comunicativos, a pesar de hablar el mismo idioma. Allí pensé y sentí la necesidad de elaborar la tesis que hoy firmo.

El camino no fue nada fácil porque para empezar era diplomada y además enfermera, un gran hándicap para la investigación en salud de aquella época, pero hoy puedo demostrar que sí, que con esfuerzo, se alcanza todo aquello que te propones.

Tras muchos convenios universitarios pude licenciarme en la Hogeschool Zeeland, Holanda, sin saber holandés, pero a partir de ahí todo se vislumbraba más fácil, ya sólo quedaba el tercer ciclo, así que ingresé en el programa de doctorado de *Globalización, multiculturalismo y exclusión social: desarrollo, políticas sociales, trabajo social y migraciones* coordinado por el departamento de sociología y trabajo social de la Universidad de Huelva. Allí tuve la suerte de conocer a profesores y compañeros de otras disciplinas que no hicieron más que enriquecer mi camino como enfermera. Luego me especialicé en un Máster oficial en *Estudios migratorios e intervención social*, en la Universidad de Huelva y luego en otro Máster de Ciencias de la salud en la misma universidad, terminados ambos másteres del 2002-2005, por último en 2013 finalicé otro Máster en Docencia universitaria de la universidad de la cual soy docente, la Universidad de Huelva... así hasta tener las suficientes competencias para diseñar lo que hoy, tras mucho tiempo, presento aquí. El camino recorrido ha sido largo, desde un principio tuve claro que tenía que abordar la diversidad en los cuidados, como una demanda de salud incipiente en

nuestra sociedad. El cuidado del otro necesitaba ser analizado, así que antes de diseñar ni planear estrategias de estudio, pensé en el significado que tuvo para mí el proceso de enfermar en otro país y por otro lado cómo me posicionaba cuando en mi práctica asistencial, los pacientes extranjeros necesitaban de mis cuidados. Recordé cómo cambió mi actitud hacia el otro después de la formación específica recibida; he de reconocer que fue ahí donde empezó todo, entendí que el conocimiento era una herramienta clave para la modificación de las actitudes de los proveedores de salud ante el paciente extranjero, por lo que el primer estudio enmarcado en esta línea de investigación se diseñó para conocer las actitudes de los profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva.

Los resultados fueron determinantes para continuar investigando, profundizando en el tándem conocimientos-actitudes, así que analizamos un factor añadido, la actitud de los futuros profesionales de la enfermería, es decir el abordaje de los alumnos de grado universitario en enfermería de la provincia de Huelva. Muchos de los resultados eran previsibles por las investigaciones preliminares, así que decidimos incluir variables que aportaran diversidad de actitudes y prácticas. Una de ellas fue el curso académico, entendiendo que el punto de inflexión sería incluir alumnos de aquellos cursos donde habían recibido formación específica en competencia cultural. Este análisis fue muy significativo, por lo que nos planteamos introducir otro elemento diferenciador determinante, el contexto cultural del propio sujeto de estudio. Utilizamos el espacio transfronterizo como eje diferenciador y tras colaborar con los compañeros en una estancia de investigación en la Escola do Saúde Universidad do Algarve, replicamos las mismas técnicas de obtención de datos que en la Universidad de Huelva. De esta manera obtuvimos una panorámica descriptiva sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tanto los profesionales de la enfermería como los alumnos del grado universitario de enfermería (potenciales proveedores de salud), tenían respecto a los cuidados culturales.

Al margen de este análisis centrado en profesionales y alumnos, seguimos observando la realidad y contrastando resultados con la literatura existente, advirtiendo que existían mitos y falacias que dificultaban la adquisición de competencia cultural en los proveedores de cuidado, sobre todo en lo relacionado con la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por parte de la población extranjera. Este fue otro de los objetivos que nos propusimos, analizar el perfil de los usuarios que realizaban un mal uso de los recursos para poder validar si los elementos dificultadores de los cuidados culturales por parte de los sujetos de estudio, estaban sustentados en supuestos reales o en percepciones erróneas.

Seguíamos profundizando en la competencia cultural en los cuidados de salud, línea de investigación compleja para ser abordada desde un único posicionamiento, por lo que para asegurarnos un acercamiento integral, necesitamos de otros diseños de estudio, así como de otra estancia de investigación. El Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics de la Universidad do Algarve fue el centro que seleccionamos para el continuar nuestro contacto con la realidad lusa.

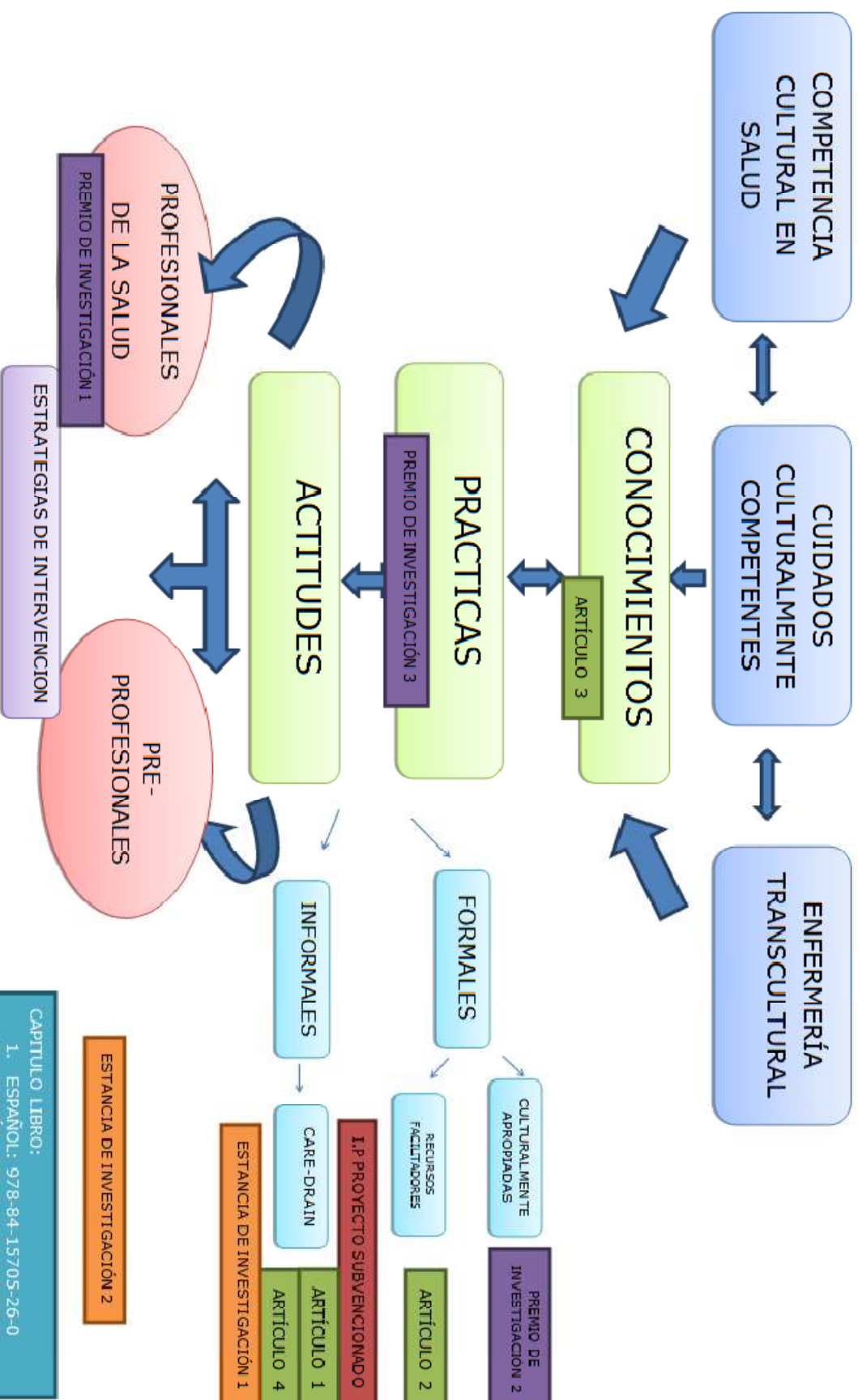
Habíamos estudiado a los profesionales de la enfermería, así como a los pre-profesionales, los alumnos de grado universitario, pero el concepto de proveedor de salud se concebía más amplio, en él también había cabida para el cuidador no profesional. En esta dirección se observó un fenómeno singular de aparición relativamente joven en nuestra sociedad que participaba del eje central de la línea de investigación, la competencia cultural de los cuidados. En este caso, existía una traslación de los actores estudiados hasta el momento; en el tandem proveedor-paciente, hasta este momento, era el paciente el que tenía la condición de extranjero, perfil que se traslada al cuidador, siendo en ese momento el inmigrante el que proporcionaba los cuidados a los autóctonos que pertenecían al lugar de emplazamiento de estudio.

Este fenómeno de los cuidadores extranjeros es explorado y analizado en el desarrollo de la investigación, abordando los conocimientos y prácticas socioculturales de salud que ellos tienen a la hora de enfrentarse al ejercicio del cuidado a personas de diferente cultura.

Una investigación que comenzó con un planteamiento sencillo, fué evolucionando hacia otros estudios más complejos para intentar dar respuesta a todos los factores que intervienen en la adquisición de competencia cultural en los proveedores de cuidados. El abordaje de la línea de investigación, como se ha detallado anteriormente, se planificó desde diferentes perspectivas para poder realizar una atención integral del problema. Esto ha hecho que se utilicen diferentes diseños metodológicos y que se haya desarrollado tan diversa producción científica de una misma línea de investigación. Lo que se presenta en este compendio de publicaciones, es una selección de las mismas, que proporciona una panorámica general de los resultados obtenidos durante el desarrollo de esta investigación.

En el siguiente gráfico, se presenta una panorámica general del proceso de investigación asociado a la producción científica del mismo, aportando una perspectiva aclaratoria del producto final del proceso.

FIGURA 1. PROCESO DE ANÁLISIS DE LA UNIDAD TEMÁTICA



CAPÍTULO LIBRO:

1. ESPAÑOL: 978-84-15705-26-0
2. INGLÉS: 978-1-312-18835-8
3. PORTUGUÉS: 978-989-729-099-2

ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN 2

ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN 1

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia Cultural en Salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los Cuidados Culturales. Tesis Doctoral



1. Competencia cultural en salud

COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD: CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES ANTE LOS CUIDADOS CULTURALES

Al tiempo que se generaliza la libre circulación de las ideas mediante la palabra y la imagen, hay que procurar que todas las culturas puedan expresarse y darse a conocer.

Art. 6, de la *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural* (París noviembre 2001)

1. COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS

La cultura es una elaboración comunitaria mediante la cual los individuos se reconocen, se auto-representan y se asignan significaciones comunes al mundo que les rodea. Tradicionalmente, la producción social de la cultura tiene sus fuentes en ámbitos históricos o espaciales precisos, donde se asienta una "nación", o áreas geográficas específicas, marcadas por la presencia de pueblos o etnias, una historia política o creencias religiosas compartidas (Vargas, Nelson, Pinochet & Juárez, 2010). En las últimas décadas del siglo XX, esta forma de producción de la cultura fue perdiendo vigencia, ya no se comparten los mismos patrones culturales en función del espacio/tiempo, imperando el fenómeno de la globalización (Cornu, 2006). La globalización, relativizándola a su vertiente cultural es un proceso donde hay ganancias y pérdidas, donde el intercambio de las culturas es también un intercambio de individuos, colectividades, pueblos, naciones, nacionalidades; *donde se teje un diálogo de formas de ser e imaginar, tejiendo múltiples singularidades, de tal forma que se alcanzan otras universalidades donde se adquieren nuevas formas de ser, estar y atribuir significados* (López, 2010 p.81). En el área de la salud, Edmundo Granda (2006) propuso sumergirnos en la globalización pero sin perder la propia identidad particular del país de procedencia; salud, solidaridad e identidad fueron los términos elegidos para comprender este fenómeno; el autor propone que si al realizar el ejercicio del cuidar, comenzáramos a reconocer frente a nosotros al otro ser humano como fuente de saber, con una historia, una posición en lo global y lo local, si desarrollamos un sentido de interdependencia entre los saberes profesionales y los no profesionales se pondría de manifiesto una auténtica interrelación humana cuyo propósito conjunto es promover la salud y la vida fomentando metas comunes (Cornu, 2006; Khondker, 2013). Esta es una

propuesta de cuidado cultural que resulta de la imbricación entre Antropología, Sociología y Enfermería, que enfatiza la dimensión sociocultural del cuidado enfermero (Castillo-Mayedo, 2008); la relevancia radica en que los valores culturales de los individuos brindan información privilegiada al agente de cuidados, el conocimiento de sus costumbres permite un respeto mutuo, un reconocimiento que como refiere (López, 2010. p.83) en su obra, *más allá del sujeto hay un universo cultural, donde los profesionales de la salud pueden poner al servicio lo más avanzado de su saber para lograr una creativa intersección que conjugue la perspectiva de mundo, de salud, enfermedad, muerte o discapacidad de los sujetos de cuidado, sus valores, creencias; donde se establece un diálogo que entra en contacto con una genuina interacción donde cobra importancia la forma como ese ser humano identifica, simboliza y explica su situación; donde la forma como toma decisiones, las elecciones y preferencias para tratar su situación son exploradas y consideradas*. Este concepto de cuidado cultural (Castillo-Mayedo, 2008; López, 2010; Spector, 2012) nos permite a los profesionales de salud ofrecer una atención integral de calidad teniendo en cuenta las creencias, hábitos, prácticas, normas y valores de las personas a las que cuidamos.

1.1 Cultura, prácticas sociales y cuidadas

El concepto de cultura proviene del campo de la antropología. El término cultura ha sido definido en más de 200 formas; sin embargo, fue conceptualizado por primera vez, según registra la historia por Sir Edward Tylor (1871), quien sostuvo que la cultura se refiere a la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto a miembros de la sociedad (Brunner, 2011). La cultura, según Marvin Harris (citado por Haviland, 2013:278) en su sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que es miembro de la sociedad. Si tenemos en cuenta este último término de hábitos adquiridos, y lo extrapolamos a cómo el individuo decide con estos hábitos acercarse a lo saludable o insaludable, estamos complementando el concepto cultura con el de salud. El concepto de salud (González, 2013) se ha de entender como un fenómeno ligado a las condiciones de vida de la población por medio de un enfoque integral y sistémico. El profesional de la enfermería se ha de nutrir de otras disciplinas como la antropología, la sociología y psicología social para comprender mejor las creencias, prácticas y problemas de salud propios de personas procedentes de otras culturas, y así poder dar una atención con un abordaje holístico e integral. Como refiere Málvarez (2007), esta concepción multidimensional de la enfermería contiene el intento de provocar una discusión crítica sobre su tradición histórica articulada al modelo biomédico y concentrada en la práctica de carácter auxiliar con otras disciplinas, una discusión que conduce a entender que la enfermería en sí misma goza de un cuerpo de conocimientos independiente, donde el cuidado al individuo y a la población en el proceso de salud-enfermedad, es la esencia de la profesión enfermera y esto es de máxima relevancia para la sociedad.

1.1.1 Relaciones socioculturales con el paciente. Interaccionismo simbólico y práctica social en el cuidado.

Teniendo en cuenta el cuidado como práctica social ancestral, convierte al enfermero en actor social que interacciona con el sujeto y el mundo que le rodea. En este sentido, Ibarra & Siles (2006), realizan una revisión sistemática con el objetivo de dar un sentido epistemológico al cuidado enfermero, centrandolo su análisis en el interaccionismo simbólico de Blumer, considerando la vida humana principalmente como un vasto proceso interpretativo en el que las personas, individual y colectivamente, se guían mediante la definición de los objetos, eventos

y situaciones en que se encuentran, interactuando el plano fisiológico (sentidos) con el intelectual e histórico (conocimientos y experiencias previas). Siles (2006, p.26) concluye este estudio refiriendo *"Quienes reciben los cuidados de enfermería son individuos que luchan constantemente para "dar un sentido" al mundo que les rodea. Sin embargo difieren uno de otro en la forma en que dan sentido a los acontecimientos que les afectan. El profesional de enfermería no sólo debe contribuir en el tratamiento de estas enfermedades, sino ayudar a que la persona conviva con ella en total coherencia con el mundo.*

Los principales autores del Interaccionismo simbólico son Herbert Blumer (1968, 1982), George Herbert Mead (1934, 1968), Charles Horton Cooley (1962) y Erving Goffman (1959). Todos ellos compartieron el interés de analizar a la sociedad en términos de interacciones sociales. Según refiere Ritzer en su obra sobre Teoría de sociología clásica (2001), el interaccionismo simbólico se basa en la importancia que tiene para el individuo el significado de las cosas; este significado es lo que determina la acción, lo que hace que las personas respondan de una manera u otra. El significado es un producto social, surge de la interacción social, accediendo a él, manipulándolo a través de procesos de interpretación. Interpretación que realiza el sujeto con el mismo, formulándose indicaciones y respondiéndose a las mismas; a partir de ahí, el individuo se relaciona con el entorno.

Desde esta teoría, el cuidar se torna una acción interactiva basada en significados, conocimientos y valores del receptor de los cuidados. Según Mead (1968), cuando los profesionales de la enfermería establecemos una interacción con el paciente, se pueden constituir dos niveles de relación; si el paciente responde al acto sin interpretarlo, de manera automática o si por el contrario, antes de reaccionar, el paciente tiene un acto de interacción con el mismo, y en función de sus valores y creencias interpreta la acción e interacciona; de esta manera existiría una interacción simbólica entre el paciente y su proveedor de cuidados. El paciente cuando conversa con el mismo, denominado por Goffman (1959) como el *self*, o el *yo*, se plantea cuáles son las causas que guían sus actos, identificando las cosas que para él, tienen significado. Esta interacción con el propio sujeto finaliza cuando selecciona, verifica, elimina, reagrupa y transforma los significados a tenor de la situación y posición en la que él se encuentra.

Para Mead (1968), el significado consta de símbolos y gestos, siendo los gestos los que encierran el significado, de manera que el paciente cuando responde ante su cuidador, organiza su respuesta en función de los mismos. Para asegurarnos que la relación enfermera-paciente sea eficaz y exitosa, debemos trabajar por la unión de los significados entre las partes, para ello es necesario que las partes implicadas

asuman necesariamente el rol de cada uno y sean capaces de ponerse en el lugar del otro. A través de este proceso, el proveedor de salud conseguirá que sus intervenciones encajen en las ajenas, a la vez que se está forjando su propia conducta individual.

Otro de los conceptos relevantes con los que la enfermería se ha nutrido del Interaccionismo simbólico es que la sociedad se compone de personas involucradas en la acción, y que estas interacciones que forman la acción forman a su vez el comportamiento humano, en la relación enfermero-paciente, debemos lograr que las líneas de acción de los pacientes encajen de alguna manera con las intervenciones enfermeras; para asegurarnos el éxito, los profesionales de la enfermería debemos incorporar en nuestra valoración con los pacientes la importancia de las historias personales, la biografía del individuo y del grupo utilizada para interpretar y comprender ciertos hechos o fenómenos. Advirtiendo que el ejercicio del cuidar no se realiza bajo estándares, debemos identificar las diferencias, valorar cada persona como ella misma, en su momento, con sus significados, significados a nivel micro (biografía) y a nivel macro (cultura). Extrapolando este entramado de significados que hemos descrito en la relación interpersonal con el paciente y el proveedor de cuidados, en el propio ejercicio del cuidar, podríamos plantearnos dos niveles de significado. En el nivel micro, el cuidado informal, que presta la familia o las cuidadoras remuneradas en el propio domicilio, donde prevalecen las dinámicas de la familia y los sistemas de cuidados biográficos y el nivel macro o profesional, donde imperan las estructuras establecidas por el sistema sanitario. Estos cuidados se pueden prestar en centros hospitalarios o de atención primaria o bien en el domicilio, pero basado en reglas y pautas instauradas por otros. En este sentido, lo que impera también es el factor cultural, la cultura sanitaria enmarcada en ese sistema de referencia.

Siguiendo esta línea conceptual entendemos que el significado y la interacción social son de suma importancia para establecer una relación terapéutica con el paciente, pero no son los únicos elementos a analizar en el ejercicio de cuidar. Saber lo que necesita el paciente, y el porqué de sus prioridades y significados, sería el éxito de cualquier intervención con el paciente. Algunos modelos explicativos sobre esta relación entre necesidades y padecimientos han tenido su origen en las ciencias sociales, basándose en la premisa de la construcción social de la realidad. Por ejemplo, desde la perspectiva de Bourdieu, se considera que todo sujeto dispone de una serie de condicionantes existenciales de tipo social, económico y cultural que generan un esquema o estructura *-habitus-* de prácticas y

representaciones que utilizará para organizar sus acciones y dar respuesta a la enfermedad (Hueso, 2006)

Bourdieu (1991) propone nuevos espacios para el diálogo mediante la comprensión de los conceptos *habitus*, *campo* y *capital*, designando entre ellos un entramado de relaciones que nos permite entender la lógica de la práctica de los agentes, de salud en nuestro caso, o de cualquier esfera de la vida social.

El *habitus* se va incorporando, en relación a cómo ser enfermera, en su comunicación verbal o no, en sus gestos, en su mirada, son detalles aparentemente sin importancia que no pasan por la conciencia del profesional. Es un sistema de disposiciones de estructuras sociales internas mediante las cuales percibimos, juzgamos y actuamos en nuestro trabajo. El *capital*, según el autor, designa recursos y bienes de toda naturaleza que sirven y utilizan los individuos y los grupos; no es una cuestión económica cuando se habla de *capital*, sino se hace referencia a *capital cultural*, *social* y *simbólico*; el saber cultural que los proveedores de salud poseen sobre las formas en las que las personas viven, las percepciones de la enfermedad, las experiencias vividas en torno a la profesión, como los pacientes responden a los tratamientos... este es el *capital*, y la enfermera lo utiliza para centrarse en una atención integral. El *campo* es entendido como el mundo de las relaciones, son las estructuras sociales externas que se han construido en dinámicas históricas, así que al pensar en el campo de la enfermería ser pensaría en el mundo de relaciones, de intereses compartidos entre los sanitarios y las instituciones (hospital, centro de salud, domicilio).

La posición que cada profesional ocupa en su campo y los diferentes intereses son por sí mismo generadores de poder. Como refiere (Acebedo-Urdiales, Jiménez-Herrera, Rodero-Sánchez y Vives-Relats, 2011) en la posición que los agentes de salud ocupen en este espacio complejo, se puede comprender la lógica de sus prácticas y determinar cómo se clasificarán. El campo es dinámico, está en cambio permanente.

Esta perspectiva de las prácticas de salud, incluye el reconocimiento de la cultura, de las tradiciones en un determinado campo, las relaciones de poder presentes – cuestiones de género, etc...-, y las formas en como son experimentadas van configurando los distintos roles profesionales de los proveedores de cuidados y cómo se posicionan ante el cuidado del otro.

1.1.2 Cuidado de enfermería y Cultura.

Madeleine Leininger (1970) introduce el término cultura en la disciplina de la enfermería cuando funda, a mediados de los años 50, el campo de la enfermería transcultural. Posteriormente, en los años 60, (Leininger, 1995 p.28) la define como *"las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción"* Según la autora esta definición permite comprender la dimensión holística de una cultura. Esto es importante ya que *"la cultura da forma a la manera en que la persona vive la salud y la enfermedad"* (Spector, 2012. p.67)

Por otra parte, para Habermas (1973), la cultura determina en un alto grado las interpretaciones que hacemos durante la comunicación. La cultura es la lente con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, es el código con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso. La realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales. En este contexto utilizamos los sistemas culturales de significados y símbolos para comprender y definir nuestro propio mundo, para expresar nuestros sentimientos y para hacer nuestros juicios. Los sistemas culturales guían nuestras conductas y percepciones, pero no de una manera estática, sino que a la vez que permanecen estables, cambian en el tiempo y en el espacio

Respecto al concepto cultura y la relación con los cuidados (Lipson y Desantis, 2007; Anderson et al., 2010), Lipson (1991) es un referente revelador; tras diversas investigaciones en diferentes territorios, la autora expone su visión de los cuidados en relación con el componente cultural, clarificando aspectos como el concepto de cultura, la importancia de la cultura en el cuidado de la enfermería, la visión del mundo y las explicaciones sobre la enfermedad y expectativas acerca del cuidado. La autora, cuando se refiere al concepto de cultura, define dos categorías diferentes: la cultura como idea o la cultura como comportamiento. En la categoría de ideas, la cultura es un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social suministrando un mapa conceptual y una guía para actuar e interpretar nuestra experiencia. Desde la otra perspectiva, la del comportamiento, Lipson (1991) propone la descripción de una cultura definiendo cómo se comporta la gente y no como ellos piensan.

1.2. Enfermería transcultural

Cuando la disciplina enfermera y, desde la perspectiva antropológica, aborda los cuidados de salud con un enfoque cultural, nace un área formal de estudio, la enfermería transcultural; supone cuidar al otro desde el reconocimiento de sus necesidades, de su individualidad y originalidad y se inscribe en un contexto de reivindicación de lo personal, del presente, de las diferencias, de lo más próximo. Como refieren González, Lara y Luengo (2006. p. 157) *"cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo"*. La estrecha relación entre antropología y cuidados de enfermería facilita la utilización del método etnográfico para abordar e ilustrar situaciones de cuidados, permite captar como se estructura una situación sociocultural y extraer lazos de significación que deben descodificarse para que los cuidados sean apropiados. Recurrir a los conocimientos antropológicos permite hallar la dimensión simbólica de los cuidados, y conseguir así orientar el proyecto de cuidados (González, Martínez & Luengo, 2006; Collière & Ventura, 2003). Desde esta convicción y paradigma nace la Enfermería transcultural. La fundadora de ésta, Madeleine Leininger (1970, 1978, 1998, 1991, 1995) en una de sus últimas obras (1995 p.27) la define como un "área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte". Esta área de la enfermería se convierte en significativa cuando la sociedad (a mediados de los 70 en Estados Unidos y a final de los 90 en nuestro país) genera una nueva demanda de salud, los cuidados transculturales (González, Cibanal, Moreno, Bravo y Santamaría, 2001).

Leininger (citado por Llanes 2010 p.128) refiere que debido al marcado aumento del flujo de personas entre países a nivel mundial, se está creando una nueva necesidad de salud, la enfermería transcultural. Este no es el único factor que acontece esta incipiente demanda, también se constata un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los profesionales de la enfermería y de la salud en general entiendan y respeten las creencias culturales, valores y estilos de vida de los pacientes de diferentes culturas. A esto, podemos sumar que en numerosas ocasiones, el uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud, entra en conflicto con los valores culturales de los individuos. Estos factores hacen que se genere la necesidad de adquirir competencia cultural en los cuidados de salud.

Leininger a lo largo de su obra, ha realizado una serie de reflexiones sobre los conceptos esenciales de enfermería y antropología, apoyando este compendio teórico en un sólido trabajo de campo de numerosas investigaciones que han derivado en su amplia obra. Una de las aportaciones singulares que proporciona en sus trabajos consiste en establecer la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural (Leininger, 1991). La primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación. Dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que ésta desarrolla una base teórica y práctica, comparando varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales con dos culturas. Estos conceptos ayudan a los profesionales de enfermería a descubrir cuidados culturalmente apropiados; numerosas personas de diferentes orígenes esperan recibir cuidados acordes con sus valores y creencias y no guiados por el etnocentrismo y la imposición cultural, conceptos que nos llevan a choques culturales entre el binomio paciente-enfermera. Para asegurarnos que esto no ocurra y que el ejercicio del cuidar se realice desde el respeto a toda la comunidad plural que caracteriza la sociedad actual, es preciso comprender que no se puede respetar sin conocer, por lo que necesitamos profundizar en el conocimiento de las culturas que componen nuestra comunidad, y en los modelos teóricos que guían la práctica enfermera en un entorno multicultural.

1.3. Corrientes y referentes teóricos en la enfermería transcultural y la competencia cultural de los cuidados

La enfermería transcultural, definida en el apartado anterior por Leininger describe el cuidado como *"la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar y afrontar su enfermedad, su discapacidad o hacer frente a la muerte (Leininger 1988 p. 221)"*. Además enfatiza la importancia de la misma basándose en sus propias investigaciones, generando ocho premisas que justifican la necesidad de llevar a la práctica su teoría:

1. Todos los seres humanos nacen, crecen y mueren y esperan ser cuidados según una perspectiva cultural.
2. El cuidado culturalmente apropiado se convierte en significativo para las personas que están enfermas o sanas y es un potente generador de progresos curativos.
3. Las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados, para que mejoren y que sean congruentes con el estilo de vida de las personas receptoras de cuidados.
4. Un cuidado profesional y culturalmente apropiado demuestra capacidad curativa para las personas. No existe curación sin cuidado.
5. La recuperación de la enfermedad, o de las discapacidades o el afrontamiento de la muerte, necesita que la enfermera comprenda la totalidad de la manera de ser de las personas y sus maneras de cuidar para ayudarles.
6. Aunque el cuidado integral y los factores culturales son a menudo invisibles, son factores importantes para ayudar a las personas.
7. Los pacientes demandan el cuidado enfermero profesional, un cuidado basado en competencias que demuestre conocimiento y sensibilidad.
8. Cuando los valores culturales del cuidado son comprendidos y realizados por la enfermera, se evita la no cooperación de las personas y que se sientan incomprendidas.

El resto de autores representativos dentro del campo de la enfermería transcultural o bien se apoyan en las definiciones de Leininger, o bien no la nombran y ofrecen diversas definiciones de cultura en el abordaje de sus propios modelos y teorías. Es el caso de autores como: Larry Purnell y su modelo de competencia cultural, Dula F. Pacquiao y su modelo de toma de decisiones y actuaciones éticas culturalmente competentes en los cuidados, el modelo de Josepha Camphina-Bacote, la teoría de las tradiciones culturales en salud de Rachel Spector, los modelos de Gigger y

Davidhizard o el modelo de Toni Trypp-Reimer (citado por Galao-Malo, Lillo, Casabona & Mora, 2005)

Lillo en su artículo sobre "Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica" (Lillo, Galao-Malo, Casabona & Mora, 2004) afirma que algunas de las subdisciplinas que la profesión de la enfermería ha comenzado a emplear desde hace unos años desde la óptica enfermera y que hacen referencia a los cuidados culturales son: la "enfermería transcultural", los "cuidados globales de enfermería" y la "enfermería antropológica" cuyos objetivos principales se centran en asegurarse que las necesidades en cuidados culturales de la sociedad global sean tratadas por profesionales de los cuidados culturalmente competentes. En el caso de la enfermería transcultural la definen según Leininger, mientras que los cuidados globales de enfermería "*hacen referencia a la práctica de los cuidados desde una perspectiva global, internacional, comparativa y holística, valorando las diferencias culturales con la finalidad de aportar mayor equidad y menor disparidad en todo el mundo, así como con la creación de modelos culturalmente competentes y globales*" (Martínez & Lillo, 2012 p.6) y la enfermería antropológica o antropología de los cuidados "*estudia los mecanismos de satisfacción de necesidades relativas a situaciones de salud-enfermedad de una determinada cultura y constituye el paso previo para el análisis comparativo intercultural que se establece en la enfermería transcultural*" (Martínez et al., 2012 p.12).

El cuidado en la enfermería transcultural, es un arte y una ciencia. Los modelos y teorías son importantes en la organización del pensamiento, simplifica y nos guía la práctica enfermera. Los modelos de enfermería transcultural, son americano-europeos en origen, y tienen tendencia a guiar el pensamiento en una manera racional y lineal. Para empezar a hablar de discurso teórico sobre cuidados culturales es imprescindible referenciar de nuevo a Madeleine Leininger (1988) y a su teoría denominada *Cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad*. En esta misma línea de los cuidados transculturales contamos con aportaciones posteriores, entre las que se encuentran Rachel Spector, con su modelo de *Herencia cultural y tradiciones de salud* que profundiza en la dimensión hereditaria de la diversidad cultural y la influencia que ésta tiene en la organización y dispensación de cuidados. Otro modelo de competencia cultural que merece mención al proporcionar un formato sistemático y comprensivo que evalúa las creencias y valores de los pacientes, es el de Larry Purnell, que permite un acercamiento etnográfico favoreciendo la comprensión cultural a las situaciones de salud-enfermedad. El modelo de Josepha Camphina-Bacote, que ofrece una guía a la hora de prestar una atención eficiente y culturalmente competente en la práctica

diaria. Según esta autora, hay que avanzar por cada una de las siguientes fases, que constituyen los elementos de la competencia cultural, para desarrollar unos cuidados de calidad: conciencia cultural (conciencia de uno mismo como sujeto cultural), conocimiento cultural (conocimientos y prácticas de una variedad de grupos), habilidades culturales, y encuentro cultural. Estos modelos referenciados son los que se analizarán en profundidad en este apartado, cada uno de ellos aporta una guía para la adquisición de la competencia cultural en los cuidados desde perspectivas diferentes, que nos facilitan la comprensión de la diversidad en la práctica asistencial. Existen muchos otros autores, no por ello menos importantes, pero si discípulos de los ya mencionados como Jody Glittenberg (Glittenberg, Ludwig-Beymer, Omeri, & Zoucha, 2010); Joyce Newman Giger y Ruth Davidhizar (Giger, Davidhizar, Purnell, Taylor, Phillips & Strickland 2007); Margaret Andrews y Joyce Boyle (Andrews, Backstrand, Boyle, Campinha-Bacote, Davidhizar, Doutrich & Zoucha, 2010), Cecilia Rohrbach (Rohrbach, 2007) y Dula Pacquiao (Lillo et al., 2004) y un largo etcétera. En Europa, esta corriente ha permitido extrapolar sus resultados a otros profesionales de salud como Papadopoulus (Osorio-Merchán, & López, 2008), Lillo (2004, 2012), Siles (2006, 2009) y Galao-Malo (2005) entre otros.

Seguidamente se exponen los cuatro modelos seleccionados para profundizar en la adquisición de competencia cultural a partir de sus marcos de referencia.

1.3.1 Madeleine Leininger y sus cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad

Madeleine Leininger realizó su modelo basándose en la Teoría antropológica y la ciencia de la enfermería. Desarrolló su teoría desde la convicción que las personas de diferentes culturas pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan de los demás. Según Leininger (1970), la enfermería se distingue de otras disciplinas, en que es un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura; tiene como fin descubrir los cuidados humanos diversos –diferentes- y universales –similares- para así poder generar nuevos conocimientos que nos permitan guiar la prácticas de los cuidados de enfermería. Este modelo representa una constelación que va desde los cuidados culturales de la diversidad a los cuidados culturales de la universalidad (gráfico 2)

Está dividido en dos secciones: en la parte superior la autora plantea la necesidad de valorar en los pacientes desde la concepción del mundo que le rodea, hasta la

estructura social y cultural, los valores culturales y modos de vida, contexto y medio ambiente, lenguaje y etnohistoria, influencias, expresiones de los cuidados, formas prácticas, familia y factores sociales, factores religiosos y filosóficos, factores tecnológicos, factores políticos y legales, factores económicos, factores racionales y en la base está la salud integral, holística como bienestar. En la parte inferior se identifican los destinatarios de los cuidados culturales teniendo en consideración grupos, familias, comunidades e instituciones. A su vez, el modelo plantea quiénes pueden ser los proveedores de salud de esos cuidados culturales, que son representados en tres círculos en los que se circunscriben a ambos lados los sistemas genéricos o populares, los sistemas profesionales, y en el centro, los cuidados proporcionados por los profesionales de la enfermería.

Madeleine Leininger's Transcultural Nursing

The Sunrise Enabler to Discover Culture Care Sunrise Model

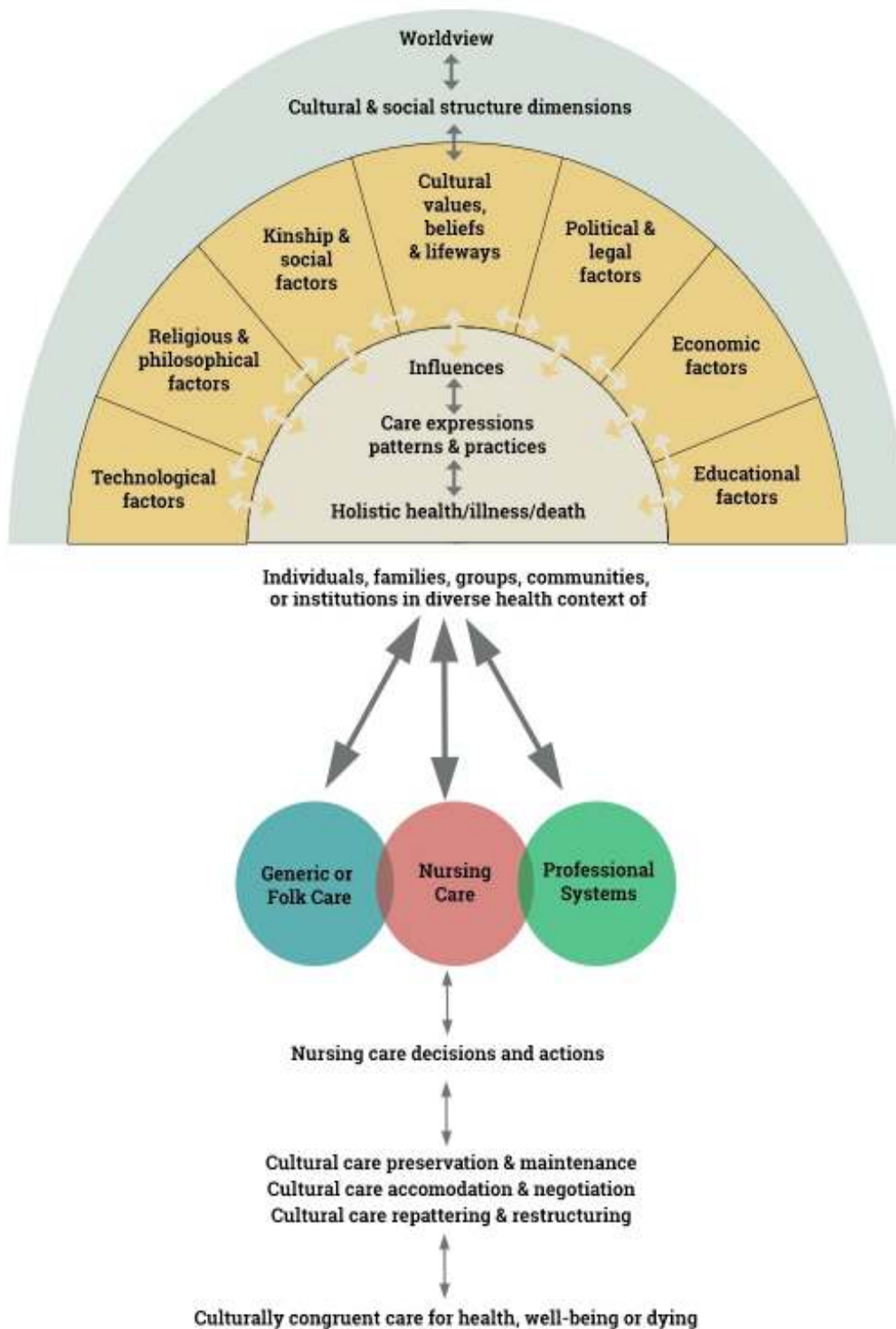


Figura 2. Leininger M. (1991). Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York, NY: John Wiley and Sons.

El modelo se estructura en base a tres conceptos fundamentales, cultura, cuidados y cuidados culturales (González, Leno y Lozano, 2007; Leininger, 2007).

En cuanto al término *cultura* podemos decir que se describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas. Orientan al pensamiento, las decisiones y las acciones de manera específica. Proporcionan la base para los valores culturales, que identifican formas preferidas de actuar o pensar. Estos valores generalmente permanecen durante bastante tiempo y ayudan a orientar la toma de decisiones en la cultura. La cultura influye en la necesidad, a la hora de procurar cuidados, de los pacientes y en su bienestar y recuperación de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado.

Los *cuidados* hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes, que pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.

Los cuidados culturales hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. Por tanto, los cuidados culturales, la salud, la enfermedad y el desarrollo humano son muy diferentes dependiendo de la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores, modos de vida, etc. Los cuidados, para la autora, son el componente central, dominante y esencial de la enfermería, y pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales (características comunes o similares en cuanto a significado, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados de culturas distintas).

El cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes; el conocimiento de la diversidad cultural es esencial en la enfermería para proporcionar los cuidados adecuados a clientes, familias y comunidades. Cuando habla de diversidad de los cuidados culturales alude a la variación y diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Otros conceptos que interactúan en el modelo de enfermería transcultural de Leininger (1991), son la visión del mundo, el contexto ambiental y los sistemas de salud o saberes tradicionales de los destinatarios del cuidado

En cuanto a la *visión del mundo*, hace referencia a la perspectiva de una persona o grupo en razón de su visión del mundo o del universo. Consta de estructura social (factores de organización de una cultura en particular, tales como religiosos, económicos, educativos y políticos, y cómo estos factores dan significado y orden a la cultura) y contexto ambiental (un acontecimiento, situación o experiencia, tales como interacción social, emoción o elemento físico, que da significado a las expresiones humanas).

Cuando habla del *contexto ambiental*, se refiere a la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y culturales.

Antes de hablar de *sistemas de salud*, hay que decir que ésta es para Leininger (1991) un estado de bienestar que se define, valora y practica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Los sistemas de salud o bienestar tradicionales hacen referencia a los cuidados o las prácticas de los cuidados que tienen un significado especial en una cultura; estas prácticas son utilizadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o en la comunidad. Son complementados por los sistemas de salud profesionales que operan en las culturas, y estos son el conjunto de conocimientos y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Leininger en diferentes obras (1991, 1995, 2007) identifica las actuaciones que los profesionales de la enfermería deben realizar en función de cada cultura y de cada paciente ya que los destinatarios de los cuidados tienen ciertas creencias y tradiciones acorde con sus valores y deben ser respetados ya que es altamente beneficioso para su recuperación; además, aumenta la confianza en el sistema de cuidados. Estos son los denominados *cuidados de preservación o sostén*, se trataría de conservarlos. Leininger los define como aquellas acciones y decisiones que

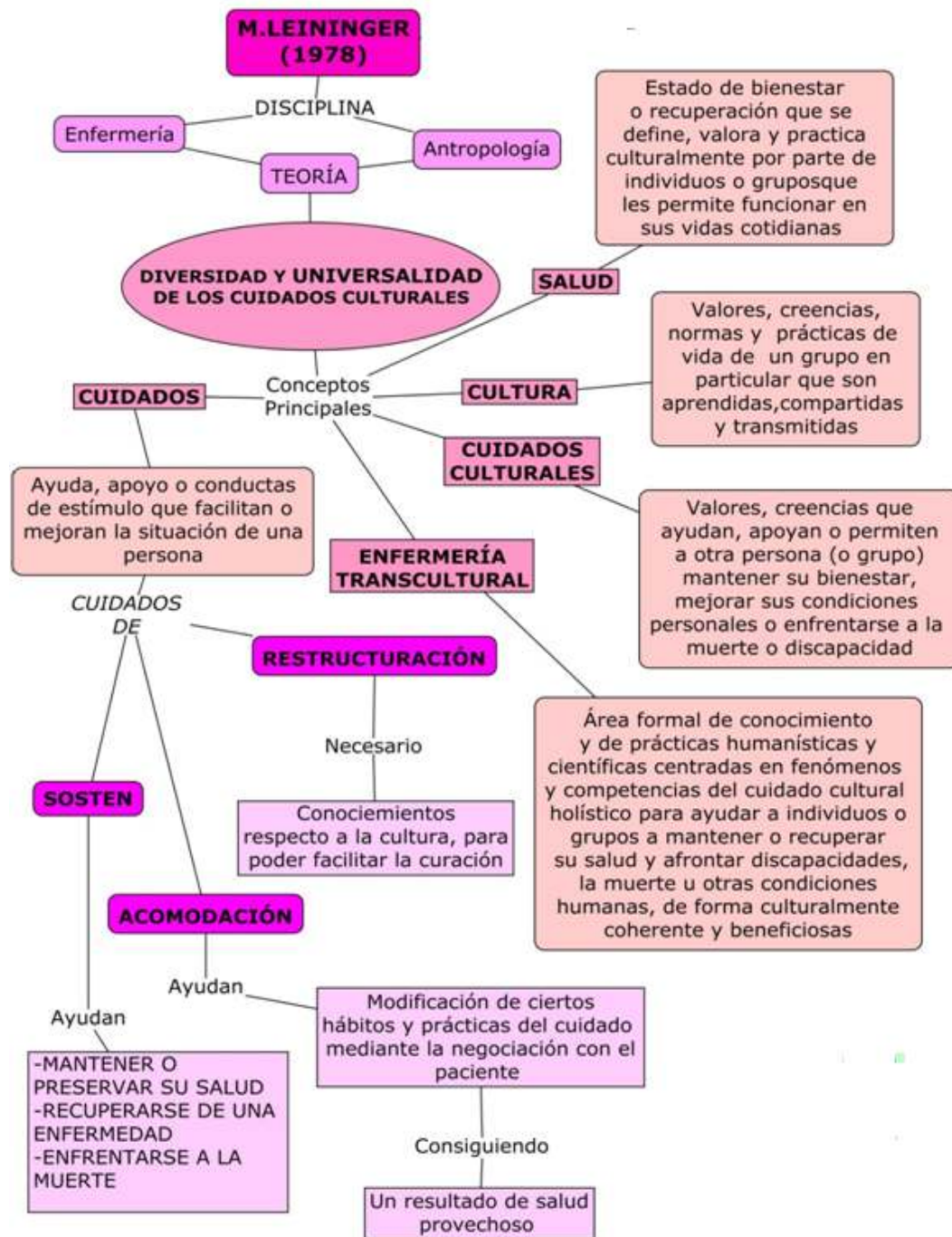
ayudan al cliente, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.

Los *cuidados de acomodación o de negociación*, son los que ayudan a la modificación de ciertos hábitos y prácticas de cuidado, realizando un trabajo de negociación con el paciente introduciendo al cuidador en la gestión de los cuidados o incluyendo alguna práctica de su rutina, consiguiendo finalmente que los pacientes de una cultura determinada al adaptarse o negociar con otros obtengan un resultado de salud provechoso para ambos.

Los *cuidados de reorientación o de reestructuración*. En estos cuidados son necesarios los conocimientos de la enfermera respecto a la cultura o grupo de procedencia de los pacientes. Estos conocimientos utilizados de manera creativa y sensible, facilitan la curación del paciente. Leininger los define como acciones y decisiones profesionales que asisten, sostienen, facilitan o habilitan ayudando a la gente a reorganizar o modificar la manera de vivir por una nueva, de manera satisfactoria para los cuidados de salud, respetando completamente los valores culturales. Este tipo de cuidados permite al enfermero innovar y utilizar conocimientos nuevos; este tipo de cuidados es el que alcanza el concepto de transculturalidad, entendido como el paso de una cultura a otra, más que la relación entre ambas, es un grado más efectivo para el paciente que cuidar desde la interculturalidad o desde la aculturación.

Leininger (1991) también planteó algunos factores, susceptibles de reflexión para no alejarnos del paradigma que plantea sobre los cuidados culturales; estos son ceguera cultural, choques entre culturas, imposiciones culturales y etnocentrismo. Cuando los profesionales trabajan con pacientes de otras culturas que les creen resistencia, bien porque manejen valores diferentes sobre la asistencia o por diferencias en las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes. Cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, más importante será los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción de los pacientes. En el estudio y la aplicación de los cuidados, convicciones, creencias, valores y prácticas culturales se detectan signos de salud y bienestar en los pacientes.

Figura 2.2 Modelo de competencia cultural en los cuidados. M. Leininger



Fuente: Elaboración Propia a partir de Leininger, M. (1991). Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York, NY: John Wiley and Sons

1.3.2 Purnell y su modelo de competencia cultural

Purnell (2002), desarrolla un modelo para ser utilizado por todas las profesiones que se dediquen al cuidado de la salud de un modo multidisciplinar. El modelo es una conceptualización de múltiples teorías donde el profesional de salud es el mayor responsable de la creación de un entorno adecuado para valorar las influencias y la identificación con su grupo cultural. El autor las denomina características primarias o secundarias de diversidad. Las primarias son las relativas a nacionalidad, raza, color de piel, género, edad y afiliación religiosa y las secundarias estarían relacionadas con estado socio-económico, nivel de educación, experiencia en el ejército, ocupación, creencias políticas, residencia rural o urbana, estado civil, orientaciones sexuales etiología del proyecto migratorio, tiempo fuera del país de origen.

El metaparadigma del modelo de Purnell (2002, p.194), está compuesto por los conceptos de comunidad, familia, sociedad global, salud y persona. Cuando se refiere a comunidad la entiende como grupo o clase de personas con intereses comunes e identidad que viven en un lugar específico. Una familia, sería cuando dos o más personas se envuelven emocionalmente el uno con el otro. Sin vivir en proximidad estrecha el uno con otro necesariamente y podrían estar relacionados consanguíneamente o no. La sociedad global es definida al observar el mundo como una comunidad grande de personas en continua multiculturalidad. La salud es el estado de estar sano definido por una persona o un grupo étnico y generalmente tiene implicaciones físicas, mentales, e incluso espirituales, que actúan recíprocamente con la familia, con la comunidad, y con la sociedad global y por último la persona, que se refiere al ser humano, que constantemente se adapta al ambiente, desde el punto de vista biológico, psicológico, y social.

Purnell (2002), a diferencia de otros autores como Leininger (1991), percibe su modelo de competencia cultural como no lineal dado el carácter cambiante de la sociedad, para el autor, el paciente está en continua adaptación a la sociedad en la que vive, tratando de mantener sus valores y creencias más importantes, mientras que a su vez la sociedad de acogida también influye en él mismo. Purnell explica su modelo a través de un diagrama circular, con un margen periférico y diferentes círculos concéntricos (que son los conceptos expuestos anteriormente) que se acercan al núcleo que sería la persona. A su vez el autor también establece relaciones con dominios culturales que afectan a la salud del individuo, plantea doce que están interrelacionados entre si, por lo que la afectación de uno podría condicionar al resto. Los dominios son la *herencia* (país de origen y todo lo relativo al mismo y a su proyecto migratorio), *comunicación* (más allá del idioma,

comunicación no-verbal, uso del contacto ocular..), *roles y organización familiar* (matriarcado o patriarcado, roles familiares, estado social de los individuos de la familia, diversos modelos familiares), *asuntos de trabajo* (prácticas del cuidado de la salud en el país de origen, comunicación étnica), *ecología biocultural* (color de la piel, diferencias físicas), *comportamiento de alto riesgo* (hábitos tóxicos y estilos de vida no saludables), *nutrición* (significado de la comida), *embarazo y prácticas de nacimiento* (prácticas de fertilidad y relacionadas con el parto y puerperio), *rituales de muerte* (cómo el individuo y la cultura ve la muerte, conductas de pérdida), *espiritualidad* (prácticas religiosas y conductas que dan significado a la vida (Purnell, 2002 p. 195-196).

Figura 3. Modelo de Purnell para la competencia cultural

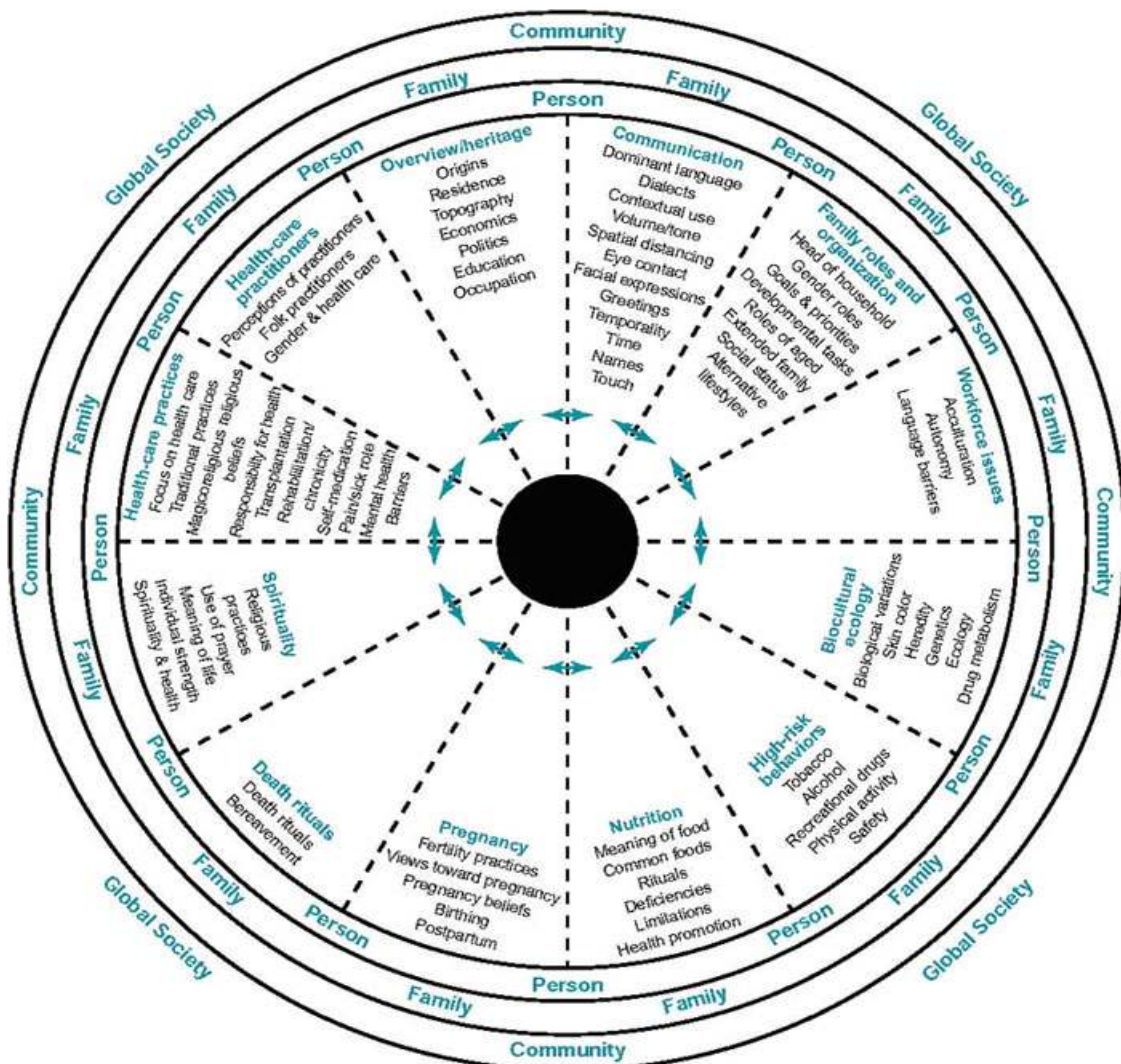
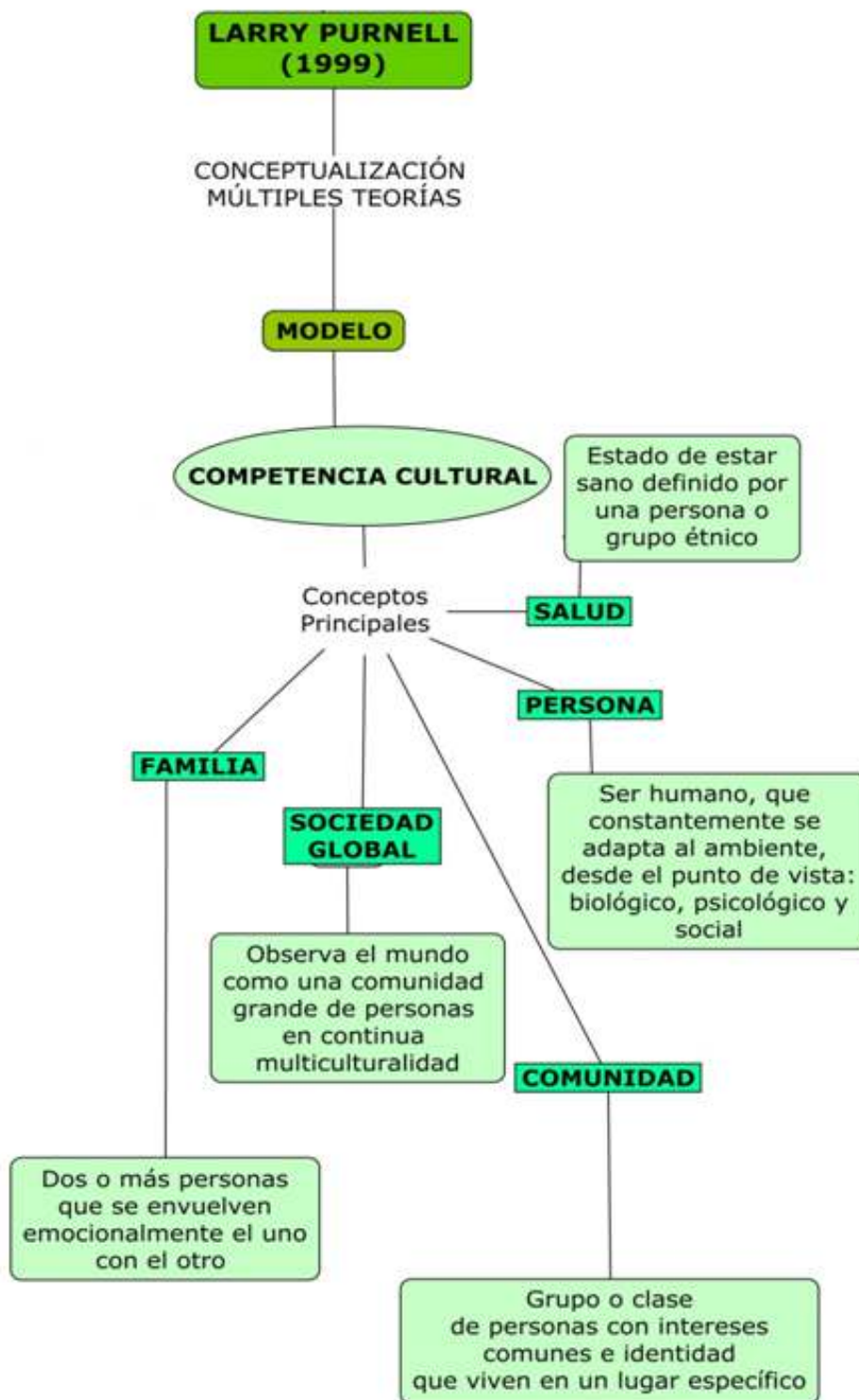


Figura 3. Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. Journal of transcultural nursing, 13(3), 193- 196

Larry Purnell (2002) centra su obra en lo que él denomina "fases de competencia cultural". El autor refiere que la competencia cultural se aprecia como una progresión consciente no necesariamente lineal. Una persona gana competencia cultural, progresa, retrocede y entonces progresa a un nivel más alto cuando obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. De hecho, el individuo progresa desde la *incompetencia inconsciente* (no siendo consciente de que existen conocimientos que uno no conoce sobre la cultura de los otros) hacia la *incompetencia consciente* (donde uno ya se da cuenta de que le faltan conocimientos sobre la cultura del otro); y entonces pasa a la *competencia consciente* (donde comienza a aprender sobre la cultura del usuario, verificando las generalizaciones sobre la cultura de ese usuario y administrando intervenciones culturalmente específicas) hasta que finalmente se llega a la *competencia inconsciente* (donde automáticamente se administran cuidados culturalmente congruentes a los usuarios de diversas culturas). Por supuesto, este último paso es difícil de cumplir y de llegar a él, por lo tanto, son muchos los profesionales de los cuidados que solo consiguen llegar a la competencia consciente. En definitiva, *lo fundamental para alcanzar una competencia cultural es el desarrollo de relaciones satisfactorias mutuas entre grupos culturalmente diferentes y para ello se necesitan unas buenas habilidades interpersonales y la aplicación del conocimiento y las técnicas aprendidas desde las ciencias físicas, biológicas y sociales, así como de las humanidades* (Purnell y Pulanka, 2008 p. 42). El entendimiento de la cultura de uno mismo, de los valores personales y de la habilidad para substraerse del "exceso de equipaje" asociado con las experiencias personales y el modo propio de ver el mundo son esenciales para una competencia cultural (Purnell et al., 2011)

Es un modelo fácil de asimilar para los profesionales de salud y aún más para los alumnos en formación.

Figura 3.2 Modelo de competencia cultural en los cuidados. Purnell



Fuente: Elaboración Propia a partir de Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. Journal of transcultural nursing, 13(3), 193- 196.

1.3.3. Spector y su modelo de herencia cultural y tradiciones de salud

Este modelo parte del supuesto de la importancia de la tradición en la salud de los individuos, así como en los comportamientos que tengan que ver con el tándem salud-enfermedad. Para Spector (1999), es imprescindible tomar en consideración el contexto y los límites culturales en los que vive la persona, la familia o comunidad.

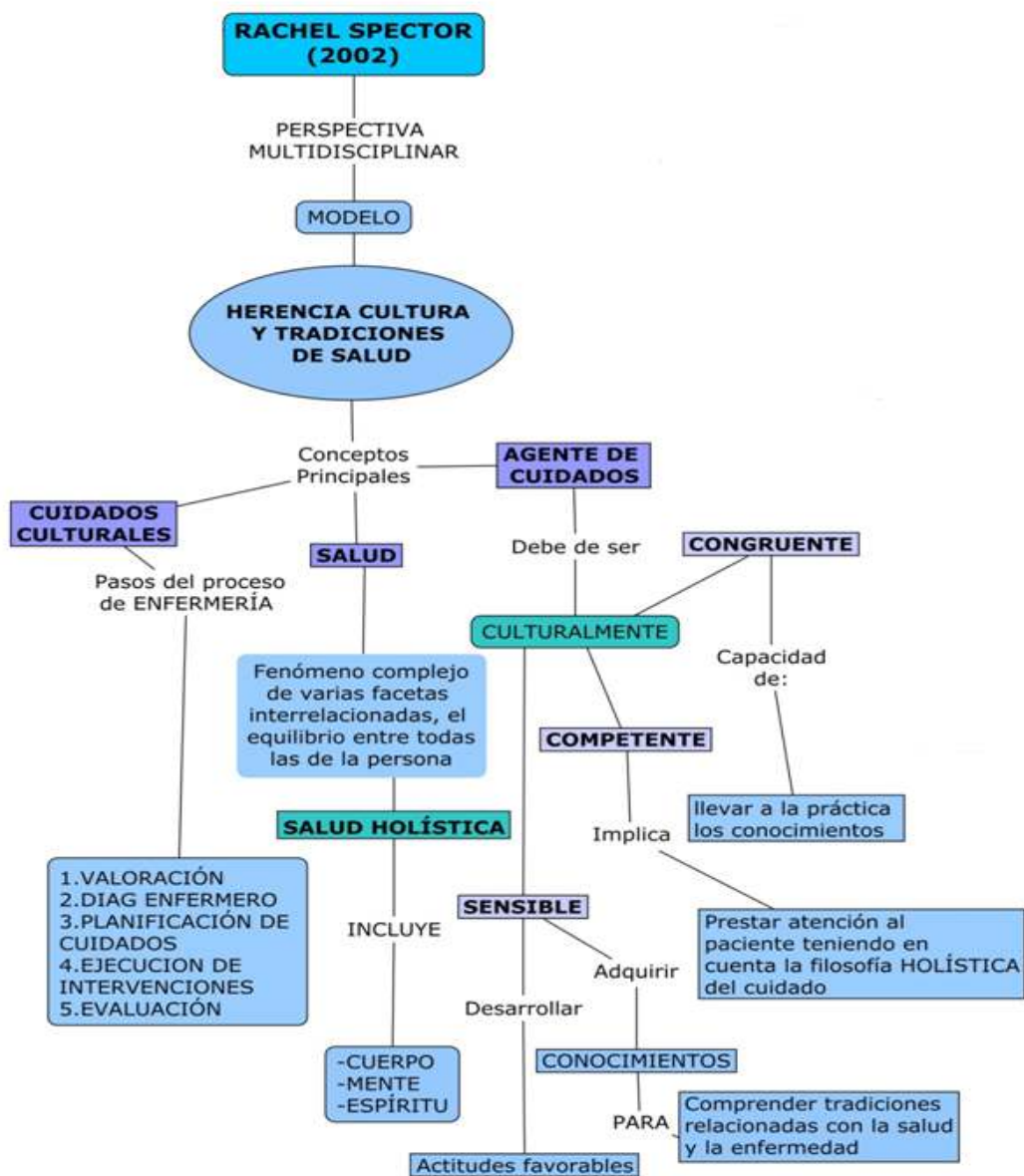
El modelo de Spector (2000), se crea con el objeto de concienciar al profesional de la enfermería sobre las dimensiones y complejidades que implica la dispensación de cuidados de salud a personas de diversas procedencias culturales. Este modelo se basa en tres conceptos entrelazados: La consistencia hereditaria -definida como la determinación de los vínculos de una persona con sus antecedentes étnicos, culturales y religiosos-, las tradiciones de salud - que incluye el cuerpo, la mente y el espíritu) y analiza todo aquello que las personas hacen, desde una perspectiva tradicional, para prevenir la enfermedad y restaurar, mantener y proteger la salud- y por último los fenómenos culturales que afectan a la salud, definidos por Giger y Davidhizar (1995), que identifican seis fenómenos culturales que varían según grupos culturales e influyen en la salud: control ambiental, variaciones biológicas, organización social, comunicación, espacio y orientación temporal. Estos seis fenómenos sirven para ilustrar no sólo la diversidad, son también la similitud que existe entre grupos culturalmente diferentes (Spector 2002, p.6). Estos tres conceptos, se interrelacionan con los cinco pasos del proceso enfermero: valoración del paciente, diagnóstico enfermero, planificación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y evaluación, complementándolos para desarrollar un camino hacia los cuidados culturales.

Spector (2000 p.121)—define el concepto de cuidados culturales como aquellos cuidados de salud culturalmente apropiados, culturalmente sensibles y culturalmente competentes. Para el proveedor de salud, sería necesario ser *culturalmente sensible*, que implica adquirir los conocimientos necesarios para comprender las tradiciones relacionadas con la salud y la enfermedad. Pero no basta con los conocimientos, dado que para alcanzar cierta sensibilidad es preciso desarrollar actitudes favorables a dicho sentimiento. Ser *culturalmente congruente*, es decir, tener la capacidad de llevar a la práctica los conocimientos que se poseen de forma adecuada y rentabilizarlos desde el punto de vista de la enfermería mediante la dispensación de cuidados coherentes culturalmente y de gran calidad profesional y por último ser culturalmente competente, que implica prestar atención

a la totalidad del contexto del paciente teniendo en cuenta actitudes, conocimientos y habilidades.

Los cuidados culturales en enfermería son la integración efectiva de los antecedentes etnoculturales del paciente y de sus tradiciones de salud respecto a los cuidados de enfermería, que están basados en el proceso de intervención enfermera (Spector, 1999 p.67)

Figura 4. Modelo de competencia cultural en los cuidados. Spector



Fuente: Elaboración Propia a partir de Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. Journal of transcultural nursing, 13(3), 193- 196.

1.3.4 Campinha-Bacote y su modelo de competencia cultural en la prestación de servicios de salud

Este modelo, a diferencia de los demás, incrementa su relevancia por el enfoque de aplicabilidad, ya que el desarrollo del mismo está orientado para avanzar más allá de la cultura de la comunidad o del paciente permitiendo prestar intervenciones eficientes y la adquisición de competencia cultural. Para Campinha-Bacote (2010 p. 133), la competencia cultural está definida como el *proceso en el cual los profesionales sanitarios se esfuerzan continuamente por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad*. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales (Andrews et al., 2010; Campinha-Bacote, 2010). Para adquirir esta competencia se requiere, previo al uso del modelo, que los agentes de cuidado se vean a sí mismos como personas en proceso de adquisición de dicha competencia y no como personas con la competencia ya adquirida.

Una de las características innovadoras de este modelo es la inclusión de dos dimensiones previamente no definidas por otros autores y que forman parte de la competencia cultural. La primera de ellas es la necesidad de tener deseo cultural, haciendo éste referencia a la motivación personal por la adquisición de las competencias culturales. La segunda hace referencia a la importancia de los encuentros culturales para interactuar con otras etnias, haciéndose necesaria, probablemente, la ayuda por parte de un intérprete experto en el idioma que ayude a sobreponer las barreras de la comunicación. Teniendo en cuenta estos dos nuevos conceptos, los constructos que Campinha-Bacote (2011) incluye para adquirir la competencia cultural son: la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, el deseo cultural y los encuentros culturales. Estos constructos tienen una relación interdependiente entre ellos, y no importa donde el proveedor de cuidados preste su asistencia.

Deseo cultural: la motivación del profesional para aprender y entender al otro. Abierto a nuevas ideas.

Conocimiento cultural: formarse, buscar información, etc. De la interpretación de la manera de enfocar la salud y la enfermedad. Hacerse una visión global para entender al grupo foráneo que va a atender.

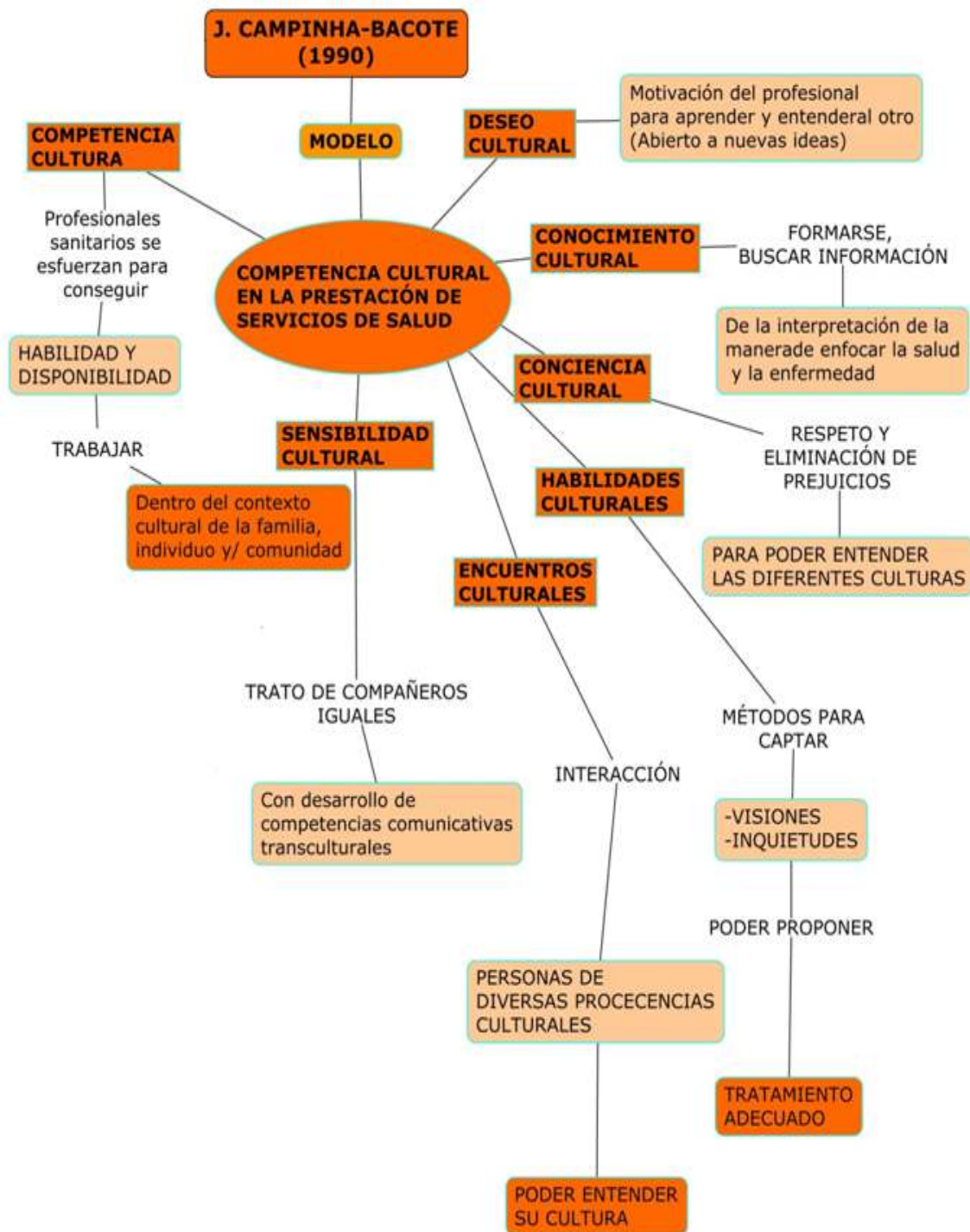
Conciencia cultural: engloba el respeto y la eliminación de prejuicios para poder entender mejor las diferentes culturas y ser más sensible a las necesidades de esas culturas.

Habilidades culturales: se hace referencia al desarrollo de métodos para captar las visiones del individuo, inquietudes, etc. y poder establecer intervenciones adecuadas a esas necesidades.

Encuentros culturales: invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales para poder entender su cultura. Incluiría conocer la idiosincrasia de cada cultura a nivel educativo, cultural, económico, etc.

Sensibilidad cultural: el trato es de compañeros iguales, se involucra la confianza, aceptación y respeto, así como la facilitación y la negociación. Se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, donde se crea un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información, y los temas que son esenciales para el cuidado profesional se intercambian eficientemente.

Figura 5. Modelo de competencia cultural en los cuidados. Campinha-Bacote



Fuente: Elaboración propia a partir de Campinha-Bacote, J. (2010). A culturally conscious model of mentoring. Nurse educator, 35(3), 130-135.

Hemos descrito los modelos que han servido de referencia a la enfermería transcultural en la actualidad, enfatizando el papel fundamental de la cultura en el proceso salud-enfermedad. En las sociedad en las que conviven personas que tienen diferentes referentes culturales, los profesionales de la enfermería deberían estar capacitados para comunicarse eficazmente con estos pacientes y, además, debieran conocer y tener en cuenta sus condicionantes culturales respecto al proceso salud y enfermedad. Considerando imprescindible la adquisición por parte de los enfermeros y enfermeras conocimientos culturales, prácticas culturales competentes, que son habilidades y una actitud en palabras de Campinha-Bacote (2002) "de deseo cultural". Conocimientos, habilidades y actitudes que en definitiva conforman la competencia enfermera denominada competencia cultural.

1.4 Competencia cultural

El término competencia cultural aparece en la literatura hacia los años 70, proveniente de la antropología (Ibarra y Siles, 2006). El concepto se genera en Estados Unidos e Inglaterra, fruto de la necesidad de aquel momento suscitada por el gran número de personas provenientes de diferentes países del mundo (Purnell, Paulanka, 2008). Pronto se hicieron notar los conflictos que se producían entre los inmigrantes y los proveedores de servicios (Martínez y Lillo, 2012 p.85). Es así, como la literatura referida a la competencia cultural (Marrero, 2013; Giger, Davidhizar, Purnell, Taylor, Phillips y Strickland, 2007) se fue desarrollando por profesionales de la salud que intentaban explicarse el nuevo fenómeno que había generado esa nueva demanda de servicios, necesitando entender las interacciones de los elementos de la cultura y su influencia en la salud. La producción literaria emergente (Gentil, 2012; García, 2011; Giger, 2014; Rifa-Ros, Costa-Tutusaus Y Espinosa-Fresnedo, 2013) tiene como protagonistas a los grupos minoritarios, étnicos o de inmigrantes al igual que a los proveedores responsables de esos servicios. Desde ese marco se han desarrollado numerosos conceptos y modelos para acercarse a la cultura de los cuidados de las personas (Osorio-Merchán et al. 2008). Si nos detenemos en el apartado anterior sobre los referentes teóricos de la enfermería transcultural y competencia cultural, observaremos como cada uno de ellos en sus teorías, desarrollan una definición específica para hablar de cuidados culturales y competencia cultural ya que es la manera de definir los conocimientos, prácticas y actitudes de los profesionales de los cuidados.

El panel de expertos en competencia cultural de la Asociación Americana de Enfermería, generó en consenso una definición de competencia cultural (Giger et al., 2007 p.101): *Es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado culturalmente aceptable. La competencia es un proceso continuo, que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer. Los constructos teóricos que la asociación construye para una definición de competencia cultural consensuada para los miembros, resultan afines a los modelos expresados anteriormente, pero sobretodo al de la doctora Campinha-Bacote, ya que los componentes de esta asociación son discípulos de la autora.*

El objetivo de esta asociación es desarrollar o fortalecer los elementos de la competencia cultural en los profesionales de la salud, reto que resulta atractivo pudiendo desencadenar efectos positivos sobre diferentes actores, no únicamente el proveedor de cuidados, ya que los receptores de los mismos reciben un cuidado integral. Además, los pacientes mejorarían su percepción hacia los proveedores y servicios de salud y produciría una mayor adherencia a los regímenes prescritos. Los profesionales pueden realizar una mejor práctica y contribuir a disminuir las diferencias culturales al actuar en consonancia con las creencias y valores de los pacientes, grupo o comunidad que estén a su cargo (Suh, Eunyong, Kagan & Strumpf, 2009)

1.5. La enfermería transcultural en España

Históricamente en España no existe una tradición asumida en cuanto a la utilización de modelos de enfermería y menos aún, si tratan temas tan emergentes como la diversidad cultural en los cuidados. Algunos de los autores españoles referentes en esta línea de investigación (Galao-Malo et al., 2005; Crespo et al., 2012; González et al., 2009; Chamorro, 2010; Vega, 2005), pertenecen mayoritariamente al ámbito universitario y no al asistencial, por lo que los enfermeros clínicos conciben la subdisciplina de enfermería transcultural como algo teórico, sumándole a esto la falta de motivación ante los cuidados del otro y la ausencia de conocimientos específicos en esta línea, minúscula aportación en la formación en el grado universitario y en la oferta formativa ofrecida como actualización continua en los centros hospitalarios y distritos de atención primaria de salud (Bonill & Celdrán, 2012).

Los modelos de enfermería transcultural y competencia cultural, comparten casi todos su origen anglosajón, son escasos los autores españoles que teorizan sobre esta línea, aunque sí encontramos algunos referentes en el ámbito de la *antropología de los cuidados*; son interesantes las aportaciones de Manuel Amezcua (Amezcua & Hernández, 2012) y José Siles (Siles et al., 2009; Mendoza et al., 2006; Siles, 2010), quienes han contribuido de forma importante al proceso de vertebración de las dos disciplinas que versan sobre los cuidados culturales, la enfermería y la antropología.

En la literatura revisada sobre cuidados culturales en nuestro país encontramos algunos autores (Castillo, 2008; González, Lara y Luengo 2006; González, 2013; Crespo et al., 2004; Mendoza et al., 2006; Preciado, 2010) que se centran en dar a conocer modelos provenientes de teóricas extranjeras sin experiencias en la aplicación de las mismas en su práctica asistencial, quedándose únicamente en el propio paradigma; también encontramos trabajos empíricos interesantes que comparten esta línea de investigación, destacando autores como Lillo (2004, 2012), Casabona (2004, 2012), Galao-Malo (2004), Plaza del Pino (2007) y Gentil (2012). De los tres primeros autores referenciados encontramos diversas experiencias sobre la aplicación de la enfermería transcultural en la práctica clínica, con la particularidad que se realiza en el ámbito de un hospital privado con poblaciones culturalmente diversas, con el matiz de que la nacionalidad de los sujetos de estudio proceden de países de la Unión Europea. El objetivo de estos estudios está más centrado en competencias de gestión de estos cuidados culturales que en la propia aplicación de los mismos. En el caso de Plaza del Pino (2007), su investigación y por consiguiente su obra, está enmarcada en el ámbito del sistema

sanitario público teniendo como objetivos de estudio las percepciones de los sujetos provenientes del Magreb; el caso de Gentil (2012), es diferente ya que la población de estudio está más enfocada en sujetos del África Subsahariana.

Siguiendo la búsqueda de la aplicación de la enfermería transcultural en nuestro país, encontramos algunas referencias de autores que se han acercado a esta línea de manera esporádica, sin consolidar, cuyo perfil es eminentemente práctico, no avalados por una trayectoria investigadora, ni adheridos a ninguna línea concreta. Son reflexiones prácticas orientadas a la atención de personas de cultura diversa; cabe destacar los trabajos de Baraza y Lafuente (2005), cuya investigación está orientada a la identificación de diagnósticos enfermeros en la población inmigrante en el distrito poniente de Almería, en este estudio se describen los problemas de salud más prevalentes en la población extranjera.

1.5.1. Factores que influyen en la consolidación de la enfermería transcultural en España

Si reflexionamos sobre la recientemente descrita escasez de trabajos dirigidos a la competencia cultural en los cuidados escritos en nuestro país, podríamos sugerir que la enfermería transcultural en España no está consolidada, no sólo por la escasez de producción científica referida a la misma, sino por la falta de percepción sobre la necesidad de la misma en las instituciones sanitarias, a pesar de la existencia de protocolos, no están adaptados en la aplicación de la práctica clínica (García-Navarro, 2006) . Esto puede estar causado por múltiples factores, bien porque los receptores de cuidados de origen extranjero no son suficientes en nuestros centros asistenciales y el cuidado cultural no se percibe como necesario o bien porque la atención a los pacientes de diferentes culturas no es una necesidad prioritaria para los profesionales de la salud. Pero si queremos profundizar en este tema, podemos rescatar algunos de los factores que Leininger define como generadores de la enfermería transcultural y comprobar si se dan o no en la sociedad española, y si no es así el por qué de los mismos.

- *El primer factor es el aumento de inmigrantes asentados y del flujo de migraciones de personas de diferentes nacionalidades en nuestro país.*

La inmigración es el fenómeno social y demográfico que ha transformado la sociedad española de forma muy significativa. Los flujos migratorios recibidos por nuestro país desde los años ochenta y más concretamente durante la primera década del siglo XXI, han transformado la estructura y características de la

población española, rejuveneciéndola y aportando un numeroso colectivo de extranjeros en la franja de edad laboral. Esta circunstancia ha provocado que los sucesos demográficos se hayan visto influidos por este cambio estructural de la población, favoreciendo entre otros cambios, un significativo aumento en el número de nacimientos, consecuencia de un mayor número de mujeres en edad fértil, o la introducción de nuevas pautas en la composición de los matrimonios. Por otro lado, en el ámbito laboral, la repercusión que ha tenido la llegada de población extranjera a nuestro país, ha desencadenado una paulatina mejora de la tasa de actividad, durante la etapa de expansión económica, evolución que se ha visto truncada por la crisis económica (Arroyo, Bermúdez, Romero, Hernández & Planelles, 2014).

¿Cómo han influido estas transformaciones sociodemográficas en la sanidad de nuestro país y por consiguiente en sus protagonistas proveedores-receptores de cuidados?

Si revisamos la literatura existente sobre este tema en revistas competitivas, observamos un hecho cuanto menos curioso, los autores clínicos que han trabajado en salud e inmigración, tienen como objeto de estudio temas muy comunes que podrían catalogarse en cuatro áreas temáticas significativas:

- La primera, por el número de trabajos difundidos en este tópico, es el que versa sobre inmigración y enfermedades infecciosas
- La segunda, inmigración y salud sexual y reproductiva
- La tercera, la utilización de los servicios de salud por parte de la población extranjera
- La cuarta versa sobre precariedad laboral y salud y determinantes de salud de los inmigrantes.

Es interesante comprobar cómo determina el contexto laboral de los autores, el abordaje de los problemas a analizar. En el ámbito clínico los autores están más preocupados por los virus que colonizan a los pacientes extranjeros y las consecuencias biológicas de sus prácticas sexuales que por conocer las barreras que dificultan el acceso equitativo de la salud en la población extranjera y autóctona, o por la competencia cultural de los profesionales que asisten a los pacientes de cultura diversa.

Inmigración y Enfermedades Infecciosas

Una vez revisada la literatura observamos que aquellos autores que se plantean como prioritario el estudio de las enfermedades infecciosas en la población inmigrante en España (Pérez-Molina et al., 2012; Mayans, 2002; Lledías, 2005; Hernando, Ortiz-Barreda, Galán Sabido & Casabona 2014; Delgado-Rodríguez,

2014; Ramos, Masía, Padilla Escolano, Bernal & Gutiérrez 2011; Ramos, Pinargotea, Torrús et al. 2014), justifican su análisis atendiendo a la prevalencia de las mismas. Pérez-Molina et al. (2012) incorpora a esta variable el que los pacientes sujetos a estudio estén en situación regular o no, y si han tenido derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, teniendo en cuenta el cambio legislativo -entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de abril- que ha restringido significativamente este derecho. El estudio concluye que hay 459.909 inmigrantes en situación irregular en nuestro país, de los que de 2.700 a 4.600 estarían infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de 1.800 a 3.220 conocerían su infección y de estos el 80% recibiría un tratamiento antirretroviral. Los autores en su discusión alertan de las múltiples consecuencias indeseables que puede tener la población extranjera infectada por el VIH: aumentar la mortalidad, favorecer la aparición de enfermedades oportunistas, incrementar los ingresos hospitalarios, incremento esperable de la morbimortalidad sufrible para el propio paciente, pero destaca la idea de la proyección de este problema en nuestro sistema sanitario, que supondrá un mayor coste en la atención de los pacientes, coste que se verá incrementado aun más en los sujetos mas inmunodeprimidos. Por tanto, concluye, *"la aplicación del Real Decreto supondrá un ahorro económico muy inferior al esperado a corto plazo e impactará negativamente en la salud pública de nuestro país, y muy especialmente en la de los pacientes infectados por el VIH que queden desatendidos, aumentando los gastos sanitarios a medio-largo plazo y alejándonos de los objetivos de salud internacionalmente asumidos"* (Pérez-Molina et al. 2012 pp.251). Otros estudios revisados que analizaban otras enfermedades infecciosas, además del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Lledías et al., 2005; Hemando et al., 2014; Delgado-Rodríguez, 2014) afirman en sus discusiones que los inmigrantes estudiados presentaban alguna enfermedad de transmisión sexual con más frecuencia que los autóctonos. Las serologías practicadas mostraron tasas de exposición a hepatitis B y sífilis más altas en inmigrantes que en españoles a pesar de que las tasas de VIH fueron similares en ambos grupos. Un estudio de la Cátedra de Salud Pública de la Universidad de Jaén (Delgado-Rodríguez, 2014), realizó una revisión sistemática sobre enfermedades prevalentes en la población extranjera y concluye que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión muestran ciertas flaquezas metodológicas, ya que utilizaron principalmente un enfoque transversal para comparar el nivel de salud de los inmigrantes con la población nativa. En segundo lugar, la mayor parte de los estudios revisados se centran en las enfermedades infecciosas, en correspondencia con el hecho de que la mayoría de los inmigrantes en España provienen de zonas con mayores prevalencias de estas enfermedades, a

pesar de que los procesos infecciosos no son las enfermedades más frecuentes en dicha población. Durante el desarrollo de los estudios incluidos en la presente tesis doctoral, nos planteamos conocer las actitudes de los profesionales ante la inmigración, una de las variables de estudio fue la posición jerarquizada de las patologías más frecuentes entre la población extranjera según la propia percepción de los proveedores de salud sujetos a estudio. Los resultados evidencian las ideas expuestas anteriormente, donde el profesional de la salud, entiende como enfermedad prevalente de los inmigrantes las de carácter infecciosos, a pesar de no corresponderse con los datos reales (García-Navarro, 2006). El siguiente tema en importancia, según el número de estudios publicados, son las desigualdades en salud, aunque a una gran distancia (334 priorizan las enfermedades infecciosas frente a 27 en las desigualdades en salud). Teniendo en cuenta estos datos, observamos que la posición del investigador a la hora de realizar el estudio es determinante en su abordaje, que no siempre se corresponde con la realidad de los procesos de salud de la población inmigrante.

Inmigración y salud sexual y reproductiva

En el ámbito de la salud pública, existen diferentes publicaciones que asocian el incremento de la fecundidad a la incorporación de los hijos de las madres extranjeras que residen en nuestro país (Fernández & Bueno, 2009; Castro & Rosero, 2011; Cheikh, Arribas & Rabanaque, 2011; Moral de Calatrava, 2014); Luque y Bueno-Cabanillas (2009) concluyen en su estudio que el patrón de fecundidad de las mujeres extranjeras es marcadamente diferente al de las españolas. Las mujeres extranjeras han tenido más hijos (una media de dos hijos por mujer en edad reproductiva) y además en edades más tempranas. La tendencia creciente observada en la fecundidad de mujeres españolas se debe sobre todo al aumento de la fecundidad en mujeres de edad avanzada (35 y más años). Este patrón de fecundidad de las mujeres extranjeras caracterizado fundamentalmente por una mayor tasa, muy acentuada para el grupo de mujeres de 19 años, puede estar asociado a diferencias sociales y culturales. Por lo que según afirma el autor sería deseable reorientar las políticas de prevención y educación sexual, teniendo en cuenta las cuestiones socioculturales de las mujeres adolescentes extranjeras y adecuar culturalmente los mensajes de prevención. Un estudio del Hospital universitario de Canarias junto con el Instituto catalán de salud pública (Torre de la Coll, Coloma, Martín, Padron & González, 2006), cuyo objetivo era analizar los factores que dificultan el control de la gestación en la población inmigrante, concluye que para establecer un buen control en el embarazo de la población

extranjera, el profesional de obstetricia-ginecología, debe de establecer pautas de comunicación evitando los estereotipos y las ideas preconcebidas, observando, escuchando y preguntando aquello que desconoce de su cultura, garantizando el respeto y evitando los juicios de valor. Por otro lado, se debe asegurar que la información que se ofrezca sea adecuada culturalmente para así garantizar una asistencia de calidad. Siguiendo esta línea de investigación, revisamos un estudio realizado por autores de ámbito asistencial de dos hospitales de la comunidad de Madrid, cuyo objetivo era conocer las actitudes que los profesionales del área de partos tienen durante la atención a la mujer inmigrante, de los 237 cuestionarios entregados, se recogieron 196 (82,7%), 83 correspondientes al Hospital universitario San Carlos y 113 al Hospital 12 de octubre, incluyendo en la muestra a diversos perfiles profesionales que intervienen en el proceso de parto. Uno de los resultados más interesantes fue que la población más joven (menores de 25 años) mostró una actitud más favorable que el resto de los grupos, encontrando diferencias significativas en los siguientes aspectos: – «Si fuera posible me gustaría poder elegir el atender o no a una mujer de otra raza, cultura o procedencia» (p: 0,049). – «Consentiría que una mujer inmigrante entrara a formar parte de mi familia directa» (p: 0,001). – «Me asusta pensar que en un futuro habrá mezcla de culturas y etnias como consecuencia de la inmigración que se está produciendo en España» (p: 0,032). – «Me desagradaría que algunas mujeres reclamen con insistencia analgesia epidural durante su proceso de dilatación, cuando en su país no se cubriría esa demanda» (p: 0,001). A un grupo importante de los profesionales estudiados les gustaría poder elegir el atender o no a una mujer de otra raza, cultura o procedencia; sin embargo, queda patente que hacen un esfuerzo por entenderse con ellas y que no existen diferencias en la atención a estas pacientes. Al relacionar la profesión con los aspectos relativos a la inmigración en general, son las residentes de matrona las que muestran una disposición más elevada a la hora de adquirir conocimientos sobre otras culturas. Las matronas y auxiliares de enfermería aceptan el reto en la misma medida, y son los obstetras, los anestesiólogos y especialmente los residentes de ginecología los más reacios a conocer otras culturas, incrementando esa resistencia cuando coincide con la variable irregularidad administrativa. Uno de los estudios elaborados para la consecución de los objetivos de esta tesis, constata resultados similares a los expuestos, siendo las enfermedades de transmisión sexual y los problemas de gestación los segundos más puntuados por los sujetos de estudio, no coincidiendo con los datos reales correspondientes con la memoria de frecuentación realizada por los centros asistenciales donde se realizó la investigación (García-Navarro, 2006). Con estos datos, observamos que de nuevo, como ocurriese con la revisión

de los procesos infecciosos relacionados con la salud de los extranjeros, la posición del investigador es determinante. Son los estudios relacionados con actitud de los proveedores de cuidados los que miden el pulso de la realidad asistencial.

Utilización de los servicios de salud y población extranjera

En la última década han aumentado aquellos estudios orientados a conocer verdaderamente la repercusión de la atención al inmigrante dentro del sistema sanitario, de cara a orientar las políticas sanitarias y mejorar su atención. Existe una opinión pública que asocia un mayor consumo de servicios sanitarios a esta población, lo cual vendría refrendado por algunos estudios que relacionan mayor frecuentación y consumo sanitarios con peor situación socioeconómica (García, Martín, Ramírez, González, Hidalgo, Escribano & Gómez de la Cámara, 2007; Regidor & Martínez, 2007). De hecho algunas gerencias se han propuesto medidas para ajustar el tamaño de los cupos de los médicos de familia, teniendo en cuenta el porcentaje de población inmigrante como factor agravante (Cañones et al. - Grupo de trabajo de Subdirección Provincial de Atención Primaria-, 2001). Asimismo, en los profesionales sanitarios se ha generado una opinión relativa a la hiperfrecuentación y sobreuso que los pacientes extranjeros hacen sobre la atención en los centros hospitalarios y de primaria, enfatizada en los servicios de urgencias (Esteva, Cabrera, Remartineza, Díaza, & Marchb, 2006; Navarro, 2014; Llop-Gironés, García-Subirats, Aller & Vázquez, 2014). Sin embargo, diversos estudios contradicen esta opinión, demostrando que la población inmigrante es mayoritariamente joven y sana y que, en general, realiza un menor uso del sistema sanitario del que teóricamente correspondería. En esta misma línea, un equipo del departamento de medicina preventiva de la Universidad de Alcalá de Henares, realizó una revisión sistemática de estudios publicados en bases de datos competitivas, desde el 2006 al 2013 y concluye en líneas generales, que en España la población inmigrante hace el mismo uso de los servicios de medicina general que la autóctona y un menor o igual uso de los servicios de medicina especializada. Existen estudios realizados por organismos oficiales para describir el perfil del usuario que frecuenta y utiliza más los recursos sanitarios (Domínguez y García, 2012) y se describe el perfil del hiperfrecuentador que no coincide con el perfil de un paciente de nacionalidad extranjera. Los resultados de los estudios realizados en otros países van en la misma línea, por lo que de nuevo los investigadores clínicos reflejan un posicionamiento diferente al de las investigaciones desarrolladas en el ámbito académico. En la revisión realizada, encontramos un estudio (Gistau, Vallverdú, Miró, Pijem & Guarga, 2012) que analiza la opinión de sus compañeros respecto a este mismo tema, planteándose como objetivo, conocer desde el punto

de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los inmigrantes clasificándolos por nacionalidades. Los entrevistados consideran que los pacientes de origen inmigrante no tienen dificultades para acceder a los servicios de salud porque desde la administración se ha eliminado cualquier barrera que lo pudiera dificultar. Idea que se constata en el estudio realizado por García-Navarro (2006). Otra de las ideas que resulta interesante del estudio es que la cultura sanitaria en el país de origen también puede ayudar a comprender cómo acceden y usan los servicios sanitarios los pacientes extranjeros, junto con otra variable que es el proceso de enfermedad que cursen, por ejemplo para la gestación, existen diferencias entre el acceso y uso de los servicios sanitarios respecto de las mujeres embarazadas autóctonas.

Precariedad laboral y Salud

La relación entre inmigración, trabajo y salud constituye uno de los retos más importantes en salud laboral y más concretamente en España por el importante incremento de población inmigrante acontecido en el mercado laboral (García, López-Jacob, Agudelo-Suárez, Ruiz-Frutos, Ahonen & Porthé, 2009).

La producción científica sobre la salud laboral de las poblaciones inmigrantes en otros países es muy escasa, según los resultados de una revisión sistemática sobre este tema (Ronda-Pérez, Agudelo-Suárez, López-Jacob, García & Benavides, 2014), refiere que los inmigrantes no tienen peor nivel de salud que los nativos, está bien documentado el efecto del inmigrante sano, de forma que los recién llegados tienen, por término medio, mejor salud que sus pares en el país de origen e incluso mejor que sus pares en el país receptor, aunque a medida que aumenta el tiempo de residencia esta ventaja va desapareciendo o se invierte (Pajares, 2008). Esto se explica por el hecho de que a menudo los inmigrantes presentan mayor vulnerabilidad que la población autóctona y sufren condiciones de vida y trabajo deficientes. Otra cuestión a abordar respecto a la salud laboral de los inmigrados, es la cuestión de género, y respecto al mismo, la literatura encontrada (Blasco, 2008; Herrero, Arkaitz & Gorka, 2013; Torrens, 2012; Belmonte, Checa & Arjona, 2012; Antonin & Sabado 2004; Plaza del Pino, 2009) es homogénea en cuanto al abordaje de la feminización en el fenómeno de la inmigración. De este análisis de destaca un fenómeno sociocultural, que según la bibliografía es característico de la cultura de nuestro país, es el fenómeno de la cuidadora extranjera. Autores como Martínez-Bujan (2011), Casado-Mejías y Ruiz-Arias (2009) y García y Gualda (2015) han analizado este fenómeno en España. Plaza Del Pino_lo define como *la externalización al mercado del trabajo reproductivo, el mercado del servicio*

doméstico del Sur de Europa se ha ido remodelando: la demanda se ha ampliado a la vez que, simultáneamente, la oferta de trabajadoras domésticas autóctonas se ha ido quedando limitada, por la movilización de éstas a otros sectores de trabajo de la economía española. Hay un desajuste entre la oferta y la demanda de trabajadoras domésticas y del cuidado, que provoca la creación de nuevos nichos de ocupación, fácilmente copados por mujeres inmigrantes” (Plaza, 2012 p 90). Se hace necesario un abordaje en profundidad de este fenómeno en este apartado, no sólo porque repercute directamente en el sistema sanitario y en la sociedad sino por la singularidad del mismo.

La generación de las Cuidadoras extranjeras, también denominado “Care-Drain²”

En los últimos años se han producido en España grandes cambios sociales que influyen sobre el modelo de respuesta que las familias demandan a los profesionales sanitarios en concreto y al sistema sanitario en general.

El primer cambio destacable es el envejecimiento de la población, que hace que nos encontremos cada vez con hogares donde abundan los enfermos crónicos, con dificultad para autocuidarse y recibir cuidados ajenos. *El mero desplazamiento o gestión de la relación con el sistema sanitario, tiene que hacerse con ayuda de familiares o profesionales. La relación con el médico y el enfermero, de las personas que han perdido la capacidad a causa de su edad, no es espontánea ni directa, necesitan de la mediación de sus familiares para acompañarles, gestionar la relación con el sistema sanitario y aplicar o seguir la aplicación del tratamiento* (Durán, 2014 p.51). Ante esta situación, la oferta de cuidado institucional es muy insuficiente (centros de día, atención domiciliaria, residencias), y la oferta privada es inasequible para la mayoría de los pensionistas e incluso, para sus hijos. *Entre el año 2.000 y el año 2.050, se triplicará el número de personas mayores de 80 años en Europa. Las demandas geriátricas crecerán aún más del triple porque aumentan también las expectativas y exigencias de este grupo de edad* (Vallejo, 2009 p.162); *por lo que la única forma de hacer frente al problema, es la figura de cuidador familiar o cuidador informal, asumiendo el cuidado en el seno de la familia y en menor medida, de la red de servicios sociosanitarios* (Delicado, Alfaro, Candel & Barnés, 2012; García, Delicado, Alfaro, López-Torres, 2014).

Otro de los cambios sociales acaecidos recientemente, es el debilitamiento de las fuentes de apoyo informal debido principalmente a que la mujer se está

² Care drain (Bettio, 2006) simboliza la fuga de trabajadoras de los países menos desarrollados a aquellos países que le ofrecen una oportunidad en el ámbito del cuidado. Como consecuencia, los países de acogida rediseñan su sistema de provisión informal de bienestar.

incorporando cada vez más al mundo laboral, lo que modifica radicalmente su papel tradicional de cuidadoras de enfermos o prestadoras de servicios de salud. Según estudios revisados (Durán, 2014; Useros et al., 2012; Alcaraz et al., 2014), se produce la paradoja de que son las cuidadoras informales o familiares quienes menos tiempo dedican a cuidar de sí mismas, especialmente cuando combinan el papel de amas de casa y el de activas en el empleo. El camino en el papel social de la mujer, afecta al sistema de cuidados de todos sus familiares. La disminución de mujeres cuidadoras familiares, hace que cada vez exista más demanda personas dedicadas al cuidado de pacientes ajenos a su familia. Estas personas también son cuidadoras principales de nuestros pacientes, sólo que el nexo de unión entre ambos no es el de la consanguinidad, sino el derivado de un intercambio económico y de prestación de servicios, en algunos foros denominado *cuidado mercenario* (Cobos, Heras & Martín, 2013).

El otro cambio acontecido en la sociedad actual, es el derivado de la prosperidad y las facilidades en el desplazamiento y flujo de poblaciones de diferentes países, que está atrayendo hacia España a grandes contingentes de extranjeros no integrados en la sociedad de nuestro país, como ya hemos detallado en apartados anteriores. La llegada de personas procedentes de otras culturas, supone un cambio social importante, pero sobretodo implica un choque cultural fuerte, principalmente para ellos, la población no autóctona que está en minoría. Esta afluencia de extranjeros, está experimentando en nuestra sociedad un cambio sociolaboral dado por la necesidad de éstos de adquirir un puesto de trabajo que disminuya sus costes básicos de traslado, de forma que la población inmigrada está sujeta laboralmente a unos nichos laborales de trabajo precario, bajos salarios y horarios interminables; los hombres en el sector agrícola y de la construcción y las mujeres en el sector agrícola también aunque fundamentalmente en el sector doméstico atendiendo a personas mayores dependientes en domicilio y hospitales. Nichos laborales emergentes que la sociedad autóctona rechaza y son directamente absorbidos por la población inmigrante (Herrero et al., 2013; Torrens, 2012; Belmonte et al., 2012).

Todos estos cambios sociales, han evolucionado en el desarrollo de una nueva figura cuidadora, de un nuevo agente de salud que hasta hace unos años no se había observado, ni era sujeto de análisis y en la actualidad conforman el fenómeno care drain, o cuidadores extranjeros. Para los profesionales de la enfermería, la importancia de analizar este fenómeno radica en la diferencia de culturas en el tándem cuidador informal-paciente, además de la cultura, poseen valores y percepciones propias de las prácticas de cuidado del país del cual proceden y que desarrollan en nuestros pacientes autóctonos (Torrens, 2012; Belmonte et al.,

2012). Este fenómeno es tan necesario de analizar como el que prestan los profesionales, ya que las dos figuras son proveedoras de cuidado. El objetivo laboral de este nuevo colectivo es atender a nuestros mayores, satisfaciendo sus necesidades básicas - que en su mayoría deben suplir totalmente-, realizando además una labor de acompañamiento; sustituyendo así el cuidado familiar o sistema informal de cuidados. Este fenómeno es de rigurosa actualidad, por lo que aunque existen diferentes estudios (García et al., 2014; Cobos et al., 2013; Gutierrez, De la Torre & Domínguez, 2012; Márquez & Belmonte, 2013; Flores, Jenaro, Moro & Tomça, 2014) que describen el cuidado informal prestado por miembros de la familia, son mucho más escasos los que describen apoyo prestado por cuidadoras remuneradas ajenas al núcleo familiar resultantes de un proceso migratorio (Herrero et al., 2013; Torrens, 2012; Belmonte et al., 2012).

Las condiciones de vida de estos nuevos agentes de salud, son muy diferentes a las de los cuidadores familiares y a las de otros cuidadores remunerados autóctonos, ya no sólo por el intento reiterado de adaptación y aprendizaje de la nueva sociedad en la que se sumerge, sino la propia vivencia de su proceso migratorio, proceso que conlleva dificultades económicas, psicológicas, físicas, sociales y espirituales. El choque cultural es fuerte y las dificultades para la adaptación al nuevo contexto cultural y para la integración en el nuevo modelo de sociedad se hacen manifiestas (Alegre Ruiz, 2011). Además, no podemos olvidar el duelo migratorio por todo lo dejado y perdido en el país de origen (Achotegui, 2012).

Cuidar implica comprender y ello, necesariamente incluye un proceso de empatía, de identificación de necesidades y de asunción de conocimientos.

El cuidado y la salud, tienen semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en el que se encuentren; los cuidados prestados por las cuidadoras transculturales tendrán características congruentes con su propia cultura, características que no tienen por qué ser similares a las necesidades de los pacientes que son sujetos pertenecientes a la cultura del país de acogida, por lo que es necesario conocer cuáles son sus conocimientos, actitudes, creencias y valores para así realizar un plan de formación adecuado a cada persona, planteándonos conocer la situación en la que se encuentren, referente a los conocimientos sobre salud-enfermedad, expectativas, actitudes, etc. que tiene respecto al cuidado de las personas dependientes. De esta forma abordaremos desde el punto de vista enfermero, la completa unidad de cuidado compuesta por paciente y cuidadora principal.

En el caso que nos ocupa, la cuidadora transcultural se dedica al ejercicio de cuidar, por esta máxima dedicación, debemos asegurarnos que los cuidados que se les

prestan a nuestros pacientes son congruentes culturalmente, adecuados según las necesidades del enfermo y de calidad.

- *El incremento marcado de la identidad multicultural en la población extranjera*

Leininger (1995) propone que los profesionales de la salud entiendan y respeten la cultura, los valores y los estilos de vida de los pacientes de nacionalidad diversa. En el apartado anterior ya hemos comprobado que esto no es lo común en nuestro país, y que es el ámbito académico el que está más preocupado por conseguirlo que los profesionales que se enfrentan día a día en su labor asistencial con los pacientes extranjeros. Un estudio realizado en la Universidad de Huelva, analiza la actitud de los ciudadanos andaluces proponiendo hipótesis relevantes para la presente investigación, ya que concluye la existencia de *algún tipo de asociación entre mayor grado de participación social y mayor aceptación hacia la población extranjera. Una mayor dosis de confianza interpersonal e institucional (mayor en individuos más participativos) puede ser uno de los factores que lime esa desconfianza y recelo hacia la diferencia, que está en la base de múltiples actitudes de rechazo* (Gualda, 2004 p.270). Los estudios que analizan la actitud de los profesionales sanitarios ante la inmigración en nuestro país no son muy frecuentes (Antonin et al., 2004; Plaza del Pino, 2009, 2012). Encontramos algunos otros sobre percepciones sobre la atención, o sobre la híperfrecuentación, pero no analizan actitudes. Antonin Martín y Tomás-Sábado (2004), expresan la importancia de desarrollar esta línea de investigación en la sociedad actual, y para ello se plantearon realizar una escala que midiese la actitud de los profesionales de enfermería ante los inmigrantes, posteriormente esta escala ha sido utilizada por los autores en otras investigaciones (Martín, Montserrat & Tomás-Sábado, 2006). Si hemos encontrado algunos estudios que analizan las actitudes de los universitarios que cursan Grado en enfermería (Sánchez, Campillo, Illán, Llor & Ruiz, 2005; Moreno & Agudo, 2006; Alonso, Navarro & Lidón, 2008; de Oliveira, Techio, Páez & Herranz, 2005; Plaza del Pino & Soriano, 2009; Roca & Monteaguado, 2007) entendiendo con este hecho, que el colectivo de profesionales de la enfermería del ámbito académico están más preocupados por la competencia cultural en mayor medida que los del ámbito clínico. Plaza del Pino (2007, 2009, 2012), concluye en varios de sus estudios que en España el trabajo con pacientes extranjeros es un hecho que ha sorprendido a las enfermeras y a las instituciones sanitarias, un hecho para el que no han recibido ninguna formación ni entrenamiento específico.

La formación específica y las campañas de sensibilización intercultural se hacen imprescindibles para los profesionales del medio sanitario para afrontar con garantías de éxito el encuentro intercultural que supone la atención sanitaria a pacientes extranjeros.

Por último, una característica que consolidaría en la sociedad española la enfermería transcultural sería

- *El incremento de la interacción de personas de diferentes culturas*

Leininger (1995) propone en este supuesto, la interacción entre proveedor-receptor de cuidados, así como cualquier interacción entre personas de diferentes culturas, promueve un aumento de los conflictos culturales que a su vez desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud.

Si retomamos el análisis propuesto por Di Leonardo (1998), nos transmite la idea de mirar al paciente extranjero como inmerso en una fuerza más amplia del contexto social, político y económico, y no como sujetos exóticos con estilos de vida negativos o dañinos, con una cultura inadecuada que debería transformarse a la nuestra con prácticas de educación o comunicación en salud. Porque de esta manera estaremos generando conflictos culturales en nuestras intervenciones y a su vez alejando cada vez más al paciente de la salud. Esta descontextualización de los estilos de vida está en la base de una práctica común en el campo de la salud, consistente en ubicar las razones de las enfermedades exclusivamente o predominantemente en las conductas de los individuos, sin tener en cuenta los determinantes sociales y culturales.

Es comprensible que en situaciones de interrelación entre paciente-enfermera se perciban esos conflictos culturales. Muchos de ellos, como refieren los autores (Navas et al., 2004) están condicionados por la posición del autóctono respecto al inmigrante. Si tenemos en cuenta los resultados obtenidos en el apartado anterior respecto a las actitudes de los profesionales ante la inmigración, es fácil presumir que existirán ocasiones de conflicto, que necesitarán resolverse con la asunción de la necesidad de formación en habilidades técnicas y actitudinales para la comunicación con el paciente extranjero y poder promocionar cuidados culturalmente adecuados.

Si observamos las premisas que Leininger (1995) plantea como influyentes en la generación de la enfermería transcultural, hemos comprobado como en nuestro país no existen suficientes factores para que esta consolidación se de en los proveedores de cuidados. Por lo que planteamos como necesaria, estrategias de

adecuación en nuestro contexto para potenciar la adquisición de una conciencia cultural en nuestros profesionales.

1.6. Líneas futuras de intervención relacionadas con la investigación

Durante el desarrollo de esta línea de investigación hemos desarrollado varios estudios abordando la competencia cultural desde diferentes perspectivas, describiendo y analizando conocimientos, prácticas y actitudes de profesionales de la enfermería así como de diferentes proveedores de cuidado en nuestro contexto. Uno de los últimos objetivos que se marcaron en el transcurso de la misma sería identificar caminos y estrategias para llegar a ser culturalmente competentes en el ejercicio del cuidar, por ello el desafío personal que planteo, es la construcción de una plataforma de acciones orientada a la docencia, la práctica y la investigación, que incorpore el componente del cuidado desde la óptica de la cultura de los individuos.

1. Conocer las Actitudes de los proveedores de Salud, respecto al cuidado del otro. Teniendo en cuenta tal y como evidencia la literatura la necesidad de incluir en el análisis las actitudes de la población Pre-profesional
2. Conocer las Prácticas de cuidado de quienes prestan servicios de salud a personas de origen diverso sean proveedores profesionales o no (cuidadores informales). Este último se refiere al fenómeno de las cuidadoras extranjeras que abordamos seguidamente.
3. Incluir la Formación en competencia cultural cómo Estrategia común a los proveedores de cuidados y a aquellos que lo serán en el futuro (Formación Grado Universitario en Enfermería)
4. Incorporar la competencia cultural en la Investigación promocionando el abordaje cualitativo en su metodología.

Estas son las Estrategias que se plantean en la presente Tesis Doctoral, que van encaminadas al análisis de las Competencias Culturales de los proveedores de salud de la provincia de Huelva.



2. Objetivos

2. OBJETIVOS

Durante el desarrollo de la presente línea de investigación, competencia cultural en los cuidados, hemos planteado diferentes objetivos para poder abordar el fenómeno a estudio desde una perspectiva integral.

1. Conocer las Actitudes que tienen los profesionales de enfermería de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

1.1 Identificar si la existencia de actitudes negativas del profesional hacia el otro están justificadas por la evidencia científica, concretamente en la utilización de la población autóctona de los recursos sanitarios.

2. Describir las Actitudes que tienen los pre-profesionales (estudiantes de grado en enfermería) de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

3. Identificar si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función del contexto en el que se encuentren dentro del espacio transfronterizo (Algarve-Huelva).

3.1. Conocer si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función de los conocimientos que tiene sobre ésta (conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria), el sexo, la edad y la zona de residencia.

4. Conocer las Prácticas de cuidado de los proveedores de servicios de salud a personas de origen diverso sean profesionales o no (cuidadores extranjeras) que prestan sus cuidados en la provincia de Huelva.

Identificar las prácticas y conductas de cuidado de los profesionales de enfermería ante los pacientes de origen diverso.

Describir las prácticas de cuidado que realizan los cuidadores de origen diverso que atienden a los mayores dependientes, así como la experiencia y los conocimientos de los mismos.

5. Identificar prácticas y recursos facilitadores de competencia cultural con pacientes extranjeros.

6. Describir Estrategias de intervención y mejora para incorporar la competencia cultural en el sistema de salud.

Figura 6. Objetivo de la Presente línea de investigación relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral

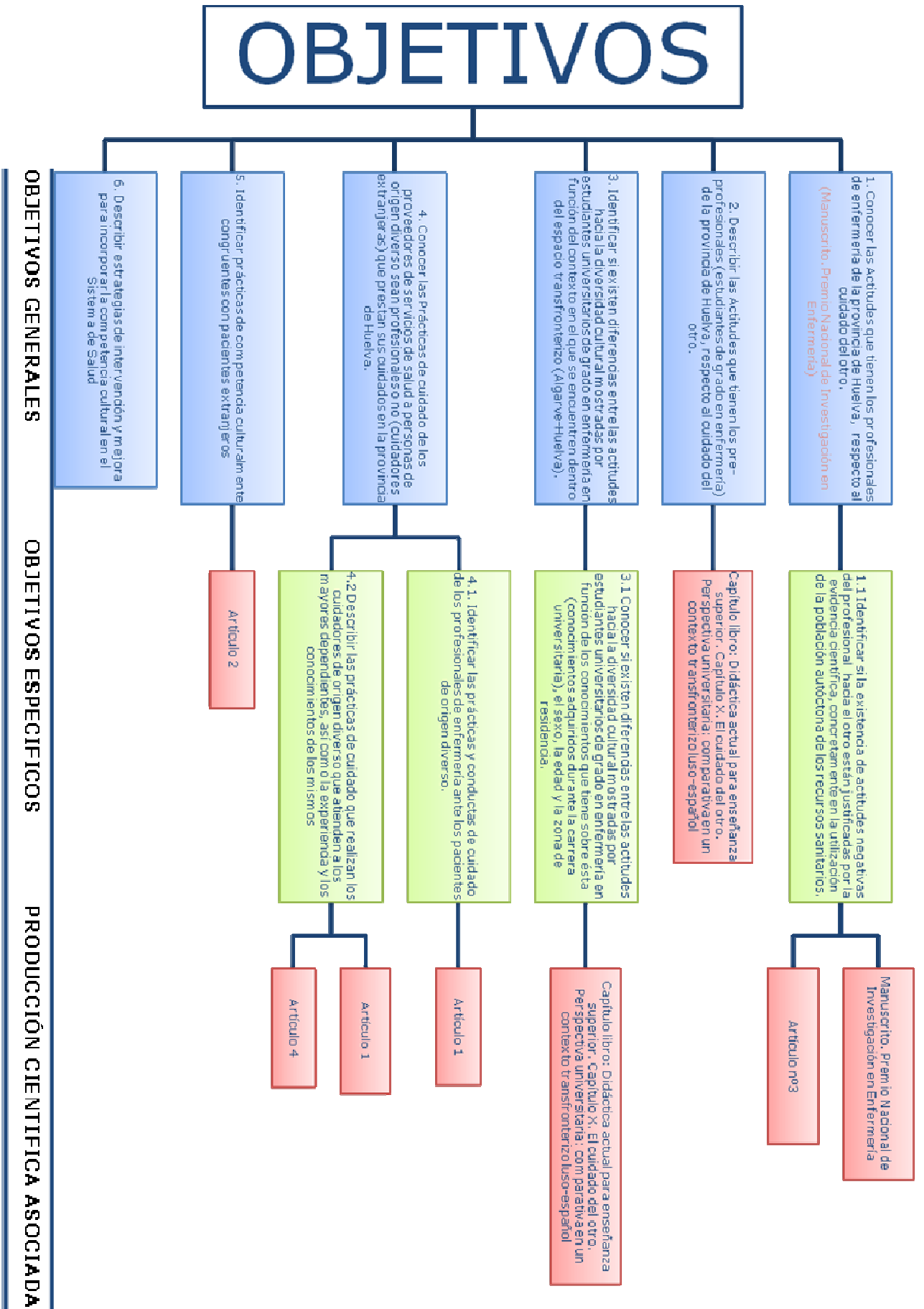
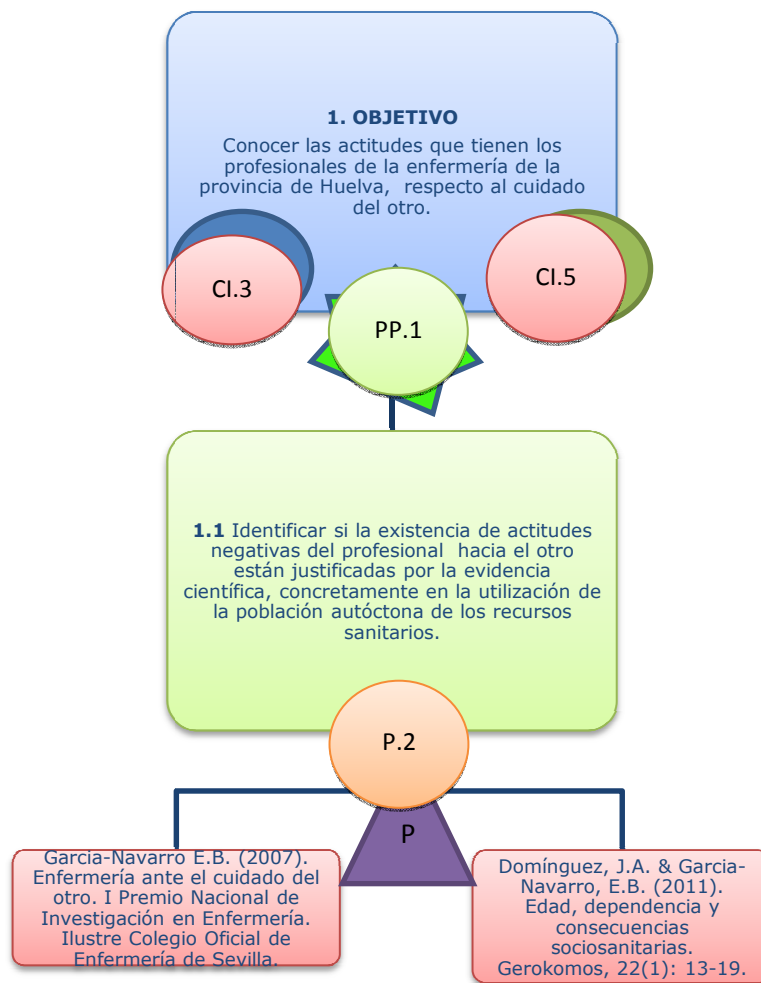


Figura 6. Objetivo de la Presente línea de investigación relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral



Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Figura 7. **Objetivo 1 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral**



C.I COMUNICACIÓN INTERNACIONAL

C.N COMUNICACIÓN NACIONAL

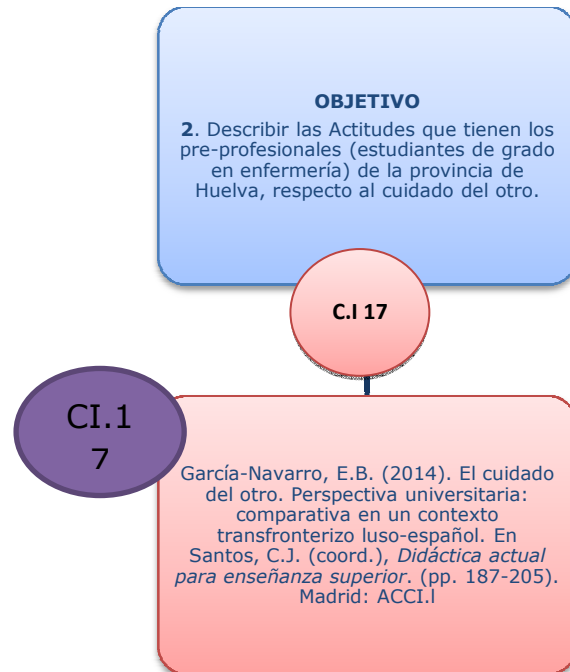
P PROYECTO SUBVENCIONADO

PP PREMIOS

CI.3	Comunicación Internacional: "Enfermeros ante el cuidado del otro: actitudes", presentado el 10 de junio de 2005, en las IV Jornadas internacionales sobre Cultura de los Cuidados. VII Reunión sobre Investigación Cualitativa en salud, organizado por la Fundación Index. Granada.
CI.5	Comunicación Internacional: "Actitudes hacia la población inmigrante en profesionales de enfermería Vs. Escolares y población general de Huelva", presentado en el Simposio Internacional sobre Investigación Comunitaria, como comunicación escrita, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada el 4 y el 5 de octubre del 2007.
P.2	Proyecto Subvencionado: Subvención de la Consejería de Salud para Intensificar la Práctica Investigadora durante un año completo, el 15 de enero de 2010. Línea De investigación: Dependencia e inmigración, terminalidad
PP.1	Premios: Primer Premio Nacional de Investigación en el XXII Certamen de Investigación Nacional "Ciudad de Sevilla" 2.006 por el trabajo de investigación: "Actitudes de enfermería ante una nueva demanda de salud: Cuidados Transculturales"

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Figura 8. **Objetivo 2 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral**



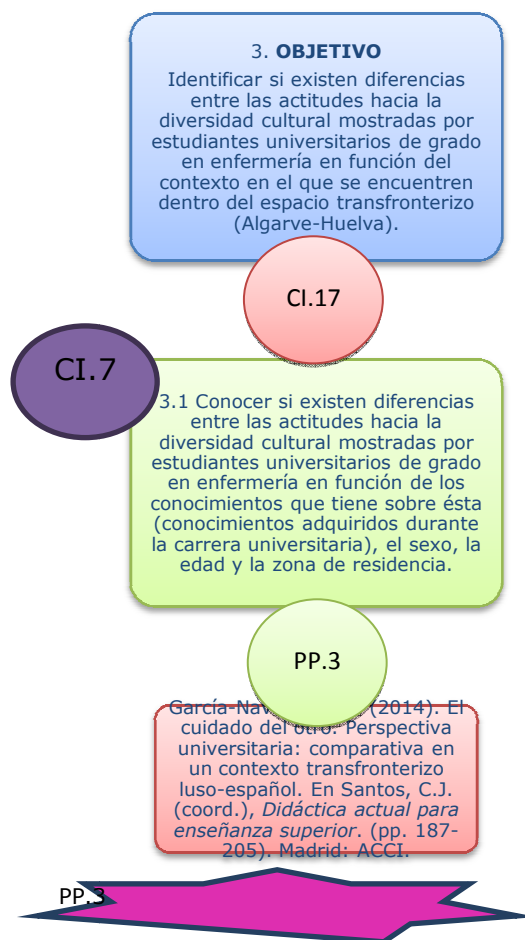
C.I	COMUNICACIÓN INTERNACIONAL
C.N	COMUNICACIÓN NACIONAL
P	PROYECTO SUBVENCIONADO
PP	PREMIOS

C.I 17

Comunicación Internacional: "El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: comparativa en un contexto transfronterizo (luso-español)", presentada en El Congreso de la Sociedad Española de Estudios de la Comunicación Iberoamericana (SEECI) del 2014, celebrados de manera virtual y en línea durante los días 28-29 abril de 2014.

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Figura 9. **Objetivo 3 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral**



C.I	COMUNICACIÓN INTERNACIONAL
C.N	COMUNICACIÓN NACIONAL
P	PROYECTO SUBVENCIONADO
PP	PREMIOS

CI.17

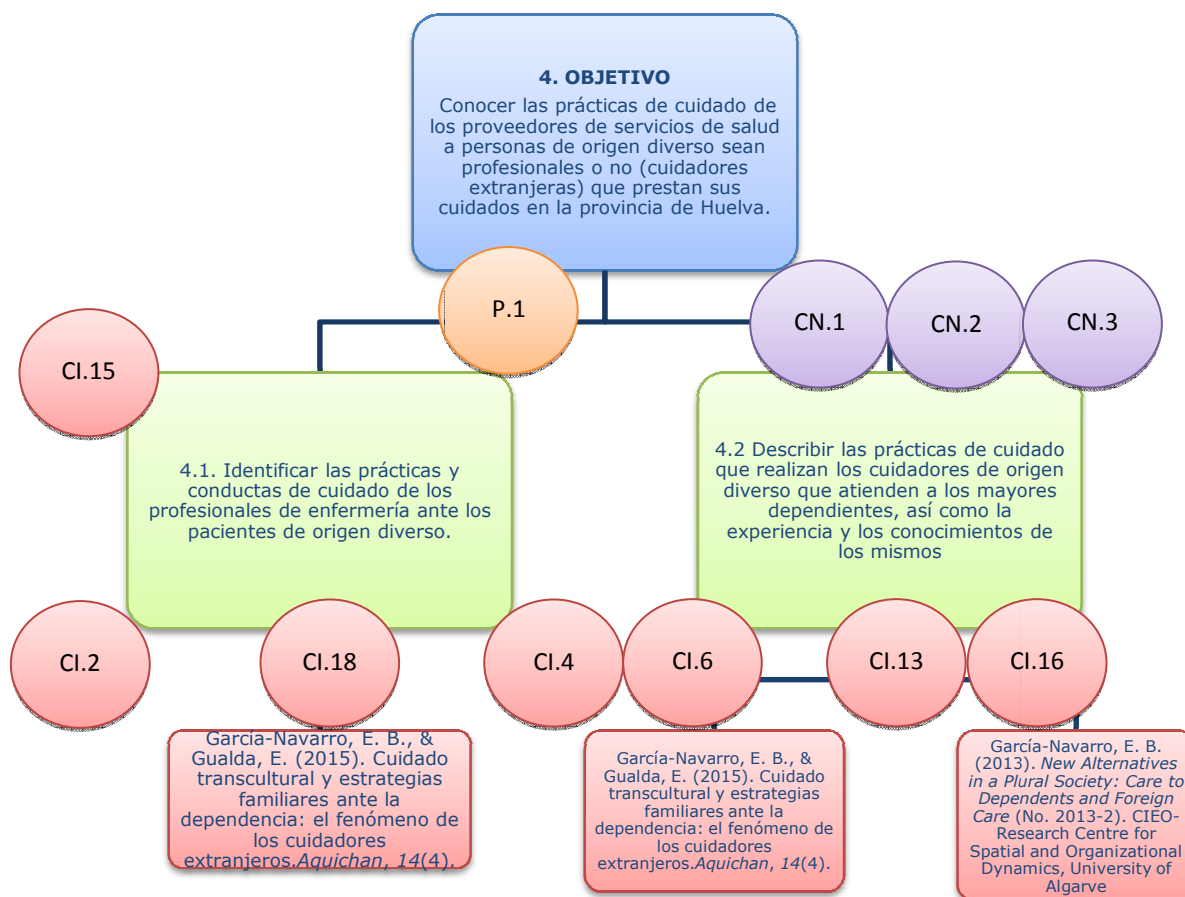
Comunicación: Internacional: “El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: comparativa en un contexto transfronterizo (luso-español)”, presentada en El Congreso de la Sociedad Española de Estudios de la Comunicación Iberoamericana (SEECI) del 2014, celebrados de manera virtual y en línea durante los días 28-29 abril de 2014.

PP.3

Premio: Primer Premio Nacional de Investigación en el XXII Certamen de Investigación Nacional “Ciudad de Sevilla” 2.006 por el trabajo de investigación: “Actitudes de enfermería ante una nueva demanda de salud: Cuidados Transculturales”

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Figura 10. **Objetivo 4 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral**



CI.2	Comunicación Internacional: "Redes Sociales en una Sociedad Plural: Factor Protector" , It Has attended the International Conference Negotiating Identity in Migration Processes, held in Madrid (Spain), on October 26-28, 2011International Conference.
CI.4	Comunicación Internacional: "Mujeres extranjeras. La inmigración del cuidado" , presentado en el Simposio Internacional sobre Investigación Comunitaria, como comunicación escrita, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada el 4 y el 5 de octubre del 2007.
CI.6	Comunicación Internacional: Mujer, Inmigrante y trabajadora. Nuevo reemplazo en el cuidado , presentada en las XI Jornada Internacional de Cultura de los Cuidados coordinada por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. 12-14 junio 2008
CI.13	Comunicación Internacional: "Cuidadoras, dependencia e Inmigración: Diferentes estrategias en el cuidado" , presentada en el VII Congreso de Migraciones Internacionales en España, celebrado en Bilbao del 11-13 de abril de 2012.
CI.15	Comunicación Internacional: "News Strategies for the Dependent patient care: Foreign Care at Home" , presentada en el 1 ST Worlds Congress on Children and Youth Health Behaviors/ 4 ^o National Congress on Health Education, celebradas en Viseu, Portugal, durante los días 23-25 Mayo 2013.
CI.16	Comunicación Internacional: "Cuidadoras Transcultural: asistencia à familia alternativa dos idosos" , presentada en 1 ^a International Conference Care, Health and Well-being: the views of older people , celebradas en la Universidad do Algarve, Faro, Portugal el 24 de Enero de 2014.
CI.18	Comunicación Internacional: "La Práctica Cultural del cuidado como eje principal del envejecimiento: Estrategias de intervención en cuidadoras" , presentada en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en la Universidad de Almería durante los días 3-4 de julio de 2014.
CN.1	Comunicación Nacional: "Cuidadoras Transculturales. Una nueva Cosmovisión del cuidado" , presentada en el IV Encuentro Forandalus, celebrado en Huelva el 7 de abril de 2.006, en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
CN.2	Comunicación Nacional: "Cuidadoras extranjeras. Nuevo reto para la calidad asistencial" , presentado en el XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, como comunicación oral, celebrado en Córdoba del 13 al 16 noviembre del 2007.
CN.3	Comunicación Nacional: "Cuidadoras Extranjeras, Nuevo Reemplazo en el Cuidado. ¿Cuidados Culturalmente Competentes?" , presentada en las VIII Jornadas Andaluzas Salud Investiga, celebrada en Sevilla del 29 al 31 de octubre del 2008
P.1	Proyecto Subvencionado: Proyecto de Investigación Subvencionado por la Consejería de Salud : Cuidadoras Transculturales en Salud: Nueva Cosmovisión del Cuidado. Como Investigadora Principal, con el N ^o EXPTE: 0117/06. durante el período 2006-2008.

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en Salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los Cuidados Culturales. Tesis Doctoral

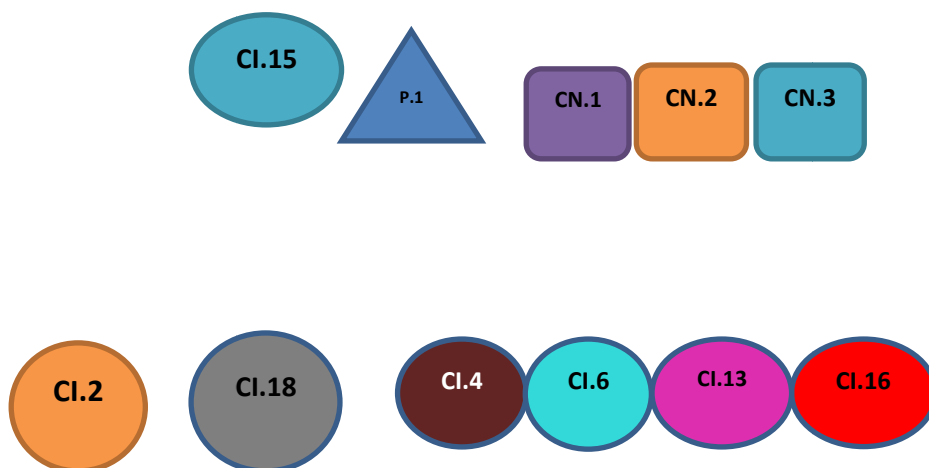
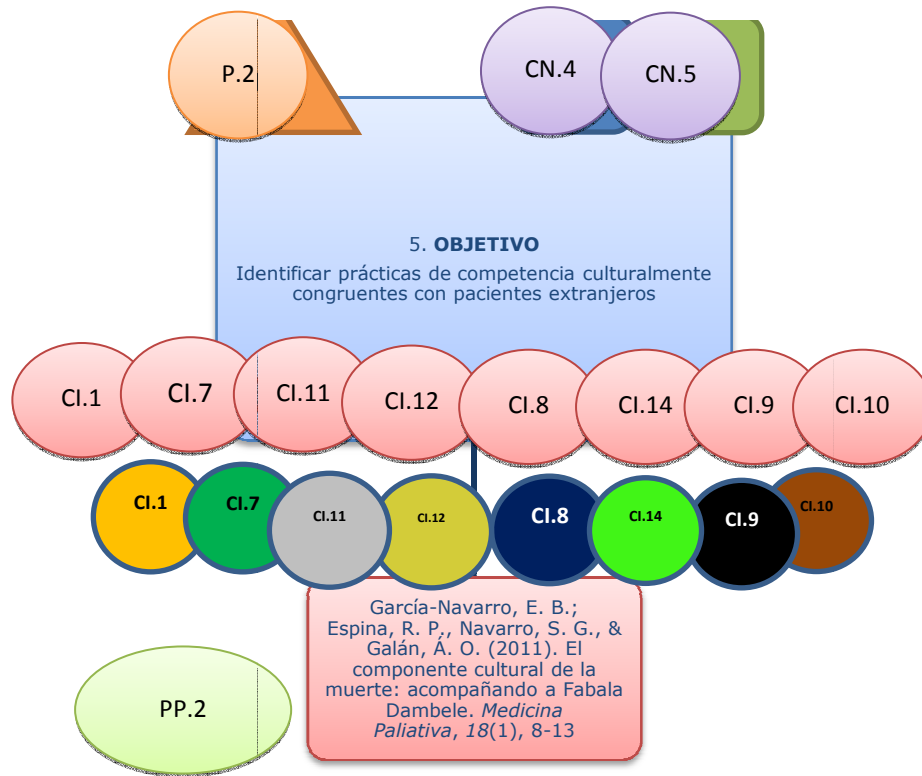


Figura 11. **Objetivo 5 relacionado con la producción científica de la Tesis Doctoral**



C.I	COMUNICACIÓN INTERNACIONAL
C.N	COMUNICACIÓN NACIONAL
P	PROYECTO SUBVENCIONADO
PP	PREMIOS

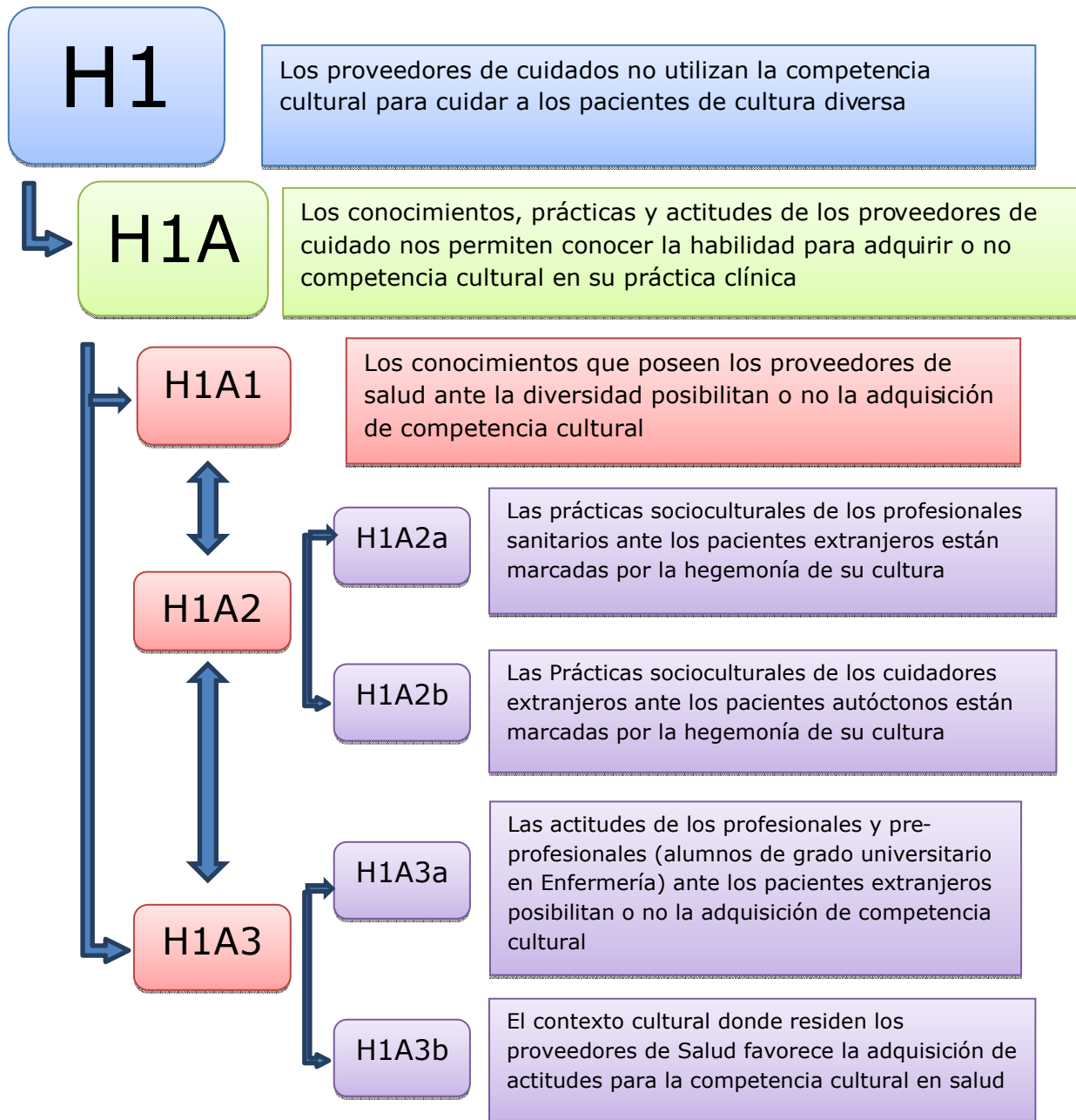
Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral



3. Hipótesis de trabajo e ideas preliminares

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO E IDEAS PRELIMINARES

Figura 12. Hipotesis de trabajo e ideas preliminares



Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral



4. Metodología

4. METODOLOGÍA

Desde el año 2004 que comencé a trabajar en la presente línea de investigación, competencia cultural en los cuidados prestados en la ciudad de Huelva, he seguido diferentes caminos que me han suscitado algunas inquietudes que me aventuraron a continuar investigando otras áreas dentro de la misma línea. El conocer una misma realidad social desde diferentes perspectivas implica profundizar en ellas, generándose nuevas preguntas a las que hay que dar respuestas, cada problema de investigación, necesita un abordaje coherente con sus objetivos y diseño, por lo que hemos tenido que recurrir al pluralismo metodológico (Beltrán, 1985) para dar respuesta coherente y válida a los problemas planteados, debido a que el fenómeno de estudio no era susceptible de comprenderse desde una ciencia social particular. Dada la diversidad de aspectos que queríamos explorar, describir y analizar se han empleado diferentes estrategias y técnicas de investigación social para asegurarnos la coherencia del abordaje de cada uno de los objetivos.

La pregunta inicial en nuestra línea de investigación planteaba si la competencia cultural era una habilidad adquirida en la práctica de los proveedores de cuidado en la provincia de Huelva. Para poder abordar esta pregunta, apoyados en la literatura que definía la competencia cultural como *los conocimientos, actitudes, conductas y prácticas que capacitan a un profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales* (Marrero, 2013 p.4), diseñamos una metodología coherente con cada uno de los objetivos que se muestra a continuación:

4.1. Objetivos

Conocer las actitudes que tienen los profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva respecto al cuidado del otro.

Metodología. Ficha técnica

Tabla 1. Ficha técnica. Objetivo 1

OBJETIVO	Conocer las actitudes que tienen los profesionales de enfermería de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.
Tipo estudio/ tipo investigación	Descriptivo transversal/ cuantitativa
Universo	Profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva pertenecientes al Sistema Sanitario Público Andaluz
Tamaño del	1218 profesionales de la enfermería de la provincia de

universo	Huelva
Tamaño de la muestra teórica	301 profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva
Tamaño de la muestra conseguida	276 profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva
Tipo de la muestra	Muestreo no probabilístico aleatorio estratificado por conglomerado
Técnica de recolección de datos	Cuestionario autoadministrado
Preguntas concretas que se formularon	Ver cuestionario Anexo 1
Margen de error observado	Para el total del muestra 3.0%, con 95% de confianza

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Diseño: Para dar respuesta a este objetivo diseñamos un estudio cuantitativo, transversal que garantizase ofrecer una descripción de la magnitud y el alcance del problema en la población de estudio. Este diseño nos permitió cruzar información no sólo de las actitudes, sino también de los conocimientos de los profesionales de enfermería ante la diversidad cultural.

Medición de los datos: La medición de los datos se hizo mediante encuesta (se adjunta en el anexo 1), elaboramos un cuestionario, con preguntas exhaustivas que incluyeron preguntas cerradas, categorizadas y dos abiertas, para la obtención de manera sistemática y ordenada la información de los profesionales de la enfermería respecto a sus conocimientos y actitudes ante la diversidad cultural en los cuidados (Sierra-Bravo, 1984, p.18). El cuestionario se estructuró en una parte diferenciada dónde se analiza el conocimiento que tienen los profesionales enfermeros sobre el fenómeno migratorio y otra parte sobre la atención sanitaria y prácticas de cuidados culturales específica a extranjeros; pero para poder dar respuesta a los objetivos específicos del estudio, tuvimos que cuestionar aspectos conductuales de los enfermeros sobre la prestación de cuidados a individuos de diferentes nacionalidades y culturas; conductas, que en numerosas ocasiones crean impotencia entre los profesionales, al comprobar que los consejos, educación y

otras técnicas empleadas en el desarrollo de su trabajo con esta población, no provocan las expectativas creadas por ellos por barreras idiomáticas, culturales y otras cuestiones (García-Navarro, 2006). La elaboración del cuestionario está basada en una metodología de diagnóstico conductual, muy utilizada en Psicología Clínica, en Sociología y sobretodo en Ciencias de la Salud, que se denomina el modelo PRECEDE (Green, L. citado por Bimbela, 2009 p.35). Este Modelo, define tres tipos de factores que condicionan la actitud y la conducta de las personas ante un determinado fenómeno, por lo que decidimos utilizarlo como base para articular nuestro instrumento de medición. Incluimos preguntas que tengan que ver con los factores predisponentes, que tiene que ver con la motivación de los profesionales y alumnos para la realización de la conducta que se pretende promover (adopción de los cuidados culturales y competencia cultural en la atención) y se concretan en:

- Los conocimientos, identificando tanto lo que saben los encuestados como lo que no saben, en relación con la conducta que se está analizando. De ahí que en el cuestionario 6 preguntas estén dirigidas para la medición de este apartado.
- Las actitudes, incluyendo además de sus posicionamientos en relación a la competencia cultural propia, aspectos tales como si "valora la competencia cultural de los compañeros y sus cuidados culturales como verdaderamente eficaces". Para la consecución de este apartado se han utilizado 5 ítems.
- Los valores y creencias, tanto en relación a las prácticas que se quieren modificar o eliminar como a las que se quieren promover, teniendo en cuenta el constructo cultural del profesional de enfermería y del alumno; para valorarlo, se plantean otras 5 preguntas.

Es importante investigar tanto los factores predisponentes de los sujetos que adoptan una actitud competente como de las que no lo adoptan para describirlo, y tomar acción en estrategias futuras.

Otro de los factores que plantea Bimbela (2009), son los facilitadores, que tiene que ver con las facilidades que los enfermeros poseen para adoptar la habilidad de competencia cultural, una vez ya motivado para hacerla, se concretan en:

- Las habilidades y prácticas de cuidado del profesional o pre-profesional para realizar intervenciones
- La existencia y accesibilidad de instrumentos y centros que faciliten la realización de la misma.

Para medir estos factores se han tenido en cuenta dos cuestiones realizadas desde dos categorías, una de forma cerrada, y otra abierta.

Por último, y siguiendo con el modelo, tendremos que tener en cuenta aquellos factores reforzantes, que aparecen después de que el profesional, haya asumido ser competente culturalmente, y cómo su grupo de iguales actuaría ante ese hecho, premiándoles o castigándoles, y que se concretan en:

- La respuesta de los agente-claves del medio (miembros del colectivo de enfermería)
- La respuesta del paciente y unidad de cuidado
- Los beneficios físicos, placer, comodidad
- Las recompensas tangibles: mejora en la salud de los pacientes que necesiten este tipo de cuidados culturales. Interacción entre culturas...

Para valorar este apartado se ha medido con la realización de una pregunta cerrada, donde se pregunta por sus acciones de forma individual y las del propio colectivo al margen y otro ítem donde se contempla la respuesta de forma abierta. El cuestionario consta de 6 grandes categorías de estudio con sus correspondientes variables para valorar actitudes, concentrado en 27 ítems (solo dos de ellos son preguntas abiertas).

- Derechos sanitarios de los extranjeros
- Derechos humanos de los extranjeros
- Etiología de la inmigración
- Enfermedades más prevalentes en población extranjera y autóctona
- Problemas de salud más prevalentes en población extranjera y autóctona
- Estrategia de los profesionales de enfermería para los cuidados transculturales

El hecho de realizar la mayoría del cuestionario con preguntas cerradas, ha sido como estrategia ante la dificultad de la no respuesta al ser un cuestionario auto cumplimentado; las preguntas cerradas son más fáciles de aplicar, y también de tabular y analizar que las preguntas abiertas. Otro aspecto importante que facilitó la decisión de elegir este tipo de ítems, era que la recogida de datos, gana en precisión y uniformidad, a la vez que es más eficiente, ya que una persona puede

contestar, por norma general, un mayor número de preguntas cerradas que de abiertas, en un tiempo determinado. Además, si se leen las posibles respuestas, pueden ayudar al entrevistado a recordar o a considerar opciones que de otra forma le hubieran pasado desapercibidas. Una vez redactado el cuestionario, realizamos un pre-test, para comprobar que las preguntas eran comprensibles y que las respuestas eran significativas para los objetivos planteados (Cruz y Gualda, 2000). Esto nos facilitó la modificación de los enunciados de algunas preguntas que dejaron algún margen de duda a algunos de los encuestados. La selección de participantes para el pre-test se realizó en base al criterio de representatividad de la muestra.

Para el desarrollo de la investigación se elaboró un consentimiento informado y una hoja de información al alumnado y se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas pertinentes observado los principios enunciados en la Declaración de Helsinki.

Población y Muestra: la población susceptible de estudio, consiste en la totalidad de los profesionales enfermeros que presten su servicio en Atención Primaria o Especializada del Servicio de Salud Público Andaluz en la provincia de Huelva. Para pertenecer a la población de estudio, el único criterio de inclusión es trabajar como enfermero en un centro público de la provincia de Huelva, sin hacer distinción en (tipo de contrato laboral o plaza fija), ni en el cargo que desempeñe en el caso que lo tuviera. La población se va a diferenciar a priori en función de pertenecer a atención primaria u hospitalizada.

Hospital:

Tabla 2. Selección de participantes del ámbito hospitalario

HOSPITAL	Nº PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
Juan Ramón Jiménez	576
Vázquez Díaz	50
Infanta Elena	221
Río Tinto	110
Total de atención especializada	951

Fuente: Garcia-Navarro E.B. (2007). Enfermería ante el cuidado del otro. I Premio nacional de investigación en enfermería. Ilustre colegio oficial de enfermería de Sevilla.

Tabla 3. Selección de participantes del ámbito de atención primaria

Distrito Huelva-Costa		Distrito Condado-Campiña		Distrito Sierra	
Andévalo	14	Almonte	10	Aracena	14
Ayamonte	9	Bollullos	6	Calañas	7
Cartaya	8	Campiña N.	14	Rio Tinto	10
Huelva	62	Campiña S.	13	Cortegana	12
Aljaraque	3	Condado O.	9	Cumbres	8
Isla Cristina	12	Gibraleón	6	Valverde	10
Lepe	13	La Palma	13		
Puntales	6				
Total	127	Total	73	Total	61
Total Atención Primaria: 261					

Fuente: Garcia-Navarro E.B. (2007). Enfermería ante el cuidado del otro. I Premio nacional de investigación en enfermería. Ilustre colegio oficial de enfermería de Sevilla.

Finalmente se obtuvo una totalidad de población de 1218 profesionales, determinamos un número muestral de 301 con un intervalo de confianza de un 95% y un nivel de precisión de un 3%.

Muestra teórica: 301 y la muestra conseguida fue de 276, perdiendo un 9.1 % de la muestra por real por no respuesta.

Análisis de los datos: el tratamiento de los datos se realizó inicialmente con un análisis de frecuencias por cada una de las variables, observando así la distribución de las mismas y posteriormente en función de cada uno de los supuestos previos se realizó un análisis diferencial. Finalmente pudimos conocer los conocimientos de los profesionales respecto a la diversidad cultural, así como identificar actitudes de profesionales en diferentes situaciones de la práctica, dando respuesta a la pregunta de investigación planteada.

Objetivo 2: Describir las actitudes que tienen los pre-profesionales (estudiantes universitarios de grado en enfermería) de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro

Objetivo 3: Identificar si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función del contexto en el que se encuentren dentro del espacio transfronterizo (Algarve-Huelva)

Metodología. Ficha Técnica

Tabla 4. Ficha Técnica. Objetivo 2 y 3

OBJETIVO	<p>2. Describir las actitudes que tienen los pre-profesionales (estudiantes de grado en enfermería) de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.</p> <p>3. Identificar si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función del contexto en el que se encuentren dentro del espacio transfronterizo (Algarve-Huelva).</p>
Tipo estudio/ tipo investigación	Observacional descriptivo de poblaciones/ Cuantitativo.
Universo	<p>Población 1: alumnos de grado universitario de enfermería de la Universidad de Huelva que hayan cursado asignatura de diversidad cultural.</p> <p>Población 2: alumnos de grado universitario de Escola superior de la saúde. Universidad do Algarve.</p>
Tamaño del universo	<p>Población 1: 95 alumnos de grado universitario de enfermería de la Universidad de Huelva.</p> <p>Población 2: 85 alumnos de grado universitario de Escola superior de la saúde.</p>
Tamaño de la muestra teórica	Se trabajó con el universo de la población
Técnica de recolección de datos	Cuestionario autoadministrado, adaptado culturalmente a cada población
Preguntas concretas que se formularon	Ver cuestionario anexo 2 y 3

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Estos objetivos se complementan, el primero de ellos permite describir la actitud de los alumnos de grado en enfermería que cursen sus estudios en la Universidad de Huelva durante el tiempo de análisis. Este objetivo se planteó posteriormente a finalizar el estudio de las actitudes de los profesionales de la enfermería que se describió en el apartado anterior, se diseñó en base a los resultados que se obtuvieron en el análisis del mismo; el déficit de conocimientos y la falta de

adquisición de competencia cultural que se puso de manifiesto en los profesionales de la provincia de Huelva, nos suscitó la necesidad de preguntarnos si esta falta de conocimientos y de actitud se daría en los estudiantes universitarios, población interesante de analizar no sólo por ser el futuro de la profesión, sino por estar activamente en su proceso formativo. De esta manera comprobaríamos si la situación académica actual es suficiente para que el estudiante adquiriera competencias en cuidados culturales.

Diseño: el diseño elegido es cuantitativo, observacional descriptivo de poblaciones mediante encuestas según la clasificación de Montero y León (2002), en el cual nos planteamos en un momento determinado para describir que es lo que está sucediendo en cada una de las poblaciones de manera comparativa. Este tipo de diseños son útiles para evaluar las actitudes del alumnado y permite establecer futuras intervenciones.

Medición de los datos: la medición de los datos se realiza paralelamente en ambos países, ambos departamentos eligen la realización del trabajo de campo una vez terminadas las asignaturas relacionadas con la diversidad cultural.

La técnica elegida para la recogida de los datos es la encuesta, se utiliza el mismo cuestionario elaborado por la investigadora principal en un estudio anterior (descrito en el apartado 1 de la sección de metodología del presente manuscrito), ya que el ambos estudios comparten objetivo principal, lo único que cambia es el perfil del sujeto de estudio, antes era profesional de la enfermería y ahora se analizan los estudiantes universitarios de grado en enfermería. El cuestionario fue validado en el estudio anterior y es coherente con los objetivos y la metodología planteada. Del cuestionario inicial, se modificaron únicamente aquellas variables sociodemográficas y de identificación, donde se especifica el curso académico y la nacionalidad de los entrevistados, eliminando las que eran específicas de los profesionales que hacían referencia a su centro de trabajo (se adjunta en el anexo 2). El cuestionario incluye una parte diferenciada dónde se analiza el conocimiento que tienen los alumnos sobre el fenómeno migratorio y otra parte sobre la atención sanitaria y prácticas de cuidados culturales específica a extranjeros, así como las actitudes que ellos tendrían en situaciones predeterminadas para comprobar su competencia cultural. Al igual que el anterior, se basa en el Modelo Precede (Bimbela, 1999) y tiene seis áreas diferenciadas:

- Derechos sanitarios de los extranjeros
- Derechos humanos de los extranjeros

- Etiología de la inmigración
- Enfermedades prevalentes en población extranjera y autóctona
- Problemas de salud mas prevalentes en población eztranjera y autóctona
- Estrategia de los profesionales de enfermería para los cuidados transculturales

Respecto al cuestionario que se administró en el país vecino, se realizó previamente una adaptación sociocultural del utilizado en la población de alumnos de grado en enfermería de la Universidad de Huelva. Fue traducido por la decana de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad do Algarve que a su vez participó como agente activo en el trabajo de campo (se adjunta en anexo 3).

Población y muestra: se constituyó una muestra de 180 alumnos universitarios cuyo único criterio de inclusión era pertenecer a una de las dos universidades elegidas como objeto de estudio y haber cursado la asignatura de referencia sobre diversidad cultural.

De los seleccionados se diferenciaron en 95 españoles y 85 portugueses; hombres y mujeres, igualados tanto en la variable edad (España: media de 22.5 y desviación típica de 5.72; Portugal, de 21.39 y desviación típica de 4.77), como en curso académico y hábitat de residencia (rural o urbano), con un rango de edad para ambas nacionalidades de 18 a 59 años y distribuidos proporcionalmente. La muestra total quedó subdividida como sigue: 96 españoles, de los cuales el 84% son mujeres y el 16% restante son hombres, y 83 portugueses, de los que el 81.2% son mujeres y el 18.8% son hombres. La media de edad para la muestra española es de 22.5 años, similar a los portugueses con un promedio de 21.39 años). La población de donde se obtuvo la muestra estaba compuesta por estudiantes de universitarios de Grado en Enfermería de la Universidad de Huelva y de la Universidad do Algarve, ubicados en Huelva y Faro respectivamente.

Análisis de los datos: para el tratamiento de los datos se realizará en primer lugar una distribución de frecuencias para el análisis descriptivo (Cruz y Gualda, 2000) de cada variable y posteriormente se cruzarán con las variables sociodemográficas , con la variable curso de referencia de los alumnos y nacionalidad, para poder obtener respuesta al problema planteado.

Para el desarrollo de la investigación se elaboró un consentimiento informado y una hoja de información al alumnado y se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas pertinentes observando los principios enunciados en la Declaración de Helsinki.

4.3 Objetivo 4. *Conocer las prácticas de cuidado de los proveedores de servicios de salud a personas de origen diverso sean profesionales o no (cuidadores extranjeras) que prestan sus cuidados en la provincia de Huelva.*

Metodología. Ficha Técnica

Tabla 5. Ficha Técnica. Objetivo 4

OBJETIVO	4. conocer las prácticas de cuidado de los proveedores de servicios de salud a personas de origen diverso sean profesionales o no (cuidadores extranjeras) que prestan sus cuidados en la provincia de Huelva.
Tipo estudio/ tipo investigación	Exploratoria/ Fenomenológica/ Cualitativa
Universo	Población 1: Profesionales gestores de casos de la provincia de Huelva Población 2: Cuidadores extranjeros que prestan sus cuidados en la provincia de Huelva
Tamaño del universo	Población 1: Profesionales gestores de casos: 16 Población 2: Cuidadores extranjeros: 76 (según registro de las Enfermeras Gestoras de casos)
Tamaño de la muestra conseguida	Población 1: Profesionales gestores de casos:4 Población 2: Cuidadores extranjeros: 16
Preguntas concretas que se formularon	Ver guía de entrevista (Anexo 4)

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis Doctoral

Diseño: Para el abordaje del estudio sobre las prácticas de cuidados culturales en función de la cultura del proveedor de cuidados y del receptor de los mismos, se han utilizado tres tipos de aproximaciones metodológicas de corte cualitativo (Taylor y Bodgan, 1986) que dan respuesta a los objetivos planteados, teniendo en cuenta que identificar prácticas culturalmente competentes resulta de alcanzar el cuarto objetivo.

Medición de los datos: Para la obtención de los datos se utilizaron varias fuentes (Cruz y Gualda, 2000):

Fuentes secundarias. Se manejan aquí, además de las fuentes bibliográficas y administrativas que permiten describir someramente el entramado organizativo del sistema sociosanitario andaluz, estudios e investigaciones sobre la materia e instrumentos de evaluación existentes. En este caso, contamos tanto con aproximaciones cuantitativas como cualitativas.

Fuentes primarias Nuestras fuentes primarias de análisis son de carácter cualitativo, habiéndose centrado el grueso del trabajo de campo en la obtención de datos por la vía de la entrevista en profundidad, realizada a diferentes informantes que podríamos clasificar en dos tipos³:

- Profesionales de la enfermería del sistema (público o privado) de todas las áreas de estudio

En este subgrupo se llevaron a cabo entrevistas a personas que compondrían lo que podríamos llamar dos perfiles diferentes:

- Tres enfermeros gestores de casos de las zonas estratégicas de estudio: Huelva capital, Huelva Costa y Huelva Condado-Campiña (mujer, 42 años; varones, 39 y 46 años respectivamente).

- El gerente de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras para desarrollar servicios en el hospital (varón, 38 años).

- No profesionales

Se entrevistaron 16 informantes, cuidadoras y cuidadores extranjeros que dispensan atención directa a personas autóctonas dependientes. En esta fase de la investigación, todas las entrevistas desarrolladas hasta la fecha fueron realizadas a cuidadoras mujeres; no se identificaron cuidadores varones en nuestra área de estudio, fenómeno que se repite en investigaciones similares (Martínez-Buján, 2011; Casado-Mejías 2008). El único varón entrevistado ocupaba el rol de gestor de empresa que subcontractaba a cuidadores extranjeros, como se ha especificado.

Medición de los datos: La técnica que se empleó para la recogida de los datos fué el método biográfico o también denominado historia de vida (Cruz y Gualda, 2000; Taylor y Bodgan, 1986), técnica de investigación cualitativa utilizada por su

3. Se conservó el anonimato en las referencias a sus declaraciones o discursos a lo largo del texto.

pertinencia en el estudio, ya que recoge exclusivamente materiales que contienen manifestaciones humanas. Se trata de un relato a través del cual una persona cuenta su vida, recoge la narración de las experiencias vividas por las cuidadoras, expresados con sus propias palabras.

Esta técnica nos permitió conocer la realidad de la otra persona a través de sus propias palabras. Centrándonos en un aspecto concreto de la vida de los sujetos de estudio, pudimos comprender la visión personal de los proveedores de cuidados. Además con la utilización de la historia de vida pudimos aprender sobre lo que es importante en la mente del informante: sus significados, sus perspectivas y sus definiciones, el modo en el cual ve, clasifica y experimenta el mundo (Taylor y Bodgan, 1986).

Para la realización de esta técnica fue necesario contar con la voluntariedad de los sujetos de estudio, además de garantizar en todo momento su anonimato. Antes de realizar la entrevista se hizo una primera toma de contacto con los informantes explicándoles la pertinencia del estudio para mejorar la calidad de los cuidados y se observó la capacidad de narración de los sujetos seleccionados. Utilizamos una grabadora para la grabación de las entrevistas. La realización de éstas tuvo lugar en diferentes sitios en función de la necesidad de los informantes y previo pacto. El despacho de los investigadores garantizando así un clima tranquilo. En el caso de las cuidadoras extranjeras, el espacio escogido fue su lugar de trabajo; normalmente se celebraron en el domicilio donde prestaban los cuidados, ya que vivían en régimen interno y solo descansaban los domingos, además de ser un espacio donde se encontraban más tranquilas porque no abandonaban su lugar de trabajo. En alguna ocasión tuvimos que recurrir a la presencia de mediadores interculturales, casos en los que el nivel de español de la informante no era muy fluido. La duración de la entrevista fué de unos 60-80 minutos aproximadamente. Previamente al momento de la entrevista se elaborará el guión (anexo 4) donde se describían las dimensiones de estudio revisadas anteriormente. El guión no se expuso durante la entrevista a modo de interrogatorio, sino se utilizó únicamente en momentos donde hubo que reconducir a los informantes. El discurso y las experiencias obtenidas tras la realización de esta primera fase de entrevistas permitieron la aproximación al fenómeno de los cuidados desde la perspectiva de las personas que están día a día a cargo de la gestión de la provisión de los cuidados, tanto públicos como privados, formales e informales, cuanto desde la perspectiva de las cuidadoras que llevan a cabo los mismos.

Población y muestra: para la selección de las personas entrevistadas, como refieren Taylor y Bodgan (1986) en su obra, más que atender a criterios de muestreo

representativo, que tenían poco sentido para esta investigación, se abordó un muestreo teórico con el objeto de acercarnos a personas que pudieran representar socialmente espacios discursivos diferentes respecto a la atención a dependientes, y las problemáticas derivadas de posibles choques interculturales. Se intentó igualmente, conociendo por estudios previos las diferencias existentes en la provincia entre una migración más reciente y otra más consolidada, que entre los entrevistados profesionales se pudiera recoger la experiencia de enfermeros que atienden en zonas donde la migración es más reciente, y zonas donde es más antigua (Almonte frente a Punta Umbría), sin olvidar la dualidad rural / urbano (Almonte y Punta Umbría frente a Huelva capital, por ejemplo). Todo ello bajo la idea de que podrían identificarse realidades diferentes en lugares con más o menos experiencia migratoria en los servicios sociosanitarios para la atención a mayores en situación de dependencia. Esto es, ¿la tendencia a emplear a cuidadoras inmigrantes varía según la migración sea más estabilizada o no?, ¿la existencia de una migración más consolidada implica un aprendizaje intercultural que se traslada al ámbito de los cuidados, minimizando posibles choques interculturales?

Por otra parte, cabe indicar también que en esta fase de la investigación, dado lo anecdótico de los cuidados prestados por mujeres extranjeras en el área de la sierra de Huelva, no se realizaron entrevistas a cuidadoras allí, concentrándose todas de momento en las áreas de la costa, el condado y la capital.

El análisis del discurso se realizó mediante la metodología propuesta por Taylor y Bogdan (1986) que establece tres etapas:

1. El descubrimiento: el objetivo es identificar posibles temas de estudio y, a partir de esos temas, desarrollar conceptos y proposiciones. Para ello se realizarán lecturas de los datos a través de la información recogida en la transcripción de las entrevistas, de las notas de la observación presentes en el diario de campo y de la información igualmente recogida en el grupo de discusión. Se anotarán las ideas y reflexiones que surjan, además de la búsqueda de temas emergentes insertos en el contenido. Se desarrollarán tipologías o esquemas de clasificación para el desarrollo de conceptos y proposiciones.

2. Codificación: desarrollo de categorías de codificación, clasificación de todos los datos en dichas categorías y análisis del contenido directo e indirecto, es decir, centrado en el contenido manifiesto de los datos recogidos o intentado captar el significado latente que los actores atribuyen a sus acciones.

3. Relativización de datos: interpretación de los datos considerando el modo y el contexto en el que fueron recogidos.

El análisis del discurso no sólo se centrará en su contenido sino también en su estructura atendiendo a su valor semántico, determinando los núcleos centrales y periféricos de la representación.

Para la mejor codificación de las transcripciones se prevé la utilización de un software de análisis de datos cualitativos (QDA) como por ejemplo Atlas - Ti.

4.4 *Objetivo 5.* Identificar prácticas de competencia culturalmente congruentes con pacientes extranjeros

Metodología. Ficha técnica

Tabla 6. Ficha técnica. Objetivo 5

OBJETIVO	5. identificar prácticas y recursos facilitadores de competencia cultural con pacientes extranjeros.
Tipo estudio/ tipo investigación	Estudio de casos/ Cuantitativo
Universo	Profesionales de enfermería (grupos)
Tamaño del universo	Estudio de grupo/ comunidad: casos individualizados
Tipo de la muestra	Snowball/ bola de nieve
Medición de datos	Observación participante y grupos de discusión

Fuente: García-Navarro, E.B. (2015). Competencia Cultural en Salud: Conocimientos, prácticas y actitudes ante los Cuidados Culturales. Tesis Doctoral

Diseño: En la búsqueda de aquellas prácticas realizadas por proveedores de salud que demostrasen la adquisición de competencia cultural, se utilizaron dos tipos de fuentes (Cruz y Gualda, 2000):

Medición de datos:

Fuentes secundarias: se manejó en este caso además de fuentes bibliográficas y administrativas para poder describir prácticas competentes culturalmente, estudios e investigaciones. En este caso, contamos tanto con aproximaciones cuantitativas como cualitativas.

Fuentes primarias: resultantes de estudio de casos, es un método de investigación que según Anguera (citado por Pérez-Serrano, 1994 pp. 80), implica el examen intensivo y en profundidad de diversos aspectos de un mismo fenómeno. En el caso que nos ocupa, la elección del diseño viene dada por la necesidad de comprender el significado de una experiencia, observando las características de una unidad individual. Esta metodología de aspecto cualitativo nos permite extraer conclusiones de una experiencia o intervención real, en una línea formativa-experimental de investigación (Pérez-Serrano, 1994 pp. 91)

Población y muestra: la selección de los casos fue a través de la técnica de snowball o bola de nieve (Cruz y Gualda, 2000), una vez seleccionado el primer caso con la ayuda de mediadores interculturales, fuimos accediendo a otros sucesivamente.

Para el tratamiento de los datos se realizaron tres etapas simultáneamente a la medición de los mismos. Flexibilidad metodológica característica de los diseños cualitativos (Taylor y Bodgan, 1986). Una vez *identificado una práctica de cuidados* donde se había adquirido competencia cultural con ayuda de mediadores interculturales (identificación del problema de estudio), se recurrió a la *explicación del mismo*, para ello se procedió a reunir al grupo natural que había realizado la intervención y que fue constituido por tres enfermeras de la unidad de cuidados paliativos hospitalaria, una de la unidad de soporte de cuidados paliativos domiciliaria, un mediador intercultural y una enfermera experta en multiculturalismo y cuidados paliativos (García-Navarro, Pérez, García y Ortega, 2011). Esta última fue la secretaria y la encargada de levantar acta de los debates y de extraer las conclusiones más significativas a las que se llegó en la discusión. Por último se consensuó *la solución del problema*, se evaluó por parte del grupo las posibles intervenciones, se realizó la propuesta y se instauró un seguimiento de la práctica realizada. Finalmente se llegó a la etapa de valoración y utilización final de la práctica donde se instaura la práctica como competente y se protocoliza la actuación.

La complementación e integración paradigmática y metodológica que se acaba de mostrar en función de los diferentes objetivos planteados para el desarrollo de esta línea de investigación, da como resultado una investigación global multimétodo (Vasques-Truisi, 2011). La combinación de múltiples métodos, técnicas diversas, materiales empíricos, diferentes perspectivas e incluso observadores en una misma línea de investigación, debe entenderse como una estrategia que agrega coherencia, validez y profundidad al trabajo del investigador. De esta manera, hemos sido capaces de contar una realidad social, compensando las limitaciones de

un método con las fortalezas del otro de diferentes maneras, y finalmente reforzar la validez de los resultados. Estas razones según Bericat (1998), se hallan en la base de tres estrategias de integración de la metodología expuesta.

Complementación: La línea de investigación presentada fué llevada a cabo con dos estructuras metodológicas distintas, para conseguir como resultado un último informe interpretativo de los resultados procedentes de cada método.

Combinación: con esta estrategia metodológica se ha tratado de integrar el método cualitativo en el cuantitativo inicial, con el objeto de fortalecer la profundidad de los datos del primero y compensar las limitaciones de cada método con las fortalezas del otro.

Triangulación: Con esta estrategia hemos reforzado la validez de los resultados.

El diseño metodológico de esta línea de investigación con el atributo de multimétodo, ha sido debido a la complejidad de abordaje del problema de investigación, a los objetivos, a las técnicas de medición de datos y al análisis y su posterior interpretación.



5. Principales hallazgos y discusión de resultados

5. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como ya se ha ido describiendo en el apartado de metodología, nos hemos propuesto estrategias diferentes en función de los objetivos propuestos a medida que hemos ido avanzando en esta línea de investigación de competencia cultural en los cuidados. Por ello, lo más coherente será presentar los resultados, y la discusión de los mismos en función de los objetivos expuestos, ya que si sólo presentase aquellos relacionados con los artículos seleccionados para el compendio, no daría una respuesta global al total de objetivos. Al margen de los cuatro artículos elegidos para la presente tesis, el desarrollo de la investigación ha dado lugar a producción científica de diferentes características, libros, capítulos de libro, artículos, ponencias invitadas, comunicaciones en eventos, talleres y cursos específicos de la materia que seguidamente se expondrán en el capítulo correspondiente.

En esta sección, se discutirán y presentarán aquellos resultados más relevantes, dejando al lector la posibilidad de profundizar en los mismos en el apartado de la tesis doctoral donde se adjunta la producción científica completa.

Discusión de resultados. Objetivo 1.

Conocer las actitudes que tienen los profesionales de enfermería de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

En primer lugar, discutiremos aquellos resultados que definen los conocimientos y las actitudes que tienen los enfermeros encuestados sobre algunos argumentos básicos para poder realizar cuidados culturales congruentes. Como expusimos al describir el cuestionario, según el modelo PRECEDE (Bimbela, 1999), estos resultados coinciden con aquellos factores que predisponen al profesional de la enfermería a adquirir la nueva conducta, en este caso, competencia cultural en los cuidados. Con este apartado obtendremos los conocimientos de los encuestados sobre causas de emigración, cuidados transculturales y cómo definir a un extranjero, así como las actitudes que tienen antes las diferentes actuaciones.

Respecto a la definición de extranjero, los encuestados muestran la primera carencia de conocimientos, describen a extranjeros que vienen a trabajar, a estudiar, de turismo e incluso de asilo político, aunque las más frecuentes son aquellas que los definen como personas que vienen a trabajar. En ninguna de ellas se asocia el concepto de extranjero a pacientes que provienen de la Comunidad Económica Europea, que vienen a España a residir de forma ociosa y que

curiosamente este colectivo de inmigrantes es uno de los más frecuentes en la población de estudio; sin embargo, los encuestados no lo sienten como personas inmigradas, ni como destinatarios de los cuidados transculturales. Idea que coincide con estudios similares realizados por López-Fernández, Millán, Ajuria, Cerdà, Suess, Danet, & Rodríguez, (2012) y González (2008) donde se constata que la inmigración a España procedente de los países más desarrollados de la Unión Europea se ha multiplicado por más de tres en los últimos 12 años y, a diferencia de lo que sucedía en el pasado, la gran mayoría de los ingleses, franceses, alemanes y restantes nacionales de países comunitarios ricos que viven en España forman también una inmigración laboral y ya no de "turistas residentes", por lo que gozan de nuestro sistema sanitario y serían población susceptible de cuidados culturales. Otra carencia de conocimientos de los profesionales encuestados es la relativa a derechos y deberes de los extranjeros, aprobando la idea de ausencia de derechos de asistencia sanitaria, enfatizándose mucho más en función de la situación administrativa del mismo, hecho que difiere en un estudio realizado por investigadores del Consorci Hospitalari de Catalunya (Núñez, Lorenzo, Arjona, Alcazo y Navarrete, 2010) donde concluyen que el contenido de las políticas sanitarias, especialmente estatales, responden a aspectos importantes a considerar en la atención a la población inmigrante, a pesar del déficit de conocimientos de los profesionales que protagonizan la asistencia. Sin embargo, la ausencia de evaluaciones, junto a la persistencia de problemas en la atención e inequidades en el acceso, podría indicar una insuficiente implantación y requiere un seguimiento cuidadoso.

En nuestra muestra de estudio, esta ausencia de conocimientos también se observa en lo relativo al proyecto migratorio, con la causa de la emigración, en este sentido el 69.7% del total de encuestados opinaron que la causa más frecuente es la económica, pero apuntan otras como las familiares, sobre todo si cruzamos esta variable con la de centro de trabajo, ya que los profesionales residentes en la sierra, que reciben un número de extranjeros mucho menor en sus centros, son más integradores, atribuyendo los motivos familiares como causa de inmigración en un 27.2% frente al resto de encuestados que no superan los 15%. El hecho de ser más integradores en aquellas poblaciones donde existe menos convivencia con la población extranjera es un hecho que se constata. En un estudio realizado por la OPAM (Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones, 2009 pp8) refiere que la sensación de ser demasiados, son diferentes en función del lugar de residencia; estas diferencias se traducen principalmente en un mayor contacto con la población inmigrante y una mayor percepción del número de inmigrantes como "excesivo", en las zonas o barrios donde el nivel de presencia de inmigrantes es más elevado.

Cuando en nuestro estudio preguntamos a los profesionales de la enfermería sobre enfermedades prevalentes en el colectivo extranjero, en este caso el problema de salud más prevalente en la población inmigrante según los encuestados es la reducción de la ansiedad, depresión y estrés, con un 72.2%, seguido de la higiene y de la planificación familiar. Era de esperar, ya que el discurso que existe en la sociedad es el mismo y se proyecta en diversos estudios que encuestan a personal sanitario y refieren que el paciente inmigrante es hiperfrecuentador de los servicios por patologías infecciosas, por problemas derivados de su higiene y por enfermedades de transmisión sexual (Pérez-Molina et al. 2012; Mayans, 2002; Delgado- Rodríguez, 2014). Sin embargo, las patologías más frecuentes en la población inmigrante no son las referidas anteriormente, sino las relacionadas con la salud mental. La ansiedad derivada del duelo migratorio asume en la actualidad una gran relevancia con la adaptación cultural (Achotegui, 2008; 2009). Respecto a la población autóctona, se observa, al igual que en la tipología de las enfermedades, el problema de malnutrición, pero no asumida como el déficit de alimentos, sino con los problemas derivados de unos malos hábitos alimenticios y una dieta no adaptada a las patologías existentes como obesidad, diabetes, hipertensión etc.. . El problema radica en que la población autóctona debe asumir que los problemas de alimentación por exceso van asociados a procesos crónicos, que si reflejan la realidad y el problema más prevalente de la población española (García, 2006).

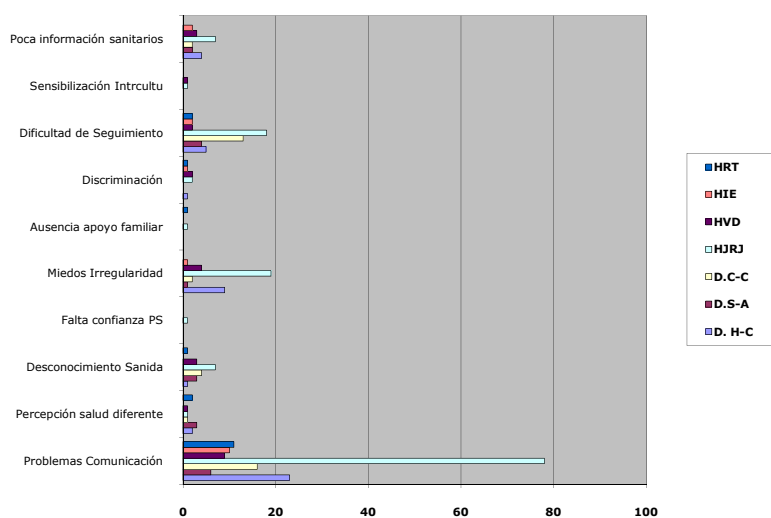
Otro de los aspectos de mayor relevancia en los resultados obtenidos son los referidos al otro componente de los factores predisponentes del modelo PRECEDE (Bimbela, 2009); las actitudes de los profesionales ante la conducta a promocionar, adquisición de competencia cultural. Por otra parte, discutiremos también aquellos resultados correspondientes a los factores reforzantes, que son aquellos que se plantean una vez implantada la conducta para premiarla o castigarla. Para ello se utilizará la variable "problemas que se encuentra un extranjero cuando necesita atención sanitaria" y "acciones de los profesionales de enfermería, para mejorar la salud de la población extranjera". La acción más frecuente que están dispuestos los profesionales de enfermería a realizar para mejorar la salud de los inmigrantes, sería conocer su cultura, según afirma la población de estudio en un 63%, seguido de la educación para la salud y en tercer lugar generar empatía. Estas tres acciones, son muy acertadas, pero para la realización de cuidados transculturales, refieren que además de generar empatía y conocer su cultura, que hay que adaptar nuestros cuidados a su cultura, sólo en la medida de lo posible. Los encuestados, no hacen referencia a las modificaciones personales que tendrían que hacer para la adquisición de la competencia cultural. Estudios similares, como el de

investigadores que desarrollaron el Plan de inmigración de la Generalitat de Catalunya (2012) concluyen en su obra que el discurso de los profesionales estudiados, refleja las necesidades que ellos tienen para la atención a la población inmigrante y ninguna de ellas es de responsabilidad propia. Por un lado, para superar las barreras de comunicación e información se requieren materiales en diversos idiomas y servicios de traducción, así como más tiempo por paciente. Por otro lado, para proveer atención a pacientes con culturas diversas se requiere formación centrada en aspectos culturales y de carácter práctico con aplicación inmediata. Además, para adaptar los recursos a la nueva situación, destaca la necesidad de introducir cambios en el sistema sanitario, pero no refieren nada de cambios individuales. Otro estudio similar que analiza los discursos de los profesionales de la enfermería con un enfoque metodológico, sugiere que para el sanitario, la competencia cultural es algo más asociado a los recursos materiales y no tanto de actitud personal (Navarrete, Núñez y Lorenzo, 2009).

En nuestro estudio, la variable relacionada con acciones para adquirir competencia cultural, al cruzarse con las zonas geográficas de actividad laboral, obtuvo significación estadística en el distrito Huelva-Costa, donde en un 53.8% de los encuestados aportaban la utilización de un mediador intercultural como acción principal. Esta figura es muy importante en una zona donde existe un gran flujo de inmigrantes, ya que es un recurso facilitador para generar empatía y para ayudar a conocer su cultura, esto facilitaría la intervención de enfermería de educación para la salud, pero sigue reflejándose la proyección de adquirir competencias ante el cuidado del extranjero asignando esa responsabilidad en otros colectivos. En el siguiente gráfico, (figura 13) se detallan los problemas que según los profesionales encuestados, tienen los extranjeros en nuestro sistema sanitario.

Los problemas de competencia cultural en los encuestados, no son sólo los expuestos anteriormente, sino también aquellos derivados del acceso a los centros sanitarios y la percepción que ellos tienen sobre el sistema sanitario. Los resultados obtenidos pueden concluir en aquellos factores facilitadores de la metodología PRECEDE, utilizada para el diagnóstico conductual del colectivo de enfermería entrevistado. Con este análisis se obtiene aquellos factores (entorno, barreras de accesibilidad...), que facilitan o dificultan unos cuidados culturalmente apropiados. Estos factores coinciden con otros estudios similares (Regidor, Sanz, Pascual, Lostao, Sánchez, y Olalla, 2009 y Vazquez-Villegas, 2006) que concluyen que Las principales barreras en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos son, en opinión de los profesionales sociosanitarios, las restricciones de acceso y el seguimiento clínico. (Tabla 7).

Figura 12. Problemas de competencia cultural en la atención sanitaria.



Fuente: Garcia-Navarro E.B. (2007). Enfermería ante el cuidado del otro. I Premio Nacional de Investigación en Enfermería. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Tabla 7. Barreras de acceso al sistema sanitario

		Barreras de acceso al sistema sanitario: actitud del personal sanitario			Total
		Sí	No		
				4	
Distrito u hospital de referencia	D. Huelva-Costa	9	17	0	26
	D. Sierra-Andévalo	4	8	0	12
	D. Condado-Campiña	4	17	0	21
	H. Juan Ramón Jiménez	20	71	1	92
	H. Vázquez Díaz	3	11	0	14
	H. Infanta Elena	4	7	0	11
	H. Río Tinto	4	12	0	16
Total		48	143	1	192

Fuente: Garcia-Navarro E.B. (2007). Enfermería ante el cuidado del otro. I Premio Nacional de Investigación en Enfermería. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Las barreras que se reflejan en los resultados de nuestro estudio como dificultadoras del acceso al sistema sanitario son: dificultad de horarios, actitud del personal sanitario, diferencia en la percepción de salud, situación socioeconómica de pobreza, situación de irregularidad administrativa.

Sin embargo esto no es suficiente para definir al paciente extranjero como frecuentador de los servicios sanitarios, existiendo estudios que contradicen esta afirmación extraída por nuestros encuestados (Arizaleta, Rodríguez, Cid y Piqueras, 2009; Cots, Ollé, Varela, Castells, Manzanera, y Vall, 2012) Cots et al (2012 pp.378) concluye *que la población inmigrante estudiada presentó una casuística distinta al asistir al servicio de urgencias diferente de la autóctona, por la marcada diferencia en la edad y por su mayor tasa de fecundidad. El coste medio de las altas de inmigrantes de países de renta baja valorado en consumo de estancias hospitalarias, fue un 30% menor que el del resto de las altas. Una vez ajustadas la edad, la casuística y la severidad, el consumo de estancias hospitalarias en la población inmigrante ha sido significativamente menor.* A pesar de estudios como el que acabamos de referenciar, que afirman que la población inmigrante consume menos recursos que la población autóctona, existe la idea colectiva de lo contrario, idea que se ve refrendada en nuestro análisis y en otras investigaciones (Regidor, Sanz, Pascual, Lostao, Sánchez, y Olalla, 2009; Gistau, Duch, Orpinell, Serra y Rojas, 2012; Esteva, Cabrera, Remaryineza; Díaza y Marchb, 2006; Cañones et al. 2001; García, Martín, Ramírez, González, Hidalgo, Escribano y Gómez, 2007) por lo que nos planteamos profundizar en este tema, analizando el perfil del paciente hiperfrecuentador de los servicios sanitarios de urgencias de nuestra comunidad autónoma, creando así un nuevo objetivo que cumplir en nuestra línea de investigación:

Identificar si la existencia de actitudes negativas del profesional de la enfermería hacia el cuidado del otro (que ya se han evidenciado con los resultados expuestos), están justificadas por la realidad y por la evidencia científica.

Este estudio (Domínguez y García, 2011) , se ha seleccionado para este compendio, para dar respuesta al objetivo planteando anteriormente, concluyendo que en Andalucía, un total de 679.088 personas autóctonas necesitan ayuda para poder realizar las actividades de la vida diaria, y el 55.9% han estado hospitalizadas en los últimos 10 años. El 47% de estos hospitalizados han superado una estancia media de 15 días (184.142 andaluces). Esto implica un elevado y especializado consumo de recursos sanitarios en personas autóctonas residente sen Andalucía.

Para insistir en el perfil autóctono del gasto sanitario, se confirma que un 77.2% de encuestados mayores de 60 años han estado hospitalizados al menos una vez en los últimos 10 años, frente a tan solo el 22.4% de los menores de 60 años, rango de edad del colectivo inmigrante residente en nuestra comunidad. Lo que pone de manifiesto este artículo desarrollado a partir del estudio inicial, es que la frecuentación de los centros de asistencia sanitaria, así como la dilatación de la estancia hospitalaria, está condicionada a dependencia, y no a la nacionalidad de los pacientes. Teniendo en cuenta que la población dependiente residente en Andalucía, comportamiento extrapolable a España, mantiene un perfil no caracterizado por la población inmigrante trabajadora.

Para finalizar la primera discusión referente al estudio inicial de las actitudes de los profesionales de la enfermería, cabe destacar que el 25% de los encuestados creen que la actitud del personal sanitario es una barrera de accesibilidad al mismo; no existiendo relevancia entre los diferentes centros sanitarios sujetos a estudio, porcentaje menor de lo esperado, ya que como se afirma en los referentes teóricos (Purnell, 2002; Leininger, 1991; Campinha-Bacote, 2010 y Spector 2012), la competencia cultural, implica aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones enfermero-paciente y viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente y tan sólo una cuarta parte de los encuestados se plantean que su actitud puede influir en los cuidados culturales (García, 2006).

Los enfermeros que conformaron la muestra seleccionada, no asumieron en su totalidad, que el cuidado que se debe prestar a un ciudadano de diferente cultura, debe de ser competente con la misma, ya que si no, no podría ser congruente con sus valores y creencias, y sería una imposición de lo que consideramos como nuestro, sería una postura etnocentrista; de los encuestados, sólo un 60.4%, piensa que esta diferencia de percepción puede ser una barrera, de igual manera coincide con la utilización de los recursos.

Discusión de resultados. Objetivo 2 y 3.

2. Describir las Actitudes que tienen los pre-profesionales (estudiantes de grado en enfermería) de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

3. Identificar si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función del

contexto en el que se encuentren dentro del espacio transfronterizo (Algarve-Huelva)

En primer lugar y teniendo en cuenta que el instrumento de recogida de datos es similar al utilizado para la consecución del objetivo 1, con excepciones de adaptación cultural (relacionadas con el cuestionario portugués) que no afectan al contenido del mismo, discutiremos en primer lugar aquellos resultados relacionados con los conocimientos y actitudes que hacían referencia a los factores que predisponen a los alumnos a adquirir competencia cultural según el modelo PRECEDE (Bimbela, 2009). Describiendo la variable causa del proyecto migratorio, en la cual se les preguntó a los alumnos el por qué creían que un inmigrante decide salir de su país, se encontró una diferencia significativa diferenciando aquellos que vienen por motivos económicos, con los que vienen reagrupados por motivos familiares con los que vienen a estudiar, a exiliarse, o una nueva modalidad que existe que son los que vienen por motivos sanitarios, denominando a estos últimos "turismo sanitario". Una vez analizadas estas variables se observó que sí existen diferencias significativas entre las actitudes de los alumnos españoles respecto a los de Portugal. La más gráfica fué la relacionada con la variable motivos sanitario, en la cual el 100% de los estudiantes españoles entrevistados opinó que es un motivo suficiente para emigrar a nuestro país, frente a un 58.8% de los estudiantes lusos que tienen esta misma actitud. Tabla 8.

Tabla 8. Etiología de la Inmigración/Nacionalidad.

		NACIONALIDAD						PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN
		TOTAL		ESPAÑA		PORTUGAL		CHI-CUADRADO
		n	%	n	%	n	%	
Motivos económicos (salir de la pobreza, mejorar su situación, etc.)	No	16	8,9%	3	3,1%	13	15,3%	P=0.004
	Si	164	91,1%	93	96,9%	72	84,7%	
Motivos familiares (encontrarse con su familia, etc.)	No	155	86,1%	91	94,8%	65	76,5%	P=0.00
	Si	25	13,9%	5	5,2%	20	23,5%	
Motivos educativos (mejorar su nivel de estudios, etc.)	No	158	87,8%	87	90,6%	72	84,7%	P=0.224
	Si	22	12,2%	9	9,4%	13	15,3%	
Motivos políticos (persecución, etc.)	No	158	87,8%	84	87,5%	75	88,2%	P=0.880
	Si	22	12,2%	12	12,5%	10	11,8%	
Motivos sanitarios (acceder a recursos inexistentes en su país, etc.)	No	145	80,6%	95	100%	50	58,8%	P=0.005
	Si	35	19,4%	0	0%	35	41,2%	

Fuente: García-Navarro, E.B. (2014). El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: comparativa en un contexto transfronterizo luso-español. En Santos, C.J. (coord.), *Didáctica actual para enseñanza superior*. (pp. 187-205). Madrid: ACCI

Los resultados que hacen referencia a la población de alumnos españoles, coincidieron con los hallados en la muestra de profesionales de la enfermería del primer estudio incorporado a esta línea de investigación (García, 2006), existiendo diferencia con los resultados obtenidos por los alumnos lusos tal y como se muestra en la tabla 8. En la literatura revisada no hemos encontrado ningún estudio con el colectivo universitario que analice los conocimientos referentes a la etiología de la inmigración, pero sí hallamos un estudio que analiza actitudes y causas del proyecto migratorio, teniendo como población de estudio a personal sanitario (Jansa y García, 2004 pp.208), refiriendo la causa económica como mayor respuesta, aunque no lo valorasen como una oportunidad para los autóctonos; los autores concluyen que *existen múltiples causas para emigrar de un país a otro, pero el emigrante económico podría ser un ejemplo de las virtudes del mercado global pero, en lugar de eso, mientras los bienes y el dinero se mueven con libertad, el mercado de trabajo debería de detenerse en las fronteras.*

Respecto a los resultados del análisis de las patologías de los extranjeros, se construyó una variable donde se midieron las diferencias que los alumnos asumieron en cuanto a enfermedades prevalentes de la población extranjera. Como el objetivo de este estudio era analizar las actitudes ante la diversidad cultural, era más significativo no solo analizar lo que los alumnos opinan como enfermedades comunes en la población inmigrada, sino cómo a su vez estas se sitúan frente a la población española o portuguesa, es decir, frente a la población autóctona. De esta manera, se pudo conocer la actitud frente a algunas enfermedades reflejadas en "el otro" como proyección de lo que no queremos para nuestra propia población. Para el cálculo de esta variable se tuvo en cuenta la posición media que consideraron los estudiantes de Grado en Enfermería sujetos de estudio, que ocupaban cada una de las patologías en una escala de 0 – 10 en cuanto a prevalencia de las patologías en cada una de las poblaciones, realizando después el diferencial entre la posición de los extranjeros y los autóctonos, por lo que los valores positivos indican que el sujeto valora con mayor prevalencia de esa enfermedad analizada a los extranjeros frente autóctonos, y los valores negativos, a la inversa.

Los diferenciales más significativos analizados en esta categoría fueron los referentes a las patologías infectocontagiosas al igual que los estudios revisados con la población de profesionales sanitarios (Pérez-Molina et al, 2012; Mayans, 2012; Lledías, 2005; Hernando, Ortiz-Barreda, Galán y Casabona, 2014); los alumnos españoles valoraron estas patologías 3 veces más prevalentes en la población extranjera que en los pacientes españoles, sin embargo, en Portugal no

fue tan evidente esta diferencia, siendo 1.5 veces más prevalente (la mitad que los españoles). Con las enfermedades cardiovasculares ocurre lo contrario, se valoró más en la población autóctona que en los extranjeros, coincidiendo con el país vecino. A pesar que la patología más prevalente en la población extranjera es la de salud mental, que no fue advertida como tal en ninguna de las poblaciones estudiadas, al igual que con los profesionales de la enfermería en el estudio anterior. Este discurso, como refieren los autores (Belmonte, Checa & Arjona, 2012 pp. 126) se reproduce en la sociedad española, siendo incompatible con los datos reales; *las primeras causas por las que los extranjeros van al médico, al igual que la población autóctona, se debe a dolencias en el aparato músculo-esquelético, afecciones respiratorias y/o problemas gastrointestinales o heridas por accidente, lo que está relacionado con su situación laboral, muchas veces de gran exigencia física y en condiciones inseguras. A las enfermedades relacionadas con el trabajo, deben añadirse las psicósomáticas que se derivan del proceso migratorio como: la depresión, el insomnio y la ansiedad, ligadas casi siempre a su situación sociolaboral.* Podemos observar, según los datos analizados, que en este estudio ocurre lo contrario, es decir, los alumnos españoles invirtieron las patologías de referencia, señalando las de salud mental como más frecuente en la población autóctona.

Con la categoría problema de salud, se repite la tendencia, resultando los problemas de salud mental, ansiedad y depresión destacados para la población española, sin embargo los alumnos del país vecino no lo valoraron así, existiendo un diferencial estadístico significativo ($p=0.00$), ya que los estudiantes portugueses percibieron estos problemas como equiparables entre ambas poblaciones (extranjeros- autóctonos (Portugal)), obviando el duelo migratorio, ya que el perfil de inmigración de la región del Algarve es de personas procedentes de la Europa Comunitaria, mayoritariamente de origen Británico que vienen a esta región a descansar (Dumpiér rez, 2009). Si nos remitimos a la investigación de (Muñoz-de Bustillo & Antón 2010), la población inmigrante y la autóctona acuden a las consultas médicas por las mismas causas, típicas del sector donde desarrollan su actividad laboral, lo que desmitifica que sean fuente de enfermedades raras y pongan en peligro la salud pública. Sólo algunos problemas no graves para el resto de la población (por ejemplo, algunas enfermedades dermatológicas) son importados. Por lo que una vez más, la actitud de etnocentrismo ante el otro, impera ante los datos evidenciados (García, 2006), afirmación palpable tras los resultados de esta investigación teniendo en cuenta que los estudiantes españoles han señalado como problemas de salud prevalentes en la población extranjera tuberculosis y malnutrición y en la población española planificación familiar y parto

y puerperio (contradictorio a los datos del estudio de Navarro et al (2014)) que afirman que los/as inmigrantes que llegan a España tienen problemas de salud poco importantes, de ahí que apenas acudan al especialista. Sólo superan a los españoles en las visitas al ginecólogo y al pediatra. La razón es obvia: son la población que eleva los índices de natalidad. Respecto a esta actitud ante los problemas materno infantil, se observó un gran diferencial respecto a la actitud de los estudiantes lusos, ya que remitiéndonos al perfil de población extranjera de la región algarviana tienen una edad media no compatible con la fertilidad.

Por último, se hace referencia a las estrategias que los alumnos plantearon como necesarias para cuidar a los extranjeros, cuidados transculturales; se observó diferencias significativas no sólo en función de la nacionalidad, que se despuntó la nacionalidad española como más integradora y con una actitud más enfocada a la competencia cultural -tabla 9 y 10-, priorizando acciones como generar empatía en un 30% más que la población lusa, sino también del curso académico de los encuestados indicando que las estrategias son más competentes culturalmente a medida que superan cursos académicos (tablas 9 y 10), a pesar que las asignaturas relacionadas con el fenómeno se dan en el primer curso; esto ocurre en ambos países, por lo que se percibe que lo que realmente hace sensible culturalmente al alumnado no sólo son los conocimientos, sino la madurez alcanzada al avanzar los cursos del grado y asumir los conceptos esenciales de la disciplina enfermera.

Tablas 9 y 10. Estrategias para la competencia cultural vs. Nacionalidad y Curso.

		NACIONALIDAD						PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN
		TOTAL		ESPAÑA		PORTUGAL		
		n	%	n	%	n	%	CHI-CUADRADO
CONOCER SU CULTURA, PERCEPCION DE SALUD	Si	145	81,0%	78	81,3%	68	81,0%	P=0.959
	No	34	19,0%	18	18,8%	16	19,0%	
UTILIZAR UN MEDIADOR INTERCULTURAL QUE NOS TRADUZCA	Si	51	28,5%	33	34,4%	19	22,6%	P=0.083
	No	128	71,5%	63	65,6%	65	77,4%	
EDUCACION PARA LA SALUD	Si	99	55,3%	44	45,8%	55	65,5%	P=0.008
	No	80	44,7%	52	54,2%	29	34,5%	
GENERAR EMPATIA PARA QUE CONFIE EN NOSOTROS	Si	109	60,9%	70	72,9%	40	47,6%	P=0.001
	No	70	39,1%	26	27,1%	44	52,4%	
ADAPTAR NUESTROS CUIDADOS A SU CULTURA	Si	94	52,5%	40	41,7%	54	64,3%	P=0.002
	No	85	47,5%	56	58,3%	30	35,7%	
CREAR CONSULTAS A DEMANDAS (CURAS, INYECTABLES...)	Si	24	13,4%	16	16,7%	8	9,5%	P=0.160
	No	155	86,6%	80	83,3%	76	90,5%	
NO PRECISAN AYUDA DISTINTA QUE EL RESTO DE LA POBLACION	Si	9	5,0%	5	5,2%	4	4,8%	P=0.891
	No	170	95,0%	91	94,8%	80	95,2%	

		CURSO						PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN
		TOTAL		1º-2º CURSO		3º-4º CURSO		
		n	%	n	%	n	%	CHI-CUADRADO
CONOCER SU CULTURA, PERCEPCION DE SALUD	Si	145	81,0%	85	78,7%	61	84,7%	P=0.312
	No	34	19,0%	23	21,3%	11	15,3%	
UTILIZAR UN MEDIADOR INTERCULTURAL QUE NOS TRADUZCA	Si	51	28,5%	20	18,5%	32	44,4%	P=0.000
	No	128	71,5%	88	81,5%	40	55,6%	
EDUCACION PARA LA SALUD	Si	99	55,3%	68	63,0%	31	43,1%	P=0.009
	No	80	44,7%	40	37,0%	41	56,9%	
GENERAR EMPATIA PARA QUE CONFIEN EN NOSOTROS	Si	109	60,9%	62	57,4%	48	66,7%	P=0.212
	No	70	39,1%	46	42,6%	24	33,3%	
ADAPTAR NUESTROS CUIDADOS A SU CULTURA	Si	94	52,5%	60	55,6%	34	47,2%	P=0.273
	No	85	47,5%	48	44,4%	38	52,8%	
CREAR CONSULTAS A DEMANDAS (CURAS, INYECTABLES...)	Si	24	13,4%	20	18,5%	4	5,6%	P=0.012
	No	155	86,6%	88	81,5%	68	94,4%	
NO PRECISAN AYUDA DISTINTA QUE EL RESTO DE LA POBLACION	Si	9	5,0%	6	5,6%	3	4,2%	P=0.675
	No	170	95,0%	102	94,4%	69	95,8%	

Fuente: García-Navarro, E.B. (2014). El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: comparativa en un contexto transfronterizo luso-español. En Santos, C.J. (coord.), *Didáctica actual para enseñanza superior*. (pp. 187-205). Madrid: ACCI.

De estos resultados que resuelven los dos objetivos planteados (2 y 3), se desprende que por un lado los estudiantes españoles al igual que los lusos precisan de una mayor formación para adquirir competencia cultural, ya que hasta ahora la actitud tiende al etnocentrismo de los cuidados; además contemplamos que el contexto cultural en el cual está inmerso el curriculum académico del grado de enfermería influye en las actitudes de los alumnos que lo cursan, a pesar de ser un espacio transfronterizo, tiene características culturales distintas que han ocasionado unas percepciones, actitudes y comportamientos diferentes.

Discusión de resultados. Objetivo 4.

Describir y conocer las Prácticas de cuidado de los proveedores de servicios de salud a personas de origen diverso. (profesionales del cuidado y cuidadores extranjeros).

Discutiremos de manera general los resultados correspondientes al análisis de los discursos que se realizaron en sendos estudios para cubrir este objetivo. Dos de los artículos seleccionados para este compendio -que se muestran en el capítulo correspondiente al mismo- hacen referencia al problema de estudio planteado. (García, 2013 y García-Navarro y Gualda, 2015)

El discurso y las experiencias obtenidas tras la realización de estos estudios que componen los artículos anteriormente referenciados, permiten aproximarse a la práctica de los cuidados como fenómeno sociocultural, desde la perspectiva de personas que están día a día al cargo de la gestión de la provisión de los cuidados tanto públicos como privados, formales e informales, sean profesionales de la salud o no. Lo importante de esta investigación es el enfoque fenomenológico de la misma que traslada el protagonismo del estudio al discurso de los propios informantes, siendo ellos los protagonistas.

Las categorías resultantes del análisis continuo realizado durante el proceso del estudio, dio lugar a la creación de nuevas dimensiones y a relativizar otras. En esta sección abordaremos aquellas más relevantes para la práctica de los cuidados culturales, comenzando por aquellas descritas por los profesionales enfermeros gestores de casos que son responsables a su vez del cuidado que prestan otros proveedores no profesionales, en este caso que nos ocupa, las cuidadoras extranjeras-proveedoras de cuidados informales- (Casado-Mejías, Ruiz-Arias y Solano-Parés, 2012).

Los profesionales entrevistados, enfatizaban de manera uniforme al principio de sus discursos que la diversidad de los cuidados proporcionados por las cuidadoras estaba provocado por la existencia de diferentes estilos de vida entre personas de diferente procedencia, distintos niveles formativos y diferentes experiencias previas laborales. Así lo explicaba uno de nuestros entrevistados, gestor de una empresa que ofrece servicios de cuidados y que intermedia entre las cuidadoras finalmente contratadas y las familias de las personas atendidas:

"Las diferencias culturales son muchísimas, la cultura... ten en cuenta no sé si lo dices por el grado de instrucción, que eso es lo más variado, tengo enfermeras, tengo auxiliares, licenciadas en historia, tengo una abogada que trabaja conmigo, una chica que estudió odontología, un chaval que es administrador, un chaval que estudió teología, iba para cura y luego lo dejó, tengo chavales que han llegado a un nivel de instrucción de bachillerato, entonces se les nota la diferencia del nivel de instrucción...pero ninguno excepto las enfermeras están formados en cuidados" (EP1⁴, varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

La cita anterior refleja claramente la diversidad interna existente entre las personas que proporcionan cuidados en la provincia de Huelva. Lo que nos constata este discurso es lo ya planteado al inicio de esta memoria; el discurso social respecto al

⁴ EP = Entrevista a profesional.

cuidado es un hecho que no necesita preparación ni conocimientos, sino es lo aprendido de manera cultural y biográfica, el cuidado forma parte de tu herencia cultural (Spector, 2002) por lo que es fácil que este fenómeno de la cuidadora extranjera o también denominado "care-drain" (Bettio, 2006) se haya convertido en un nicho laboral de inmigrantes féminas. Durante el discurso de las profesionales gestoras de casos, cuando se referían a la lógica innata del cuidado, abordaban la necesidad de formación por parte del cualquier proveedor informal de cuidados, al igual que cooperación constante con alguna profesional de la enfermería referente, *ya que el cuidado es una ciencia* (EP2, mujer española de 45 años. Enfermera gestora de casos del Distrito Huelva-Costa). Igualmente, esta informante en su discurso deja constancia que las diferencias culturales no se atribuyen sólo al país de origen sino también al nivel global de instrucción o formación alcanzada y que por su desinformación respecto al sistema sanitario de acogida, las cuidadoras no normalizan el cuidado que prestan, ni piden ayuda a las profesionales, a veces por miedo, a veces por desgana... (EP2)

La percepción de las cuidadoras no coincide fielmente con el de las profesionales gestoras de caso, seguidamente vamos a discutir las dimensiones abordadas tras el análisis del discurso de las informantes, en función de la adquisición de competencia cultural en sus prácticas de cuidado y cuáles son las estrategias elaboradas por las mismas para cuidar a una persona de diferente cultura sin conocimientos profesionales.

Diferentes cuidadoras entrevistadas, al igual que una de las informantes profesional, nos habló de la importancia de la comunicación en el cuidado cultural. Afirmación que comparten las teorías de la competencia cultural de los cuidados (Leininger, 1978; Spector, 2002; Purnel, 2011; Campinha-Bacote, 2010). Siguiendo con los hallazgos principales, una cuidadora con estudios universitarios en su país de origen, nos refirió cómo influye el nivel de instrucción de ella y del paciente al que cuida en la comunicación interpersonal entre ambos y cómo esto se relaciona con la salud:

"Si los pacientes tienen un nivel más alto, te entiendes mucho mejor, entienden mejor a las personas, entienden mejor lo que dice el médico y todo lo demás. La persona que tiene menos instrucción entiende un poquito menos pero se va instruyendo para mejorar" (EC1⁵. Cuidadora rumana, de 42 años).

Por lo que está evidenciado en nuestra población la necesidad de formación específica en las cuidadoras para la adopción de unos cuidados culturalmente

⁵ EC = Entrevista a cuidadora.

apropiados, otros autores que estudian el mismo fenómeno concluyen que para que el cuidado prestado sea de calidad, se pone de manifiesto la necesidad de formación de estas personas inmigrantes que se dedican a cuidar además de invertir recursos por parte de las instituciones sanitarias para mejorar la calidad del cuidado domiciliario entre otras cosas, entrenar y educar a las personas cuidadoras (Casado-Mejías y Ruiz-Arias, 2009) y señala además que sin calidad no es posible el cuidado.

Otra de las dimensiones relevantes para entender la diferencias en el tándem cuidador-paciente, y la dificultad para adquirir competencia cultural, está vinculada a las diferentes percepciones del concepto salud y enfermedad. Diversas ideas aportadas por las informantes vinculan salud a la ausencia de enfermedad (y por tanto de tratamientos), mientras que otras aluden a nociones psicosociales y emocionales, cuando van más allá de los aspectos físicos. También encontramos que algunas cuidadoras se refieren a las vertientes física, mental y social de la salud. En este sentido, "tener salud" puede ser tanto no estar enfermo, como no estar triste, e incluso contar con apoyos de otras personas (traducido en términos de cariño, etc.), o simplemente sentirse entendida, comprendida e incluso en algunos casos, se asocia la idea de la salud a una dimensión más social unida al disfrute del ocio y tiempo libre. Esta multiplicidad de significados atribuidos se aprecia en los discursos (García, 2013; García-Navarro y Gualda, 2014)

Para mí, más que todo influye mucho el cariño. El cariño. Porque una persona puede estar enferma y siempre cuando se le brinda cariño, siempre como que, como que aminoran la enfermedad. Claro, porque la persona además se siente útil, así tengan la enfermedad que tengan, se sienten queridas" (EC2. Cuidadora ecuatoriana, de 34 años).

"Para mí una persona con Salud es aquélla que no le duele nada, que tiene el corazón sano, la cabeza, que no toma pastillas. También que no esté triste" (EC1. Cuidadora rumana, de 42 años).

"Una persona vive mejor si no está triste. No es bueno que piense mucho en su enfermedad" (EC4. Cuidadora marroquí, de 38 años).

"¿La Salud?, ¿Qué es la Salud? ¿Cómo es de importante? ¿Lo importante?... , yo no sé, me parece tener a una persona que cuide a las personas mayores, es muy importante porque cuando hay una persona un poquito mayor y sola, eso no está bien" (EC5. Cuidadora boliviana, de 35 años).

“Salud? Salud, si la persona físicamente está buena eso y no hace falta médico Yo eso no lo sé qué es salud... No puedo... La salud es lo primero... No puedo. ¿Qué importante? Pues no sé qué te contestar. Es muy importante entender persona a otra, ¿sabe? Querer a ella, es muy importante” (EC6. Cuidadora rusa, de 32 años).

En los discursos descritos, se aprecian ciertas similitudes en las percepciones de las informantes a pesar de que procedan de países tan diferentes como Rumania, Ecuador, Marruecos, Bolivia y Rusia, con diferentes marcos culturales de referencia. No obstante, a pesar de las similitudes, la noción de salud es construida individualmente, en la medida en que cada persona desarrolla un concepto distinto en función de su biografía y de su cultura, así como de su relación con el sistema de salud y otros factores (García, 2013), como sugieren las citas anteriores

Respecto al concepto de salud, el concepto de salud surge de tres tipos de experiencias: la percepción de carencia económica, la enfermedad y la relación con su entorno social y familiar. En este último caso, la salud personal y salud social están relacionadas. Así cuando en un hogar alguien se enferma, mantiene un nivel de discapacidad o necesita ingreso hospitalario, no sólo enferma el paciente, sino que el problema se extiende a la familia, ya que ésta modifica su concepto de salud por la propia experiencia que está viviendo (García, 2013; García-Navarro y Gualda, 2014). En el caso de las cuidadoras extranjeras, la definición de salud, como se ha expresado en las citas anteriores, está asociada a la ausencia de enfermedad, aunque también aparecen los conceptos de cariño, de soledad, de sentirte cuidado o entendido por alguien; para ellas la salud tiene que ver en gran medida con el hecho de estar bien emocionalmente. La elaboración de su discurso en algunos casos propone al estado emocional como eje principal de su salud.

Además del concepto salud-enfermedad, en los discursos de los informantes se observan diferentes choques culturales en el proceso de “cuidar”. El cuidado tiene una dimensión cultural muy importante inherente a la persona que lo presta. La dimensión simbólica de la percepción que se tiene sobre cuidar, incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad o los procesos que ella conlleva (Lipson, 2007; Giger, 2014). Algunas de las percepciones que tienden a ser similares entre aquellas de nuestras entrevistadas que proceden del mismo país son las asociadas a los sistemas sanitarios y políticos de su país, si bien, otros factores como el nivel de instrucción, o el área concreta de procedencia del país, entre otros factores, también contribuyen a la formación de estas percepciones.

Otra dimensión relevante resultante del análisis, es la asociación que algunas de las entrevistadas hacen del sistema sanitario como fuente de conflicto. No sólo

teniendo en cuenta las barreras de accesibilidad, e idioma, sino los choques en las estructuras de atención: desigualdad social y económica (García, 2006; García, 2013). En el universo de cada grupo social y en el sistema sanitario en el cual estén inmersos, los especialistas tiene un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tienen ciertas expectativas sobre cómo ese papel será llevado a cabo, qué enfermedades puede curar el especialista, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados (Plaza del Pino, 2012). Las personas de origen extranjero tienden a reproducir a veces en el país de llegada el sistema sanitario de origen como única estructura sanitaria interiorizada. Esto puede provocar dificultades a la hora de afrontar un problema de salud, propio o de la persona a la que se cuida, cuando se es provisor de cuidados, como ocurre de hecho en el caso de las protagonistas de nuestro estudio. Este choque o diferencias se ilustran claramente en los siguientes discursos:

“España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo en cuanto a prestaciones de servicios y no lo sabemos apreciar realmente porque en verdad ese aspecto de lo que es la sanidad gratuita y aquí en España en cuanto a la atención médica a la prestación de servicios, respecto a las medicinas que tienes gratuitas para las personas mayores, que también tienes un 40 por ciento para las personas que estamos en activo, es una bendición y se sabe que aquí a España vienen muchas personas de Portugal para hacerse operaciones gratis y el tratamiento gratis para luego retornar a su país” (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

“En el Perú no, tienes que pagar su dinero y los recursos, allí hay mucha corrupción y la economía está muy mal organizada. Es un desastre en cuanto a la atención en el campo de salud, a veces confundía la situación social de mi país con la de España, porque el de España desconocía totalmente y conocía el mío, entonces pues entraba en un dilema que no entendía uno de otro pero ya habiendo superado con los años y la experiencia pues sí, ahora sí” (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

Además del choque cultural que les genera la dificultad de acceso al sistema sanitario, se une otro factor que refieren en su discurso, y es el desconocimiento del sistema de atención sanitaria, para ellos mismos y para la persona a la cual prestan los cuidados. El inmigrante económico ve alterados todos los condicionantes de su salud de forma que se convierte en una persona vulnerable desde el punto de vista sanitario. A la llegada al país de acogida debe afrontar un duro y complejo proceso en el que influyen cantidad de factores relacionados

directamente con el desconocimiento, déficit o ausencia de derechos, las condiciones laborales a menudo precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, el duelo migratorio, la dificultad para acceder a recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local. El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se presentan en la población que ha inmigrado y pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud en un contexto de normalidad (García, 2013; García-Navarro y Gualda, 2014).

Los discursos que hemos seleccionado para ilustrar esta idea, transmiten de manera explícita las prácticas de cuidado que tienen que ver con la herencia cultural que ellos traen y la propia experiencia del mismo, así como el sistema sanitario en el que allí están inmersos y cómo esto les condiciona para prestar el cuidado:

"Sí, a la medicina, a las cosas que hay aquí que no hay en mi país, las comodidades como la seguridad social que existe, porque nosotros no la tenemos así para todos, sino solamente para las personas mayores y para los recién nacidos menores de un año, y las personas mayores de 65 años para arriba también la tienen. Pues ésa es la diferencia en la medicina que yo veo acá que está muy bien. Y otra diferencia que yo veo es la forma cómo viven, que trabajan todos también y en la casa siempre la mujer, todavía nosotras estamos acostumbradas a que el hombre nos mantenga y a estar en casa..." (EC7. Cuidadora colombiana, de 36 años).

"Lo que allá sí se practica es por ejemplo la medicina, la terapéutica, o sea con terapias por ejemplo de plantas medicinales y todo eso. Aquí, aquí casi no lo hay. Aquí casi no lo hay. Sí, aquí es menos y ¿qué otras cosas? Sí, allá hay de todo. Lo que pasa es que la falta de recursos es que es lo malo. Claro por que allá todavía se piensa, no como aquí, allá todavía se tienen culturas, ¿no?, por ejemplo, los indios, nuestros indios, ellos se curan con sus poderes que ellos han adquirido" (EC8. Cuidadora Perú, 34 años).

"Pues las prácticas son más que nada lo que es la medicina alternativa o la medicina tradicional que son un poco el uso de hierbas, de ungüentos de animales, el uso de otro tipo de conocimientos empíricos que a veces va coordinado y de la mano en el desarrollo de la medicina. Hay una obra muy importante en cuanto a este aspecto que es la medicina tradicional y lo que es la, como se llama, instructiva que es la medicina que se estudia en la universidad, la medicina tradicional tiene brujos, curanderos, hechiceros que cada uno tiene sus aspectos para poder curar a los usuarios de determinados pueblos, se da mucho esto en el

Perú, porque allí la Seguridad Social no es como aquí en España gratuita, sino de una forma muy... este... ¿cómo te puedo explicar? De una forma costosa, o sea, que te cuesta, te cuesta una consulta, te cuesta una medicina (EP1, varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

"Hay mucha gente que cree otra forma medicina, no sé como aquí en España, pero en mi país sí. Es medicina y medicina otra. Eso ya como gente piense. Los Hospitales, los médicos... bueno, todo eso hay pero cuesta mucho ¿sabes? Cuesta dinero. ¿Entiende? Pero hay todo mismo, pero necesitas dinero, y por eso todos estamos por todos sitios del extranjero y tenemos que emigrar, ¿sabes?, estar sano cuesta mucho dinero..." (EC1, cuidadora rumana, 42 años).

Se pone de relieve que, una gran parte de las diferencias culturales en el hecho de cuidar, se vincula no sólo con tradiciones, sino también con la situación socioeconómica de los países de origen, que contribuye a que se mantengan medicinas alternativas. En este sentido cuidar y ser cuidado conecta tanto con la cultura como con la estructura social, y lo mismo ocurre con las prácticas que se desarrollan (García, 2013).

Estos datos profundos obtenidos en estos dos artículos confirman algunos resultados ya explorados por los estudios anteriores analizados desde un enfoque más predictor, por lo que ahora, que exista correspondencia bajo el prisma fenomenológico, nos permite interpretar la existencia de estos resultados con una perspectiva integradora. Como demuestran los datos, el desconocimiento mutuo causa en el área sanitaria que existan desigualdades e el sistema de salud. No puede existir equidad cuando, tanto el que presta el servicio como el que lo recibe, desconoce al "otro" y no puede producirse el diálogo básico y la comunicación efectiva que los profesionales de la enfermería traducimos como imprescindible entre sanitario y enfermo.

De estos dos artículos se desprende a su vez, las prácticas de cuidado de los proveedores de salud, aportando la existencia de vínculos entre la diversidad cultural, las percepciones respecto a la salud y la enfermedad, los choques culturales y las estrategias de cuidado que se desarrollan por parte de cuidadoras y cuidadores extranjeros que hemos entrevistado. Enfermeros y otros profesionales del cuidado, desde su perspectiva, son conscientes igualmente de algunas de estas relaciones, así como las familias. Las percepciones diferentes sobre la salud y el conocimiento de prácticas socioculturales en el hecho de cuidar que traen del país de origen y que contrastan con la del país de destino migratorio, es una de las diferencias o choques culturales observados.

Discusión. Objetivo 5.

Identificar prácticas y recursos facilitadores de competencia cultural con pacientes extranjeros.

En este objetivo, los resultados que vamos a discutir son los que se desprenden de uno de los artículos seleccionados para este compendio (García-Navarro, Pérez, García y Ortega, 2011), es una buena práctica, o una práctica culturalmente congruente, en un área de la salud muy relevante, y por desgracia, cada vez más frecuente en los pacientes extranjeros. La gestión cultural de la muerte.

Las personas provenientes de diferentes culturas, sufren en el tramo final de sus vidas el fenómeno de la diferencia, ya que su forma de entender la muerte no se corresponde con la cultura occidental. La muerte no es gestionada desde la diversidad, sintiéndose sometida a las costumbres sociales dominantes. La investigación plantea la necesidad de respetar estas diferentes actitudes frente a la muerte, consiguiendo así una competencia cultural en el ámbito de los cuidados paliativos.

Como los resultados de este artículo sería la propia práctica de cuidado, se invita al lector que en el apartado correspondiente al artículo 2, se puede encontrar la práctica completa.



6. CONCLUSIONS

6. CONCLUSIONS

To end with this doctoral dissertation I would like to mention some conclusions related to both the articles, which are part of the compendium of all the publications, and the set of works and experiences that are part of these articles and those contributions that give a meaning to the six goals in the design of this research process.

One of the key conclusions of this research lies in the lack of knowledge about cultural competence of healthcare providers and the high proportion of concepts which have been taken for granted as real by them without apparent justification, being probably influenced by the media and their own group of colleagues. The analysis carried out on the profile of patients of healthcare facilities lies in the phenomenon of dependence as a main feature to make use of healthcare resources, suggesting the need for a comprehensive response by many society and administration areas. The requests in the group of elderly population are leading to strong problems in the processes and results of the responsible public services, because they are trying to respond to a problem that doesn't come from its area of competence exclusively. This problem of increase in resources is not only associated to the immigration phenomenon as a consumer, quite the opposite. The profile of the economic immigrant is the one of a healthy person whose access to healthcare facilities is the consequence of social marginalization conditions in which they survive; and if we had to find the relationship between dependence and immigration we should have a look to other relevant outcomes in this line of investigation known as "care-drain" phenomenon. It consists of a labour niche of immigrant women who are meant to take care of old and dependent natives.

Another issue which should be highlighted is the concept that interviewed healthcare providers have about the foreign ones; We could classify their answers according to three different features: Nationality, administrative features and physical appearance, obtaining some definitions as "the moor coming to work," "in an illegal situation" or "black people coming from Africa". It should be noticed that the nationality chosen either by professionals or students to refer to the immigration are linked to developing countries or with economic difficulties (Maghreb, Eastern countries, Latin America...) and when they talk about foreigners, they refer to those countries of the European Economic Community which do not have an economic migration project, but rather to retirement and leisure. In the latter case, subject to study students coming from Portugal show a greater emphasis on the concept of foreigner, since in the city of Faro, capital of the

Algarve, the flow of foreigners with a European Community profile is much more frequent than in the province of Huelva. From the collected definitions, it may be concluded that the less accepted healthcare providers are those immigrants who are born in Morocco, suggesting that they do not want to integrate themselves.

Regarding the rights of foreigners, the survey carried out among population reflects a clear difference by giving rights depending on their regularity in administrative proceedings. When there is a lack of this, those fundamental rights such as the case of education or restrictions on the right to health or medical assistance are denied.

The existence of conceptual mistakes makes the culturally competence of healthcare difficult in some situations:

Those related to the identification of pathologies and healthcare processes management in foreign patients over the native ones, reversing pathologies of self-reference. Thus, the Spanish students attached the infectious pathology as the most frequent in foreigners, and associated mental health to the Spanish population, avoiding the migratory grief at all times as a need to have an approach.

Those who were interviewed, without distinction among students and professionals, agreed in considering the language barrier as the most important, followed by administrative irregularity and the different health perceptions.

When a healthcare professional has a cultural meeting with a foreign patient, the first problem is the difficulty to communicate themselves, as well as not feeling the need to adapt our healthcare to the culture that patient has. However, when one person is a student it is possible to propose the idea of generating empathy (having studied that subject during the same year), although it did not prove the same with Portuguese students. Therefore, we can conclude that the strategies are culturally more competent as they overcome academic courses. Cultural sensitivity cannot be associated with knowledge exclusively, but with the cultural desire students reach when they mature.

The acceptance of theories and models of cultural competence are essential for the implementation of proper healthcare, but so are the attitudes and values for others and for oneself. These concepts are internalized in the latest years of the academic curriculum in the nursing university degree, and that is why a change in the strategy in the academic organisation should be proposed.

It has been found that the cultural context is essential to the development of the attitudes towards immigration, establishing that the crossing point (Portuguese-Spanish) has different migration profiles and that elite immigration is not considered a threat against economic immigration, referred to itself with such a name.

Concerning the practices of healthcare, it is important to highlight the existing links between cultural diversity, perceptions about health and disease, cultural impact and healthcare strategies that healthcare providers develop in a cultural meeting.

Regarding healthcare practices developed by foreign caregivers to native patients, this situation is increasing. This is also called "care-drain phenomenon" and it consists of immigrants providing healthcare in the household area creating a labour niche in which there is no competition between immigrant and native women, especially in the case of the internal domestic work. The profile of immigrant women who are devoted to the healthcare of dependent people differs with regards to the formal caregivers pattern described above, and this is caused by the personal circumstances that tend to surround the work and the personal context of this group. The place healthcare providers come from is not at all representative of the origin of the immigrants who settle in the territory. In our study, the logic of nationalities chosen to develop healthcare has been highlighted by the social networks of the employers, using gossip to define the culturally competent caregiver who might be appropriate for their healthcare.

Among other remarkable results the description of certain sociocultural practices that healthcare providers do, taking into account their culture, should be noticed and how they influence in the way healthcare is done in the final destination. It is also remarkable how diversity is not only derived from the country or area of origin, but from other aspects such as the academic degree, or previous professional experiences, the type of healthcare system and the former experience working with families.

Therefore it is suggested that is important to embrace a culturally competent healthcare, adapting the kind of healthcare they usually provide to the culture of the patient to take care of, appreciating, accepting and respecting diversity. Also having the capacity, commitment and motivation for introspection in the own cultural sensitivity of the healthcare provider, and being aware of how dynamic culture is, and how this has an intervention in both the relationship and communication with the patient. To adapt themselves to create spaces for diverse people who are in need of personalized healthcare since every individual is unique

and the result of the experiences, values and beliefs that have been learned and passed down from generation to generation. Therefore, if caregivers develop strategies related to their own beliefs without taking into account those of the person being cared, there is a clash of cultures whose result in inappropriate behaviors affecting the health of the patient, as it has been showed in the field research. However, it must be emphasized the importance that cultural practices and other socio-economic conditions have in the development of healthcare.

Finally we would like to conclude by asserting that healthcare is, first and foremost, an act of communication, the meeting with 'other person' and through its development there is a need for building up meaningful and respectful relationships with patients. Healthcare providers will have to make an effort to increase their cultural knowledge and use it in their role as nurses, losing the fear to accept and understand the need to integrate the intercultural communicative competence in their everyday life. The right to maintain their cultural identity must prevail, without overriding those which are different to their own, having a mutual enrichment with new experiences, beholding the world through others' eyes, and adding others' knowledge to their own one; being able to discover along with the other person instead of just knowing about him. This can only be possible with cultural competence.

The acceptance and respect for cultural differences in any health-disease process, as well as the cultural sensitivity to understand how this diversity influences the relationships with each other and the cultural practice to offer strategies that improve the cultural encounters, are essential requirements for the healthcare to become culturally competent.

At the end of life, cultural competence must be ensured the same way it is in any other health-disease process, since the way death is understood in different cultures does not always correspond with the Western culture, and that is why foreign patients who are in a terminal situation are forced to follow the prevailing social customs.

Cultural competence when caring a take care of a dying person is important.

We have to take a closer look at the forms of dealing with the end of life and give a comprehensive and empathic answer.



7. Conclusiones

7. CONCLUSIONES

Llegados a este punto, y como cierre preceptivo del trabajo de investigación presentado, se exponen las conclusiones más significativas. Conclusiones que hacen referencia tanto a los artículos seleccionados para formar parte del compendio de publicaciones, como al conjunto de trabajos y experiencias que comportan la línea de investigación, *competencia cultural en los cuidados*, aportaciones que dan un sentido a los seis objetivos propuestos en el desarrollo de la investigación. Es importante aclarar que la línea de investigación sigue abierta, que al igual que durante el proceso de estudio, se han ido generando ideas nuevas complementarias a las ideas iniciales, que han permitido explorar una panorámica multidimensional del fenómeno de estudio, aún siguen apareciendo preguntas susceptibles de ser estudiadas en el marco de la línea de investigación a la cual pertenece la presente tesis doctoral.

Con el fin de aportar mayor claridad, presentamos las conclusiones que dan respuesta a cada uno de los objetivos propuestos en la memoria, dinámica que se ha respetado para la presentación de la estrategia metodológica y la discusión de resultados, validando de esta manera la coherencia interna por la que se ha velado en todo momento del desarrollo y presentación del estudio.

Conclusiones. Objetivo 1.

Conocer las actitudes que tienen los profesionales de enfermería de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

Siguiendo el modelo actitudinal que integra el sistema de medición de datos, Modelo PRECEDE, se puede concluir que respecto a aquellos factores que predisponen a los profesionales de la enfermería a adquirir competencia cultural, sugieren una falta de motivación para la adopción de la misma.

Los conocimientos que refieren respecto a derechos de asistencia sanitaria, así como la educación o vivienda, los encuestados asocian derecho fundamental, con situación administrativa regular. Es decir, aquellos inmigrantes indocumentados no gozarán de derechos fundamentales en un 89%.

Existe otra concepción errónea en las respuestas de la población encuestada respecto a la asociación de patologías relevantes refiriéndose a la población inmigrada como hiperfrecuentadora de los servicios de urgencias respecto a la casuística de enfermedades infectocontagiosas y problemas de salud derivados del embarazo, parto y puerperio.

Otro concepto erróneo de la población encuestada, extrapolable a otros colectivos estudiados (Domínguez y García, 2011) es relativo al alto consumo de recursos sanitarios por parte de la población extranjera.

El análisis realizado sobre el perfil de pacientes frequentadores de centros de atención sanitaria, radica en el fenómeno de dependencia como característica principal para consumir recursos sanitarios, sugiriendo la necesidad de una respuesta integral por parte de multitud de sectores sociales y de la administración. Las demandas del sector de mayor edad de la población están conllevando fuertes problemas en procesos y resultados de los servicios públicos responsables, porque están intentando dar respuesta a una problemática que no proviene sólo de su ámbito competencial. Este problema de incrementos de recursos no está asociado al fenómeno de la inmigración como con consumidor, sino todo lo contrario, el perfil del inmigrante económico es de una persona sana cuyas causas de frecuentación a los centros sanitarios son consecuencia de las condiciones sociales de marginación en las que sobreviven

En cuanto a conocimientos relacionados con las barreras de acceso al sistema sanitario, la más considerada es la idiomática, seguida de la irregularidad administrativa y de las diferentes percepciones de salud. Siendo esta última, la primera para el colectivo de enfermeros que trabaja en la sierra de Huelva (área de profesionales que demuestra una actitud más proclive a la adopción de competencia cultural).

Cuando nos referimos a las actitudes de los profesionales ante el cuidado cultural y se analizan las acciones e intervenciones de enfermería respecto a la misma, la mayoría de los encuestados responde favorablemente a aquellas características que dependen de instituciones o de otros colectivos, diluyendo la responsabilidad propia y la actitud que se debe adoptar para adquirir competencia cultural; siendo los profesionales de la sierra los que más respuestas afirmativas obtuvieron ante acciones de adaptación cultural.

Respecto a los problemas que los encuestados refieren cuando un extranjero necesita atención sanitaria, es la comunicación el principal problema para la interacción efectiva enfermero-paciente.

Los profesionales de la enfermería de la provincia de Huelva sujetos a estudio, tienen dificultades para adoptar una actitud de competencia cultural por déficit de conocimientos respecto a su proyecto migratorio, así como a la normativa que los regula. Además de no concebir la necesidad de adoptar unos cuidados en función de la cultura de otro, cultura que no siempre le es motivadora.

Los enfermeros encuestados manifiestan carencias en las habilidades culturales para realizar cuidados culturales, proyectando la no adopción de cuidados efectivos a instituciones y ausencia de recursos.

Existen algunas nacionalidades que para los enfermeros encuestados están asociadas a menor aceptación colectiva, como son los magrebíes hombres y algunas nacionalidades de los Países del Este.

Los enfermeros que trabajan en la sierra de Huelva, han demostrado una actitud más integradora respecto a los cuidados culturales en sus prácticas de cuidado, actitud que según la literatura (arroyo et al. 2014) está condicionada a que en los lugares de residencia y de trabajo, la inmigración no ha cobrado un gran peso respecto a otras zonas sujetas a estudio.

Conclusiones. Objetivos 2 y 3

Describir las Actitudes que tienen los pre-profesionales (estudiantes de grado en enfermería) de la provincia de Huelva, respecto al cuidado del otro.

Identificar si existen diferencias entre las actitudes hacia la diversidad cultural mostradas por estudiantes universitarios de grado en enfermería en función del contexto en el que se encuentren dentro del espacio transfronterizo (Algarve-Huelva)

Siguiendo el modelo actitudinal que integra el sistema de medición de datos, Modelo PRECEDE, en cuanto al déficit de conocimientos por parte de los universitarios encuestados, podemos concluir

El concepto que los alumnos encuestados tienen sobre los extranjeros se puede clasificar en función de tres particularidades: nacionalidad, características administrativas y rasgos físicos, obteniendo algunas definiciones como "el moro que viene a trabajar", "los sin papeles" o "los negros que vienen de África". Cabe destacar que las nacionalidades elegidas por los estudiantes para referirse a la inmigración son asociadas a países en vías de desarrollo, o con dificultades económicas (magrebíes, países del este, latinoamericanos...) y cuando hablan de extranjeros, se refieren a aquellos países de la comunidad económica europea ausentes de proyecto migratorio económico, sino más bien de jubilación y ocio. En este último caso, los alumnos sujetos a estudio procedentes del país luso demuestran un mayor énfasis en este concepto de extranjero, ya que en la ciudad de Faro, capital del Algarve, el flujo de extranjeros con perfil europeo comunitario es mucho más frecuente que en la provincia de Huelva. De las definiciones

recogidas, se concluye que los inmigrantes menos aceptados por los alumnos españoles son los nacidos en Marruecos, sugiriendo que no quieren integrarse.

Respecto a los derechos de los extranjeros, la población encuestada refleja una clara diferencia en cuanto al otorgar derechos en función del estado de regularidad administrativa, cuando se carece de ésta, se niegan hasta aquellos derechos fundamentales como son el caso de la educación o restricciones en el derecho a la salud o a la asistencia sanitaria.

En cuanto a la actitud: la existencia de errores conceptuales dificulta la actitud de adquisición de competencia cultural de los cuidados en diferentes situaciones:

Las relativas a identificaciones de patologías y procesos de salud prevalentes en los pacientes extranjeros respecto de los autóctonos, invirtiendo patologías de referencia, atribuyendo en el caso de los alumnos de grado españoles, la patología infectocontagiosa como la más frecuente en extranjeros y las asociadas a salud mental para la población española, obviando en todo momento el duelo migratorio, como necesidad de abordaje.

Relativas a barreras de acceso al sistema sanitario, la más considerada por los entrevistados, sin distinción entre alumnos y profesionales, es la barrera idiomática, seguida de la irregularidad administrativa y de las diferentes percepciones de salud.

Cuando un profesional de salud tiene un encuentro cultural con un paciente extranjero, el primer problema que propone es la dificultad de comunicación, además de no sentir la necesidad de adaptar nuestros cuidados a la cultura del paciente. Sin embargo, cuando aún se es alumno, se propone generar la posibilidad de generar empatía (en el caso de haber cursado la asignatura ese mismo año), no ocurriendo lo mismo con los alumnos lusos, por lo que podemos concluir que las estrategias son más competentes culturalmente a medida que superan cursos académicos. La sensibilidad cultural no se puede relacionar exclusivamente con los conocimientos, sino con el deseo cultural alcanzado con la madurez del alumnado.

La adopción de teorías y modelos de competencia cultural son esenciales para la aplicación de unos correctos cuidados, pero también lo son la actitud y los valores hacia el otro y hacia uno mismo. Estos conceptos se interiorizan en los últimos años del curriculum académico en el grado universitario en enfermería, por lo que se debería plantear una estrategia de cambio en la organización académica del mismo. Se ha comprobado que el contexto cultural es básico para el desarrollo de actitudes ante la inmigración, se constata como el espacio transfronterizo (luso-español)

tiene perfiles migratorios diferentes y que la inmigración de élite no se considera amenaza frente a la inmigración económica que si se percibe como tal.

Conclusiones. Objetivo 4.

Conocer las Prácticas de cuidado de los proveedores de servicios de salud a personas de origen diverso sean profesionales o no (cuidadores extranjeras) que prestan sus cuidados en la provincia de Huelva.

Respecto a las prácticas de cuidado, es importante destacar los vínculos existentes entre la diversidad cultural, las percepciones respecto a la salud y la enfermedad, los choques culturales y las estrategias de cuidado que desarrollan los proveedores de salud en un encuentro cultural.

Las prácticas de cuidado de proveedores informales extranjeros a pacientes autóctonos, es un suceso en incremento, también denominado "care-drain". El perfil de las mujeres inmigrantes que se dedican al cuidado de personas en situación de Dependencia varía en relación al patrón descrito de cuidadoras formales, y esto es por las circunstancias personales que suelen rodear el contexto laboral y personal de este colectivo. El origen de las cuidadoras no es en absoluto representativo del origen de los inmigrantes que se establecen en el territorio, en nuestro estudio, la lógica de nacionalidades elegidas para desarrollar el cuidado, ha estado enfatizada por las redes sociales de las empleadoras, utilizando el lenguaje del rumor para caracterizar a la cuidadora que fuese competente culturalmente en sus cuidados.

La diversidad en la práctica de los cuidados no es sólo derivada del país o zona de procedencia sino de aspectos como el grado formativo, o las experiencias profesionales previas, el tipo de sistema sociosanitario y la experiencia adquirida en las familias en las cuales han trabajado previamente.

Se sugiere por tanto la importancia de adoptar unos cuidados culturalmente competentes, adecuando para ello los cuidados que prestan a la cultura del paciente al que cuidan, valorando aceptando y respetando la diversidad. Teniendo la capacidad, compromiso y motivación para la introspección en la propia sensibilidad cultural del cuidador y siendo consciente de lo dinámica que es la cultura y como esto interviene en la relación y comunicación con el paciente. Adaptarse para crear espacios a la diversidad de cada una de las personas que necesitan unos cuidados personalizados ya que cada individuo es único y producto de sus experiencias, valores y creencias que han sido aprendidos y transmitidos de generación en generación. Por ello, si los cuidadores desarrollan estrategias afines a sus propias creencias sin tener en cuenta las de la persona cuidada, se generan

choques culturales cuyos resultados son conductas inadecuadas que inciden en la salud del paciente, según se ha podido documentar en el trabajo de campo. No obstante, conviene insistir en la importancia que las prácticas culturales y otros condicionantes socioeconómicos tienen en los cuidados desarrollados por los proveedores informales con conocimientos no profesionales, sino derivados de la herencia cultural y de su propia biografía.

Conclusiones. Objetivo 5

Identificar prácticas y recursos facilitadores de competencia cultural con pacientes extranjeros.

Es difícil en nuestra práctica diaria identificar prácticas culturalmente competentes, aún menos protocolos que avalen la necesidad de las mismas. Existen guías de prácticas de cuidados culturales, pero no son utilizadas por los profesionales, mayoritariamente unidos a un déficit de motivación por la adopción de los mismos (García, 2006).

La adquisición de competencia cultural e los profesionales de salud debe identificarse como un reto, aún más en áreas como la analizada para el desarrollo de este objetivo como son los cuidados paliativos.

Debemos centrarnos mucho más en la persona enferma que en la enfermedad en sí, esto debería orientarnos al cuidado culturalmente competente.

La gestión de la diversidad debe hacerse desde la multidisciplinaridad, teniendo en cuenta que cada uno somos tan necesario como el otro, y que la figura de la mediación es la base para adoptar unos cuidados culturales en situaciones de máxima gravedad, como es el caso del final de la vida.

En el final de la vida, la competencia cultural debe asegurarse al igual que en cualquier otro proceso de salud-enfermedad, ya que la forma de entender la muerte en las distintas culturas, no siempre se corresponde con la cultura occidental, y por ello los pacientes extranjeros que se encuentran en situación de terminalidad, se ven sometidos a las costumbres sociales dominantes.

Es importante la competencia cultural en la atención al moribundo.

Hemos de profundizar en otras formas de enfrentamiento al final de la vida y dar una respuesta integral y empática.

Conclusiones generales

Por último, concluir que el cuidado es, sobre todo, un acto comunicativo, el encuentro con el "otro", a través del mismo se busca desarrollar relaciones significativas y respetuosas con los pacientes. Los proveedores de cuidado, deberán esforzarse en aumentar su conocimiento cultural e incluir éste en su rol enfermero, perdiendo el miedo a aceptar y comprender la necesidad de integrar la competencia comunicativa intercultural en su día a día. Debe prevalecer el derecho a mantener la identidad cultural sin anular las diferentes a la propia, enriqueciéndonos mutuamente con nuevas pertenencias, viendo el mundo con los ojos del otro, agregando a su conocimiento el aportado por los demás; siendo capaz de conocer con el otro más que sobre el otro. Sólo con competencia cultural esto se hará posible.

La aceptación y respeto por las diferencias culturales en cualquier proceso de salud-enfermedad, la sensibilidad cultural para entender cómo esa diversidad influye en las relaciones con el otro y la práctica cultural para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado se convierta en culturalmente competente.



8. Estrategias de intervención para la competencia cultural en salud

8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD

Tras los resultados observados en el desarrollo de la presente memoria, se ha suscitado la necesidad de intervenir promocionando la adquisición de competencia cultural en las poblaciones estudiadas, teniendo en cuenta los diferentes contextos de los proveedores de salud estudiados, así como sus diferentes perfiles, por un lado los profesionales de la enfermería, por otro lado los estudiantes de grado universitario en enfermería y en último caso, los cuidadores informales de nacionalidad extranjera. Es necesario planificar estrategias para poder asegurar la equidad de la atención sanitaria entre población autóctona y extranjera, pero también ocurre a la inversa en el fenómeno care-drain, por lo que en ambas situaciones, se crece en relevancia la actitud personal del proveedor de cuidados implicado, además de imprescindible las tareas de formación, a todos los niveles; tanto en el currículo académico del grado universitario en enfermería, como en formación de profesionales de la enfermería en competencias culturales, así como los cuidadores informales deben recibir información por parte de sus enfermeros de referencia.

La Universidad debe ser el principal impulsor de la formación en competencia cultural, pero no el único, no podemos olvidar el área clínica, dotando al profesional de recursos materiales y personales que faciliten las prácticas de cuidados en competencia cultural. Sin olvidar, la actitud personal del proveedor de cuidados, por lo que debemos apoyar las estrategias que generen deseo cultural, motivarlos para que ellos mismos creen su propia necesidad de realizar unos cuidados culturalmente apropiados.

1. Ámbito académico. Intervenciones desde el contexto universitario

La formación en Competencia Cultural forma parte de los estudios de grado y postgrado de Enfermería en países como Estado Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, entre otros, esta preocupación por los cuidados culturales se traslada al ámbito clínico, donde incluso en algunos hospitales se llegan a desarrollar entrenamientos específicos en competencia intercultural para profesionales y sólo se seleccionan aquellos que poseen formación específica en este campo, existiendo una coordinación entre las dos instituciones: Universidad y Sistema sanitario (Plaza del Pino, 2009). Es importante destacar que la sociedad estadounidense tiene en su trayectoria una consolidada multiculturalidad, que no se corresponde con la realidad de nuestro país, pero esto no es un factor que excluya la necesidad de

coordinación que existe entre los dos ámbitos, académico y clínico para que den respuesta formativa a esta nueva demanda de salud que son los cuidados culturales.

Debemos conseguir que los alumnos de grado universitario en enfermera que son los el futuro de nuestra profesión, sean competentes no sólo culturalmente, bajo ese prisma antropologicista en el que se basa la formación reglada que actualmente se ofrece en algunas universidades de nuestro entorno (García-Navarro,2013; Plaza del Pino, 2009), sino además de incorporar a la formación competencias cognitivas, debemos abordar las actitudinales y llegar así a formar alumnos competentes para tener éxito en la comunicación intercultural.

Según el estudio descrito en esta memoria de tesis, correspondiente al segundo objetivo de conocer e identificar las actitudes de los alumnos universitarios respecto a la competencia cultural y las conclusiones del mismo, nos invita a reflexionar sobre un posible cambio en la estructura de la formación reglada actual. La evidencia (García-Navarro, 2013) nos demuestra que las asignaturas que versan sobre transculturalidad en el currículo académico actual no son suficientes para la adquisición de esta competencia, y que es necesario modificar actitudes con una modificación en el carácter de la asignatura, utilizando la transversalidad en cultura de los cuidados como incorporación en la formación del grado universitario. Debemos incorporar:

Componente cognitivo. El conocimiento, comprensión y conciencia de todos aquellos elementos culturales y comunicativos, tanto propios como de los otros. El alumno debe indentifiarse como un ser humano correspondiente a una etnia y los beneficios que eso le puede llevar de manera añadida, así como los que tienen los que no lo son; eso permitirá promuevan unos cuidados efectivos, así como una comunicación efectiva. Para que este conocimiento cultural sea competente debe incluir las variaciones en lengua, los símbolos y los estilos de la comunicación (Giger, 2007)

Componente afectivo. El alumno debe entrenarse en habilidades comunicativas así como de gestionar su inteligencia emocional, para emitir respuestas positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural, gestionar sus propios prejuicios y conseguir el deseo cultural (Campinha-Bacote, 2011).

Componente comportamental. Dentro del conjunto de conductas, habilidades verbales y no verbales que se traducirán en una comunicación apropiada y efectiva, además de habilidades para poder gestionar los encuentros culturales.

Como propuesta futura, esta intervención descrita se diseñará como propuesta de proyecto de innovación universitario, para poder tener un respaldo desde la institución, así como poder evaluar sus resultados.

Al margen de la formación, desde el ámbito académico se puede promocionar la investigación en competencia cultural. Es necesario seguir trabajando para que los profesionales de la enfermería se formen con rigor en las metodologías cualitativas, para poder llegar al emic de los pacientes extranjeros y llegar a entender sus percepciones, sus significantes así como sus significados del cuidado. La investigación a partir de la práctica cotidiana con perspectiva cultural, orientada a describir, explorar y analizar la riqueza cultural que las culturas tienen en torno a la salud y prácticas de cuidado.

2. Ámbito clínico. Intervenciones desde el sistema sanitario.

Desde el contexto sanitario, las intervenciones que planteo son a dos niveles, por un lado desde la perspectiva estructural del propio sistema y las modificaciones que deberían plantarse, así como las relacionadas con el propio profesional, a las que denomino intervenciones personales.

Intervenciones estructurales: La modificación más urgente que debería diseñar el sistema sanitario en el emplazamiento de estudio, y se hace extensivo a la propia comunidad autónoma, sería el velar por la equidad del sistema. Mis propósitos son de una humilde doctoranda que ha validado sus hipótesis y propuestas con un diseño de investigación a nivel local; puede parecer una propuesta ambiciosa, pero es una realidad la que se ha demostrado que tanto los profesionales estudiados como los proveedores de cuidados que a su vez comparten el carácter de extranjero, refieren la existencia de barreras de acceso al sistema sanitario.

Aquellas barreras que dependen del sistema, son las relacionadas con la adaptación de los servicios a las necesidades de la población extranjera (García-Navarro, 2006; García Navarro, 2013; García-Navarro y Gualda, 2014):

Desconocimiento del sistema sanitario, falta de información sobre su oferta, funcionamiento, dificultad de horarios y a la hora de comunicarse con el sistema sanitario.

Barreras administrativas derivadas de su condición de irregularidad

Barreras lingüísticas

Ante estas barreras expuestas, el sistema responde con folletos que no llegan a todos los profesionales (García-Navarro, 2006), con servicios de tele-traducción online, pero según refieren los profesionales, no son rápidos ni son eficaces, demasiadas frases cortas estandarizadas que no llegan a conectar con el paciente (García-Navarro, 2013). Por lo que una propuesta utópica, pero más efectiva sería la incorporación al sistema sanitario dos figuras innovadoras: por un lado el mediador intercultural que es muy beneficioso ya que no se limita a traducir al paciente, sino que consigue interpretar y comunicarse efectivamente ya que conoce códigos culturales tanto del país de acogida como del país de donde proviene el paciente (García-Navarro, 2011). Por otro lado la figura de enfermero de práctica avanzada en competencias culturales, cuyo perfil debe estar asociado a un nivel académico de postgrado, con un master en cuidados culturales, así como capacidad para la gestión de personas de diferentes culturas y de fomento de la investigación en contextos culturales.

Por otro lado están las estrategias de intervención personales, dirigidas a los propios proveedores del cuidado, estrategias que tienen que tener varios componentes, ya que según los resultados expuestos en esta memoria, los entrevistados refieren que para la adquisición de competencia cultural, lo que debe modificarse está más enfocado a los cambios estructurales que a los propios. Por ello debemos enfocar las intervenciones a tres niveles, al igual que propusimos las modificaciones del alumnado. El *componente cognitivo, actitudinal y comportamental*: que les proporcionará conocimientos que ayuden a tener una visión global de las diferentes culturas que existen en su ámbito de trabajo, mayor conciencia cultural, aptitud necesaria para valorar culturalmente al paciente, así como una motivación hacia los cuidados culturales efectivos. Pero si tuviese que fomentar alguna cualidad para adquirir competencia cultural, sería la que propongo seguidamente, la cual he denominado tras los resultados obtenidos en el desarrollo de esta línea de investigación: la *competencia emocional ante la diversidad cultural*.

Con esta competencia, lo que pretendo describir es que el proveedor de cuidado cuando realiza una intervención con un paciente de diferente cultura, debe ser sobretodo, consciente de sí mismo, con una exploración personal previa que le permita adquirirla. El paso de tomar conciencia cultural de uno mismo es fundamental para poder alcanzar competencia cultural.

En cualquier relación de ayuda, los silencios, el lenguaje no verbal del proveedor y las creencias del mismo pueden afectar profundamente al resultado de un proceso terapéutico, por eso, interiorizar nuestros prejuicios puede suponer una gran ayuda. El profesional competente culturalmente debe ser consciente de sus propios valores culturales, así como de la opinión que el paciente tiene del mundo (Oureshi-Buckardt y Collazos-Sánchez, 2006).

El profesional de enfermería con competencia emocional, debe reconocer que como seres culturales, los pacientes pueden tener actitudes y creencias que influyan perjudicialmente en su percepción y en su interacción con el individuo que sea étnica y racialmente diferentes de sí mismo. De esta manera, tomará conciencia de su propia situación ante en contexto cultural y conocerse en relación con su propia herencia cultural, para poder desarrollar una identidad racial positiva. El conocer nuestro yo cultural nos afectará positivamente en la interacción enfermera-paciente, aunque no es fácil, ya que implica una exploración personal que te permitirá reconocer los privilegios y beneficios que adquirimos por el mero hecho de ser identificados como miembros de un grupo mayoritario.

Por último, esta competencia emocional de la diversidad cultural, debe permitir al profesional comprender la perspectiva del paciente, adquirir la empatía cultural. El comprender al paciente, no significa compartir lo que siente, sino respetarla y apreciarle en su contexto. Esta empatía con el paciente, ayudará a la propia consciencia del yo cultural, siendo capaz de advertir y controlar los juicios negativos y las reacciones emocionales hacia los pacientes de diversa cultural.

Esta competencia emocional según Oureshi-Buckhardt (2006), debe permitir al profesional de la enfermería competente culturalmente tener:

Intervenciones eficaces teniendo como máxima el respeto hacia el paciente, respeto por sus creencias respecto al proceso salud-enfermedad así como a las posibles soluciones que nos plantee él mismo.

Debemos ser flexibles culturalmente, esto es una base importante de la adquisición e la competencia cultural. Las intervenciones de los proveedores de cuidados deben ser congruentes con las necesidades del paciente, más que con las del mismo, para poder llegar a prestar cuidados culturalmente efectivos.

Por último, una intervención flexible y eficaz puede estar asociada a permitir en la consulta la presencia de un mediador intercultural en salud, así como de un sanador tradicional o un líder religioso de la comunidad, en un esfuerzo por ajustar la asistencia a las necesidades del usuario.



9. Bibliografía

9. BIBLIOGRAFÍA

- Acebedo-Urdiales, S., Jiménez-Herrera, M. F., Rodero-Sánchez, V., & Vives-Relats, C. (2011). Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 86-90.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis* 3. 1-16
- Alcaraz, F.G., Delicado, V. U., Alfaro Espínb, A. & López-Torres, J.H. (2014). Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención Primaria*, 47(4), 195-204.
- Alegre Ruiz de Mendoza, A. (2011). Cuidar en una cultura diferente: vivencias de cuidadoras de origen latinoamericano en el País Vasco. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 21-25.
- Alonso, M.J., Navarro, R. & Lidón, V. (2008). Actitudes hacia la diversidad en estudiantes universitarios. *Fòrum de Recerca* 13, 476-491.
- Amezcuca, M. & Milena Hernández Zambrano, S. (2012). Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), 675-683.
- Anderson, N. LR, et al. (2010). Culturally based health and illness beliefs and practices across the life span. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), 152-235.
- Andrews, M., Backstrand, J. R., Boyle, J. S., Campinha-Bacote, J.; Davidhizar, R. E., Doutrich, D., & Zoucha, R. (2010). Theoretical basis for transcultural care. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4 suppl), 53S-136S.
- Antonín Martín, M. & Tomás-Sábado, J. (2006). Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería: Valoración antes y después del 11-M. *Educación médica* 9(1), 17-20.
- Antonin Martin, M., Tomás Sabado, J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería Científica*, 262, 77-82.
- Arizaleta, L. H., Rodríguez, J. P., Cid, M. M., & Piqueras, O. M. (2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 208-215.
- Ariño, P. (2007). Valoración y preparación preoperatorias del paciente inmigrante. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital Mar-

- Esperança. Barcelona. Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del dolor. Documentos de Consenso. 1-29.
- Arroyo Pérez, A., Bermúdez Parrado, J., Romero Valiente, J.M., Hernández Rodríguez, J.A. & Planelles Romero J. (2014). Una aproximación demográfica a la población extranjera en España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid.
- Baraza Cano M.P., Lafuente Robles N. (2005) Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería. *Enferm Común*, 1(1). 18-23.
- Basabe, N., Zlobina, A. & Páez, D. (2004). Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. *Cuadernos Sociológicos Vascos*, 15. Vitoria: Gobierno Vasco. 9-141.
- Belmonte García, T., Checa Olmos, J.C. & Arjona Garrido, A. (2012). Health services and immigration in Andalusia (Spain): a view from inside. *Saúde e Sociedade* 21(1), 63-75.
- Beltrán, M. (1985). Cinco vías de acceso a la realidad social. *Revista española de investigaciones sociológicas* 29. pp 7-42.
- Berjano, E., Simó C. & Ariño, A. (2005). El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad Valenciana. *Cuidado a la dependencia e inmigración*, 3, 127-231.
- Bettio, Francesca; Simonazzi, Annamaria y Villa, Paola (2006). Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy* 16 (3). pp. 271-285.
- Bericat, E. (1998). La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida.
- Bimbela, J. L. (2009). El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 24, pp. 33-42).
- Blasco, B.C.J. (2008). Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 27(2). 59-76.
- Blumer, H., (1968) *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona, Hora.
- Bonill de las Nieves, C. & Celdrán Mañas, M. (2012). *El cuidado y la cultura: Génesis,*

- lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de Enfermería*, 21(3), 160-164.
- Brunner, L.S., Bare, B., Smeltzer, S. & Smith, D. (2011). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie 1: Généralités*. Vol. 1. Santé. Groupe de Boeck.
- Cañones Garzón, P. (2001). La atención a la población inmigrante en el INSALUD de Madrid: propuestas de mejora. Madrid. Instituto Nacional de la Salud.
- Campinha-Bacote, J. (2010). A culturally conscious model of mentoring. *Nurse educator*, 35(3), 130-135.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Coming to know cultural competence: An evolutionary process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42-48.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2).
- Carmona, R., Alcázar-Alcázar R., Sarria-Santamera A. & Regidor E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 135-155.
- Casado-Mejía Rosa, Ruiz-Arias Esperanza, Solano-Parés Ana. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2012. 26(6): 547-553.
- Castillo Mayedo, J.A. (2008). El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 7(3), 23-36.
- Castro Martín, T. & Rosero-Bixby, L. (2011). Maternidades y fronteras. La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España. *Revista Internacional de Sociología* 69.M1, 105-138.
- Cebriá J. Bosch J. B., & Castillejos, J. P. (2000). ¿ Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud?. *Atención primaria*, 25(4), 207-208.
- Chamorro, S.T. (2010). El pluralismo religioso en Andalucía. *El pluralismo religioso y su gestión en el ámbito local y autonómico: especial referencia a Andalucía*. Comares. Sevilla. 7-333.
- Cheikh, B.W., Abad, J.M., Arribas F., Andrés E. & Rabanaque M.J. (2011). Public hospital utilization by the foreign population in Aragon, Spain (2004-2007). *Gaceta Sanitaria* 25(4), 314-321.
- Cobos Pérez, M., Heras Ruiz, A. & Martín Haro, M. (2013). Cuidado mercenario: entre el riesgo y la oportunidad. *Index de Enfermería*, 22(3), 121-123.

- Collière, Marie-Françoise & Ventura, S. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*.
- Cooley, Charles Horton Social (1962) Social organization. A Study of the Larger Mind, Shoken Books, Nova York.
- Cornu, M. (2006). Les potentialités de la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles dans l'édification du droit de la culture. La Diversité culturelle. Protection de la diversité des contenus culturels et des expressions artistiques, 25-55.
- Cots, F., Ollé, C., Varela, J., Castells, X., Manzanera, R., & Vall, O. (2012). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(5), 376-384.
- Crespo L., M., Casabona M., I., Galao M, R & Mora A.,M.D. (2012). La imagen de la enfermería española en cuidados críticos vista por pacientes centroeuropeos: una aproximación hacia la identidad de los profesionales de los cuidados españoles en el contexto de la Unión Europea. *Cultura de los cuidados*.32-36.
- Cruz, F., & Gualda, E. (2000). Métodos y técnicas de investigación social. *Universidad de Huelva*.
- Davis, A. J., & M. Fowler. (2009). El cuidado y la ética del cuidado descritos en textos escogidos: qué es lo que sabemos y qué tenemos que preguntarnos. *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Madrid: Tracastela, 234.
- De la Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J.I., Padon, E. & González González, N.L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. Antenatal care in immigrants." *An Sist Sanit Navar*, 29 (supl 1), 49-61.
- De Oliveira, D. R., Techio, E. M., Páez, D., & Herranz, K. (2005). Factores predictores de las actitudes ante la inmigración. *Revista de psicología social*, 20(1), 19-37.
- Delgado-Rodríguez, M. (2014). La salud de los inmigrantes en España. *Revista Española de Salud Pública* 88 (6), 671-674.
- Di Leonardo M. (1998). *Exotics at home: anthropologies, others, American modernity*. University of Chicago. Chicago Press.
- Domínguez Gómez, J. & García-Navarro, E. B. (2012). Riesgos sociales y culturales para la salud de los andaluces. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla. 18-37.
- Dumpiérrez, R. A. K. (2009). No sólo turistas y jubilados. Acerca de la (invisible) presencia de inmigrantes de Europa occidental en España. In *Las múltiples caras de la inmigración en España* (pp. 21-76). Alianza Editorial.

- Durán Heras, M. A. (2014). La rebelión de las familias. *Mediterráneo Económico* 26, 45-58.
- Esteva, M., Cabrera, S., Remartineza, D., Díaza, A. & Marchb, S. (2006). Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención primaria* 37 (3), 154-159.
- Fernández, M. Á. L., & Bueno-Cavanillas, A. (2009). La fecundidad en España, 1996–2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl. 1), 67-71.
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L. & Tomşa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of investigation in health, psychology and education* 4(2).
- Fuertes C., Martín Laso M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 29, 36-42.
- Galao-Malo, R., Lillo Crespo, M., Casabona Martínez, I. & Mora Antón, M. D. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, enero-abril, 2(4). Revisado el 12 de marzo en <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
- García-Navarro, E.B. (2006). Actitudes de enfermería ante el cuidado del otro. Premio nacional de investigación en enfermería. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de enfermería de Sevilla*.
- García-Navarro, E.B.; Espina, R. García, S. & Ortega, A (2011). El componente cultural de la muerte: acompañando a Fabala Dambele. *Medicina Paliativa*, 18(1), 8-13.
- García-Navarro, E.B. (2013). New aAlternatives in a plural society:care to dependents and foreing care. *Discussion papers*, 4 (1), 13-28
- García-Navarro, E. B., & Gualda, E. (2014). Transcultural Care and Family Strategies to Deal with Dependency: The Phenomenon of Foreign Caregivers. *Aquichán*, 14(4), 509-522.
- García Pérez, M. A., Martín Moreno, V., Ramírez Puerta, D. & González Gutierrez, Y. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria* 21 (3), 219-226.
- García, Ana M. et al. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23,91-97.

- García, A. M., López-Jacob, M. J., Agudelo-Suárez, A. A., Ruiz-Frutos, C., Ahonen, E. Q., & Porthé, V. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23, 2, 91-98.
- Gentil García, I. (2012). Cosmovisión de emigrantes subsaharianos y cuidados de enfermería. *Index de Enfermería* 21, 3, 121-125.
- Giger J., Davidhizar R., Purnell L., Taylor J., Phillips J. & Strickland O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 2, 95-102.
- Giger, J.N. (2014). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. Elsevier Health Sciences. St.Louis, Missouri.
- Gistau, J. L., Duch, I. V., Orpinell, M. M., Serra, C. P., & Rojas, À. G. (2012). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*, 44(2), 82-88.
- Glittenberg, J., Ludwig-Beymer, P., Omeri, A. & Zoucha, R. (2010). Culturally Based Healing and Care Modalities. *Journal of Transcultural Nursing*, 21 (4 Suppl.), 236S-306S.
- Goffman, Erving (1959) *The presentation of self in everyday life*, Doubleday, Nova York. (Traducción al castellà: *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires, 1972)
- González Gil, T., Lara Martínez G., & Luengo González, R. (2006). Anthropology of care en Spanish nursing knowledge. *Texto & Contexto-Enfermagem* 15:1 ,155-161.
- González, D.L. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* (22), 1-14.
- González, D.L., Leno González J.L. & Lozano Guerrero, M.J. (2007). Aspectos socioculturales con influencia en la salud y la enfermedad: repercusión en los cuidados enfermeros. *Metas de enfermería* 10 (9), 58-64.
- Goñi, M^a C.F. (2010). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (2), 179-190.
- Granda, E. (2009). La salud y la vida. *Quito, Ecuador: Ministerio de Salud*. 9-225
- Gualda, E. (2004). Actitudes hacia la migración y capital social: la participación de los europeos en redes sociales y sus vínculos con una mayor aceptación de la población extranjera. *Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales, revista-*

- redes.rediris.es*, (7), 3. 1-34.
- Gutiérrez, O. D. M., de la Torre Díaz R. & Domínguez Serrano, M. (2012). La provisión de cuidados informales a las personas con discapacidad: Horas de cuidados y participación en el mercado laboral. *Revista de estudios regionales*, 94, 107-138.
- Habermas, J. (1973). Teorías de la verdad. En *Teorías contemporáneas de la verdad*, 625-676.
- Haviland, W., Harald, E.L. & Bruny Mcbrain, D.W. (2013). *Cultural anthropology: the human challenge*. Cengage Learning, Annual Editions: Anthropology, 37.
- Hernando Rovirola, C., Ortiz-Barreda, G., Galán Montemayor, C., Sabidó Espin, M. & Casabona Bárbara. (2014). Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública* 88(6), 763-781.
- Herrero, M.J.M., Arkaitz Fullaondo E. & Moreno Márquez, G. (2013). Mujer inmigrante y mercado laboral en el País Vasco: un acceso precario al empleo. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales* 53, 91-107.
- Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 15(55), 49-53.
- Ibarra Mendoza, X. (2008). El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. *Cultura de los cuidado, año XII, 2º semestre 2008, nº 24, 94-106*.
- Ibarra Mendoza, X., & Siles González, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados, año X, nº 20, 2º semestre 2006, 129-135*.
- Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207-213.
- Khondker, H. H. (2013). Globalization, Glocalization, or Global Studies: What's in a Name?. *Globalizations*, 10(4), 527-531.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 6, 5-12.
- Leininger, M. (2007). Teoría de los cuidados culturales. *Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería*. Philadelphia: Mosby, 472-98.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*.

- New York: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1970). *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. New York: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1988). *Care: The Essence of Nursing and Health Care*. Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices*. Columbus, OH: McGrawHill.
- Lillo Crespo, M., Galao Malo, R., Casabona Martínez, I. & Mora Antón, M^a D. (2004). Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia sept-dic*, 1(3). Recuperado el 16 de febrero de 2015 en: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>
- Lipson, J.G. (1991). The use of self in ethnographic research." *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*, 73-89.
- Lipson, Juliene G. & Desantis, L. A. (2007). Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (suppl 1), 10S-20S.
- Llanes Betancourt, C. (2012). La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (3), 195-208.
- Lledías, J. P., Pérez-Arellano, JL., Galindo Pérez, I., Cordero Sánchez, M. & Muro Álvarez, A. (2005). Cuándo pensar en enfermedades importadas. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 31(3), 109-116. doi: 10.1016/S1138-3593(05)72895-1
- Llop-Gironés, A., Vargas Lozano, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M.B. & Vázquez Navarrete, M.L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España." *Revista Española de Salud Pública* 88 (6), 715-734.
- López Casanovas, G. & Casado, D. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- López-Fernández, L. A., Millán, J. I. M., Ajuria, A. F., Cerdà, J. C. M., Suess, A., Danet, A. D., & Rodríguez, M. Á. P. (2012). ¿ Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 298-300.
- López, L. (2010) Los saberes culturales en salud en un mundo glocalizado. *Index de Enfermería*. PAGINA WEB Revisada el 22 de febrero de 2015 en: (BUSCAR EN INTERNET Y PEGAR), 2-3.

- Malvárez, S. (2007). O desafio de cuidar em um mundo globalizado. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16 (3), 520-530.
- Márquez, J.A. & Belmonte Martín, I. (2013). Las familias como elemento subsidiario del estado de bienestar. *Revista de Sociales y Jurídicas*, 9, 1-20.
- Martínez, A.M., Martín Ortiz, M.A., Rodríguez Ferrer, R.M., Aguayo, R.R. & Sánchez Peruca, M.I. (2002). Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. *Matronas Profesión*, 10 (10), 32-39.
- Martínez, I.C. & Lillo Crespo, M. (2012). Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. *Cultura de los cuidado 2º semestre 2006, año X, nº 20*, 83-86.
- Martínez Bujan R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales, Norteamérica*, 26-39.
- Mayans, M.V. (2002). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20 (4), 154-156.
- Marrero González, C.M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Revista de Enfermería*. 7 (2), 58-69 .
- Mead, G. H. (1934) *Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Xicago. (Traducción al castellà: *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*, Paidós, Barcelona, 1968).
- Mendoza, X.I. & Siles González, J. (2006). Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 15 (55), 44-48.
- Michel, T., Daniele Seima, M., Ribeiro Lacerda, M., Bernardino, E., Helena Lenardt, M. (2010). As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. *Cogitare Enfermagem*, 5 (1). Revisado el 2 de marzo de 2015 en: www.cogitare/article/viewArticle/17184
- Moreno Preciado, M. & Agudo Gisbert, E. (2006). Formación y transculturalidad: el cuidado del paciente integrado desde la perspectiva del estudiante de Enfermería de primer año. *Cultura de los cuidados, 2º semestre 2006, año X, nº 20*, 55-61
- Navarrete, M. L. V., Núñez, R. T., Lorenzo, I. V., & Alcazo, T. L. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402.

- Navarro, E.M., Pintor Holguín, E., Hoyo Jiménez, J.F., Rubio Alonso, M., Arcones Marín, S., González Murillo, A.P. (2014). Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño. *Metas de enfermería* 17, 4.
- Navas M.S., Pumares P., Sánchez J., García M.C., Rojas A.J., Cuadrado I., Asensio, M. & Fernández, J.S. (2004). Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía: Sevilla.
- Nicolás, M.M. & Moral de Calatrava, P. (2014). Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España. *Mujer y cuidados*, 135-151.
- Núñez, R. T., Lorenzo, I. V., Arjona, D. R., Alcazo, T. L., & Navarrete, M. L. V. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 115-e1.
- Osorio-Merchán, M.B. & López Díaz A.L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enfermería*, 17(4), 266-270.
- Oureshi-Buckhardt, A. y Collazos-Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del psicólogo*. 27((1), pp. 50-57.
- Pajares M. (2008). *Inmigración y Mercado de Trabajo*. Informe 2008. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Pérez-Molina, J.A., Pulido Ortega, F. & Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). (2012). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30 (8), 472-478.
- Pérez Serrano, G. (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de datos. *Vol. II*.
- Plaza del Pino F.J.; Soriano E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18 (3), 190-194
- Plaza del Pino, F., Martínez Gálvez, L., Rodríguez Alonso, J. & Plaza del Pino, M.D. (2007). Visión de los profesionales de enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas de enfermería*, 10 (10), 27-30.

- Plaza del Pino, F. J. (2009). Actitud ante la inmigración. Estudio entre profesionales de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 32 (12), 852-856.
- Plaza del Pino, F.J. (2012). Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España. *Enfermería Global*, 11 (3), 87-96.
- Preciado, M.M. (2010). Nuevos enfoques en el cuidado del "otro". *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 19 (2), 167-171.
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing*, 13 (3), 193- 196.
- Purnell, L., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., Strickland, O. L., Fishman, D., & Allison, D. M. (2011). A guide to developing a culturally competent organization. *Journal of Transcultural Nursing*, 22 (1), 7-14.
- Purnell, L., Davidhizar, R.E., Giger, J.N., Strickland, O.L. Fishman, D. & Allison, D.M.(2011). A guide to developing a culturally competent organization. *Journal of Transcultural Nursing*, 22 (1), 7-14.
- Purnell, Larry D. (2012). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. FA Davis.
- Purnell, Larry D. & Paulanka, J.B. (2008). The Purnell model for cultural competence. *Transcultural health care: A culturally competent approach*, 3, 19-56.
- Ramos, J. M., Masía, M.M., Padilla Urrea, S., Escolano, C., Bernal, E., Gutierrez, F. (2011). Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29 (3), 85-192.
- Ramos, J. M., Pinargotea, H., Torrúsb, D., Sánchez-Martínez, R., Merino, E. & Portilla, J. (2014). Enfermedades infecciosas en población adulta extranjera ingresada en un hospital general. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica-1227*, 1-4.
- Regidor, E., Martínez, D., Calle, M.E., Astasio, P., Ortega P. & Domínguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC health services research* 8 (1), 183-191.
- Ritzer, G.(2001). *Teoría sociológica clásica*. McGraw-Hill.
- Rinken, S., Silva, M., Velasco Dujo, S., & Escobar Villegas, M. (2009). Opiniones y actitudes de la población andaluza ante la inmigración (II): entre la estabilidad y el cambio.
- Roca, N. & Monteagudo, C. (2007). Diversidad Cultural: Actitudes, Valores y Saberes

- de los alumnos de Enfermería. *EMIGRA working papers*, 73,1-19.
- Rohrbach, C. (2007). Finding a Universal and cultural care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (2), 116-121.
- Ronda-Pérez, E., Agudelo-Suárez, A. A., López-Jacob, M. J., García, A. M., & Benavides, F. G. (2014). Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores inmigrantes en España: revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (6), 703-714.
- Ruschel, K.B., Karina de Oliveira, A. & Rejane Rabelo, E. (2012). Home visits in cases of heart failure: reflection in the light of Leininger's theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11 (3), 883-92.
- Sánchez Ortuño, M. M., Campillo Cascales, M. J., Illán Franco, S., Llor Zaragoza, L., & Ruiz Hernández, J. A. (2005). Actitudes de una muestra de estudiantes de la Región de Murcia hacia los inmigrantes magrebíes. *Enfermería Global*, 4 (2), 1-9.
- Sanz B, Torres AM. (2000). Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población marroquí en un área de la comunidad de Madrid. *Atención Primaria*. 26 (2), 314-318.
- Sierra Bravo, R. (1984). Ciencias Sociales: epistemología, lógica y metodología. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Ed. Paraninfo, Madrid, 15-23.
- Siles González, J. (2010). La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de Globalización-Glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Index de Enfermería*, nº2-3, 1-8.
- Siles González, J. & Solano Ruiz, M.C. (2009). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas dínicas*. Universitat d'Alacant, Institut de Ciències de l'Educació. Alicante.
- Spector, Rachel E. (2012). Valoración de la herencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, año V, nº9, 71-81.
- Spector, Rachel E. (2000). La enfermería transcultural: pasado, presente, y futuro. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 7, 116-127.
- Spector, Rachel E. (2002). Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 11, 5-10.
- Spector, Rachel E. (2004). *Cultural diversity in health and illness*. Upper Saddle River, Pearson Prentice Hall.
- Suh, E. E., Kagan, S. & Strumpf, N. (2009). Cultural competence in qualitative

- interview methods with Asian immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 20 (2), 194-201.
- Torrens Bonet, R. (2012). La contratación de mujeres inmigrantes. ¿Una alternativa a la crisis del cuidado de las personas? *Portularia*, XII, nº extra, 221-230.
- Trevizan, M.A., Costa Mendes, I.A. & Regina Antonietto da Costa Melo, M. (2003). Building competences in the care, according to Boff: a new perspective of nurse's ethical conduct. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11 (5), 652-657.
- Truissi, M. L. (2011). Cuidar e investigar: desafios metodologicos en enfermería. *Texto and Contexto Enfermagem*, 20(1), 175-181.
- Useros, M.V., Alfaro Espín, A., Candel Parra, E. & Barnés Martínez, A. (2012). Family Caregivers: Nurses' Perception and Attitudes. *Social Medicine*, 6 (3), 151-161.
- Vallejo Martín, M. (2009) *Satisfacción vital en el proceso de aculturación de inmigrantes: propuesta de un modelo*. (Tesis Doctoral no publicada). Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Málaga.
- Valverde Jiménez, M. R. (2013). Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 12 (1), 383-391.
- Vargas C., Nelson A., Pinochet D. & Juarez P. (2010). Conocimientos culturales y de trivia en dos grupos universitarios de Chile. *Revista médica de Chile*, 138 (3).
- Vásquez, M. L. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 136-142.
- Vázquez Navarrete M. Luisa, Terraza Núñez Rebeca, Vargas Lorenzo Ingrid, Lizana Alcazo Tona. (2008). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*. 23 (5), 396-402.
- Vázquez-Villegas, J. (2006). Inmigración y salud:¿ un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?. *Atención Primaria*,37(5), 249-250.
- Vega, C.C. (2005). La enfermería transcultural en España. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 18, 19-23.
- Visiers Würth, Cristina. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*. 35 (1), 55-56
- Wilson, Astrid H., Susan Sanner, & Lydia E. McAllister. (2009). A longitudinal study of cultural competence among health science faculty. *Journal of cultural diversity*, 17(2), 68-72.



Anexos

ANEXO 1.

CUESTIONARIO DESTINADO A LOS PROVEEDORES DE SALUD ESPAÑOLES. PROFESIONALES:

“PROFESIONALES ENFERMEROS DE HUELVA: ACTITUDES FRENTE A LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES ”

Cuestionario número _ _ _

P1. Señala, rodeando con un círculo, el Distrito u Hospital al cual pertenezcas:

Distrito Huelva-Costa

1. Distrito Sierra
2. Distrito Condado-Campiña
3. Hospital Juan Ramón Jiménez
4. Hospital Vázquez Díaz
5. Hospital Infanta Elena
6. Hospital de Río Tinto

P2. ¿Cuál es tu provincia y municipio de residencia habitual?

Municipio _____

Provincia _____

P3. Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

P4. Edad: _ _

P5. Nacionalidad:

1. Española
2. Otro país de origen (especificar): _____

P6. Rodea con un círculo a aquellos extranjeros que crees que son los destinatarios de la Atención de salud especializada en Inmigración o Cuidados Transculturales:

	Sí	No
*Extranjeros que vengan de turismo	1	2
*Extranjeros de tránsito a otro país	1	2
*Extranjeros que vengan a trabajar	1	2
*Extranjeros que vengan a estudiar	1	2
*Extranjeros que vengan a residir	1	2
*Extranjeros que vengan con motivo de asilo o refugio	1	2

P7. Señala de los siguientes, aquellos que crees que tienen derechos sanitarios iguales que los españoles:

	Sí	No
Extranjeros que vengan de turismo	1	2
Extranjeros de tránsito a otro país	1	2
Extranjeros que vengan a trabajar	1	2
Extranjeros que vengan a estudiar	1	2
Extranjeros que vengan a residir	1	2
Extranjeros que vengan con motivo de asilo o refugio	1	2

P8. De los siguientes derechos humanos, señala cuáles de ellos crees que poseen los extranjeros documentados (a) y cuáles los indocumentados (b), pudiendo señalar los dos si fuese necesario

	a) Documentados		b) Indocumentados	
	Sí	No	Sí	No
Asistencia social	1	2	1	2
Sanidad	1	2	1	2
Vivienda	1	2	1	2
Educación	1	2	1	2

P9. ¿Cuál de los siguientes motivos, consideras el principal por el que se deciden a emigrar a nuestro país los extranjeros?

1. Motivos económicos (salir de la pobreza, mejorar su situación, etc.)
2. Motivos familiares (encontrarse con su familia, etc.)
3. Motivos educativos (mejorar su nivel de estudios, etc.)
4. Motivos políticos (persecución, etc.)
5. Motivos sanitarios (acceder a recursos inexistentes en su país, etc.)

P10. Ordena por orden de importancia la siguiente tipología de enfermedades según creas que prevalencen más o menos en la población extranjera (a) y autóctona (b), asignando el 1 a la menos prevalente y el 10 a la más prevalente.

Tipología Enfermedades	a) Población Extranjera	b) Población Autóctona
Enf. Ginecológicas		

Enf. Nefrológicas		
Enf. Traumatológicas		
Enf. Neumológicas		
Enf. Infectocontagiosas		
Enf. Cardiovasculares		
Enf. Nutricionales		
Enf. Urológicas		
Enf. Hematológicas		
Enf. Salud Mental		

P11. Siguiendo la pauta de la pregunta anterior, ordena ahora los siguientes problemas de salud, también para población extranjera (a) y autóctona (b), asignando el 1 al menos importante y el 10 al más importante.

Programas de Salud	a) Población Extranjera	b) Población Autóctona
Planificación Familiar		
Drogadicción		
VIH/SIDA		
Hepatitis B, C		
Vacunaciones		
Malnutrición		
Embarazo, Parto, Puerperio		
Tuberculosis		
Higiene		
Reducción Ansiedad, Depresión Estrés		

P12. De las siguientes, ¿qué barrera de acceso al sistema de salud crees que se encuentran los extranjeros?

	Sí	No
Dificultad de horarios	1	2
Actitud del personal sanitario	1	2

Idioma	1	2
Diferencia en la percepción de salud	1	2
Situación socio-económica de pobreza	1	2
Situación de irregularidad administrativa	1	2

P13. De las siguientes frases, dime si estás de acuerdo o en desacuerdo con ellas, empleando la siguiente escala:

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

	MD	ED	NN	DA	MA
Nuestro entorno de trabajo facilita la atención especializada a extranjeros	1	2	3	4	5
Existen convenios que regulan la atención sanitaria a extranjeros	1	2	3	4	5
Debería existir una forma que todos los extranjeros fuesen al mismo hospital/centro	1	2	3	4	5
Existen formatos explicativos para la atención sanitaria a extranjeros, con diferentes idiomas	1	2	3	4	5
Existe una guía para sanitarios de atención sanitaria a extranjeros	1	2	3	4	5

P14. ¿Qué podríamos hacer los enfermeros para mejorar la salud de los extranjeros? Señala las 3 respuestas que consideres más importantes.

1. Conocer su cultura, percepción de salud
2. Utilizar un mediador intercultural que nos traduzca
3. Educación para la salud (para que les resulte más fácil que se adapten a nuestros conceptos y percepción de salud).
4. Generar empatía para que confíen en nosotros
5. Adaptar nuestros cuidados a su cultura
6. Crear consultas a demanda (curas, inyectables, TA..)
7. No precisan ayuda distinta que el resto de la población.
8. Otras: _____

P15. Señala los tres problemas que consideras más destacables con los que se enfrenta un extranjero cuando llega a nuestro país

1. La sensación de soledad
2. Acceso a la documentación "papeles"
3. Situación de residencia
4. Desconocimiento del funcionamiento de la sociedad receptora
5. Falsas expectativas
6. Situación de mayor vulnerabilidad
7. Problemas de racismo y xenofobia
8. Problemas de estrés
9. Problemas de convivencia
10. Sensación de inferioridad

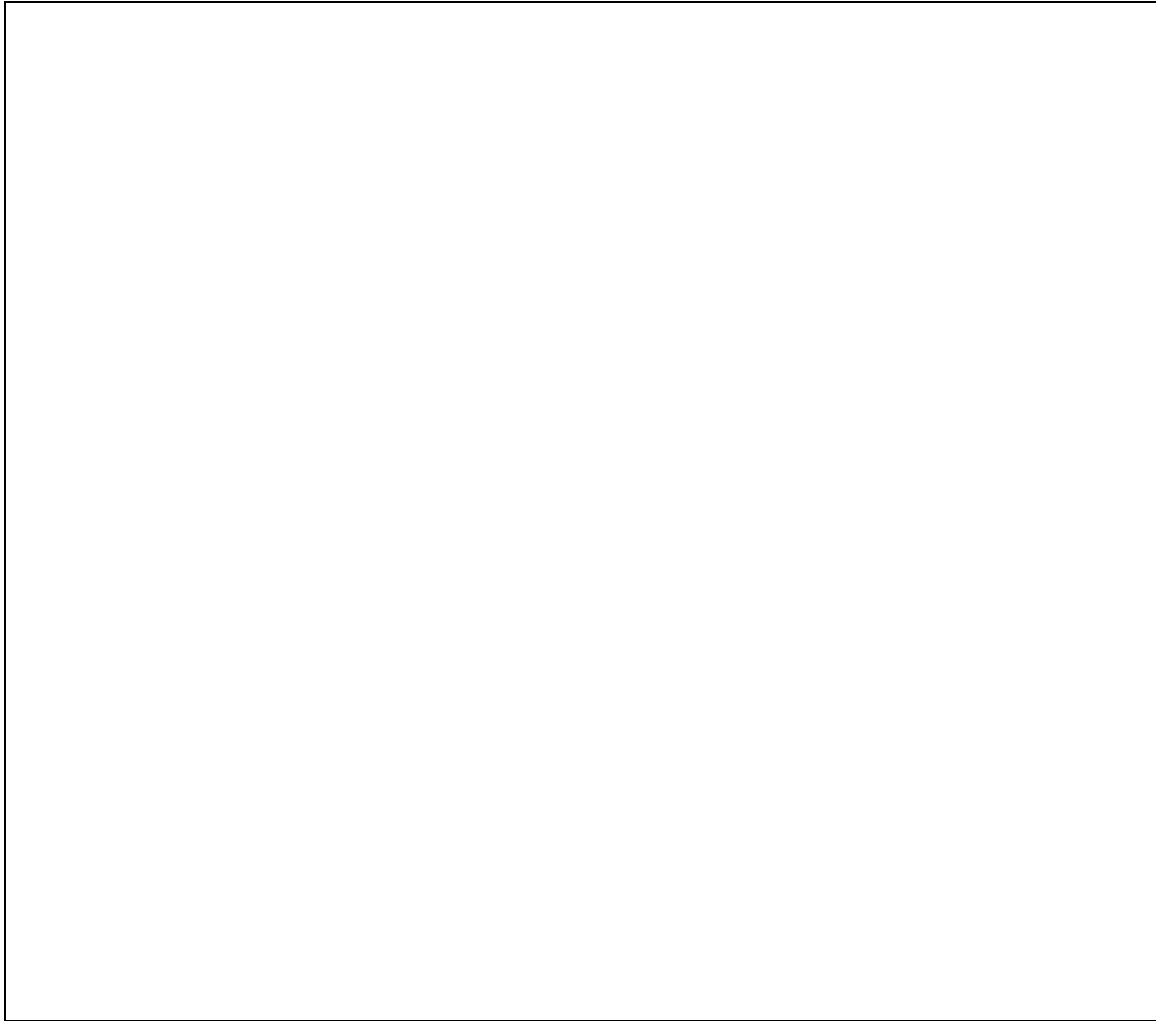
P16. Señala los tres problemas que consideras más destacables, con los que se encuentra un extranjero respecto a la Atención Sanitaria en nuestros centros de trabajo.

1. Problemas de comunicación
2. Percepción de Salud diferente
3. Desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario
4. Falta de confianza en los profesionales sanitarios
5. Miedos por su situación de irregularidad
6. Ausencia de apoyo familiar
7. Desigualdad y discriminación en la atención
8. Dificultad para hacerles un seguimiento médico dada su movilidad
9. Falta de sensibilización sobre interculturalidad entre profesionales
10. Poca información por parte de los sanitarios

P17. De las siguientes actitudes y comportamientos que se nombran, (a) ¿qué actitud tienes tú respecto a los extranjeros?, (b) ¿y tus compañeros?

	a) Tú		b) Tus compañeros	
	Sí	No	Sí	No
Igual que con el resto de la población	1	2	1	2
Recelo por la diferencia cultural	1	2	1	2
Si puedo, evito atenderlos	1	2	1	2
Buena, intento escucharlos y poder ayudarlos	1	2	1	2
No puedo atenderlos porque no los entiendo	1	2	1	2

P18. Como tantos otros conceptos, el concepto extranjero puede significar muchas cosas, ¿podrías indicar aquí, brevemente, a qué te has estado refiriendo principalmente cuando has contestado pensando en "extranjero"? (puedes indicar aspectos sociológicos como su: nacionalidad o nacionalidades, sexo, edad o edades, situación laboral, nivel educativo, etc.).



Para terminar, agradecería respondieras a las siguientes preguntas:

P19. Estudios realizados, además de Enfermería:

1. Ninguno 2. Otros, ¿cuál/es? _____

P20. ¿Cuántas personas componen tu núcleo familiar? __

P21. Sumados todos los conceptos, ¿cuáles serían aproximadamente los ingresos netos que se perciben al mes en tu núcleo familiar?:

1. Menos de 1.200 Euros
2. Entre 1.200-1.799 Euros
3. Entre 1.800-2.999 Euros
4. Más de 3.000 Euros

P25. Con independencia de si profesa Ud. alguna religión ¿en qué medida se considera Ud. una persona religiosa?

Nada	Muy											
religioso	religioso											
↓	↓											
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">00</td><td style="width: 10%;">01</td><td style="width: 10%;">02</td><td style="width: 10%;">03</td><td style="width: 10%;">04</td><td style="width: 10%;">05</td><td style="width: 10%;">06</td><td style="width: 10%;">07</td><td style="width: 10%;">08</td><td style="width: 10%;">09</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> </table>	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		
<i>No contesta</i> 77												
<i>No sabe</i> 88												

P26. Podría decirme si es usted miembro de alguna de las siguientes asociaciones:

	Sí	No
Deportiva	1	2
Cultural	1	2
Religiosa	1	2
Humanitaria, de derechos humanos	1	2
Sindical	1	2
Empresarial, profesional	1	2
Educativa	1	2
Ecologista	1	2
Pacifista	1	2
Política	1	2
Otra (especificar)	1	2

P27. Utiliza este espacio para hacer los comentarios que creas convenientes

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide comments. It occupies most of the page's vertical space below the instruction.

Hemos terminado, muchas gracias de nuevo por tu colaboración.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO DESTINADO A LOS ALUMNOS DE GRADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

“Estudiantes de Grado en Enfermería: Actitudes frente a los cuidados transculturales”

Cuestionario número _ _ _

P1. ¿Cuál es el curso de Grado en Enfermería en el cual estás matriculado actualmente?

1. 1º Grado
2. 2º Grado
3. 3º Grado
4. 4º Grado

P2. ¿Cuál es tu provincia y municipio de residencia habitual?

Municipio _____

Provincia _____

P3. Sexo:

3. Hombre
4. Mujer

P4. Edad: _ _

P5. Nacionalidad:

3. Española
4. Otro país de origen (especificar): _____

P6. Rodea con un círculo a aquellos extranjeros que pueden ser objeto de los cuidados transculturales:

	Sí	No
*Extranjeros que vengan de turismo	1	2
*Extranjeros de tránsito a otro país	1	2
*Extranjeros que vengan a trabajar	1	2
*Extranjeros que vengan a estudiar	1	2
*Extranjeros que vengan a residir	1	2
*Extranjeros que vengan con motivo de asilo o refugio	1	2

P7. Señala de los siguientes, aquellos que crees que tienen derechos sanitarios iguales que los españoles:

	Sí	No
Extranjeros que vengan de turismo	1	2
Extranjeros de tránsito a otro país	1	2
Extranjeros que vengan a trabajar	1	2
Extranjeros que vengan a estudiar	1	2
Extranjeros que vengan a residir	1	2
Extranjeros que vengan con motivo de asilo o refugio	1	2

P8. De los siguientes derechos humanos, señala cuáles de ellos crees que poseen los extranjeros documentados (a) y cuáles los indocumentados (b), pudiendo señalar los dos si fuese necesario

	a) Documentados		b) Indocumentados	
	Sí	No	Sí	No
Asistencia social	1	2	1	2
Sanidad	1	2	1	2
Vivienda	1	2	1	2
Educación	1	2	1	2

P9. ¿Cuál de los siguientes motivos, consideras el principal por el que se deciden a emigrar a nuestro país los extranjeros?

6. Motivos económicos (salir de la pobreza, mejorar su situación, etc.)
7. Motivos familiares (encontrarse con su familia, etc.)
8. Motivos educativos (mejorar su nivel de estudios, etc.)
9. Motivos políticos (persecución, etc.)
10. Motivos sanitarios (acceder a recursos inexistentes en su país, etc.)

P10. Ordena por orden de importancia la siguiente tipología de enfermedades según creas que prevalencen más o menos en la población extranjera (a) y autóctona (b), asignando el 1 a la menos prevalente y el 10 a la más prevalente.

Tipología Enfermedades	a) Población Extranjera	b) Población Autóctona
Enf. Ginecológicas		
Enf. Nefrológicas		
Enf. Traumatológicas		
Enf. Neumológicas		
Enf. Infectocontagiosas		
Enf. Cardiovasculares		
Enf. Nutricionales		
Enf. Urológicas		
Enf. Hematológicas		
Enf. Salud Mental		

P11. Siguiendo la pauta de la pregunta anterior, ordena ahora los siguientes problemas de salud, también para población extranjera (a) y autóctona (b), asignando el 1 al menos importante y el 10 al más importante.

Programas de Salud	a) Población Extranjera	b) Población Autóctona
Planificación Familiar		
Drogadicción		
VIH/SIDA		
Hepatitis B, C		
Vacunaciones		
Malnutrición		
Embarazo, Parto, Puerperio		
Tuberculosis		
Higiene		
Reducción Ansiedad, Depresión Estrés		

P12. De las siguientes, ¿qué barrera de acceso al sistema de salud crees que se encuentran los extranjeros?

	Sí	No
Dificultad de horarios	1	2
Actitud del personal sanitario	1	2
Idioma	1	2
Diferencia en la percepción de salud	1	2
Situación socio-económica de pobreza	1	2
Situación de irregularidad administrativa	1	2

P13. De las siguientes frases, dime si estás de acuerdo o en desacuerdo con ellas, empleando la siguiente escala:

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

	MD	ED	NN	DA	MA
Nuestro entorno de trabajo facilita la atención especializada a extranjeros	1	2	3	4	5
Existen convenios que regulan la atención sanitaria a extranjeros	1	2	3	4	5
Debería existir una forma que todos los extranjeros fuesen al mismo hospital/centro	1	2	3	4	5
Existen formatos explicativos para la atención sanitaria a extranjeros, con diferentes idiomas	1	2	3	4	5
Existe una guía para sanitarios de atención sanitaria a extranjeros	1	2	3	4	5

P14. ¿Qué podríamos hacer los enfermeros para mejorar la salud de los extranjeros? Señala las 3 respuestas que consideres más importantes.

9. Conocer su cultura, percepción de salud
10. Utilizar un mediador intercultural que nos traduzca
11. Educación para la salud (para que les resulte más fácil que se adapten a nuestros conceptos y percepción de salud).
12. Generar empatía para que confíen en nosotros
13. Adaptar nuestros cuidados a su cultura

- 14. Crear consultas a demanda (curas, inyectables, TA..)
- 15. No precisan ayuda distinta que el resto de la población.
- 16. Otras: _____

P15. Señala los tres problemas que consideras más destacables con los que se enfrenta un extranjero cuando llega a nuestro país

- 11. La sensación de soledad
- 12. Acceso a la documentación "papeles"
- 13. Situación de residencia
- 14. Desconocimiento del funcionamiento de la sociedad receptora
- 15. Falsas expectativas
- 16. Situación de mayor vulnerabilidad
- 17. Problemas de racismo y xenofobia
- 18. Problemas de estrés
- 19. Problemas de convivencia
- 20. Sensación de inferioridad

P16. Señala los tres problemas que consideras más destacables, con los que se encuentra un extranjero respecto a la Atención Sanitaria en nuestros centros de trabajo.

- 11. Problemas de comunicación
- 12. Percepción de Salud diferente
- 13. Desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario
- 14. Falta de confianza en los profesionales sanitarios
- 15. Miedos por su situación de irregularidad
- 16. Ausencia de apoyo familiar
- 17. Desigualdad y discriminación en la atención
- 18. Dificultad para hacerles un seguimiento médico dada su movilidad
- 19. Falta de sensibilización sobre interculturalidad entre profesionales
- 20. Poca información por parte de los sanitarios

P17. De las siguientes actitudes y comportamientos que se nombran, (a) ¿qué actitud tienes tú respecto a los extranjeros?, (b) ¿y tus compañeros?

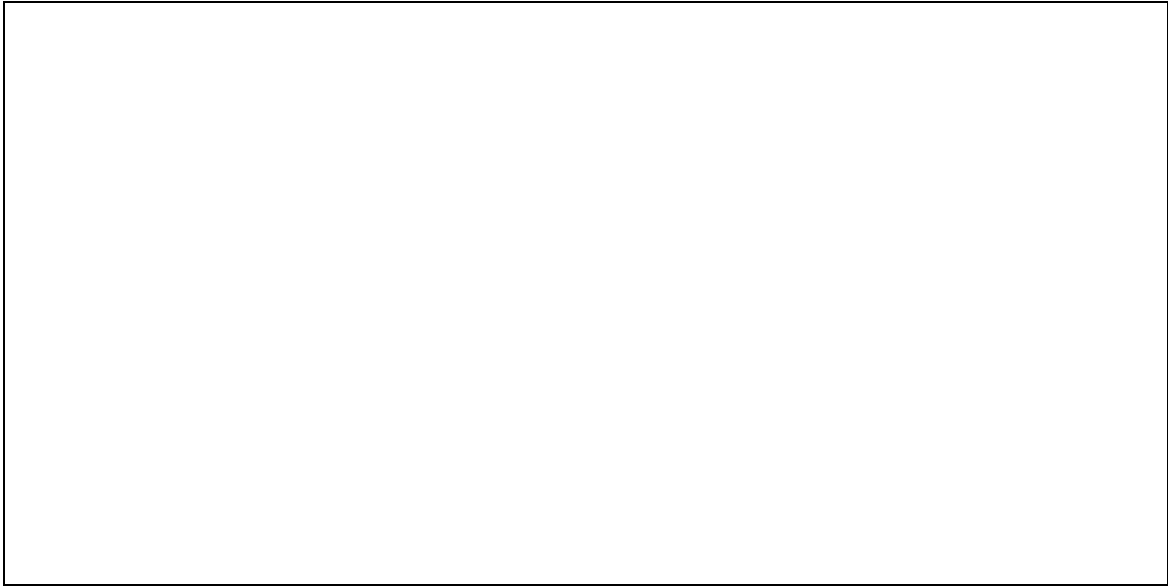
	a) Tú		b) Tus compañeros	
	Sí	No	Sí	No
Igual que con el resto de la población	1	2	1	2
Recelo por la diferencia cultural	1	2	1	2
Si puedo, evito atenderlos	1	2	1	2
Buena, intento escucharlos y poder ayudarlos	1	2	1	2
No puedo atenderlos porque no los entiendo	1	2	1	2

P18. Como tantos otros conceptos, el concepto extranjero puede significar muchas cosas, ¿podrías indicar aquí, brevemente, a qué te has estado refiriendo principalmente cuando has contestado pensando en "extranjero"? (puedes indicar aspectos sociológicos como su: nacionalidad o nacionalidades, sexo, edad o edades, situación laboral, nivel educativo, etc.).

P26. Podría decirme si es usted miembro de alguna de las siguientes asociaciones:

	Sí	No
Deportiva	1	2
Cultural	1	2
Religiosa	1	2
Humanitaria, de derechos humanos	1	2
Sindical	1	2
Empresarial, profesional	1	2
Educativa	1	2
Ecologista	1	2
Pacifista	1	2
Política	1	2
Otra (especificar)	1	2

P27. Utiliza este espacio para definir los cuidados transculturales

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their definition of transcultural care.

Hemos terminado, muchas gracias de nuevo por tu colaboración.

ANEXO 3.

CUESTIONARIO DESTINADO A LOS ALUMNOS GRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DO ALGARVE

“Estudantes de Grau em Enfermagem: Actitudes em relação aos Cuidados Transculturales”

Questionários número _____

P1. Qual é o curso académico de Enfermagem no qual está inscrito?

1. 1º Grau
2. 2º Grau
3. 3º Grau
4. 4º Grau

P2. Qual é a sua província e município de residência?

Município _____

Província _____

P3. Sexo:

1. Homem
2. Mulher

P4. Idade _____

P5. Nacionalidade:

1. Espanhol:
2. País outros (especifique):

P6. Assinala com um círculo aqueles estrangeiros que podam ser objeto de cuidados transculturales:

	Sim	Não
Os estrangeiros provenientes de turismo	1	2
Os estrangeiros de trânsito de outro país.	1	2
Os estrangeiros que vêm a trabalhar	1	2
Os estrangeiros que vêm a estudar	1	2
Os estrangeiros que vêm a residir/morar	1	2
Os estrangeiros que vêm a propósito de asilo ou refúgio	1	2

P7. Assinala o seguinte, aqueles que pesam que têm direitos iguais de saúde que os espanhol:

	Se	Não
Os estrangeiros provenientes de turismo	1	2
Os estrangeiros de trânsito de outro país.	1	2
Os estrangeiros que vêm a trabalhar	1	2
Os estrangeiros que vêm a estudar	1	2
Os estrangeiros que vêm a residir/morar	1	2
Os estrangeiros que vêm a propósito de asilo ou refúgio	1	2

P8. Nos seguintes direitos humanos, diz qual deles você pensa ou acha os estrangeiros têm documentado (a) e qual os indocumentados, pode indicar a dois se consideras necessário:

	a) Documentados		b) Indocumentados	
	Se	Não	Se	Não
Assistência social	1	2	1	2
Saúde	1	2	1	2
Morada	1	2	1	2
Educação	1	2	1	2

P9. *Quais das seguintes razões, considerar a principal forma pela qual eles decidem emigrar a nosso país os estrangeiros?*

1. Razões econômicas (sair da pobreza, melhorar a sua situação, etc);
2. Razões familiares (conhecer sua família, etc);
3. Razões educativas (melhorar seu nível educacional, etc.)
4. Razões políticas (perseguições, etc.)
5. Razões de saúde (acesso aos recursos que não existem em seu país, etc).

P10. Ordenar por ordem de importância os seguintes tipos de doenças prevalentes como tu achas mais ou menos na população estrangeira (a) e nativa (b), atribuindo 1 á menos prevalente e 10 á mais prevalente:

Tipos de doenças	a) População estrangeira	b) População nativa
Doenças Ginecológicas		
Doenças Nefrológicas		
Doenças ósteo articulares		
Doenças Pneumologia		
Doenças Infecciosas		
Doenças Cardiovasculares		
Doenças Nutricionales		
Doenças Urológicas		
Doenças Hematológicas		
Doenças Saúde Mental		

P11. Seguindo a mesma estrutura como a questão anterior, ordena aos seguintes problemas de saúde da população estrangeira (a) e nativas (b) atribuir 1 á menos importante e 10 á mais importante:

Programas de Saúde	a) População estrangeira	b) População nativa
Planejamento familiar		
Droga		
HIV / AIDS		
Hepatite B, C		
Vacinas		
Malnutrition		
Gravidez, Parto Puerpério,		
Tuberculose		
Higiene		

Redução da ansiedade, depressão, estresse		
---	--	--

P12. A seguir, *O que limitações de acesso á sistema de saúde achas que tem os estrangeiros?*

	Se	Não
Dificuldade de horários	1	2
Atitude do pessoal de saúde	1	2
Idioma	1	2
Diferença de saúde percebida	1	2
Situação socioeconômica da pobreza	1	2
Situação de irregularidade administrativa	1	2

P13. Das seguintes afirmações, diga-me se você é concorda ou discorda com eles, utilizando a seguinte escala:

1. Discordo totalmente.
2. Discordo.
3. Não concordo nem discordo.
4. Acordado.
5. Concordo totalmente.

	DT	D	NCND	A	CT
Nosso ambiente de trabalho fornece atendimento especializado a estrangeiros	1	2	3	4	5
Existem convenções que regem os assistência médica para estrangeiros	1	2	3	4	5
Deve haver uma forma que todos os estrangeiros eram no mesmo hospital / centro	1	2	3	4	5
Existem formatos explicativos para os os assistência médica aos estrangeiros com diferentes linguagens	1	2	3	4	5
Existe uma guia aos assistência médica aos estrangeiros.	1	2	3	4	5

P14. *O que fazem os enfermeiros para melhorar a saúde dos estrangeiros?*

Assinala as 3 respostas que você considera mais importantes.

1. Conhecer a sua cultura, percepção de saúde.
2. Utilizar um mediador intercultural para ajudar a traduzir.

3. Educação para a saúde (para encontrá-lo mais fácil de se adaptar aos nossos conceitos e percepção de saúde).
4. Gerar empatia para que possa confiar em nós.
5. Adaptar o nosso cuidado com a sua cultura.
6. Criar consultas sobre a procura (curar, injeções, PA,).
7. Não precisam de ajuda diferente do resto da população.
8. Outros_____

P15. Assinala as três problemas que considerar o mais importante para um estrangeiro quando se trata de nosso país.

1. Sensação de solidão
2. Acesso à documentação "papéis"
3. Estado de residência
4. Desconhecimento do funcionamento da sociedade de acolhimento
5. Falsas expectativas
6. Situação mais vulneráveis
7. Questões de racismo e xenofobia
8. Problemas de stress
9. Problemas de convivência
10. Sensação de inferioridade

P16. Regista os três problemas que você considera mais importante, com os que encontrar-se um estrangeiro em relação á assistencia médica em nosso centro de trabalho.

1. Problemas de comunicação
2. Percepção de Saúde diferente
3. **Desconhecimento** de desempenho do sistema de saúde
4. Falta de confiança em profissionais de saúde
5. Medos por sua situação irregular
6. Ausência de apoio familiar
7. Desigualdade e discriminação na atenção de saúde
8. Dificuldade para fazer acompanhamento médico por causa de sua mobilidade
9. Falta de sensibilização do interculturalismo entre os profissionais
10. Pouca informação pela profissional de saúde

P17. Das seguintes atitudes e comportamentos que são nomeados, (a) *qual a atitude que você tem para com os estrangeiros?*,(b) *e seus companheiro?*

	a) Você		b) seu companheiro	
	Se	Não	Se	Não
Igual que com o resto da população	1	2	1	2

A desconfiança de diferença cultural	1	2	1	2
Se posso, evito atendê-los	1	2	1	2
Bom, tentar escutar e ajudar	1	2	1	2
Não posso atendê-los porque eles não entendem	1	2	1	2

P18. Como muitos outros conceitos, o conceito estrangeiro pode significar muitas coisas, *poderia dizer aqui, brevemente, o que você está falando quando você respondeu a maioria pensando em "estrangeiro"?* (pode especificar como os seus aspectos sociológicos: nacionalidade, sexo, idade, ou idade, situação de emprego, escolaridade, etc.).

P19. Poderia dizer-me se você é um membro de qualquer das seguintes associações:

	Se	Não
Deportiva	1	2
Cultural	1	2
Religiosa	1	2
Humanitários, de direitos humanos	1	2
Sindical	1	2
Empresarial, profissional	1	2
Educativa	1	2
Ecologista	1	2
Pacifista	1	2
Política	1	2

Outra (especificar)	1	2
---------------------	---	---

P20. Use este espaço para definir cuidados transculturais:

Final do questionário, muito obrigado novamente pela sua **colaboração**

ANEXO 4.

1 GUIAS DE ENTREVISTAS: ESPAÑA

CUIDADORAS EXTRANJERAS:

1. PROYECTO MIGRATORIO

¿Cuándo? ¿Por qué España? ¿Fue el primer destino?

¿Qué expectativas de trabajo tenía usted?

Red social de apoyo en el país de destino

Influencia de esta red de apoyo en el proceso migratorio, coste migratorio, duelo migratorio

2. DECISIÓN DE SER CUIDADORA DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

¿Por qué la decisión?

Habilidades, actitudes, aptitudes

Influencia de las redes de apoyo en la decisión

¿Ha sido el primer empleo en este país?

¿Quien fue la persona que facilitó el contacto para conseguir el empleo?

Experiencia sobre el cuidado en el país de origen

3. PRÁCTICAS SOBRE EL CUIDADO A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES EN EL PAÍS DE ORIGEN

Diferencias existentes entre ambos países o culturas en relación al:

Cuidado

Recursos para cuidar

Sistema sanitario

Redes de apoyo domiciliario para la ayuda a la dependencia

Personas que cuidan a los mayores

¿Qué es para ti la salud?

¿Qué es para ti sentirte enfermo?

¿Cuál es la máxima prioridad: salud-dinero-amor?

4. ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO EN EL PAÍS DE ORIGEN

Apoyo domiciliario

Atención primaria

¿Gasto farmacéutico?, ¿copago?

Recursos/infraestructuras que tenga el país de acogida que no las tengan el de origen

5. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO QUE REALIZA CON EL ANCIANO: TAREAS

Descripción de las actividades

Relación de las actividades respecto al índice de Barthel del anciano

Condiciones laborales (salario-horario...)

Cualidades que debe tener un buen cuidador

6. FORMACIÓN

¿Quién es tu referente sobre las practicas del cuidado?

¿A quién solicitas ayuda cuando no sabes realizar alguna tarea?

¿Quién te enseña a cuidar?

7. ADAPTACIÓN A LA FAMILIA EMPLEADORA

Grado de dificultad

Elementos de Conflicto en las discusiones

Enumera las diferencias entre las familias españolas y las de tu país

8. RELACIÓN CON EL ANCIANO

Cómo es su salud

Relación del anciano con su propia familia

¿CÓMO ES CUIDAR A OTROS ANCIANOS MIENTRAS QUE A LOS TUYOS LOS ESTÁ CUIDANDO OTRA PERSONA?

ANEXO 4.2 GUÍA DE ENTREVISTA A ENFERMERA GESTORA DE CASOS. TÉCNICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ Y EN CONCRETO NUESTRA PROVINCIA, RESPECTO AL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA. LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

- Recursos del Sistema Sanitario. Humanos y Materiales
- Relación del sistema sanitario con el sistema de bienestar social (socio-sanitario)

2. ¿CÓMO ESTÁ ORIENTADA LA DEPENDENCIA EN TU CARTERA DE SERVICIOS. LO ESTIPULADO POR LA LEY DE AUTONOMIA DEL PACIENTE, LOS RECURSOS QUE SE TIENE?

- Población diana, cuidadoras
- Decreto de apoyo a las familias andaluzas

3. ¿CÓMO ESTÁ DE LIGADA PARA TI LA DEPENDENCIA ENTRE LOS DOS SISTEMAS: SOCIAL-SANITARIO?

4. ¿CÓMO HA CAMBIADO EL PANORAMA SOCIOSANITARIO DESDE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY DE AUTONOMIA DEL PACIENTE?

- Diferencias entre comunidades autónomas
- Fisuras
- Ventajas

5. CUIDADORAS

6. CUIDADORAS EXTRANJERAS

6.1. ¿Están incluidas en tu cartera de servicios, están iconizadas, son objeto de alguna de las actividades que programas en tu práctica clínica

6.2. Cómo piensas que se genera el fenómeno cuidadora extranjera?

6.3. ¿Crees que realizan un buena labor?

6.4. ¿Crees que podrían mejorar su trabajo? ¿Cómo?

6.5. Piensas que la remuneración que reciben es adecuada con su trabajo, formación...

Define el perfil de las cuidadoras extranjeras que pertenecen al cupo que tienes asignado.

- Cómo se produce la contratación, tomas partido como mediadora.

7. DEVALUACIÓN DEL CUIDADO. FRAGMENTACIÓN DE LAS FAMILIAS

8. ¿QUÉ HARÍAS TÚ PARA MEJORAR EL CUIDADO QUE RECIBEN LOS MAYORES DEPENDIENTES CUIDADOS POR CUIDADORAS EXTRANJERAS?

ANEXO 4.3 GUÍA DE ENTREVISTAS A LAS FAMILIAS EMPLEADORAS

1. DECISIÓN DE CONTRATAR A UNA CUIDADORA EXTRANJERA

- ¿Por qué una mujer y Por qué extranjera?
- ¿Cuándo se percibe como necesario?
- Motivo de la contratación de una mujer extranjera y no autóctona
- Canales de información utilizados para la contratación: ONGs, asociaciones, redes sociales....

2. CONFLICTOS FAMILIARES DURANTE LA TOMA DE DECISIÓN

- Generacionales
- Género
- Económicos

3. ¿QUIÉN REALIZABA ANTERIORMENTE LAS LABORES DE CUIDADO DEL ANCIANO DEPENDIENTE?

- Estructura de cuidado de la persona mayor dentro de la familia

4. COSTE ECONÓMICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE LA LABOR DE CUIDAR SOBRE LA FAMILIA

5. CARACTERÍSTICAS DE BÚSQUEDA DE LA CUIDADORA EXTRANJERA.

- Nacionalidad, edad, regularidad, formación, experiencia

6. REPARTO DEL PAGO DEL SALARIO DE LA CUIDADORA EN EL SENO DE LA UNIDAD FAMILIAR

7. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL TRABAJO DE LA CUIDADORA QUE SE LE EXPLICÓ EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.

- Horas libres, horarios, salario, tareas...
- Compararlas con la pirámide de Maslow

8. ADAPTACIÓN DEL ANCIANO Y DE LA FAMILIA CUIDADORA

9. EVALUACIÓN FAMILIAR DURANTE EL PROCESO DE CUIDADO.

ANEXO 4.4 GUIA DE ENTREVISTAS DE FAMILIAS PORTUGAL

1. COMIENZO DEL AUMENTO DE LA DEMANDA DE LAS NECESIDADES DEL IDOSO.

¿Cuándo, cómo se estaba gestionando anteriormente el cuidado?:

- Vivienda propia
- Domicilio de uno de los hijos
- Un tiempo en cada uno de los hijos

2. QUIEN REALIZABA ANTERIORMENTE LAS LABORES DEL CUIDADO. ESTRUCTURACIÓN DEL CUIDADO DEL IDOSO DENTRO DE LA FAMILIA

3. COSTE DE LA LABOR DE CUIDAR SOBRE LA FAMILIA: MATERIAL, PSICOLOGICO, ECONOMICO, SOCIAL, ETC.

4. DECISIÓN DE:

4.1. CONTRATAR UNA CUIDADORA:

- Motivo
- Canales de contratación
- Tareas que realiza
- Salario
- Formación

4.2. LLEVAR A UN CENTRO DE DIA:

4.3. LLEVAR A UN LAR:

5. CARACTERISTICAS QUE SE BUSCABAN EN:

4.1. CUIDADORA. Experiencia, formación...

4.2. CENTRO DE DÍA: Público, concertado...

4.3. LAR´

6. CONFLICTOS FAMILIARES DURANTE LA TOMA DE DECISION

- Generacionales
- Genero
- Económicos

7. ADAPTACION DEL IDOSO AL: CUIDADORA, CENTRO DE DIA, LAR

8. EVALUACION FAMILIAR DURANTE EL PROCESO DE CUIDADO



SEGUNDA PARTE: COMPENDIO DE PUBLICACIONES



1. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y ACTIVIDAD INVESTIGADORA DERIVADAS DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS

1.1 Artículos seleccionados para este compendio:

ARTÍCULO 1	
Autores	García Navarro, E. B, Gualda Caballero, E. (2015). Cuidados Transculturales y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. <i>AQUICHAN, Chía, Colombia</i> . Universidad de la SABANA, 509-522. ISSN: 1657-5997 Web: www.aquichan.unisabana.edu.com
Indexación	Web of Science, Scopus, SciELO, EMCare, Elsevier, Redalyc, Pubindex (A1), Lilacs, EBSCO-Fuente Académica, DOAJ, Dialnet, Cuiden, HINARI, Latindex (catálogo), HELA, PERIÓDICA, Ulrich's, Google Académico, ProQuest, Social Science Journals

ARTICULO 2	
Autores	García Navarro, E. B, Pérez Espina, R, García Navarro, S, Ortega Galán, A. (2011). El componente cultural de la muerte: Acompañando a Fabala dambele. <i>Medicina Paliativa</i> , 18, 8-13. ISSN: ISSN :1134-248X Web: http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa
Indexación	Web of Science, Science Citation Index, Scopus, ScienceDirect

ARTICULO 3	
Autores	Dominguez Gómez, J.A, García Navarro, E. B. (2011) Edad, Dependencia y Consecuencias Sociosanitarias. <i>Gerokomos</i> , 22, 1, 13-19. Editorial: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica ISSN: ISSN 1134-928X.

	<p>Web: //dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2433&info=open_link_revista</p> <p>Droi: http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000100003</p>
Indexación	SCOPUS, Bibliomed, CINAHL, CUIDEN, MEDES, SciELO, Web of Science a través de Scielo Citation Index.

ARTICULO 4	
Autores	<p>García Navarro, E. B. (2013). New Alternatives in a plural society: care to dependents and foreing care. <i>Spatial and Organizational Dynamics Discussion Paper</i>.</p> <p>Editorial: Paper provided by CIEO-Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics, University of Algarve.</p> <p>ISSN: 1647-3183</p> <p>Web: www.cieo.pt/discussionpapers/discussionpapers11.pdf</p>
Indexación	REPEC INDEXED

1.2 Artículos derivados de la línea de investigación no seleccionados para este compendio.

Autora: E. Begoña García Navarro

Título: "Soy extranjera en España. El relato de una polaca, tras su proceso migratorio".

Revista: Archivos de Memoria, Nº 3, fecha de publicación junio de 2006

Editorial: Fundación Index de Enfermería

ISSN: 1699-602-X

Web: http://www.index-f.com/memoria/me_inicio.php

Indexada en: CINAHL, CUIDEN

1.3 Libros derivados de la línea de investigación

Domínguez Gómez, J.A, García Navarro, E. B. (2012). *Riesgos sociales y culturales para la salud de los andaluces*. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía: Sevilla.

ISBN 978-84-96659-98-8

1.4 Capítulos de libro derivados de la línea de investigación

1. García Navarro, E. B, García Navarro, S. (2014) *La práctica cultural del cuidado como eje principal del envejecimiento: estrategias de intervención en cuidadoras*. Calidad de Vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento, Vol. II. Asociación Universitaria de Educación y Psicología: Almería. 265-272

ISBN: 978-84-617-0181-0

2. Díaz Santos, M.A, García Navarro, E. B, Pérez Espina, R, García Navarro, S, Araujo Hernández, M. (2014) *Redes sociales y envejecimiento: una revisión de la literatura para mejorar la práctica clínica*. Acercamiento Multidisciplinario a la salud en el envejecimiento. Asociación Universitaria de Educación y Psicología: Almería. 379-384

ISBN: 978-84-617-0447-7

3. García Navarro, E. B. (2014). *El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: Comparativa en un contexto transfronterizo (lusoespañol)*. Didáctica actual para enseñanza superior. Sociedad Española Estudios Comunicación Iberoamericana: Madrid. 187-205.

ISBN: 978-84-15705-26-0

4. García Navarro, E. B. (2014). *Caring for others. University perspective: Comparison in a Portuguese-Spanish border situations*. Current didactic methods for higher education. SEECI: Madrid.

ISBN: 978-1-312-18835-8

5. García Navarro, E. B. (2012). *Inclusión de la diversidad en el sistema sanitario*. Inmigración, ciudadanía y gestión de la diversidad. Universidad Internacional de Andalucía: Madrid. 287-312.

ISBN 978-84-7993-221-3

6. García Navarro, E. B. (2011). *Redes sociales como factor protector en una sociedad plural: el caso de Lepe*. Negociaciones Identitarias en Contextos Migratorios. Common Ground Publishing: Huelva.
ISBN: 978-15665-04-5

1.5 Otros resultados adicionales en esta línea de investigación

1.5.1 Conferencias invitadas:

Ponencia: "Área de los mayores dependientes. Cuidadoras informales", presentada en el Taller de Capacitación de Agentes de Salud para Inmigrantes, coordinado por la Delegación de Salud de Huelva, durante los días 20, 21 de noviembre del año 2007.

Ponencia: "Cuidados extranjeros. Nuevos retos para IA enfermería", presentada en las IX Jornadas de enfermería del Hospital Infanta Elena", celebrada el día 29 y 30 de noviembre del 2007 en Huelva.

Ponencia: "Cuidadoras Extranjeras", presentada en el III Foro de Continuidad de Cuidados, organizado por el Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, celebrada el 6 de febrero de 2009.

Ponencia: "Diversidad, Salud y Género", conferencia presentada en las V Jornadas de inmigración y salud del Campo de Gibraltar, organizadas por la Universidad de Cádiz, celebradas en Algeciras el 12 de abril de 2012

Ponencia: "Investigación en Enfermería", conferencia presentada en las 31 Jornadas de San Juan de Dios, organizadas por la Universidad Pontífica de Comillas, celebrada el 20 de marzo de 2015.

1.5.2 Comunicaciones internacionales en eventos científicos

E. Begoña García-Navarro. "Redes Sociales en inmigrantes: un factor cultural integrador", presentada el miércoles 16 de junio de 2004, en las III jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, organizado por la Transcultural Nursing Society y el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

E. Begoña García-Navarro. "Metodología Enfermera: aplicación en una Unidad de Cuidados Multicultural", presentada el miércoles 16 de junio de 2.004, en las III jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados, organizado por la Transcultural Nursing Society y el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

E. Begoña García-Navarro. "Enfermeros ante el cuidado del otro: actitudes", presentado el 10 de junio de 2005, en las IV Jornadas internacionales sobre Cultura de los Cuidados. VII Reunión sobre Investigación Cualitativa en salud, organizado por la Fundación Index. Granada.

E. Begoña García-Navarro. "Mujeres extranjeras. La inmigración del cuidado", presentado en el Simposio Internacional sobre Investigación Comunitaria, como comunicación escrita, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada el 4 y el 5 de octubre del 2007.

E. Begoña García-Navarro, Estrella Gualda-Caballero. "Actitudes hacia la población inmigrante en profesionales de enfermería Vs. Escolares y población general de Huelva", presentado en el Simposio Internacional sobre Investigación Comunitaria, como comunicación escrita, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada el 4 y el 5 de octubre del 2007.

E. Begoña García-Navarro, Pablo Leal Vázquez. "Mujer, Inmigrante y trabajadora. Nuevo reemplazo en el cuidado", presentada en las XI Jornada Internacional de Cultura de los Cuidados coordinada por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. 12-14 junio 2008.

E. Begoña García-Navarro. "Qué piensan los enfermeros sobre los cuidados transculturales. Estrategias de intervención", presentada en la V Reunión Internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia, celebrada en Granada del 20 al 21 de noviembre del 2008.

E. Begoña García-Navarro. "La Multiculturalidad como necesidad en el desarrollo de la Enfermería actual. Abordaje de la dependencia", presentada en el I Congreso Internacional sobre el Desarrollo Académico y Profesional de la Enfermería: niveles competenciales y ámbito laboral, celebrado en Huelva, durante los días 20-21-22-23 de mayo de 2009 en el Campus Universitario del Carmen, organizado por la Universidad de Huelva.

E. Begoña García-Navarro, Sonia García-Navarro, Rosa Pérez-Espina, Ángela Ortega-Galán. "Planificando mis últimos días: una perspectiva multicultural", presentada en la IX Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud y IV Seminario Internacional sobre Cuidado Cultural de la Salud, organizado por la Fundación Index, celebrado en Granada, España, 19-20 de noviembre de 2009.

E. Begoña García-Navarro, Miriam Araujo-Hernández, M^a Angustias Díaz-Santos. "Redes Sociales como estrategias de Cuidados Transculturales", presentada en la IX Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud y IV Seminario

Internacional sobre Cuidado Cultural de la Salud, organizado por la Fundación Index, celebrado en Granada, España, 19-20 de noviembre de 2009.

E. Begoña García-Navarro, Rosa Pérez-Espina, Sonia García-Navarro, Ángela Ortega-Galán, Miriam Araujo-Hernández, M^a Angustias Díaz-Santos "Management of Cultural Diversity at the End of Life: about a case"; presentada en el XII Congress of the European Association for Palliative Care, organizado por la EAPC y celebrado en Lisboa durante el 20-22 de mayo de 2011.

E. Begoña García-Navarro. "Redes Sociales en una Sociedad Plural: Factor Protector", It Has attended the International Conference Negotiating Identity in Migration Processes, held in Madrid (Spain), on October 26-28, 2011International Conference.

E. Begoña García Navarro, Estrella Gualda-Caballero. "Cuidadoras, dependencia e Inmigración: Diferentes estrategias en el cuidado", presentada en el VII Congreso de Migraciones Internacionales en España, celebrado en Bilbao del 11-13 de abril de 2012.

E. Begoña García-Navarro. "Redes Sociales: Efecto amortiguador en la integración de la población inmigrante", presentada en el VII Congreso Portugués de Sociología, Sociedade; Crise e Reconfigurações, celebrado en Oporto del 20-23 de junio de 2012.

E. Begoña García-Navarro. "News Strategies for the Dependent patient care: Foreign Care at Home", presentada en el 1ST Worlds Congress on Children and Youth Health Behaviors/ 4^o National Congress on Health Education, celebradas en Viseu, Portugal, durante los días 23-25 Mayo 2013.

E. Begoña García-Navarro. "Cuidadoras Transcultural: assistência à família alternativa dos idosos", presentada en 1^a International Conference Care, Health and Well-being: the views of older people , celebradas en la Universidad do Algarve, Faro, Portugal el 24 de Enero de 2014.

E. Begoña García-Navarro. "El cuidado del otro. Perspectiva universitaria: comparativa en un contexto transfronterizo (luso-español)", presentada en El Congreso de la Sociedad Española de Estudios de la Comunicación Iberoamericana (SEECI) del 2014, celebrados de manera virtual y en línea durante los días 28-29 abril de 2014.

E. Begoña García-Navarro, Sonia García-Navarro. "La Práctica Cultural del cuidado como eje principal del envejecimiento: Estrategias de intervención en cuidadoras",

presentada en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en la Universidad de Almería durante los días 3-4 de julio de 2014.

1.5.3 Comunicaciones nacionales en eventos científicos

E. Begoña García-Navarro. "Cuidadoras Transculturales. Una nueva Cosmovisión del cuidado", presentada en el IV Encuentro Forandalus, celebrado en Huelva el 7 de abril de 2006, en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

E. Begoña García-Navarro "Cuidadoras extranjeras. Nuevo reto para la calidad asistencial", presentado en el XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, como comunicación oral, celebrado en Córdoba del 13 al 16 noviembre del 2007.

E. Begoña García-Navarro. "Cuidadoras Extranjeras, Nuevo Reemplazo en el Cuidado. ¿Cuidados Culturalmente Competentes?", presentada en las VIII Jornadas Andaluzas Salud Investiga, celebrada en Sevilla del 29 al 31 de octubre del 2008.

E. Begoña García-Navarro. "Redes Sociales como estrategia de cuidados multiculturales", presentada en I Encuentro de Procesos Asistenciales Integrados, organizados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante los días 2 y 3 de diciembre de 2010.

E. Begoña García-Navarro, Sonia García-Navarro, Rosa Pérez-Espina, Angela Ortega-Galán, Miriam Araujo-Hernández, M. Angustias Díaz-Santos. "Gestionando la diversidad en los Cuidados Paliativos: A propósito de un caso", presentada en las IV Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos, organizado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos, AECPAL, celebrada en Valencia el 11,12 de marzo de 2011.

1.6 Subvenciones concedidas por organizaciones oficiales derivadas de esta línea de investigación

Proyecto de investigación subvencionado por la Consejería de Salud: Cuidadoras transculturales en Salud: Nueva cosmovisión del cuidado. Como Investigadora Principal, con el Nº EXPTE: 0117/06 durante el período 2006-2008.

Subvención de la Consejería de salud para intensificar la práctica investigadora durante un año completo, el 15 de enero de 2010. Línea de investigación: Dependencia e inmigración, terminalidad

Estancia internacional de investigación subvencionada por la Consejería de salud: Estrategias familiares ante la situación de dependencia: Diversidad de cultura sanitaria. Universidad do Algarve. Facultad de Ciencias de la Saúde. Nº Expte: EF-1045-2012

1.7 Premios y distinciones a la investigación derivados de esta línea de investigación

Primer Premio Nacional de Investigación en el XXII Certamen de Investigación Nacional "Ciudad de Sevilla" 2.006 por el trabajo de investigación: "Actitudes de enfermería ante una nueva demanda de salud: Cuidados Transculturales"

Premio a la mejor Comunicación Oral. Un proceso, una realidad. Relato de una mujer en fase terminal, presentada en las VI Jornadas internacionales de cultura de los cuidados. IX Reunión internacional de investigación cualitativa, celebradas en Alicante el 12 y 13 de junio del 2008.

II Premio Nacional de Investigación en Enfermería Ciudad de Sevilla, en su XXV Certamen; con el trabajo titulado: 'Cuidados que vienen de fuera: estrategias transculturales de intervención en la dependencia'⁴

1.8 Creaciones derivadas de esta línea de investigación

Participación en el banco de prácticas innovadoras del sistema sanitario público de Andalucía.

Bolsa de Empleo para Cuidadoras Formadas en nuestro Centros Sanitarios.

Web diseñada para el acceso a cuidadoras Formadas, las cuales proporcionen cuidados no profesionales con garantía de calidad, reutilizando los recursos ya formados, a consecuencia de ésto, los usuarios potenciales (cuidadoras formadas, que estén atravesando el proceso de duelo) convertirlos en recursos. El objetivo es proporcionar herramientas a las familias que necesiten la ayuda de una cuidadora, garantizando la formación de éstas y a su vez nos ahorramos formar a otra cuidadora de nuestro centro. Publicada: 04/11/2010

1.9 Participación en Grupos de investigación que comportan esta línea de investigación

Investigadora perteneciente al grupo PAIDI de investigación: Estudios Sociales e Investigación Social (SES-216). www.eseis.es

Investigadora perteneciente al grupo Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics (CIEO). Portugal. <http://www.cieo.ualg.pt/>

Miembro del Centro Investigación en Migraciones, CIM de la Universidad de Huelva. www.uhu.es/cim



Selección de trabajos para el compendio de publicaciones

2. SELECCIÓN DE TRABAJOS PARA EL COMPENDIO

2.1. PUBLICACIÓN 1

Autores: E. Begoña García Navarro, Estrella Gualda Caballero

Título: Cuidados Transculturales y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros

Revista: AQUICHAN, Chía, Colombia

Editorial: Universidad de la SABANA Páginas: 509-522 Año publicación: 2015

ISSN: 1657-5997

Web: www.aquichan.unisabana.edu.com

Indexada en: Web of Science Scopus, SciELO, EMCare -

Elsevier, Redalyc, Publindex (A1), Lilacs, EBSCO-Fuente

Académica, DOAJ, Dialnet, Cuiden, HINARI, Latindex (catálogo), HELA, PERIÓDICA,

Ulrich's, Google Académico, ProQuest - Social Science Journals

AQUIHAN es una revista orientada hacia la promoción y el estímulo del desarrollo teórico de la Enfermería y de disciplinas afines.

Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros

RESUMEN

Introducción: cuando un cuidador procede de un país diferente al de la persona cuidada se presenta una contraposición de culturas y prácticas sociales. El concepto de cuidado transcultural de Leininger hace eco de la diversidad cultural que supone esta contraposición y recomienda incorporarla en la práctica profesional, desarrollando cuidados que ella define como *culturalmente competentes*. **Objetivo:** conocer qué tipo de estrategias desarrollan los cuidadores extranjeros a la hora de cuidar personas de diferente origen y cómo estas se integran en el contexto social, cultural e institucional de la sociedad receptora. **Materiales y métodos:** método cualitativo, a través de entrevistas en profundidad a cuidadoras inmigrantes en la provincia de Huelva, así como a personal especializado en los cuidados de pacientes en situación de dependencia. **Resultados:** descripción de prácticas socioculturales que los cuidadores elaboran según su cultura y cómo intervienen en el ejercicio de los cuidados en la sociedad receptora. **Conclusiones:** los cuidadores extranjeros desarrollan en ocasiones estrategias afines a sus propias creencias priorizándolas sobre las de la persona cuidada o las de la sociedad receptora, lo que genera choques culturales. Se sugiere que los profesionales de enfermería deben identificarlas para poder intervenir, utilizando la formación y competencia cultural como herramientas para el cambio.

PALABRAS CLAVE

Cuidadores extranjeros, dependencia, competencia cultural, inmigración, cuidados transculturales. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

García-Navarro BE, Gualda E. Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. *Aquichan*. 2014; 14 (4): 509-522. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

- 1 Enfermera, Profesora Asociada, Departamento Enfermería, Universidad de Huelva. Unidad de Sueño, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva (España). esperanza.garcia@derf.uhu.es
- 2 Doctora en Sociología. Profesora Titular, Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad de Huelva (España). estrella@uhu.es

Recibido: 7 de septiembre de 2013
Enviado a pares: 22 de octubre de 2013
Aceptado por pares: 12 de enero de 2014
Aprobado: 10 de abril de 2014

Transcultural Care and Family Strategies to Deal with Dependency: The Phenomenon of Foreign Caregivers

ABSTRACT

Introduction: When a caregiver comes from a country other than that of the person being cared for there is a clash of cultures and social practices. Leininger's concept of transcultural care echoes the cultural diversity this contrast or opposition involves and recommends incorporating it into professional practice by developing what she defines as *culturally competent care*. **Purpose:** The purpose of this study was to know what type of strategies foreign caregivers develop when caring for people of different origin and how these strategies are integrated into the social, cultural and institutional context of the recipient society. **Study Materials and Methods:** A qualitative approach was used, based on in-depth interviews with immigrant caregivers in the province of Huelva and with personnel specialized in dependent patient care. **Results:** The study provides a description of the socio-cultural practices caregivers develop, according to their culture, and how those practices intervene in the exercise of care in the recipient society. **Conclusions:** Foreign caregivers sometimes develop strategies akin to their own beliefs, giving them priority over those of the care recipient or the recipient society. This can cause cultural clashes. Nursing professionals must identify these clashes so as to be able to intervene, using training and cultural competency as tools for change.

KEY WORDS

Foreign caregivers, dependency, cultural competency, immigration, transcultural care. (Source: DeCS, Bireme).

Cuidado transcultural e estratégias familiares ante a dependência: o fenômeno dos cuidadores estrangeiros

RESUMO

Introdução: quando um cuidador vem de um país diferente ao da pessoa cuidada, apresenta-se uma contraposição de culturas e práticas sociais. O conceito de cuidado transcultural de Leininger reitera a diversidade cultural que essa contraposição supõe e recomenda incorporá-la na prática profissional desenvolvendo cuidados que ela define como *culturalmente competentes*. **Objetivo:** conhecer que tipo de estratégias desenvolvem os cuidadores estrangeiros na hora de cuidar de pessoas de diferente origem e como estas se integram no contexto social, cultural e institucional da sociedade receptora. **Materiais e métodos:** método qualitativo, por meio de entrevistas em profundidade a cuidadores imigrantes em Huelva (Espanha), assim como a pessoal especializado nos cuidados de pacientes em situação de dependência. **Resultados:** descrição de práticas socioculturais que os cuidadores elaboram segundo sua cultura e como intervêm no exercício dos cuidados na sociedade receptora. **Conclusões:** os cuidadores estrangeiros desenvolvem em ocasiões estratégias afins a suas próprias crenças e priorizam-nas sobre as da pessoa cuidada ou as da sociedade receptora, o que gera choques culturais. Sugere-se que os profissionais de enfermagem as identifiquem para poder intervir utilizando a formação e competência cultural como ferramentas para a mudança.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidadores estrangeiros, dependência, competência cultural, imigração, cuidados transculturais. (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

En el presente artículo se describen los resultados de un estudio en marcha sobre los cuidadores inmigrantes y sus estrategias de cuidado en áreas claves, de Huelva y provincia (sur de España), donde se brinda atención a pacientes en situación de dependencia en diferentes ámbitos de especialización: atención especializada en hospitales y atención de la unidad familiar en el hogar. Una vez se caracteriza el área de estudio y se explican los objetivos, y el método y las técnicas empleadas, se describen algunas de las estrategias que las cuidadoras están desarrollando, y cómo estas tienen que ver con sus propias percepciones y experiencias de partida, y se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a personas dependientes de la sociedad receptora. También nos aproximamos a las perspectivas que algunos profesionales tienen al respecto.

Este trabajo ha permitido identificar algunas diferencias y choques culturales que se producen en el desarrollo de los cuidados. Usamos el término choque cultural en este trabajo para describir la ansiedad y los sentimientos (de sorpresa, desorientación, confusión, etc.) causados en un individuo por el contacto con un medio social totalmente distinto, como les ocurre en ocasiones a las cuidadoras extranjeras. La apreciación de diferencias culturales ha generado algunas situaciones que van más allá de lo que significa "cuidar", lo que ha incidido en la salud del paciente y en cómo se gestionan las tareas que se realizan en el proceso de cuidado de los mayores dependientes. La pertinencia de este estudio radica en que describe realidades sociales y sanitarias cada vez más frecuentes en los hogares y en centros públicos sanitarios en España, y particularmente en la provincia de Huelva, sobre las que prioritariamente debería intervenir. Este trabajo sugiere pistas para mejorar la calidad de la atención que las cuidadoras extranjeras prestan a los dependientes, a partir de los conocimientos y aprendizajes generados en esta investigación. Estas van unidas a una mejor comprensión del sistema de creencias, valores y prácticas culturales que tienen los sujetos de estudio, además de la identificación de su influencia sobre la acción de cuidar.

Estado de la cuestión

Sistemas de provisión de cuidados. El domicilio como protagonista

Los cuidados informales van en aumento en nuestro país y, más concretamente, en la región andaluza (1); es más, su papel

resulta esencial, por un lado, porque completan las carencias que las redes institucionales ofrecen para la provisión de cuidados, y, por otro, porque las políticas sociales de los países desarrollados tienden a plantear "el envejecimiento en casa" como su objetivo prioritario, debiendo a su vez potenciar el sistema informal de cuidados (2-4).

El interés por estudiar la repercusión de los cuidados de larga duración en los cuidadores y en las redes de apoyo informal es bastante reciente en la mayoría de los países. Los estudios pioneros sobre la atención informal aparecieron en países anglosajones, centrándose en la problemática del núcleo familiar que los alberga y direccionándolos a las denominadas "crisis del Estado de Bienestar" (5). Los estudios revisados (6-10) muestran diferentes enfoques, algunos se centran en las redes de atención al cuidador, además de describir los programas de intervención hacia el mismo (6). Esta es una revisión sistemática que analiza la situación actual de los cuidados en nuestro país (España) y reflexiona sobre el futuro de los mismos, debido a los cambios profundos que se están produciendo en las formas de vida de la familia. También se hace hincapié en las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que tiene el hecho de cuidar para el cuidador principal, y en el proceso de atención a la familia que deberían desarrollar los sanitarios, concretamente los profesionales de enfermería. Las familias siguen protagonizando el cuidado de la dependencia, dejando en un segundo plano las instituciones.

Un estudio realizado en Madrid (7) demostró que solo uno de cada 20 pacientes diagnosticados en situación de dependencia se encontraba en una residencia, al igual que otro estudio (8) elaborado 15 años después. En los estudios revisados (6-10) se confirma que la prestación de servicios sociales a estas familias es prácticamente inexistente. Las fuentes de apoyo al cuidado en el domicilio, externas al núcleo familiar, normalmente son de origen privado (9); otro de los estudios (10) afirma, tras una simulación de diferentes escenarios demográficos, que el envejecimiento de los cuidadores, más que el de los dependientes, provoca que la diferencia en la preferencia de atención domiciliaria respecto al salario del cuidador aumente de seis a quince puntos porcentuales, de ahí la necesidad de búsqueda de una figura que sea proveedor de cuidados, que acepte un salario mínimo, generándose así el nicho laboral de la cuidadora extranjera (10).

El protagonismo de la mujer como cuidadora: cuidadores extranjeros. Cuidados transculturales

El hecho de cuidar a una persona dependiente implica suplir aquellas necesidades que dicha persona no puede satisfacer por ella misma debido a su falta de independencia o autonomía (11). El cuidado se transmite de generación en generación, como práctica social y como herencia cultural. Se enseña a través de la cultura, de las prácticas sociales y se aprende a través de la experiencia personal. Al mismo tiempo, los cuidados no se producen en el vacío sino que tienen lugar en el contexto de sistemas y estructuras sanitarias y sociales que los terminan de configurar; una realidad aún latente es que el trabajo de cuidados, formales o informales, se sigue perfilando en femenino. Mayoritariamente, son las mujeres las que continúan haciéndose cargo de la tarea del cuidado, relegando su autocuidado a un segundo plano, con la consiguiente repercusión que esto tiene para su salud física y psíquica, así como para sus proyectos personales, lo que plantea un gran reto para alcanzar una igualdad efectiva (12). Esta difícil complementariedad familiar, genera estrategias domésticas para poder conciliar las necesidades personales con las obligaciones morales de los cuidadores, estrategias basadas en el mercado del cuidado, contratando para ello a los cuidadores extranjeros. Cuando una cuidadora procede de otro país se ponen en contraposición las culturas y prácticas sociales del origen y el destino a la hora de cuidar. El concepto de *cuidado transcultural* (13) hace eco de la diversidad cultural que supone esta contraposición y recomienda incorporarla en su práctica profesional desarrollando cuidados que ella define como *culturalmente competentes*. Otras teóricas, como la doctora Campinha-Bacote (14), incorporan otras dimensiones como los prejuicios, desarrollando aproximaciones que argumentan que antes de cuidar se debe crear una sensibilidad intercultural.

En el ámbito de los estudios de género e inmigración, las migraciones femeninas son percibidas como fuerza de trabajo idónea para realizar las tareas vinculadas a la reproducción social, puesto que estas labores suelen ser actividades socialmente poco valoradas, escasamente cualificadas, asumidas como algo inherente a la condición femenina y, a menudo, realizadas desde la economía informal. En este sector, la mujer inmigrante se ha introducido en España sin apenas competencia con las nacionales (especialmente como "cuidadoras" en el servicio doméstico interno). Sin embargo, la competencia sí existe entre los

mismos inmigrantes, produciendo un proceso de etnoestratificación sustentado en las preferencias de las familias empleadoras (15). Algunos autores (10, 15, 16) argumentan que el perfil de las mujeres inmigrantes que se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia varía en relación con el patrón descrito de cuidadoras formales, y esto se debe a las circunstancias personales que suelen rodear el contexto laboral y personal de este colectivo (16).

Contexto nacional

Hay varios fenómenos que acompañan la situación real de la dependencia en nuestro país y, más concretamente, en la provincia objeto de estudio, Huelva. El primero de ellos es la transformación de los núcleos familiares de nuestra provincia, donde además de la disminución de la natalidad, la mujer se incorpora al trabajo. Asimismo, las dificultades económicas en los hogares, la inversión en tiempo y dinero que genera el cuidado de otra persona, y el hecho de que las pensiones que suelen recibir los mayores no cubren ni la mitad de los gastos que supondrían sus cuidados, son características comunes. Este mosaico de rasgos ha contribuido a que la situación del cuidado del mayor dependiente tenga hoy mucho que ver con la existencia de centros alternativos de cuidados a los mayores. Las residencias de ancianos son la principal opción, pero cargan con un pesado lastre: la escasez de la oferta ante una demanda que no hace sino aumentar; en España solo se dispone de 3,7 plazas en ellas (agrupando privadas y públicas) por cada cien personas mayores de 65 años, y la mayoría de las residencias, especialmente las de titularidad pública (son bastante más baratas), reciben al solicitante después de largas y desalentadoras listas de espera (17). Los centros de día, por otra parte, constituyen una alternativa para atender a los mayores dependientes; pero en la actualidad, solo están registrados cerca de 1.700 de estos centros para personas mayores dependientes que cuentan con unas 40.000 plazas y que acogen al usuario durante el día (normalmente desde las 8 de la mañana hasta las 7 de la tarde), de lunes a viernes (17). Estos recursos insuficientes instan a las familias andaluzas a la permanencia del paciente en su domicilio.

Este modelo de atención donde la familia, y concretamente la mujer, juega un papel tan importante en tanto cuidadora (1), tiene sin duda aspectos muy positivos para la persona demandante de cuidados, pero no podemos olvidar los efectos negativos y la sobrecarga para las cuidadoras familiares (18). Los gerontólogos

hablan de un nivel de tolerancia para el cuidado informal, por el cual se transfieren responsabilidades a los cuidadores formales (19). La necesidad de contar con terceras personas para el cuidado de los mayores origina un gasto económico familiar adicional (EP2, Enfermera Gestora de Casos, 2012). La existencia de personas de origen extranjero con posibilidades de realizar tareas de cuidado a mayores dependientes, que además pueden residir en el propio domicilio del mayor en calidad de "internas", propicia una situación nueva que oculta, en parte, la limitación de los servicios de proximidad, como se sugiere en los estudios de cuidados a la dependencia e inmigración (16-20).

Contexto andaluz

En el caso concreto de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos. El primer nivel de atención es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. En el segundo nivel, de atención hospitalaria, se atiende a los pacientes que precisan de hospitalización.

Para el caso que nos ocupa, las cuidadoras, la atención a la dependencia se reestructura en la región tras la aprobación del Decreto 137/72 de Apoyo a las Familias Andaluzas, donde las cuidadoras familiares han pasado a convertirse en la población diana de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Para ello, se ponen en marcha diferentes medidas para la mejora de los cuidados en la atención domiciliaria, incluyendo la atención de las cuidadoras familiares, la prevención, el tratamiento y la adaptación de problemas de movilidad relacionados con el cuidado, la adaptación de los problemas que la discapacidad crea en el entorno y la atención a los problemas sociales vinculados a problemas de salud (21, 22). Para ello se ha incorporado una nueva figura sanitaria con el fin de mejorar y ampliar la capacidad de resolución de los servicios, denominada enfermera gestora de casos (EGC), cuya máxima responsabilidad es la asistencia y formación de las cuidadoras familiares.

Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son describir las tareas y los cuidados que realizan las personas que atienden a los mayores dependientes, así como la experiencia y los conocimientos

que sobre estos tienen. Igualmente, nos interesa focalizar la atención en las estrategias que desarrollan a la hora de cuidar a personas de diferente origen, y cómo estas se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a dependientes de la sociedad receptora. En este marco, este artículo quiere identificar algunas de las percepciones que las cuidadoras y los cuidadores extranjeros tienen sobre la salud y la enfermedad, atendiendo a algunas diferencias culturales. Se estudian estas percepciones y experiencias teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de los cuidadores entrevistados en nuestra área de estudio.

Materiales y métodos

En este apartado se describe el diseño metodológico y técnico desarrollado hasta el momento, que se arraiga en un enfoque de pluralismo metodológico, acompañado de la triangulación de datos e informaciones (23-25), que enfatizan la necesidad de coherencia entre los métodos de investigación y el objeto de estudio. Dada la diversidad de aspectos que queríamos observar, se han empleado diferentes estrategias y técnicas de investigación social. Para abordar el estudio sobre la realidad del cuidado a pacientes en situación de dependencia que prestan las mujeres extranjeras, se han utilizado tres tipos de aproximaciones metodológicas que dan respuesta a los distintos objetivos que se acaban de exponer.

Fuentes secundarias

Se manejan aquí, además de las fuentes bibliográficas y administrativas que permiten describir someramente el entramado organizativo del sistema sociosanitario andaluz encaminado a la atención de la dependencia, estudios e investigaciones sobre la materia e instrumentos de evaluación existentes. En este caso, contamos tanto con aproximaciones cuantitativas como cualitativas.

Fuentes primarias

Nuestras fuentes primarias de análisis son de carácter cualitativo, habiéndose centrado el grueso del trabajo de campo en la obtención de datos por la vía de la entrevista en profundidad, realizada a diferentes personas que podríamos clasificar en dos tipos²:

² Se observó el acortamiento en las referencias a sus declaraciones o discursos a lo largo del texto.

- Profesionales del sistema (público o privado) de todas las áreas de estudio

En este subgrupo se llevaron a cabo entrevistas a personas que compondrían lo que podríamos llamar dos perfiles diferentes:

- Tres enfermeros gestores de casos de las zonas estratégicas de estudio: Huelva capital, Huelva Costa y Huelva Condado-Campaña (mujer, 42 años; varones, 39 y 46 años respectivamente).
- El gerente de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras para desarrollar servicios en el hospital (varón, 38 años).

- No profesionales

Se entrevistaron 16 informantes, cuidadoras y cuidadores extranjeros que dispensan atención directa a personas autóctonas dependientes. En esta fase de la investigación, todas las entrevistas desarrolladas hasta la fecha fueron realizadas a cuidadoras mujeres; no se identificaron cuidadores varones en nuestra área de estudio, fenómeno que se repite en investigaciones similares (3, 10, 16, 20, 21). El único varón entrevistado ocupaba el rol de gestor de empresa que subcontrataba a cuidadores extranjeros, como se ha especificado.

El discurso y las experiencias obtenidas tras la realización de esta primera fase de entrevistas permiten aproximarse al fenómeno de los cuidados desde la perspectiva de las personas que están día a día a cargo de la gestión de la provisión de los cuidados, tanto públicos como privados, formales e informales, cuanto desde la perspectiva de las cuidadoras que llevan a cabo los mismos.

Para la selección de las personas entrevistadas, más que atender a criterios de muestreo representativo, que tenían poco sentido para esta investigación, se abordó un muestreo teórico con el objeto de acercarnos a personas que pudieran representar socialmente espacios discursivos diferentes respecto a la atención a dependientes, y las problemáticas derivadas de posibles choques interculturales. Se intentó igualmente, conociendo por estudios previos las diferencias existentes en la provincia entre una migración más reciente y otra más consolidada, que entre los entrevistados profesionales se pudiera recoger la experiencia de enfermeros que atienden en zonas donde la migración es más

reciente, y zonas donde es más antigua (Almonte frente a Punta Umbría), sin olvidar la dualidad rural / urbano (Almonte y Punta Umbría frente a Huelva capital, por ejemplo). Todo ello bajo la idea de que podrían identificarse realidades diferentes en lugares con más o menos experiencia migratoria en los servicios sociosanitarios para la atención a mayores en situación de dependencia. Esto es, ¿la tendencia a emplear a cuidadoras inmigrantes varía según la migración sea más estable o no?, ¿la existencia de una migración más consolidada implica un aprendizaje intercultural que se traslada al ámbito de los cuidados, minimizando posibles choques interculturales?

Por otra parte, cabe indicar también que en esta fase de la investigación, dado lo anecdótico de los cuidados prestados por mujeres extranjeras en el área de la sierra de Huelva, no se realizaron entrevistas a cuidadoras allí, concentrándose todas de momento en las áreas de la costa, el condado y la capital.

Otros detalles metodológicos

Para el desarrollo del trabajo de campo, de acuerdo con el perfil de las personas que iban a ser entrevistadas y el tipo de información que se pretendía recoger, se usaron diferentes instrumentos de recogida de la información o guiones cualitativos. En ellos se contemplaba un abanico diverso de temas por discutir, tales como: aspectos ligados al perfil migratorio, laboral o familiar, sus prácticas y experiencias en el cuidado, aspectos relacionados con los choques interculturales. Para el caso de las entrevistas con profesionales, las preguntas recogidas en el guión eran algo diferentes, para reunir otras informaciones como la distribución de mujeres extranjeras en su zona, la provisión de cuidados formales en el área de estudio, la existencia de talleres de formación para cuidadoras, etc.

El trabajo de campo se desarrolló entre los años 2011 y 2012; las entrevistas se llevaron a cabo algunas veces en el lugar de trabajo de las entrevistadas, y, otras, en los domicilios de residencia. En el caso de las cuidadoras, normalmente se celebraron en el domicilio donde prestaban los cuidados, ya que vivían en régimen interno y solo descansaban los domingos, además de ser un espacio donde se encontraban más tranquilas porque no abandonaban su lugar de trabajo. Respecto a los enfermeros y otros profesionales entrevistados, las entrevistas se realizaron en un despacho cedido por la Unidad de Investigación del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, por ser un lugar neutral para el entrevistado.

Resultados

Diversidad sociocultural entre las cuidadoras

Uno de los primeros factores que salta a la luz en el discurso de profesionales del estudio y de cuidadores, es la existencia de diferentes estilos de vida sociosanitarios entre personas de diversa procedencia, distintos niveles formativos y diferentes experiencias laborales previas. Así lo explicaba uno de nuestros entrevistados, gestor de una empresa que ofrece servicios de cuidados y que hace de intermediario entre las cuidadoras finalmente contratadas y las familias de las personas atendidas:

Las diferencias culturales son muchísimas, la cultura... ten en cuenta no sé si lo dices por el grado de instrucción, que eso es lo más variado, tengo enfermeras, tengo auxiliares, licenciadas en historia, tengo una abogada que trabaja conmigo, una chica que estudió odontología, un chaval que es administrador, un chaval que estudió teología, iba para cura y luego lo dejó, tengo chavales que han llegado a un nivel de instrucción de bachillerato, entonces se les nota la diferencia del nivel de instrucción... pero ninguno excepto las enfermeras están formados en cuidados (EPI. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

La cita anterior refleja claramente la diversidad interna existente entre las personas que proporcionan cuidados en la provincia de Huelva. Igualmente, hace palpable que las diferencias culturales no se atribuyen solo al país de origen sino también al nivel global de instrucción o formación alcanzada. El siguiente discurso es de una cuidadora con estudios universitarios en su país de origen, que nos refiere cómo influye el nivel de instrucción de ella y del paciente al que cuida en la comunicación interpersonal entre ambos y cómo esto se relaciona con la salud: "Si los pacientes tienen un nivel más alto, te entiendes mucho mejor, entienden mejor a las personas, entienden mejor lo que dice el médico y todo lo demás. La persona que tiene menos instrucción entiende un poquito menos pero se va instruyendo para mejorar" (EC1⁴. Cuidadora rumana, 42 años).

Diferentes autores (25, 26) explican que dar formación aumenta la satisfacción de los cuidadores en un 96 % de los casos,

4. EC = Entrevista a cuidadora.

y que la consideran útil para mejorar la eficacia del cuidado en un 66 %. Un ejemplo de ello es que aportan datos que definen como universitarias a un tercio de las informantes seleccionadas (informática y magisterio) en sus ámbitos de estudio, mientras que el resto tendrían estudios de bachiller y primarios, no adecuándose sus estudios al trabajo desarrollado en España. En su país, ninguna de las cuidadoras cuidaba previamente a ancianos, dedicándose a tareas administrativas, agrarias, docentes o trabajando como operarias, entre otras tareas. Cuando llegan a España no tienen la posibilidad de realizar el trabajo que hacían en sus países de origen, lo que hace que muchas mujeres inmigrantes se dediquen al cuidado de ancianos.

Percepciones relativas a los conceptos de salud y enfermedad entre las cuidadoras y los cuidadores

La literatura advierte que las nociones de salud y enfermedad varían de acuerdo con las coordenadas espacio-temporales y sociales de referencia de las personas. Cada sociedad desarrolla conocimientos, prácticas e instituciones particulares a estos efectos, o lo que Kleinman denomina como *sistema de atención a la salud* (27). Este, desde su perspectiva, engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados con la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, las causas y los tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este "escenario". A estos se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del "estado de salud". Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos coinciden con la cultura general del grupo, que a su vez, sirve para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y catalogados como "enfermedad" (28).

Esta idea se ve reflejada en el discurso emergente de las entrevistas realizadas. Diversas ideas aportadas por las informantes vinculan salud a la ausencia de enfermedad (y, por tanto, de tratamientos), mientras que otras aluden a nociones psicosociales y emocionales, cuando van más allá de los aspectos físicos. También encontramos que algunas cuidadoras se refieren a las vertientes física, mental y social de la salud. En este sentido, "tener salud" puede ser tanto no estar enfermo, como no estar triste, e incluso contar con apoyos de otras personas (traducido en términos de cariño, etc.), o simplemente sentirse entendida, com-

prendida e incluso, en algunos casos, la idea de la salud se asocia a una dimensión más social, unida al disfrute del ocio y tiempo libre. Esta multiplicidad de significados atribuidos se aprecia en los discursos que siguen, a modo de ejemplo:

Salud, como su nombre lo indica, es... está la persona bien tanto interna como externamente, ¿no?, o sea en cuanto, también a lo ambiental todo, todo, o sea integral. Para mí, más que todo influye mucho el cariño. [...] Porque una persona puede estar enferma y siempre y cuando se le brinda cariño, [...] como que aminoran la enfermedad. Claro, porque la persona además se siente útil, así tengan la enfermedad que tengan, se sienten queridas (EC2. Cuidadora ecuatoriana, 34 años).

Para mí una persona con Salud es aquella que no le duele nada, que tiene el corazón sano, la cabeza, que no toma pastillas. También que no esté triste (EC1. Cuidadora rumana, 42 años).

Una persona vive mejor si no está triste. No es bueno que piense mucho en su enfermedad (EC4. Cuidadora marroquí, 38 años).

¿La salud? ¿Qué es la salud? ¿Cómo es de importante? ¿Lo importante?... yo no sé, me parece tener a una persona que cuida a las personas mayores, es muy importante porque cuando hay una persona un poquito mayor y sola, eso no está bien (EC5. Cuidadora boliviana, 35 años).

¿Salud? Salud, si la persona físicamente está buena eso y no hace falta médico. Yo eso no lo sé qué es salud... No puedo... La salud es lo primero... No puedo. ¿Qué importante? Pues no sé qué contestar. Es muy importante entender persona a otra, ¿sabe? Querer a ella, es muy importante' (EC6. Cuidadora rusa, 32 años).

En las anteriores definiciones, transcritas literalmente, se observan las similitudes de las percepciones de las informantes a pesar de que procedan de países tan distintos como Rumania, Ecuador, Marruecos, Bolivia y Rusia, con diferentes marcos culturales de referencia. No obstante, a pesar de las similitudes, la noción de salud es construida individualmente, en la medida en que cada persona desarrolla un concepto distinto en función de su biografía y de su cultura, así como de su relación con el sistema de salud y otros factores, como sugieren las citas anteriores. Un estudio revisado (29) de corte cualitativo, desarrollado con familias, que explora las necesidades de salud de la población de Chile, concluye que el concepto de salud surge de tres tipos de experiencias: la percepción de carencia económica, la enfermedad y

la relación con su entorno social y familiar. En este último caso, la salud personal y la salud social están relacionadas. Así, cuando en un hogar alguien se enferma, mantiene un nivel de discapacidad o necesita ingreso hospitalario, no solo se enferma el paciente, sino que el problema se extiende a la familia, ya que esta modifica su concepto de salud por la propia experiencia que está viviendo. En el caso de las cuidadoras extranjeras, la definición de salud, como se expresó en las citas anteriores, está asociada a la ausencia de enfermedad, aunque también aparecen los conceptos de cariño, soledad, sentirse cuidado o entendido por alguien; para ellas, la salud tiene que ver en gran medida con el hecho de estar bien emocionalmente. La elaboración de su discurso en algunos casos propone al estado emocional como eje principal de su salud. La importancia de estar bien emocionalmente es un factor subrayado en la literatura existente sobre la salud de los inmigrantes (26, 30-32), cuando se alude al *Síndrome de Ulises* o al *Estrés de traslado postraumático*, cuya causa viene determinada por el duelo migratorio que lleva asociado un coste de salud mental, no solo por la añoranza de los suyos, sino por lo que conlleva el estar en otro país, en soledad, sin los suyos, con otro idioma, con la falta de integración. Por eso, puede resultar normal encontrar en las cuidadoras una definición de salud que se acerque a estar bien emocionalmente, a la ausencia de problemas mentales. Se trata de un síndrome exclusivo de las cuidadoras formales de origen extranjero, inherente al proceso de emigrar.

Según refiere una de las entrevistadas de origen rumano, en su país el sistema sanitario es parecido al nuestro, existen buenos hospitales, buenos profesionales, el gran problema es la falta de recursos para acceder a ellos. Por eso, en su definición de salud señala que la salud tiene que ver con el dinero. Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de estos pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos). Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes. Existe una gran cantidad de indicadores; los más utilizados son aquellos que muestran falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad. Según el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2009, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rumania tiene una tasa de mortalidad infantil por neumonía del 25 %, siendo la de Ucrania del 19 % y la de España del 1 %, citando otros ejemplos que pueden servir de referencia. Estos datos reflejan que, aunque tienen los materiales para definir el bacilo que provoca la neumonía, no existen los recursos necesarios para tratarla.

Percepciones, experiencias y choques culturales en el proceso de "cuidar"

El cuidado tiene una dimensión cultural muy importante inherente a la persona que lo presta. La dimensión simbólica de la percepción que se tiene sobre cuidar incluye los conocimientos, las percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad o los procesos que ella conlleva. En todas las sociedades hay marcos culturales que definen conceptos sobre lo que es el cuidado (28, 33, 34). Dada la diversidad existente entre las personas que prestan cuidados y los múltiples tipos de cuidados por prestar, sería muy difícil crear un recetario que relatara cómo deben prestarse los cuidados atendiendo a los orígenes diversos de los cuidadores. Otro de los factores que contribuye a esta dificultad es que pueden documentarse percepciones distintas según el país de origen de acuerdo con sus propias experiencias, relaciones, educación, etc. Algunas de las percepciones que tienden a ser similares entre nuestras entrevistadas procedentes del mismo país son las asociadas a los sistemas sanitarios y políticos de su país de origen, si bien otros factores como el nivel de instrucción, o el área concreta de procedencia, entre otros, también contribuyen a la formación de estas percepciones (13, 35).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención: desigualdad social y económica

El sistema de atención a la salud es tanto un sistema cultural como un sistema social de salud. Definimos este último como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas con la salud, la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. A esta dimensión del sistema de atención a la salud también se le pueden atribuir (28) profesionales de la salud no reconocidos institucionalmente, ni por el sistema biomédico, tales como curanderos, brujos, hechiceros, meso-terapeutas, padres-de-santo, pastores.

En el universo de cada grupo social, los especialistas tienen un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tienen ciertas expectativas sobre cómo será llevado a cabo ese papel, qué enfermedades puede curar el especialista, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados (36). En este

apartado se cumple uno de los objetivos planteados en el estudio: conocer cómo cuidan y cómo se cuida en los países de origen. A continuación vamos a describir algunas prácticas que se realizan en los países de los cuidadores para aproximarnos a la comprensión de sus comportamientos en nuestro país respecto a la salud:

Sí, a la medicina, a las cosas que hay aquí que no hay en mi país, las comodidades como la Seguridad Social que existe, porque nosotros no la tenemos así para todos, sino solamente para las personas mayores y para los recién nacidos menores de un año, y las personas mayores de 65 años para arriba también la tienen. Pues esa es la diferencia en la medicina que yo veo acá que está muy bien. Y otra diferencia que yo veo es la forma como viven, que trabajan todos también y en la casa siempre la mujer, todavía nosotras estamos acostumbradas a que el hombre nos mantenga y a estar en casa... (EC7. Cuidadora colombiana, 36 años).

Lo que allá sí se practica es por ejemplo la medicina, la terapéutica, o sea con terapias por ejemplo de plantas medicinales y todo eso. Aquí, aquí casi no lo hay. [...] Sí, aquí es menos y ¿qué otras cosas? Sí, allá hay de todo. Lo que pasa es que la falta de recursos es que es lo malo. Claro por que allá todavía se piensa, no como aquí, allá todavía se tienen culturas, ¿no?, por ejemplo, los indios, nuestros indios, ellos se curan con sus poderes que ellos han adquirido (EC8. Cuidadora Perú, 34 años).

Pues las prácticas son más que nada lo que es la medicina alternativa o la medicina tradicional que son un poco el uso de hierbas, de ungüentos de animales, el uso de otro tipo de conocimientos empíricos que a veces va coordinado y de la mano en el desarrollo de la medicina. Hay una obra muy importante en cuanto a este aspecto que es la medicina tradicional y lo que es la [...] instructiva que es la medicina que se estudia en la universidad, la medicina tradicional tiene brujos, curanderos, hechiceros que cada uno tiene sus aspectos para poder curar a los usuarios de determinados pueblos, se da mucho esto en el Perú, porque allí la Seguridad Social no es como aquí en España gratuita, sino de una forma muy... este... ¿cómo te puedo explicar? De una forma costosa, o sea, que te cuesta, te cuesta una consulta, te cuesta una medicina (EP1. Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

Hay mucha gente que cree otra forma medicina, no sé como aquí en España, pero en mi país sí. Es medicina y medicina otra. Eso ya como gente piense. Los Hospitales, los médicos... bueno, todo eso hay pero cuesta mucho ¿sabe? Cuesta dinero, ¿entiende? Pero hay todo mismo, pero necesitas dinero, y por eso todos

estamos por todos sitios del extranjero y tenemos que emigrar, ¿sabes?, estar sano cuesta mucho dinero... (EC1, Cuidadora rumana, 42 años).

Se pone de relieve que una gran parte de las diferencias culturales en el hecho de cuidar se vincula, no solo con tradiciones, sino también con la situación socioeconómica de los países de origen, que contribuye a que se mantengan medicinas alternativas. En este sentido, cuidar y ser cuidado conecta tanto con la cultura como con la estructura social, y lo mismo ocurre con las prácticas que se desarrollan.

Desconocimiento del sistema de atención

El inmigrante económico ve alterados todos los condicionantes de su salud de forma que se convierte en una persona vulnerable desde el punto de vista sanitario. A la llegada al país de acogida debe afrontar un duro y complejo proceso en el que influyen cantidad de factores relacionados directamente con el desconocimiento, déficit o ausencia de derechos, las condiciones laborales a menudo precarias, la carencia de apoyo social o familiar, el duelo migratorio, la dificultad para acceder a recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local. El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se presentan en la población que ha inmigrado y pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud en un contexto de normalidad (37).

En cierto modo, el desconocimiento mutuo es una de las causas de que el sistema de salud sea injusto. Así, no puede existir equidad cuando tanto el que presta el servicio como el que lo recibe desconoce al "otro", y no puede producirse el diálogo básico que todos sabemos imprescindible entre sanitario y enfermo (38). La información debe ser bidireccional para que se pueda llamar comunicación y es básica para que puedan proporcionarse buenos diagnósticos y buenos cuidados.

El fenómeno del desconocimiento entre los autóctonos y el inmigrante, al igual que el desconocimiento del sistema sanitario por la brecha entre recursos sanitarios del país de origen del que cuida y del país del paciente cuidado, se observa también en nuestro estudio, tal y como se describe en los siguientes fragmentos de las entrevistas realizadas:

Sí, aquí cuando una persona mayor se pone enferma y llámás al médico viene muy pronto, no hace falta que esté enferma del corazón (EC1, Cuidadora rumana, 42 años).

En mi país tardan mucho en venir; puede pasar más de una hora, aunque llamemos para algo urgente; no vienen rápido. A veces incluso dicen cosas como 'no hay gasolina para el coche' o 'tenemos muchos avisos' (EC3, Cuidadora ucraniana, 38 años).

Las cuidadoras extranjeras, en general, bienen interiorizado el sistema sanitario y los cuidados que se realizan en su país de origen, por lo que tienden a reproducir elementos que son propios del funcionamiento de sus instituciones en las del país de acogida, ante el desconocimiento de su sistema y las barreras de accesibilidad al mismo.

Choques y diferencias interculturales en la prestación de cuidados y entre los sistemas sanitarios

Las personas de origen extranjero tienden a reproducir a veces en el país de llegada el sistema sanitario de origen como única estructura sanitaria interiorizada. Esto puede provocar dificultades a la hora de afrontar un problema de salud, propio o de la persona a la que se cuida, cuando se es provisor de cuidados, como ocurre de hecho en el caso de las protagonistas de nuestro estudio. Este choque o diferencias se ilustran claramente en los siguientes discursos:

España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo en cuanto a prestaciones de servicios y no lo sabemos apreciar realmente porque en verdad ese aspecto de lo que es la sanidad gratuita y aquí en España en cuanto a la atención médica a la prestación de servicios, respecto a las medicinas que tienes gratuitas para las personas mayores, que también tienes un 40 por ciento para las personas que estamos en activo, es una bendición y se sabe que aquí a España vienen muchas personas de Portugal para hacerse operaciones gratis y el tratamiento gratis para luego retornar a su país' (EP1, Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

En el Perú no, tienes que pagar su dinero y los recursos, allí hay mucha corrupción y la economía está muy mal organizada. Es un desastre en cuanto a la atención en el campo de salud, a veces confundía la situación social de mi país con la de España, porque el de España desconocía totalmente y conocía el mío, entonces pues entraba en un dilema que no entendía uno de otro pero ya habiendo superado con los años y la experiencia pues sí, ahora sí (EP1, Varón de Perú, 38 años. Gestor de una empresa que contrata a cuidadoras extranjeras).

Diferencias lingüísticas y comunicativas: el papel del idioma y las formas de cuidar

Las barreras de comunicación originadas por el escaso o nulo conocimiento del idioma del lugar de acogida, la diferencia de códigos culturales y la carencia de competencias lingüístico-culturales dentro del sistema sanitario, constituyen dificultades importantes a las que se enfrentan las personas inmigrantes (39). En nuestra población de estudio, se identifica este fenómeno en el discurso de algunas entrevistadas:

Diferencia respecto a su país, la forma de comunicarse y relacionarse con la gente muchísima aquí el andaluz, el de Huelva, vozerón, gritan y las cosas claras y directas y entonces no es un trato más frío, más seco en cuanto a, claro, a la forma de ser de aquí pero nosotros, los iberoamericanos, somos más suaves, de hablar más tranquilo, más despacio, más cariñoso y eso muchas veces es el aspecto más importante en cuanto al cuidado de las personas mayores, que se ponen como niños y les gusta que los traten con cariño, no con cariño, sino con esa dulzura, la forma diferente de hablar y eso es el atractivo y lo que a veces gusta, y entonces, pues, el comunicamos, no tenemos problemas más que nada por lo que es el idioma ya te he dicho (EC7. Cuidadora colombiana, de 36 años).

Como se observa en la cita, tan importante puede resultar el manejo del idioma en algunos casos, como las costumbres a la hora de comunicarse con los demás. La cita revela claramente cómo hay una clara conciencia de que una forma de ser más abierta y expresiva puede ser un valor añadido en la prestación de cuidados a mayores.

Discusión y conclusiones

Las páginas anteriores han puesto de manifiesto los vínculos que existen entre la diversidad cultural, las percepciones respecto a la salud y la enfermedad, los choques culturales y las estrategias de cuidado que se desarrollan por parte de las cuidadoras y los cuidadores extranjeros que hemos entrevistado. Enfermeras/os y otros profesionales del cuidado, desde su perspectiva, son conscientes igualmente de algunas de estas relaciones, así como las familias. Las distintas percepciones sobre la salud, y el cono-

cimiento de prácticas socioculturales en el hecho de cuidar que traen del país de origen, y que contrastan con la del país de destino migratorio, son unas de las diferencias o choques culturales observados.

Ambos elementos —percepciones y conocimiento de prácticas heredadas del origen— tienen repercusión en algunas de las filosofías y los planteamientos que despliegan al cuidar en destino, así como en las estrategias concretas que desarrollan a la hora de cuidar a personas, y de relacionarse con las familias de los enfermos y las enfermas. También parecen estar repercutiendo en cómo las cuidadoras se integran en el contexto social, cultural e institucional de los cuidados a dependientes de la sociedad receptora.

Entre otros resultados destacables se encuentran la descripción de algunas prácticas socioculturales que las cuidadoras elaboran según su cultura, y cómo intervienen en el ejercicio de los cuidados llevados a cabo en destino. Pero también se pone de relieve cómo la diversidad no es solo derivada del país o la zona de procedencia, sino de aspectos como el grado de formación, o las experiencias profesionales previas, el tipo de sistema socio-sanitario y la familia en que se ha estado, etc.

Se sugiere, por tanto, la importancia de adoptar cuidados culturalmente competentes (13), adecuando para ello aquellos que prestan a la cultura del paciente al que cuidan; valorando, aceptando y respetando la diversidad. Con la capacidad, el compromiso y la motivación para la introspección en la propia sensibilidad cultural del cuidador, y siendo conscientes de lo dinámica que es la cultura y cómo esto interviene en la relación y comunicación con el paciente (40). Adaptarse para crear espacios en la diversidad de cada una de las personas que necesitan cuidados personalizados, ya que cada individuo es único y producto de sus experiencias, valores y creencias que han sido aprendidos y transmitidos de generación en generación. Por ello, si los cuidadores desarrollan estrategias afines a sus propias creencias, sin tener en cuenta las de la persona cuidada, se generan choques culturales cuyos resultados son conductas inadecuadas que inciden en la salud del paciente, según se ha podido documentar en el trabajo de campo. No obstante, conviene insistir en la importancia que las prácticas culturales y otros condicionantes socioeconómicos tienen en los cuidados desarrollados.

Referencias

1. Guada E, Rodríguez I. Huelva, dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía; 2008.
2. Moya P, Escribano F, Pardo I. La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar: revistas de ciencias administrativas y sociales*. 2012;22(43):55-66.
3. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(6):547-553.
4. Abellán-García A, Esparza C, Díaz-Pérez J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones laborales*. 2011;29(1):43-67.
5. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(1):29-41.
6. Isla Pera P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2010;8(7):187-194.
7. Rogero-García J, Ahmed-Mohamed K. La satisfacción de las necesidades de las personas dependientes de 60 años y más según proveedor de cuidado: España. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;85(6):541-553.
8. Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez E. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enferm glob*. [online]. 2013;12(32):211-221.
9. Vilaplana Prieto C. Estimación de la dependencia en España a partir de la edad. *Revista de Economía Pública*. 2010;194:125-175.
10. Martínez Buján R. La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Norteamérica. 2011;29.
11. Pino P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. *Medwave*. 2012;12(10).
12. Martín Cano MC, Seisdedos S. Ley de Dependencia: una mirada con perspectiva de género. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*. 2010;48:84-97.
13. Leininger M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, research & Practices*. New York: McGraw- Hill; 1995.
14. Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):181-184.
15. Blanco C. Mujeres y migración. *Emakunde*. 2000;(41):6-11.
16. Martínez Buján R. Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. *Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC; 2010.
17. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe anual del Inmerso. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
18. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2008;43(3):157-166.
19. Orozco M. La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011;14(1):222.
20. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Cuidado a la dependencia e inmigración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
21. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E y Solano-Parés A. El cuidado informal a la dependencia desde una perspectiva de género. *Enfermería Comunitaria*. 2008;4:10-7.
22. Beltrán M. *Perspectivas sociales y conocimiento*. México: Anthropos; 2000.

23. Creswell JW. *Controversies in mixed methods research*. The Sage Handbook of Qualitative Research. 2011;4:269-284.
24. Bryman A. *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
25. Murphy MW, et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. *BMC Family Practice*. 2014;15:1-33.
26. Achetegui J. La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis*, 2012;3.
27. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor, and mechanism. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*. 2013;14(1):39.
28. Langdon EJ, Witk FB. Salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latina de Enfermagem*. 2010;18(3):9-18.
29. Fortuna CM, et al. Nurses and the collective care practices within the family health strategy: salud de la familia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(3):581-588.
30. Rodríguez-Álvarez E, et al. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(4):274-280.
31. Soriano E, Ruiz D, Higginbottom G. Health Promotion in the Moroccan Child Population in Spain: The Healthy Child Program. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;132:675-681.
32. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2009.
33. Ruiz López M, Moreno Preciado M. Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional. 2013;35:86-95.
34. Rojano Pérez R. Efectividad de una intervención grupal de educación para la salud en la mejora de conocimientos y satisfacción vital de las cuidadoras inmigrantes y autóctonas (CIA). Tesis Doctoral. Universidad Málaga; 2014.
35. Langdon EJ, Fuller, ML. Anthropology of Health in Brazil: A Border Discourse. *Medical Anthropology*. 2012;31.1(1):4-28.
36. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista Médica de Chile*. 2011;139(10):1298-1304.
37. Soler-González J, Real J, Farré J, Serna C, Cruz I, Ruiz C et al. Análisis comparativo de las serologías realizadas a los inmigrantes en la región sanitaria de Lleida. *Atención Primaria*. 2013;45(2):84-91.
38. Sandin Vázquez MM, Castelló A. *Catálogo salud inmigrantes. Recursos para facilitar la comunicación intercultural*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
39. Cross Terry L, et al. Defining youth success using culturally appropriate community-based participatory research methods. *Best Practices in Mental Health*. 2011;7(1):94-114.

2.2. PUBLICACIÓN 2

Autores: E. Begoña García Navarro, Rosa Pérez Espina, Sonia García Navarro, Ángela Ortega Galán

Título: El componente cultural de la muerte: Acompañando a Fabala dambele

Revista: Medicina Paliativa 18 :8-13 - vol.18 núm 01. 2011.

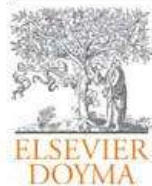
Editorial: Elsevier

ISSN: ISSN :1134-248X

Web: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa>

Indexada en: Science Citation Index, Scopus, Science Direct, Latindex

Medicina Paliativa constituye la única publicación en castellano especializada en cuidados paliativos. Se trata de una revista multidisciplinar que quiere compartir conocimientos y experiencias y de este modo dar respuesta a las diferentes áreas de conocimiento implicadas en la atención multidimensional del paciente al final de la vida y su entorno más próximo.



NOTA CLÍNICA

El componente cultural de la muerte: acompañando a Fabala Dambele[☆]

Esperanza Begoña García Navarro ^{a,b,*}, Rosa Pérez Espina ^a, Sonia García Navarro ^{b,c}
y Ángela Ortega Galán ^{a,b}

^a Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Unidad de Cuidados Paliativos, Huelva, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España

^c Distrito Sanitario Huelva-Costa, Coordinadora Cuidados Paliativos DH-C, Huelva, España

Grupo de investigación: Afrontamiento de los pacientes al final de la vida. PI-0204/2008

Recibido el 27 de noviembre de 2010; aceptado el 15 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Diversidad cultural;
Cuidados paliativos

Resumen Las personas provenientes de diferentes culturas en el tramo final de sus vidas experimentan el fenómeno de la diferencia, ya que su forma de entender la muerte no se corresponde con la de la cultura occidental. La muerte no es gestionada desde la diversidad, y está sometida a las costumbres sociales dominantes. La investigación plantea la necesidad de respetar estas diferentes actitudes frente a la muerte, y así conseguir una competencia cultural en el ámbito de los cuidados paliativos.

Los objetivos del presente trabajo son analizar, a partir de un caso, los problemas específicos que encontramos al trabajar con población inmigrante con enfermedad avanzada y/o terminal. Para ello, utilizaremos una metodología cualitativa, empleando como instrumento de recogida de datos la entrevista en profundidad, técnica cualitativa que nos permite llegar al emic del sujeto entrevistado gracias a su discurso. El análisis se realizará siguiendo el modelo de Taylor-Bodgan.

El sobreesfuerzo que esto supone nos lleva a un enriquecimiento en un mundo en el que cada vez confluyen más formas diferentes de enfocar la situación terminal.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆]Artículo presentado como comunicación oral en el Congreso Nacional de Cuidados Paliativos. A Coruña 2010.

Proyecto subvencionado Consejería de Salud de la Junta de Andalucía PI-0204/2008.

*Autor para correspondencia.

Correo elec trónico: esperanza.garcia@denf.uhv.es (E. B. García).

KEYWORDS

Immigration;
Cultural diversity;
Palliative care

The cultural component of death: accompanying Fabala Dambelo

Abstract

People from different cultures suffer the phenomenon of difference at the end of their lives, because their understanding of death is not consistent with Western culture. Death is not managed through diversity, and is subject to the prevailing social customs. This study raises the need to respect these different attitudes towards death, achieving cultural experience in the field of palliative care.

The objectives of this study are to analyse, using a case, the specific problems encountered in working with an immigrant population with advanced and/or terminal disease. Qualitative methodology was used, with data being collected by in-depth interview, a qualitative technique that allows us to emit of the subjects interviewed through their discourse. The analysis was performed following the model of Taylor-Bogdan.

The extra effort that this entails leads to an enrichment in a world in which the increasing diversities merge to approach the end-of-life situation.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La muerte es una idea construida por la sociedad. Cada cultura tiene una visión coherente que trata de explicar la representación de la muerte. El afrontamiento de esta vivencia depende en gran medida de la cultura de la que proviene la persona y el peso cultural que tenga en ella el hecho de morir¹; aunque la percepción personal está asociada a las tradiciones, comparte un componente individual en función de sus propias experiencias a la hora de planificar los últimos días. La gestión de la diversidad cultural en la terminalidad, tal como se ha expresado anteriormente, se convierte en una nueva demanda de salud para las personas que trabajamos con pacientes en la etapa final de sus vidas. Esta nueva demanda debe analizarse para poder abordarla de forma integral y asegurar la equidad de la asistencia en los pacientes que provienen de diferentes culturas. En un mundo plural y sin fronteras como el que vivimos, para atender el proceso de morir se hace necesario el conocimiento de la fe que profesan los que están cercanos a la muerte, así como sus ritos, celebraciones y aspiraciones, para poder acompañarlos a caminar por el último tramo de su vida agarrado a sus raíces, reencontrando el sentido profundo de la vida pasada, y posiblemente futura, según la visión trascendente que tenga la persona². En este caso, la experiencia de Fabala nos lleva a una visión de la divinidad procedente fundamentalmente del islamismo, aunque en ocasiones expone una fe animista propia de la cultura del poblado. Como en muchas otras cosas, en la perspectiva de la muerte, el islamismo tiene influencia de la tradición judeo-cristiana. Los muertos resucitarán al final de los tiempos. Habrá un juicio y cada uno será juzgado por sus obras. Del resultado del juicio se seguirá una condenación para quienes hayan obrado mal, condenación que, para la mayoría de los musulmanes, no será eterna gracias a la intervención de Mahoma³. Lo mismo que para los cristianos hay un pecado "no perdonable" (el pecado contra el Espíritu Santo), para los musulmanes el pecado imperdonable es asociar a Dios con otras divinidades. En la

balanza pesará más que todas las obras buenas que haya podido hacer el fiel^{4,5}.

Caso clínico

En el presente artículo, describiremos un caso de cómo se gestiona la diversidad cultural en el proceso de acompañamiento al final de la vida. Para ello no ha sido necesario crear ningún recurso específico, sólo hemos necesitado la coordinación de las redes no gubernamentales con las de nuestra institución y la realización de cuidados culturalmente competentes, lo cual implica: aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones personal sanitario-paciente y viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales, de acuerdo con las necesidades manifestadas por los pacientes⁶.

Nuestro informante, Fabala, era un joven mallense, de 27 años de edad, que ingresa en la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos (UHCP), derivado del Servicio de Oncología Médica, para recibir cuidados paliativos y por carecer de apoyo familiar y social. (Así se remite, aunque ya veremos posteriormente que el apoyo social que tiene es efectivo, sólo que impensable en nuestra cultura de origen.) Presenta un hepatocarcinoma multicéntrico sobre hepatopatía crónica secundaria a virus de la hepatitis B, diagnosticado 3 meses antes, con hipertensión portal, varices esofágicas de grado II, ascitis de grado II, gastropatía e invasión portal. Al ingreso presenta cuadro de melenas de una semana de evolución, ascitis que precisa paracentesis evacuadora, astenia y debilidad generalizada. Se contacta con una trabajadora social para estudiar el caso. Durante su ingreso lo visitan compañeros de su país, entre ellos un cuñado, que son informados del mal pronóstico de Fabala. El primer problema surge a la hora de comunicarnos: el paciente no habla castellano, sólo entiende algunas palabras aisladas, y en nuestra unidad no tenemos intérpretes,

así que recurrimos a la creatividad del equipo y utilizamos paneles de comunicación en árabe y francés de los distribuidos por el Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) que son útiles para conocer las preferencias alimentarias de Fabala y poco más, por lo que resulta tremendamente difícil valorar la esfera emocional, social y espiritual. Como hemos referido anteriormente, lleva 3 años en España, pero no es capaz de construir una frase o entendernos cuando usamos más de siete palabras en el mensaje, por lo que recurrimos a uno de sus amigos como interlocutor en las ocasiones que lo visita. Por él sabemos que vive en condiciones infrahigiénicas, en una casa en el campo de cultivo de fresas y otros frutos rojos, pertenecientes al dueño de la finca. En la misma casa viven cuatro jóvenes más. En estos años no ha conseguido un trabajo con duración superior a 10 días. Hace tres años que llegaron a la costa de Almería en una patera desde Mauritania y viajaron hasta Huelva por indicación de unos amigos del poblado que llevaban un año trabajando en el campo de temporeros.

A petición propia es dado de alta, refiriendo la posibilidad de vivir en el domicilio de unos compañeros y amigos. Nos comenta que, aunque en la unidad se siente bien tratado por el personal sanitario, se alimenta mejor que en ningún momento de su vida, duerme en una cama y no tiene frío, necesita irse para estar con sus amigos que lo entienden; sus amigos sabrán cuidarlo y se sentirá más animado cuando esté entre ellos. El alta es escrita en castellano, al igual que las recetas y consideraciones oportunas que realiza el equipo —al igual que realizamos con todos nuestros pacientes—.

En un principio, las responsabilidades de nuestro servicio se extinguen, y el abordaje del paciente tendría que realizarse por los cuidados paliativos domiciliarios. Este caso lleva añadido la particularidad que el paciente no tiene un domicilio, ya que vive en un poblado chabolista en el municipio de Palos de la Frontera (Huelva). Se desconoce la ubicación exacta. En ese momento, no teníamos certeza del abordaje integral de este paciente, pero sí teníamos la información de este para poder gestionar sus cuidados.

Las firmantes de este artículo pertenecemos a un grupo de investigación donde el principal objetivo es conocer y comprender la percepción, cómo es el sufrimiento del paciente en la fase final de su vida. Cuando conocimos a Fabala Dambale, el paciente al que nos referimos en este caso, nos planteamos que con pacientes como él podríamos ampliar nuestro objetivo principal y extenderlo a cómo resulta de determinante la cultura en el desarrollo del afrontamiento de nuestros pacientes. Por ello, cuando aún estaba ingresado en la UHCP, comentamos la posibilidad de entrevistarle y él nos facilitó el teléfono de su amigo para que estuviere presente y nos ayudara con el idioma.

Aprovechando esta disposición, decidimos utilizar nuestros conocimientos en diversidad cultural, en cuidados paliativos y las redes no gubernamentales para gestionar este caso desde una perspectiva integral.

Estrategias de intervención

f. Contactamos con un mediador intercultural a través de una organización no gubernamental (ONG) que trabaja

para las personas inmigrantes y refugiadas de esa zona, que se denomina ACCEM (Asociación Comisión Católica Española de Migración). Durante el proceso de toma de contacto con la ONG, comentamos la posibilidad de valoración por parte de la propia entidad hacia el paciente, para proporcionarle cualquier tipo de gestión que necesitase: en este caso, la vuelta de Fabala a su país de origen, que es una de las metas del paciente desde que es conocedor de su proceso. El trabajador social y el mediador nos llamaron a la semana de nuestro primer contacto y concretaron para nosotros una entrevista y la utilización del mediador para nuestra intervención con el paciente. El mediador no es un mero intérprete del idioma, sino que es un transmisor de la cultura, empatiza con el paciente y consigue contactar con la percepción de las cosas que cada uno tiene.

En el momento de contactar con Sirifo (mediador intercultural), él ya se había encargado de averiguar la ubicación física del poblado de asentamiento de los inmigrantes malienses de la zona y ya había contactado con los amigos de Fabala para concretar la intervención.

2. Preparación para la intervención: valoración del paciente y entrevista en profundidad. Cuando se trabaja con pacientes de diferentes culturas no integrados en un núcleo rural o urbano, no hacen uso del sistema sanitario como cualquier conocedor de este, por lo que otro de los problemas con los que nos íbamos a encontrar es el desconocimiento del sistema sanitario: ¿habría llevado a cabo las recomendaciones del alta hospitalaria? ¿Sería adherente al tratamiento paliativo de los síntomas? Estas respuestas son evidentes en un paciente conocedor del sistema, pero una utopía para los pacientes extranjeros de estas características. Para abordar nuestra intervención tuvimos en cuenta:

- La procedencia y el origen étnico de Fabala. Koulioubou, malinga malinké, Mail.
- El soporte social o redes sociales: compatriotas malienses.
- Idioma: dialecto malinké-español (utilización del mediador y compatriotas conocedores del idioma).
- Estilo de comunicación no verbal.
- Religión: preislámica con carácter animista.
- Situación económica del paciente: sin trabajo.
- Creencias y prácticas en salud.
- Costumbres y creencias respecto a la vida y la muerte.

3. Desarrollo de la entrevista en profundidad. Durante la entrevista estuvieron presentes el paciente, su cuñado, un par de amigos, dos enfermeras y la figura clave, el mediador intercultural. Se usaron diferentes lenguas en el transcurso de esta, francés, castellano y un dialecto de Mail, denominado malinké. Fabala se encuentra en una casa cercana al campo en donde ha vivido estos años (escasamente amueblada, deterioradas las paredes y el suelo, con indicios de poca higiene) alquilada por unos amigos que están pendientes de él desde el alta.

Valoración: clínicamente, Fabala presenta síntomas evidentes de empeoramiento, edemas en ambos pies y

piernas, con fóvea, gran abdomen ascítico, ictericia de piel y mucosas, y conjuntival, signos de cansancio físico al caminar y al sentarse en el salón de la casa, donde acude ayudado por dos amigos. A pesar del gran deterioro, él se muestra amable, colaborador y verbaliza encontrarse “algo mejor”. Mediante la entrevista se valora que lleva varios días con vómitos biliosos esporádicos, que la ingesta de alimentos es insuficiente por falta de apetito y dolor abdominal difuso (escala visual analógica 6 según el paciente), no cumple el tratamiento prescrito, una no adherencia provocada por falta de conocimiento/interpretación del plan terapéutico y los beneficios de nuestro sistema sanitario (entiende el nombre del fármaco y el horario, pero no para qué sirve cada uno) y por falta de recursos económicos para comprar los medicamentos. Así, nos encontramos con un paciente sin ningún tipo de tratamiento, a pesar del estado avanzado de enfermedad y los síntomas que esto conlleva.

A nivel emocional, Fabala se muestra contento, animado, porque gracias a la solidaridad de sus compatriotas (en Mali esa solidaridad forma parte de la organización social), esa misma noche viajaba para Madrid, en autobús, donde un amigo lo esperaba y lo acompañaría a tomar el avión a Bamako. Estaba deseoso de llegar a su pueblo para que su madre lo ayudara a reponerse gracias a la medicina tradicional de su país. Su deseo era curarse y volver de nuevo a España para trabajar y regresar luego a su casa con el dinero suficiente para ayudar a su familia.

La primera intervención *in situ* fue contactar con los compañeros de cuidados paliativos domiciliarios para comentarles la valoración y pedirles asesoramiento en el tratamiento del paciente, dada su marcha inminente a su país y las características del viaje (duras, por el clima, los medios de transporte y el número de horas —aproximadamente 48 h de viaje—). Con la información del nuevo tratamiento a seguir, el mediador intercultural y el equipo investigador diseñamos una herramienta para asegurarnos la adherencia al tratamiento, al menos hasta que entrara en contacto con la medicina ayurvédica de su país y que sea él mismo, en coherencia con su cultura, el que decida en ese instante qué tratamiento seguir, pero que hasta ese instante pudiésemos aliviar los síntomas que hasta ahora no se habían tratado.

A medida que la entrevista se va desarrollando, observamos que Fabala no conoce el alcance y el pronóstico de su enfermedad, aunque los médicos de España le han dicho que su problema de salud no es curable y sólo le han ofrecido la posibilidad de aliviar los malestares del cuerpo. La percepción de salud-enfermedad es distinta para él, sólo recuerda haber estado enfermo de pequeño (hepatitis B), a pesar de que se curó y creció delgado, pero fuerte. Cuando nos referimos al estado actual de la enfermedad y alcance de esta, le preguntamos sobre cómo se espera la llegada a su país de nuevo. Sorprendentemente para nosotros, lo más doloroso para él es llegar a su casa con las manos vacías, enfermo y sin dinero. Recuerda la fiesta que celebraron en su pueblo el día de su partida, ya que depositaban todas sus esperanzas de progreso en él y en alguno de los amigos que lo acompañaban en ese viaje; ellos eran los más robustos, jóvenes y fuertes del poblado. Ellos eran la esperanza de prosperidad para el pueblo. Ahora se entristece porque sabe que su madre estará triste, porque aunque lo pueda ver de nuevo, su partida ha sido frustrada; él era uno de los

elegidos y no ha cumplido su propósito, él refiere de forma triste que en su país lo cuidarán mejor, porque ellos viven la enfermedad como él, sobre todo su madre.

Sus amigos aún no habían avisado a la madre de Fabala sobre la llegada al poblado, ni sobre su enfermedad; pensaban llamarla un día antes de que Fabala llegara al pueblo.

Refiriéndonos de nuevo a la solidaridad del pueblo maliense, este caso es una prueba de ello, gracias a la ayuda de muchos jóvenes malienses repartidos por Huelva, Madrid y Barcelona, consiguen pagar el viaje en autobús Huelva-Madrid, el vuelo Madrid-Bamako, pero todavía queda el transporte en coche desde Bamako hasta su pueblo, en el que emplearían 8 horas debido a la mala estructura de las carreteras y caminos.

Gracias a otra intervención que se realiza utilizando las redes institucionales para facilitar la llegada, dadas las condiciones físicas del paciente —gestión interdisciplinaria—, la ONG ACCEM se hizo cargo de estos últimos gastos.

Abordaje espiritual. Concepción de la vida y la muerte

Fabala es hijo de la segunda mujer de su padre, muerto joven, cuando él era niño. Como musulmán, piensa que hablar de la muerte le resta energías físicas y psíquicas para enfrentarse a su enfermedad. *Morirá si su dios así lo ordena*, pero piensa que la enfermedad, posiblemente contraída en España, tendrá cura gracias a la medicina de su país y la intervención de los curanderos. “La fe mueve montañas, une a la familia, al grupo y a la comunidad. La medicina tradicional y la fe hacen que sane la persona. Pero en mi país pediré permiso para seguir utilizando la medicación que en España alivia mis molestias”. Cuando se siente verdaderamente enfermo y débil, su fe se tambalea. Tienen una frase nativa, un proverbio para expresar dicho sentimiento: “*Banaba gatò mada alala*” (*banaba gatò* significa ‘enfermo’; *mada*, ‘confianza’; *alala*, ‘Dios’). Se podría traducir como: “El enfermo no confía en Dios cuando está gravemente enfermo”.

Es grande y doloroso el sentimiento de “vergüenza” de Fabala, y así lo expresan también sus amigos, el volver a casa con las manos vacías. Está triste, frustrado, ya que su pueblo se alegró de su partida y ahora regresará enfermo. *Vergüenza* por no cumplir el sueño que los demás han depositado en él, el sueño que a él le habían confiado hace 3 años. Se tambalea su deber de responsabilidad para con su familia y su pueblo. Su generosidad, sus ansias de ayudar a otros han desaparecido sin saber por qué. *Pena* porque hace 3 años llegó al paraíso soñado y regresa a su infierno con las manos vacías. Pero sabe que tiene que irse porque se siente realmente enfermo.

“Es una enfermedad de este país, cuando llegue al mío me curaré.”

En su comunidad, el pueblo de Koulibou, cerca de Malinke, se llora mucho la muerte y todos se unen para acompañar a la familia. Pero están contentos, porque es Dios quien decide la muerte.

Fabala cumplió su último deseo, murió acompañado de los suyos, de su madre, su cuerpo resistió ese duro viaje para poder descansar siguiendo sus costumbres.

Discusión

La adquisición de competencia cultural en los profesionales de salud debe ser un nuevo reto para nosotros, aún más para los que nos responsabilizamos de los cuidados al final de la vida. "Conocer otros conceptos de salud y enfermedad, hábitos dietéticos, creencias religiosas, mitos, costumbres, conductas, etc., es adaptarnos a nuevas necesidades, centrándonos en la persona enferma más que en la enfermedad. Somos los profesionales de enfermería los que más entendemos que no hay cuerpo-máquina enfermo, sino personas con enfermedad, por esto debemos orientarnos hacia el cuidado cultural competente"⁷. En el caso que se ha presentado, el abordaje del paciente sin esta filosofía de cuidar hubiera desembocado en el mismo final, pero con sufrimiento, no solamente físico por no aliviar sus síntomas, sino sobre todo sufrimiento espiritual.

El primer problema con el que nos encontramos es el choque cultural. Enunciado así es demasiado amplio para poder afrontarlo, debemos desgranarlo para poder planificar nuestra intervención. ¿Cuáles son los factores que determinan ese choque cultural? Diferencias idiomáticas, desconocimiento de la oferta del sistema sanitario, de la accesibilidad a este, la situación administrativa del paciente, problemas socioeconómicos, la escasez de redes sociales efectivas, el desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre su cultura y las diferentes percepciones del tándem salud-enfermedad⁸.

La dificultad idiomática crea angustia en el profesional que tiene que recurrir a primar la comunicación no verbal y la exploración física. Además, cuenta con la limitación del tiempo por consulta, que es muy poco y, a pesar de que sería necesario disponer de más tiempo en el caso de la consulta del inmigrante, no lo tiene, y tiene que asumir esto como una limitación.

El desconocimiento del sistema sanitario: en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con que el sistema sanitario del país de origen es totalmente distinto del del país de acogida, por lo que acaba acudiendo a urgencias a veces por problemas que se pueden atender en atención ordinaria en el centro de salud. El profesional sanitario ha de tener en cuenta alguna de las características comunes en la población inmigrante, la movilidad geográfica con frecuentes cambios de domicilio, y no ha de dejarse llevar por los sentimientos de incomodidad o paternalismo que a veces todos estos factores le generan de forma inconsciente.

Las diferencias culturales y religiosas entre la población inmigrante son importantes, ya que el concepto salud y enfermedad es diferente en las distintas culturas, pueden presentar enfermedades similares a la población autóctona, pero tener para ellos un significado diferente. Así, la infertilidad en la mujer africana es un drama para ella más importante que para una mujer española tener cualquier enfermedad incurable⁹.

Otro problema que nos encontramos en la relación sanitario-paciente extranjero es cómo realizar el abordaje integral del paciente, sin entender realmente sus percepciones, sin poder empatizar con él. Para ello elegimos la figura de un mediador intercultural, que aunque en nuestro sistema sanitario no pertenezcan a la plantilla, sí podemos contactar en cualquier organización no gubernamental. En

la gestión del caso presentado, pudimos realizarlo con la ONG ACCEM, que es la encargada de la zona y nos cedió su mediador, pero hay múltiples opciones, aunque la más acertada sería formarse, conocer las pautas culturales más generales del caso al que nos estamos remitiendo. Gentil realiza una reflexión muy controvertida sobre este tema: "En estos momentos hemos incorporado la informática como una herramienta más de nuestro trabajo. Si unos años atrás, cuando ello se inició, hubiéramos optado por proclamar la necesidad de 'mediadores Informáticos', hoy seríamos incompetentes para nuestro trabajo. Lo que hay que reclamar es formación para ser 'competentes culturalmente', como un elemento más de nuestra competencia profesional. Todavía más importante: mientras reclamemos la presencia de mediadores Interculturales, mantendremos, sin pretenderlo, en situación de exclusión al colectivo cultural diferente"¹⁰.

El abordaje de la entrevista clínica con el caso que nos ocupa se realizó con una técnica cualitativa denominada entrevista en profundidad, la cual facilitó mucho la situación, ya que esta técnica pone al sujeto entrevistado en un lugar protagonista, donde se siente muy entendido y favorece el clima empático para su consecución. Para realizar esta técnica es necesario contactar previamente con el paciente en varias ocasiones para conocerlo, presentarle la idea, comentarle el guión de lo que necesitamos conocer de su historia de vida. Es una técnica de extracción de datos de carácter biográfico, muy utilizada en los estudios cualitativos descriptivos.

Trabajar hacia la flexibilidad transcultural es un aspecto en el que es necesario profundizar más, es un esfuerzo que representa no sólo cambiar la monotonía de nuestra práctica clínica, sino también tener una relación empática con los individuos/familias/comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios culturales, y adquirir conocimiento cultural de las distintas comunidades para identificar las diferencias y las similitudes del cuidado, y así finalmente ofrecer acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural¹¹.

La enfermedad es uno de los problemas fundamentales para todas las sociedades, por ello todas las sociedades tienen una larga historia de búsqueda de remedios para tratar la enfermedad y el sufrimiento. Todos realizamos un sincretismo entre la biomedicina científica y las creencias populares, buscando paliar el sufrimiento y la curación¹².

Conclusiones

1. La forma de entender la muerte en las distintas culturas no siempre se corresponde con la cultura occidental, a pesar de lo cual se ven sometidos a las costumbres sociales dominantes.
2. Es importante la competencia cultural en la atención al moribundo.
3. Hemos de profundizar en otras formas de enfrentamiento al final de la vida y dar una respuesta integral y empática.
4. Para Fabala era más doloroso volver con las manos vacías que volver estando enfermo.

Bibliografía

1. Toynbee A.J. *A Study of History*. Madrid: Editorial Edhasa; 1963.
2. González T. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 2004;7:19-29.
3. Cruz F, Gómez C. *Convivir con el Islam. Conserjería para la igualdad y Bienestar social*. Junta de Andalucía; 2005.
4. König H. *El Islam: historia, presente, futuro*. Madrid: Editorial Trotta; 2004.
5. María J. *La perspectiva cristiana*. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
6. Camplinha-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *J Nursing Educ*. 1999;38:203-10.
7. Gentil García I. Competencia Cultural en Enfermería: Población Subsahariana. *Cultura de los Cuidados*. 2010;27:61-6.
8. García Galán R, coordinador. *Manual de atención sanitaria a Inmigrantes: guía para profesionales de la salud*. 2.ª ed. Sevilla: Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.
9. Fuentes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Sistema Sanitario Navarro. Revista electrónica* 2006;29. Disponible en : http://sclcto.isciii.es/sclcto.php?pld=S1137-66272006000200002&script=scl_art-text
10. Ibarra Mendoza T, Siles González J. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm [online]*. 2006;15:44-8.
11. Pascual Martínez R, Beltrán Martínez T, Fernández Candela F. Pensamiento mágico y religiosidad en torno a la enfermedad: Manifestaciones simbólicas y rituales; función y significado. *Cultura de los Cuidados*. 2001;9:49-62. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/contenido3.php?numero=9>

2.3. PUBLICACIÓN 3

Autores: Jose Andrés Domínguez Gómez, Esperanza Begoña García Navarro,

Título: Edad, Dependencia y Consecuencias Sociosanitarias

Revista: Gerokomos. 2011, vol.22, n.1, pp. 13-19.

Editorial: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

ISSN: ISSN 1134-928X.

Web: [//dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2433&info=open_link_revista](http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2433&info=open_link_revista)

Droi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000100003>

Indexada en: Bibliomed, CINAHL, CUIDEN, MEDES, SciELO y SCOPUS, Web of Science a través de Scielo Citation Index.

Gerokomos es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Enfermería geriátrica y gerontológica (SEEGG). Publica trabajos originales, artículos de revisión, artículos de opinión así como los que presenten algún caso de aplicación de evidencias para la práctica, plan de cuidados relevantes, casos clínicos, etc., contruidos sobre un método científico, referentes a todos los de la enfermería geronto-geriatrica que contribuyan al avance de su conocimiento.



- 14 ¹José Andrés Domínguez Gómez
²Begoña García Navarro

¹Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad de Huelva.

²Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

Correspondencia:

José Andrés Domínguez Gómez
E. U. Trabajo Social, Campus El Carmen
Av. 3 de Marzo s/n ° 21071-Huelva
E-mail: andres@uhu.es
Tfno.: 95 921 96 39 / 639 552 031. Fax: 95 921 95 79

Edad, dependencia
y consecuencias socio-sanitarias

13

*Age, dependency and socio-sanitary
consequences*

Parte de este trabajo se ha realizado bajo el auspicio del Instituto de Estadística de Andalucía, en el marco de la elaboración, por encargo, de una monografía regional sobre mayores y dependencia en Andalucía, con los datos recopilados en su Encuesta de Redes Familiares.

RESUMEN

El uso de recursos sanitarios viene condicionado por una serie de factores que escapan a los tratados directamente por el sistema sanitario, y que es necesario considerar en el avance hacia la eficiencia y eficacia del mismo, así como para mejorar la prevención, la atención y la salud de la población. Esto es especialmente importante en un contexto sociológico y demográfico en el que el sector de población mayor y muy mayor está ganando cada vez más peso específico. Este peso, y sus consecuencias, plantean asuntos clave no sólo en términos de eficiencia y eficacia del sistema socio-sanitario, sino también a nivel de valores y derechos sociales.

PALABRAS CLAVE

Planificación en salud, dependencia, eficiencia, derechos civiles, factores socioeconómicos, cambio social.

SUMMARY

The use of health resources is conditioned by several factors, that are not considered by health system. It is necessary to consider that factors in order to improve the efficiency and effectiveness, prevention, care and population health. This is especially important in a sociological and demographic context in which elderly and very elderly population is getting more and more importance. This fact, and its consequences, raise key issues not only in terms of efficiency and effectiveness of the health system, but also at the level of values and social rights.

KEY WORDS

Health Planning, dependence, efficiency, civil rights, socioeconomic factors, social change.

INTRODUCCIÓN

Tanto las ciencias de la salud como las ciencias sociales progresivamente han hecho propia, en su dimensión analítica, la necesidad de considerar en las investigaciones los aspectos socioestructurales que pueden fundamentar decisiones estratégicas para la racionalización de la inversión pública en el sector sanitario. Este trabajo pretende aportar argumentos en esta línea.

La hipótesis que orienta este artículo, y que se pretende contrastar mediante datos de alcance nacional y regional (Andalucía), es la siguiente: el uso de recursos sanitarios y, en concreto, la hospitalización, viene condicionada por una serie de factores que escapan a los tratados directamente por el sistema sanitario y que es necesario tener en cuenta para avanzar hacia la eficiencia y eficacia del mismo, así como para mejorar la prevención, la atención y la salud de la población. Esto es especialmente importante en un contexto sociológico y demográfico en el que el sector de población mayor

y muy mayor está ganando cada vez más peso específico. Este peso, y sus consecuencias, plantea asuntos clave no sólo en términos de eficiencia y eficacia del sistema socio-sanitario, sino también en la escala de valores que compartimos en las sociedades llamadas *desarrolladas*. Dedicamos especial atención a los denominados *efecto viudedad* y *efecto jubilación* en la salud de la población mayor y en el uso que hace dicha población de los recursos sanitarios, como procesos paradigmáticos en los que el análisis social y la epidemiología llegan a confundirse.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se han manejado datos de primera mano y datos secundarios. La información de primera mano que se expone en este trabajo procede de la base de datos de la Encuesta de Redes Familiares, realizada por el Instituto de Estadística de Andalucía. El objetivo principal de esta encuesta es recabar información de có-



14 mo las personas configuran y dinamizan sus redes familiares, en términos de composición, comunicación, mantenimiento e intercambio simbólico y material. El análisis de la información de esta base de datos plantea los resultados referidos al ámbito de la comunidad autónoma andaluza (Tabla 1).

La información secundaria empleada se refiere a estudios y referencias bibliográficas específicas, citadas convenientemente en el apartado de Resultados, y referenciadas al completo en el apartado de Bibliografía. De ellos se obtienen resultados de ámbito nacional (España).

RESULTADOS

A nivel nacional, al igual que la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1), numerosos estudios específicos sobre la utilización de servicios de salud y foros especializados como la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud, celebrada en 2007, reconocen la importancia del envejecimiento de la población y el incremento de los niveles de dependencia sobre la prestaciones sanitarias. Se expone a continuación un resumen esquematizado de resultados interesantes para los fines de este trabajo, recopilados de los trabajos especializados que se citan:

- España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento. Se calcula que, en el año 2050, habrá en España más de 16 millones de personas mayores, que se correspondería aproximadamente a un 30% de la población total. Las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo con un 34,1% de población mayor en 2050, estando por delante Japón e Italia (con un 35,9% y un 35,5%, respectivamente) (2).

- En España, las personas mayores dependientes concentran un 17% del total de ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas. En relación con el gasto farmacéutico, más de una cuarta parte de los ciudadanos que declararon haber tomado algún medicamento en las dos semanas anteriores a la encuesta eran mayores de 65 años. En la franja de 65 a 74 años, el porcentaje llegó al 85% y al 92% entre los mayores de 75 años. Si consideramos la proporción de personas que tomaron tres o más fármacos, fue el 41% de los que tenían entre 65 y 74 años y la mitad de los mayores de 75 años (3). En otros

países desarrollados, como Estados Unidos, podemos encontrar cifras aún más llamativas: los mayores de 65 años representarían el 50% de la hospitalización, el 85% de los cuidados en el hogar (4).

- Así, la edad elevada y la situación de dependencia se configuran como factores de riesgo en salud contrastables en los estudios, y que más recursos y más específicos consumen. Si los dependientes leves precisan tres horas semanales de atención, los moderados 10,5 (entre una y dos horas diarias) y los graves 42 (de tres a 24 horas diarias), la demanda global de cuidados ascendería a 25.998.831 horas semanales, lo que requeriría la disponibilidad de 649.970 cuidadores a tiempo completo para atender todas las situaciones de dependencia. En términos de coste anual, utilizando las tarifas que actualmente se pagan por estos servicios en las diferentes comunidades autónomas, esta estimación elevaría los recursos económicos necesarios a un total de entre 12.000 y 13.500 millones de euros anuales. A esta cifra, habría que sumar el coste de la asistencia sanitaria a la población mayor de 65 años, que contempla el 77,4% del consumo de medicamentos, el 40%-50% de la ocupación hospitalaria y el 50% del tiempo total de asistencia en Atención Primaria (5).

- Es clara la mayor prevalencia y tendencia de crecimiento de la dependencia en aquellos sectores de población mayor y muy mayor. El envejecimiento de los ya viejos, de los mayores de 80 años, por ganancias en longevidad, hará aumentar las tasas de dependencia en España alrededor de un 10% (6).

- La principal preocupación de las personas mayores es la salud, incluso por encima de la situación económica. Y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. Los mayores de 65 años otorgan a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, frente a un 8,1 del bienestar económico. Cuestionados sobre la salud subjetiva, el 20,5% de las personas mayores confiesa que tiene mala o muy mala salud y algo menos del 40% la califica de *regular*. De aquí se deduce que, para las personas mayores, tener buena salud-vejez, en general, viene determinado por la presencia o no de enfermedad y ésta, a su vez, de la necesidad de ser o no independiente, de sentirse sano (7).

- El *estado civil* se presenta también como una variable interesante en el estudio del riesgo en salud. Se ha analiza-

Tabla 1. Resumen de la ficha técnica de la encuesta*

Universo	Residentes en la comunidad autónoma de Andalucía, mayores de 18 años a 1-1-2005
Tamaño de la muestra	10.000 personas
Diseño de la muestra	Biestadístico estratificado
Error de la muestra	+/- 0,98% para Andalucía; +/- 3,10% para provincias
Trabajo de campo	Enero-junio de 2005

*Más información técnica en <http://www.juntaandalucia.es/institutoestadistica/redesfamiliares/doc/AnexoMetodologico.pdf> (consulta a 26-05-2010).

15 do ampliamente la asociación entre la viudedad y los problemas de salud mental (síntomatología depresiva y ansiosa) y/o física, llegando incluso a acelerar el fallecimiento de la persona viuda (8). De un total de 11 estudios que exploraban la prevalencia e incidencia de estos trastornos en 3.481 personas mayores viudas y 4.685 controles (es decir, personas mayores no viudas), durante el primer año de duelo, poco menos del 22% de las personas viudas era diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor, casi el 12% cumplía el diagnóstico para Trastorno de Estrés Posttraumático y cumplía una probabilidad mayor de presentar Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada, especialmente en el primer año después de perder a la pareja (9).

La viudedad se relaciona íntimamente con el nivel de dependencia. Estudios locales en entornos rurales han señalado signos de dependencia severa en el 13,2% de las personas viudas, frente al 4% de las solteras o el 5,3% de las casadas. En dependencia moderada, las cifras alcanzaron un 19,8% en viudas frente a 8% y 9,1% de las solteras y casadas, respectivamente (10). A nivel nacional, encontramos diversos estudios (11-13) que ratifican esta tesis, donde la presencia de la dependencia también muestra su incremento en la población enviduada: mientras entre las personas casadas una de cada cuatro tiene algún problema que la sitúa en una situación de dependencia (21%), entre las viudas esta situación alcanza el 38%. En términos de género, además, se comprueba que son los viudos varones los que sufren la incidencia más notable de la pérdida de autonomía (11).

• La última dimensión social con implicaciones contrastadas sobre la salud que queremos anotar en este trabajo es la *actividad económica*. En sus diferentes aspectos analizables desde el punto de vista de la salud, enfocamos el estadio socioeconómico de la *jubilación*. Podemos hablar de una doble exposición a factores de riesgo de la persona jubilada. Por una parte, la susceptibilidad emocional que implica el cese laboral y, como consecuencia, el cambio de rol, de actitud ante la vida y de percepciones, aumentando el riesgo de enfermedades de salud mental. En un reciente estudio, se examinan las relaciones entre variables sociodemográficas y psicosociales referentes a la salud mental de los jubilados. Las más destacadas fueron las relativas a la satisfacción vital, la ansiedad y la depresión. La satisfacción vital dificulta el autoconcepto negativo ($R = -0,465$), la ansiedad ($R = -0,542$) y la depresión ($R = -0,542$). La depresión, por otra parte, favorece la ansiedad ($R = 0,480$), el autoconcepto negativo ($R = 0,406$) y los sentimientos negativos, en general ($R = 0,472$) (14). Otro es-

15 tudio abunda en los perfiles de aquellos jubilados ansiosos y depresivos, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,01$) en la ansiedad según la jerarquía profesional: los valores más altos de ansiedad aparecen en aquellos que no ocuparon puestos subordinados, y los más bajos en los mandos superiores. Estos resultados se repiten en el caso de la depresión, pero con niveles de significatividad aún mayores ($P < 0,001$). Incluso pueden encontrarse diferencias interesantes ($P < 0,01$) en lo tocante a depresión, según sectores profesionales, correspondiendo los valores más altos a la construcción y los más bajos al sector de la minería (15). Por otro lado, encontramos el déficit de apoyo social de la persona en esta situación. Aunque más del 85% de los jubilados vive acompañado por algún familiar, la mayoría de ellos lo hace en compañía de otra persona mayor de 65 años, con problemas similares a los del acompañante. Un 14% de los jubilados vive solo, colectivo repartido casi por mitades entre los dos sexos, dado que el mayor número de jubilados varones se ve compensado en estas edades con la mayor longevidad de la mujer. En el conjunto de la población mayor de 65 años, la vida en solitario supera el 18% (2). Esos datos sugerirían una deficitaria red de apoyo, con una eficacia relativa, principalmente en el caso del apoyo material ya que los miembros de la red social más cercanos al jubilado adolecerán de problemas similares. A la inactividad como factor de riesgo para la persona jubilada, puede unirse un eventual déficit de recursos económicos (propio de la jubilación) y los riesgos propios de edades elevadas. Los jubilados padecen más enfermedades e incapacidades crónicas, se ven más impedidos por ellas y hacen un mayor uso de recursos sanitarios, tanto en medicina general como en asistencia especializada. Solamente el dentista es más visitado por los no jubilados (16).

A nivel autonómico de Andalucía, el análisis de nuestra fuente de datos refrenda los resultados citados arriba en aquellos aspectos que son recogidos por la Encuesta de Redes Familiares (ERF). Está articulada por la necesidad o no de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC)³, lo que marca, de entrada, una diferenciación de los encuestados según su dependencia o no de otras personas. Se expone, a continuación, un resumen de los resultados más interesantes para ilustrar la reflexión posterior.

• En Andalucía, un total de 679.088 personas necesitan ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana. De ellas, el 55,9% ha estado hospitalizada en los últimos 10 años

³En todos los casos $P < 0,01$.

⁴Se quedan fuera del estudio Agricultura y Servicios por reducido tamaño de la muestra.

⁵Son aquellas relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y funciones básicas de tipo mental o intelectual como cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades, vestirse, desvestirse y arreglarse, comer y beber, reconocer personas y objetos y orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas. Además, en la encuesta se ha incluido mayor información, preguntando también por lo relacionado a gestionar sus propios recursos, como la capacidad de realizar gestiones, ir al médico, etc.



16 El 47% de estos hospitalizados ha superado una estancia media de 15 días (184.142 andaluces). Esto implica un elevado y especializado consumo de recursos sanitarios.

- Un 77,2% de encuestados mayores de 60 años han estado hospitalizados al menos una vez en los últimos 10 años, frente a tan sólo el 22,4% de los menores de 60 años. Así, también en Andalucía podemos esperar un mayor consumo de recursos sanitarios por parte del grupo citado en primer lugar.

- Por otra parte, las estancias hospitalarias cortas son más probables en población no dependiente que en población dependiente. Las estancias de hospitalización menores de 15 días, en población no dependiente de entre 61 y 80 años, presentan una probabilidad de 54,5%, frente a 47,3% de la población dependiente. Las estancias más largas (más de 30 días de hospitalización) en estos mismos grupos de edad muestran probabilidades de 11,65% de la población no dependiente, frente a 18% de la dependiente. En todos los grupos de edad, salvo en los mayores de 81 años,⁴ las estancias hospitalarias superiores a 30 días son más frecuentes en personas dependientes, alcanzando diferencias de hasta 22,2 puntos porcentuales. Estos resultados señalan la dependencia como un factor facilitador de un mayor consumo de recursos sanitarios (Fig. 1).

- Al contemplar la variable *estado civil* en los análisis, junto con la edad, dependencia y tiempo de hospitalización, se confirma el deterioro de la salud del cónyuge que sobrevive. Ser viudo y necesitar ayuda para las ABVC aumentan el consumo de recursos sanitarios, no sólo por ingreso hospitalario, sino también por necesidad de estancias hospitalarias prolongadas. El 54,1% de las personas viudas ha sido hospitalizada alguna vez en los últimos 10 años, y el 13,6% ha ocupado espacios hospitalarios en estancias mayores de 30 días. Las personas viudas dependientes tienen una probabilidad un 57% mayor de ser hospitalizadas que las viudas no dependientes, y un 58% mayor de permanecer en el hospital más de 30 días.

- Con respecto de la actividad económica, en el caso de la jubilación, la ERF también muestra resultados claros. Casi la mitad de la población jubilada ha necesitado algún tipo de hospitalización en los últimos 10 años. Considerando también la dependencia, vemos que el 68% de las personas que necesitan ayuda para las ABVC está jubiladas y que es un 61,2% más probable que haya sido ingresada un persona jubilada con necesidad de ayuda para las ABVC que sin dicha necesidad. Más del 57% de las personas jubiladas que necesitan ayuda en su vida cotidiana, ha estado ingresada en un hospital al menos una

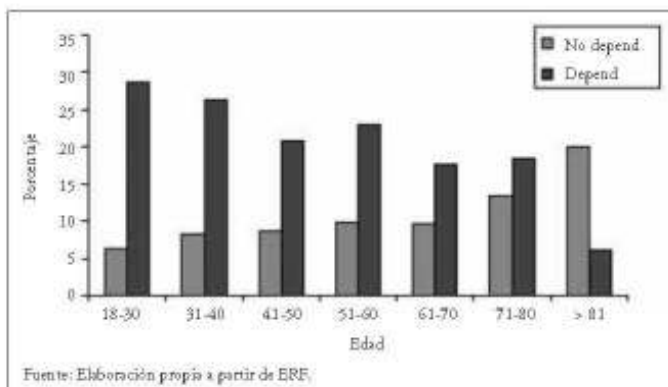


Fig. 1. Encuestados con estancias hospitalarias de 30 días o más.

vez en los últimos 10 años. En cuanto a la duración de la estancia en el hospital, casi el 55% de los jubilados dependientes ha estado ingresado durante más de 15 días.

DISCUSIÓN

Una de las características más sobresalientes de la estructura demográfica de los países llamados desarrollados es el fuerte envejecimiento de la población. El progresivo incremento del sector mayor de 65 años y la mayor frecuencia de problemas de salud que se dan en este grupo de edad se traducen en un aumento del consumo de los servicios sanitarios y en una necesidad de especialización de los mismos (17). En el ámbito anglosajón, las circunstancias demográficas de finales del siglo XX y principios del XXI han hecho saltar las alarmas, observando en los estudios conclusiones poco menos que apocalípticas (18).

Las consecuencias sobre las sociedades, en general, y sobre los sistemas sanitarios, en particular, no se han hecho esperar. Los servicios de salud en todo el mundo están sufriendo las mismas presiones, que pueden resumirse en el aumento de los costes del servicio, un incremento de necesidades específicas y de la demanda; presiones que deben afrontarse, además, considerando las circunstancias nacionales y locales (19).

Estas circunstancias nacionales se concretan en la asunción de dos modelos de adaptación del sistema sanitario, cada uno con sus implicaciones. El primero de ellos es un modelo exclusionista que delega en otras instituciones la prestación del servicio especializado a este nuevo y numeroso grupo social. El segundo, inclusivo, internaliza la prestación. La reacción exclusionista puede ser (generalmente lo es) heredada de un sistema sanitario de base privatizada, donde el Estado suele limitarse a una regulación legal del sistema o, como máximo, a un prestación y controles básicos del mismo. La reacción inclusiva suele aparejarse a sistemas más centralizados (20). La adapta-

⁴Muy probablemente por razón de desenlace fatal de la hospitalización.

18 ción del sistema sanitario español está más en esta segunda línea, aunque la potencia del fenómeno ha generado también una externalización de la carga hacia el sistema informal de cuidadores, en el propio ámbito familiar.

Las consecuencias de ambos enfoques son fácilmente apreciables, aún más desde la perspectiva histórica que nos ofrecen las tres o cuatro décadas de experiencia. La reacción exclusionista tiene implicaciones discriminatorias hacia el grupo social de los mayores, que se enfrentan claramente a los valores fundamentales sobre los que se han construido las democracias occidentales, fundamentalmente el principio de igualdad de acceso a los recursos públicos. Los cuidados específicos se dicotomizan en un sistema privado, basado en empresas aseguradoras y, por otra parte, un sistema de socialización de costes, donde los cuidadores informales (familiares cercanos, convivientes, parejas, etc.) asumen la prestación del servicio y los enormes costes de todo tipo que ello implica. Por la parte positiva, ofrece una menor carga financiera sobre el Estado.

El afrontamiento inclusivo, por otro lado, tiene como principal característica una mayor coherencia del sistema con los idearios de igualdad propios de la cultura occidental, pero una repercusión financiera enorme en las arcas públicas. Al desequilibrio de las cuentas nacionales, especialmente en épocas de crisis económica como la actual, se añaden problemas en la prestación del servicio, saturado por la especificidad e incremento de la demanda. Las soluciones informales también se presentan en estos contextos.

Desde un punto de vista más estructural, estos problemas sociales provienen de la diferente capacidad de adaptación al cambio de las vidas cotidianas de las personas (adaptación más rápida) y la estructura social (muy estable, con mucha inercia). El cambio social, tradicionalmente lento, se ha acelerado en el último siglo y especialmente durante el último tercio del mismo. Esta velocidad subraya aún más la importancia del escalón entre las dinámicas de vida cotidiana y la estructura social, en un contexto de complejidad y diversidad como en el que vivimos (21).

En cualquier investigación sociológica, en el bloque informativo referido a los aspectos sociodemográficos de los sujetos de estudio, se descubren una serie de variables que muestran influencias significativas sobre la mayoría de las demás variables consideradas. Una de aquellas es la edad, que ofrece una capacidad estructurante fundamental. La edad es, al mismo tiempo, un proceso y un estado construido socialmente e interpretado culturalmente, que hace asumir a las personas roles sociales específicos con el paso del tiempo, que se van transformando con su transcurrir por los estatus sociales que implica cada fase. Cada edad es definida bio-psico-socialmente y la red de expectativas mutuas es específica en cada fase. Como para cualquier otro rol social, las personas nos distinguimos de las posiciones sociales que ocupamos, y nuestro paso por el rol es más rápido que el cambio del rol en sí mismo. Es

17 decir, las personas asumimos los cambios sociales, pero estos no se reflejan a la misma velocidad en la "lista" de deberes y expectativas propias de las posiciones estructurales que ocupamos. Esta doble velocidad, a la que nos referíamos arriba, en el caso del final de la edad madura y en un contexto demográfico como el contemporáneo, provoca que esta diferencia de ritmo desestabilice los sistemas sociales previstos para dar cobertura a las necesidades de los mayores (22).

Las reacciones de los sistemas sanitarios a estos problemas socioestructurales se ejemplifican en nuevos protocolos para administrar tratamientos o servicios y estrategias alternativas a la hospitalización tradicional, tratando de reducir en el corto plazo el impacto presupuestario del incremento de la demanda específica. En España, se crean Unidades de Hospitalización Domiciliarias (UHD), que otorgan mayor importancia al domicilio del paciente como entorno de cuidados y que, además, pretenden evitar todos aquellos efectos negativos inherentes al ingreso en una institución como es el hospital, derivados del distanciamiento del propio entorno social, como puede ser la pérdida de identidad propia como respuesta al aislamiento y de la separación de la propia cotidianidad.

No obstante, la reacción del sistema en el corto plazo está cargada de dificultades. La alta velocidad del cambio social, unida a las rigideces propias de la adaptación a nuevas circunstancias por parte de la población mayor, junto con las dificultades de asunción de demandas del sistema sanitario, dibujan un panorama difícil en los aspectos relativos a la salud, una de las principales preocupaciones de este sector sociodemográfico.

Las necesidades más específicas de esta población se centran, básicamente, en aspectos relacionados con el déficit de apoyo social y con la seguridad. En concreto, se acepta que el entorno social requerido por las personas mayores debe incluir humanidad, seguridad, consideración y confianza interpersonal (23). Asimismo, los aspectos relacionados con la movilidad se tornan claves para el desarrollo de la vida social. En una sociedad caracterizada por la hipermovilidad y en un grupo social donde las dificultades físicas para la movilidad son frecuentes, aparecen frenos externos (estructurales) e internos (de salud) a la inclusión social de este colectivo (24).

Desde una perspectiva subjetiva, las necesidades son también configuradas por la percepción del bienestar propio, a su vez definido socioculturalmente y con consecuencias en la salud objetiva. Así, la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, el dominio del entorno, el mantenimiento de un propósito en la vida y las posibilidades de crecimiento personal se muestran como las dimensiones más influyentes en el bienestar subjetivo (25) y, por lo tanto, aspectos a considerar en la estrategia de la prestación de servicios específicos a la población mayor.

De este modo, son los riesgos sociales los que se reflejan en riesgos de salud, muy especialmente en esta población mayor que crece de forma acelerada. Las dificultades de



18. adaptación de la estructura social, en general, y de los subsistemas sociales que están previstos para dar respuesta a las necesidades "normales", en términos cualitativos y cuantitativos, plantean un contexto inestable. En él, añadimos las crisis de identidad social en momentos de cambio social crónico pero, además, específicamente los déficits de apoyo social en los cambios de fase (*de madurez a senectud, de trabajo a jubilación, de matrimonio a viudedad,...*). La literatura académica ha definido como *efecto jubilación* y *efecto viudedad* a los reflejos que se han encontrado en la salud de las personas en los cambios de estatus y rol que tienen que ver con el abandono del trabajo a edades elevadas y la pérdida de la pareja sentimental, respectivamente.

Hemos contrastado aquí que el efecto de la viudedad también tiene como consecuencia el aumento de recursos sanitarios y el tiempo de utilización de éstos. Estos problemas de salud pueden surgir por muchos factores; entre los más asociados a la pérdida encontramos la disminución o desaparición de las relaciones interpersonales que estaban ligadas al compañero. Tras su muerte, la persona ve mermada su red de apoyo formal y se encuentra en la necesidad de ampliar ésta o incrementar la red de apoyo informal para paliar su falta. Este efecto se manifiesta de manera más sobresaliente si la persona enviudada necesita ayuda en alguna de las esferas de desarrollo de su vida diaria (26).

Las estrategias de afrontamiento ante el citado déficit de apoyo pueden desencadenar un duelo disfuncional, también denominado como duelo patológico. El duelo humano es una reacción adaptativa natural, normal y previsible ante la pérdida de un ser querido; no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano debemos afrontar gran parte de los seres humanos. El duelo patológico se deriva del uso desmedido de los mecanismos defensivos *normales* (27). Acordando una duración media del proceso de duelo de tres años, se estima que en una consulta de Atención Primaria con 1.800 usuarios habrá unas 88 personas en duelo "activo" (28). De aquí, podemos deducir la magnitud de las necesidades de utilización del servicio sanitario derivadas de los procesos de duelo.

Los datos manejados en este trabajo indican que ser viudo y dependiente son dos situaciones que incrementan el consumo de recursos sanitarios, especialmente cuando se superponen; no sólo por la mayor probabilidad de ingreso hospitalario, sino también por lo prolongado de sus estancias. La enfermedad o la muerte del cónyuge pueden originar estrés en la pareja y/o mermarla en apoyo social, emocional, económico u otros apoyos pragmáticos, lo que se refleja en su actividad inmunológica (29).

Finalmente, el trabajo, como valor social que es, especialmente en las generaciones que tratamos aquí, se considera un factor muy influyente en la autoestima, el nivel de satisfacción con la propia vida y la percepción de utilidad personal para la sociedad. Se muestra como una capacidad de los adultos jóvenes e intermedios: gran parte

del esfuerzo de los primeros está centrado en alcanzar las metas laborales, y la vocación puede y suele ser una fuente central de cambio o reafirmación del estilo de vida en los segundos, cuando atraviesan por la transición de los 40 años.

El abandono del trabajo es un momento crucial cuando las personas se acercan a la vejez, pues implica un cambio brusco de estatus. A menudo, conlleva el deterioro de la situación económica del sujeto, cambios en su estado emocional, en las relaciones con familiares, amigos y con la sociedad en general, debido a las asunciones de nuevos roles; pero, ante todo, determina una transformación en las actividades de la persona (30). Se resiente en el jubilado la percepción de posibilidades sociales, con mayor gravedad en edades superiores a los 70 años. El equilibrio personal del período de la edad madura, vigente aún al entrar en el período de la jubilación, es notablemente más inestable en este último; cualquier elemento negativo tendrá una mayor incidencia que en otro período evolutivo del sujeto (31).

CONCLUSIONES

La tendencia sociodemográfica consistente en el envejecimiento poblacional, se distribuye de manera simultánea a la cronificación de las enfermedades, propia de las últimas etapas de la vida humana. Las consecuencias en términos de dependencia, junto con el resto de dependencias derivadas de otras discapacidades, hacen que nos encontremos en un momento histórico donde las decisiones estratégicas a tomar sobre estas temáticas tengan un alcance especial, tanto en la calidad de vida de amplios grupos de población, como en las consecuencias éticas de implementación de las políticas que correspondan.

La línea estratégica ya iniciada, tanto en las respuestas exclusivas como inclusivas de los sistemas sanitarios, de la externalización de la atención sociosanitaria y de cuidados, va a ser contraproducente para las mismas razones que fundamentan su inicio; básicamente, la reducción de costes sanitarios y el incremento de calidad de vida de los pacientes. El logro de la reducción de costes sanitarios se verá afectado por el incremento de costes que supondrán las demandas propias de la sobrecarga del entorno social inmediato del paciente derivado. El incremento de la calidad de vida de los pacientes será a cargo de su decremento en los cuidadores informales y, como consecuencia, de la salud física y mental de éstos si no recurren a estrategias eficaces.

El complejo entramado de causas, mutuamente influidas y generadas, sugiere la necesidad de una respuesta integral por parte de multitud de sectores sociales y de la administración. Las demandas del sector de mayor edad de la población están conllevando fuertes problemas en *procesos y resultados* de los servicios públicos responsables, porque están intentando dar respuesta a una problemática que no proviene sólo de su ámbito competencial. Las responsabilidades en materia de salud de la población están siendo presionadas, por la evolución del contexto, ha-

20 cia su dispersión a lo ancho de todo el nivel político y competencial de los gobiernos. En este sentido, y como condición inicial, la distribución presupuestaria entre los entes competenciales al nivel correspondiente (comisionados europeos, ministerios nacionales, consejerías regionales o equivalentes...) deberá ser un reflejo fiel de la diversificación epidemiológica que pretende ilustrar básicamente este trabajo. Éste será el primer paso para la asunción real de la filosofía preventiva en la salud, idea proveniente de los ya lejanos años 70 del pasado siglo.

Así, por ejemplo, el trabajo en pro de comprender y mejorar las fuentes de apoyo social, que se contrastan como un factor protector de la salud, se muestra como fundamental y verdaderamente en la línea de la ideología preventiva y de la eficiencia en la prestación

de servicios públicos, en términos de presupuestos generales y no del presupuesto específico de un determinado y exclusivo nivel competencial (el de Salud). Los llamados *efecto viudedad* y *efecto jubilación* son claros ejemplos de ello, donde la pérdida o disminución de apoyos y relaciones sociales ligados al compañero fallecido (en el primer caso), o ligados al trabajo (en el segundo), producen un incremento sustancial en la probabilidad de enfermar y de consumir recursos sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias al Instituto de Estadística de Andalucía, que proporcionó los datos primarios analizados en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2004, 2006.
- Abellán García A, Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P. Los mayores en España. Madrid: MTAS; 2006.
- Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud. 2006.
- Bednash G, Fagin C, Meney M. Guest editorial. Geriatric content in nursing programs a wake-up call. *Nurs Outlook* 2003; 51 (4): 149-50.
- Abellán García A, Puga MD. Una España que envejece. *Papeles de Economía Española* 2005; 104: 57-75.
- Rodríguez Castedo A, Cobo Gálvez R. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2005.
- Rodríguez Rovira E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor. *Santander: Cantabri Académica* 2004; 194: 68.
- Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arac; 1999.
- Orrust S, Culpers P. Mood and anxiety disorders in midlife. A systematic review. *Ageing Ment Health* 2006; 10 (4).
- Gómez Raposo M, Macías Colorado ME, Rodríguez Vázquez C. Grado de dependencia de la población mayor de 65 años en la Zona Básica de Salud de Ayamonte. *Enfermería Comunitaria* 2008; 4.
- Puga D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. *Previsiones para 2010*. Madrid: Píncez; 2005.
- Otero A, Zamoregui M, Beland F, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes M. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Bilbao: BBVA; 2006.
- Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Espaza Catalán C, Fernández-Báyovalas Fernández G, Pérez Otero L, et al. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007.
- Lizaso I, Sánchez de Miguel M, Reñalal L. Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Psicología del Trabajo* 2008; 24 (3): 303.
- Matthes P, Pérez JA, Ancizu I, Valdés C, Adew J. Repeticiones psico-sociales y psicológicas de la jubilación. *Psicothema* 2003; 15 (1): 49.
- Del Llano Sebastián J, Pérez Camarero S, Hidalgo A. El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Editorial Fundación Gaspar Casah, 2004.
- Inuria Sierra J, Márquez Callejón S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un período de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71: 281.
- Robertson A. Beyond Apocalyptic Demography: Towards a Moral Economy of Interdependence. *Ageing and Society* 1997; 17 (4): 425-46.
- Kikuzawa S, Okafuji S, Pecosolido BA. Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations. *J Health Soc Behav* 2008; 49 (4): 385-99.
- Stevens F. The convergence and divergence of modern care health systems. In: Cockerham W (ed). *Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers*. 2001. p. 158.
- McMullin JA. Diversity and the state of sociological aging theory. *The Gerontologist* 2000; 40 (5): 517-530.
- Riley MW. *Social Change and the Life Course*. Vol. 1: Social Structures & Human Lives. Newbury Park: Sage; 1988.
- Juergen H. Mobility in old age. Beyond the transportation perspective. *Journal of Applied Gerontology* 2009; 28 (4): 411.
- SIZE. Life quality of senior citizens in relation to mobility condition. 2006. Disponible en: <http://www.size-project.at>. Acceso: 05/25, 2010.
- Stolk R, Hunter I, Wittek R. Population ageing research: a family of disciplines. *European Journal of Epidemiology* 2009; 24: 715.
- Bermejo Higuera J. La soledad de los mayores. *Ans Médica* 1999; 8 (8).
- García G, Landa P, Trigueros M, Gaminda I. Guía el duelo. *Atención Primaria* 2005; 35 (7): 353-8.
- Vázquez Merino A. Duelo disfuncional inhibido como diagnóstico diferencial enfermero en problemas de afrontamiento. *Index de Enfermería* 2008; 4 (2).
- Christakis NA, Fowler JH. Social network visualizations in epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 2009; 1 (19): 5-16.
- Piñón Puyá M. Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación. 1999.
- Remond L. Jubilación: efectos médicos y psicosociales. *Acta Médica Peruana* 2005; XXII: 134.

2.4. PUBLICACIÓN 4

Autores: E. Begoña García Navarro

Título: New Alternatives in a plural society: care to dependents and foreing care.

Revista: Spatial and Organizational Dynamics Discussion Papers

Editorial: CIEO-Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics,
University of Algarve. Año publicación: 2013

ISSN: 1647-3183

Web: www.cieo.pt/discussionpapers/discussionpapers11.pdf

Indexada es: REPEC

Research Papers in Economics) is a collaborative effort of hundreds of volunteers in 82 countries to enhance the dissemination of research in Economics and related sciences. The heart of the project is a decentralized bibliographic database of working papers, journal articles, books, books chapters and software components, all maintained by volunteers. The collected data is then used in various services that serve the collected metadata to users or enhance it.

So far, over 1,750 archives from 82 countries have contributed about 1.7 million research pieces from 2,100 journals and 4,000 working paper series. About 45,000 authors have registered and 75,000 email subscriptions are served every week. See below on how you can be part of this initiative.

NEW ALTERNATIVES IN A PLURAL SOCIETY: CARE TO DEPENDENTS AND FOREIGN CARE

NOVAS ALTERNATIVAS NUMA SOCIEDADE PLURAL: O CUIDADO DE DEPENDENTES E CUIDADOS EXTERNOS

Esperanza Begoña García Navarro

ABSTRACT

Taking care of a dependent person means to supply those needs that this person cannot satisfy by himself due to his lack of independence or autonomy (Henderson). Care is transmitted from one generation to another as a social practice and as a cultural heritage. It is taught through culture and social practices, and it is learnt through personal experience. At the same time, care does not happen in an empty context but in the context of systems and health and social structures, among other things, that finish its shape. When caring, the culture and social practices of a carer from one country (country of origin) are different in comparison with those of the country of destination. The concept of transcultural care of Leininger echoes the cultural diversity that this difference or opposition involves, and recommends incorporating it in the professional practice, developing care practice which she defines as *culturally competent*.

Other theoreticians in the field of nursing incorporate additional dimensions such as prejudice, developing approaches in which it is argued that care should be accompanied by an *intercultural sensitivity* (Campinha-Bacote).

This article presents a study on female migrant carers and their care strategies in key areas in the province of Huelva and the city itself, southwest of Spain, where they provide elderly care in different areas of expertise: specialised care in hospitals and care for the family unit at home. After an initial description of the demographic profile of the carers interviewed in our study area, our objective is to know the strategies they develop when caring for people from different backgrounds and how they are integrated into the social, cultural and institutional context of taking care to dependents of the host society.

Keywords: Transcultural Care; Social Practices; Female Migrant; Dependent Person

RESUMO

Cuidar duma pessoa dependente significa que as necessidades de essa pessoa não podem ser satisfeitas devido à sua falta de independência ou autonomia (Henderson). Este tipo de cuidado passa de geração em geração como uma prática social e como uma herança cultural, sendo ensinados através da cultura, práticas sociais e através da experiência pessoal. Ao mesmo tempo, os cuidados não são produzidos no vazio senão tendo lugar no contexto de sistemas e de saúde e das estruturas sociais, entre outros, que os final de estabelecer. Quando um cuidador é de outro país são em contraposição as culturas e práticas sociais do origem e de destino no momento de cuidar. O conceito de cuidado transcultural de Leininger reflete a diversidade cultural que é esta contraposição e recomenda incorporar na prática profissional o desenvolvimento de cuidados que esta define como culturalmente competentes. Outras teorias da área de enfermagem incorporam dimensões adicionais com o prejuízo de

desenvolvimento de aproximações em que se defende que o cuidado deve ser acompanhado de uma sensibilidade intercultural (Campinha-Bacote).

Neste artigo será apresentado um estudo sobre as cuidadoras imigrantes e o estudo sobre as suas estratégias de cuidados em áreas fundamentais e na província de Huelva, Sudoeste de Espanha, onde os cuidados são prestados a idosos em diferentes áreas de especialização: atenção especializada em hospitais e atenção da unidade familiar em sua casa. Depois de uma descrição inicial do perfil sociodemográfico das cuidadoras entrevistadas nesta área de estudo, nosso objetivo é conhecer as estratégias que desenvolveram no momento de cuidar de pessoas de diferentes origens e como estas são integradas no contexto social, cultural e institucional dos cuidados a dependentes na sociedade de acolhimento.

Palavras-chave: Cuidado Transcultural; Práticas Sociais; Migrante Feminino; Pessoa Dependente

JEL Classification: I 11

1. INTRODUCTION

In recent years, major social changes occurred in Spain that affect the demands from families to health professionals, in particular, and the health system, in general.

The first notable change is the ageing of the population; we can find homes where there is an abundance of the chronically sick, with self-care difficulty and non-external care. Any dislocation or management of the relationship with the health care system must be done with the help of family members or professionals. People at a certain age who have lost the ability of having a relationship with their doctors and the nurses are neither spontaneous nor direct and need the help of their families to accompany them and manage the relationship with the health care system and implement or monitor their treatments (1).

Faced with this situation, the offer of institutional care is very poor (day, homecare, residential centres), and the private offering is unaffordable for the majority of retirees and even their child. Between the year 2000 and the year 2050, the number of people older than 80 years in Europe will triple. Geriatric demands will grow even more than triple because we will have an increase of expectations and demands of this age (1) group; therefore, the only way to deal with the problem is the figure of family or informal caregiver, taking care into the family and, in another way, the extension to the (2) social services network.

Another social change that has occurred recently is the weakening of the source of informal support, mainly due to women that are being incorporated more and more into the professional world, which radically modify its traditional role of caregivers of patients or health care providers. According to surveys by the Ministry of Health, there is a paradox; informal or family carers dedicate less time to take care of themselves, especially when they combine the role of housewives and of active workers. The new social role of women affects the Care System of their relatives. The decrease of women that provide family cares increase the demand of people dedicated to the care of patients outside of the family. These people are also the main caregivers of our patients. The main difference is that the link between them is not family ties, but the consequence of an economic exchange and provision of services, which, in some forums, is called mercenary care.

Another change that has occurred in today's society is because of prosperity and facilities in the displacement and flow of populations of different countries, which is attracting large

numbers of foreigners not integrated in our society in Spain. The arrival of people from other cultures represents a major social change; but, above all, it implies a cultural impact, mainly for them, because the non-native population is a minority. This inflow of foreigners is experiencing a social change given by the need to acquire jobs that decrease their basic transfer costs, so that immigrant population is subject to some labour niches of job insecurity, low wages and endless hours. They formerly worked in the agricultural and construction sector; this group largely consisted of men, as well as some women also in agricultural, but women were mainly in the domestic sector attending dependent elderly people at home and hospitals. They are emerging as occupational niches that local society rejects, and they are directly absorbed by the immigrant population.

All of these social changes have evolved in the development of a new figure: the new agent of health care, which had not been studied or subjected to analysis until now, and these being the foreign caregivers that belong to different cultures, values and perceptions of the country from which they come, and they developed a type of cross-cultural care in our patients. Throughout this study, we will call them **Cross-Cultural Carers**. Their work is to assist our elderly, satisfying their basic needs and also engaging in a work of accompaniment, therefore replacing the usual family care or informal care system. This is a new trend, and although there are various studies that describe the informal care provided by members of the family (3), (4), (5), those who describe the support provided by paid carers outside the family nucleus resulting in a migratory processes have not been found.

The living conditions of these new agents of health are very different to family caregivers and the other local, paid caregivers, not only because of the attempt of adaptation to the new society that they are living in but also because of their own experience of the migration process, which involves economic, psychological, physical, social and spiritual difficulties. Culture shock is very strong, and the difficulties to adapt to a new, cultural context and integration in the new model of society become very hard (6). In addition, we cannot forget their pain from whatever is left and lost in their countries.

These factors provide caregivers taking these jobs an opportunity for learning and integration into a house on his new homeland; despite the precarious conditions of the work, it does not affect the quality of the care provided, even with a big cultural shock given by the interaction of two people with different values and perceptions of health and life styles.

Care involves understanding and, therefore, necessarily includes a process of empathy, identification of needs and assumption of knowledge.

Care and health have similarities and differences according to the cultural context in which they are located; the care provided by cross-cultural carers will have features consistent with their own culture, which does not have to be similar to the needs of patients who belong to the culture of the host country. It is necessary to know their knowledge, attitudes, beliefs and values and adapt to a training plan appropriate to each person according to the situation in which they are, particularly concerning knowledge on health/disease, expectations, attitudes, etc. that must be known about the care of dependent persons. We will conduct this study from the point of view of a nurse with the complete care unit consisting of patient and primary caregiver.

In this case, a cross-cultural caregiver exercises the cares with the maximum dedication, and we must ensure that the cares that they provided to our patients are culturally appropriate to the needs of the patient and the standards of quality required. The best way to plan our intervention and address the care unit, and detect their needs, would be using a methodology, which, in this case, is the methodology for cross-cultural care.

With this article we present the results obtained after a completed research project whose objectives were:

- To know the strategies developed by cross-cultural carers to develop their daily work from the vision obtained by their own culture.
- Define the profile of the foreign carers who provide care to patients of the Huelva district.

To address the study on the reality of care to dependent, people who provide foreign women, three types of methodological approaches that respond to the different objectives have been used.

Firstly, a methodology focused on the analysis of secondary sources, the exploration of data from other studies and the existing statistics on immigrant carers were used. Among these sources a prominent book is included, *Cuidado a la dependencia e inmigración*, from the Ministry of Labour and Social Affairs and the various statistical reports of the IMSERSO, the collection of social studies No. 6 of the Fundación la Caixa called *Vejez, Dependencia y Cuidados de larga duración*.

Throughout the research, we have taken various approaches to the reality and comparison between the different nationalities of carers.

The different sources appear in the bibliography of this memory section.

Secondly, an analysis of the situation of dependence existing in rural areas was performed, and interviews were conducted in the field, that provided a better understanding of the current panorama, reviewing both demographic issues, including responses raised by this phenomenon, i.e. the way in which protection of the State is organized.

Thirdly, a qualitative methodology centred on obtaining primary data through the in depth interview to a small sample of 10 cases of carers linked to the private sector, with another 10 applied to carers linked to a company (all of them foreign), where there was a primary focus on aspects linked to their immigration profile, employment, and family. In addition to this main objective, we also attempted to make women's work visible, as they are the informal carers, who are little known and little valued socially, concerning themselves.

Interviews were in their place of work, performed in the homes where they live and provide care for those in the private sector, and in the hospitals of the city, with the provided carers belonging to a private company.

This change elicited in fieldwork lies in the realization itself, since once immersed in it, we perceive the monopoly of the specialized care in a sole company which provided the "private care" or the informal paid care. It was decided to include this novelty in our research and change the distribution of the sample raised in principle - frequent changes in qualitative methodology given its great flexibility - to make the analysis of the situation lead to more interesting results, with two perspectives differentiated within the foreign, informal care: private self-employed and self-employed. This labour distinction was the only existing one between the two resulting samples, since the rest of the features that complete the profile of the samples remained the same (nationality, age, gender); therefore, we decided to interview 10 carers belonging to the company as urban in the specialty care and another 10 belonging to rural areas (Coast and County) to carers residing in homes.

2. RESULTS

Real Situation. Formal and Informal Care for the Unit

There are several phenomena that show the real situation of dependence on our country and, more specifically, in the province that is the subject of study, Huelva.

The first of these is the transformation of the families of our city, as women join the labour market and the birth rate decreases. A difficulty added to this is the economical availability of households and the increase of costs from the care of another person and

more if the pension does not cover even half of the costs. Regardless, the situation of the need for more dependent care would have much to do with the existence of what has come to be called "proximity services" (service help at home, Tele assistance and day centres). The low stocks of this type of service, enabling formal caregivers to not have to cope with caring for the dependent during all hours of the day; frequently generates the need for someone who allows small spaces of respite to informal caregivers, but that, as we indicated above, necessarily causes a family economic expense. The arrival of immigrants with possibilities of caring for older dependents and the possibility of living at the home of the dependent, may be prompting a new situation which is hiding, in part, the limitation of services of proximity. (JMSERSO)

Real situation. First core study. Aljaraque. Punta Umbria. Characteristics for immigration as a young phenomenon

The basic area of health of Aljaraque, which is only as far as 3 or 4 kilometers from the urban area of the city of Huelva, consists of 4 towns.

In three of them, there is a health centre or doctor's office. However, there is no retirement home. The population is very mixed, particularly at Corrales, the closest to the city of Huelva. Until about 6 years ago, the majority of them were of a considerable age, as younger people had gone to the Huelva capital or other places for work reasons. But in recent years, there has been a massive construction of new homes in the area, and the population has become younger and more numerous.

Apart from this, the characteristics of the population in this area are consistent with the general trend of the current population, both in demographic changes and the health partner needs. There is a lower birth rate, as well as an increased life expectancy, which together with the addition of women to work, who were formerly the carer par excellence, makes for more people living alone than before, especially women over the age of 80.

In these days, we can find more technology at home; therefore, the assistance of patients who are restrained in bed requires closer and more continuous care due to the techniques to be applied and the devices used.

In any case, the number of carer's immigrants finally found was fewer than expected, perhaps due to the coincidence in time with the beginning of the benefits of home care derived from the **Law of Dependency**. It has gone from providing one or two hours of care a day to spending a minimum of three hours per day. In addition, we have the economic benefits that can even exceed 400-500 euros; it has caused some family members to stop working because they could not earn much more than that, becoming informal carers of their families.

Discussing demographics more particularly, we have in the year 2007, 16368 inhabitants, of whom 1411 are older than 65.

- Users who have been considered dependents after the nurse assessment: 169.
- Considered fragile or users at risk of dependence after the nurse assessment: 259, Which are followed: 78.
- Immobilized at home in follow-up: 172.
- New users valued and a Care Plan established in their homes: 47.
- New carers valued and a Care Plan established at their homes: 34.
- Visits to patients and carers at home: 2167.
- Localized carers: 108.

On the immigrant population enumerated, we can say that, in 2006, there were 1257 immigrants registered, raising the number of foreigners in 2007 to 436.

In summary, it can be said that City Council Social Services worked quite well; there was a proper active recruitment of home help service for dependent patients if it was suitable and available resources allowed it.

When the family prefers that they have full time care help at home, they will have to hire on their own. Foreign women are preferred, specifically of South American nationality; they are chosen by family members "for language reasons and also because of their temperament".

Real Situation. Second Core Study. Almonte area. Distinguished by a consolidated immigration where there are second generations of immigrants

It is known that the migration process in Andalusia has experienced deep changes in a short period of time. The transformations have been even more significant at the provincial, or even local, level.

Focussing on the local level of the District of Almonte, we must take into account the following factors:

- Seasonality of agricultural crops.
- Source recruitment policies.
- Immigration law.
- Enlargement of the EEC.

These factors were pointed out in the migratory flow in Almonte, where the migration process began following the establishment of intensive cultivation of Strawberry, with an obvious character of temporality and where, after suffering the problems of irregular situations and numerous obstacles that entailed, active policies of recruitment in origin were adopted, at first mainly in countries such as Romania and Poland. Despite this temporality, the stabilization of a population with certain conditions of marginality and with sporadic work in precarious conditions has to be noted. The settlement of this population conditioned at the time the existence of a marginal offer of employment and, for immigrant women, it had specific connotations: lack of training and lower offer of employment in the agricultural sector because of the seasonality of strawberry crops. This perception came from a lack of expectations in their countries of origin and housing needs in their new country.

These connotations, coupled with the increasingly active integration into the labour market of the Andalusian Women and the need for provision of care in the citizen environment, carried immigrant woman to home care, either as what we could call full time help, living at the home of the ill person, thereby alleviating the need for housing while receiving an income which, although low, covered their most essential needs; or rather as external help, with a number of hours agreed to care. In any case, formal recruitment through employment agencies was uncommon.

As recruitment policies have been changed, the enlargement of the EEC and legal measures aimed to regularize these situations has led to progressive change in the nationality of these care helpers, until today they are mainly formed by Latin America women, Eastern European women and Moroccans.

This also indicates an active, local immigrant integration policy that has provided the opening of the Local Council for Immigration, where measures are designed and developed to focus on the normalization and integration of this population.

In this sense, the Care to the Immigrant Municipal Office should be noted, which, among other things, manages all the employment offers, and it is where these carers presented a range of services addressed to prospective employers.

On the other hand, we have been empirically studying the implementation of the so-called Dependency Law; this law has released some carers from working out of their homes, substituting their work outside the home for the economic provision because of the recognition of dependence.

In this regard, indications are that Almonte have made and processed 419 applications for the recognition of dependence, of which 250 were of grade III and II-2, 51 resolutions of grade II-1 and 12 resolutions of grade I.

At the moment, we can speak of an immigrant population that is more stable, including 52 different nationalities, according to a municipal census, with a higher level of integration.

Currently, the Municipal census of Almonte contains a total of 3410 registered foreigners, with 152 different nationalities. The majority are as follows:

Romanian.....	1,890
Morocco.....	280
Polish.....	269
Equatorian... ..	189
Bulgarian.....	171

The total number of the foreign population is 15.5% of the foreign population over the total population.

There are a total of 2613 community foreigners, of whom 1416 are women and 1197 are men.

These two, detailed core studies, with women devoted to care, have full time, dedicated work, developing their work in the patient's home, where they live.

Real situation. Third core. Huelva Capital

The situation of the care in the capital is different, despite the fact that a high percentage of care is carried out in homes full time, with the arrival of the Dependency Law, as referred above; as a result, the situation changes, hiring caregivers in a part-time manner (sleeping out of the domicile) or working for hours.

Another important factor in the development of the field has been that, in Huelva, there are caregivers who work in the hospital and, at the same time, developed work at the home of the patient when he is at the hospital.

This is not a monopoly of foreign women carers who provide cares in hospitals, but there are also women that are health professionals who provide services outside of their administrative situation with the public health service. Within the studied phenomenon in the hospital context, we note another incipient event; under a market structure, companies dedicated to the attention of people exist, whose workers have in common the unregulated experience. Some have a course on home care and Geriatrics; but, even in this case, the labour niches for expatriates make the difference, and a company was created as described above, with the only difference being the nationality of the workers, who are exclusively Latin American. These are trained in care for the employer; he is a professional nurse, one of the first foreigners who settled in our city and also works in the public health service in our province.

With respect to the other companies, the care for elderly people is one of the wide ranges of services offered, as well as home cleaning and other domestic tasks such as picking up children from school, etc...

However, the company managed by this foreign citizen has a unique service of care to older people that varies if the site of the service is at home or, as in most cases, in the hospital. This company differentiates their workers from the rest because all dressed in a uniform, very similar to those used by health professionals at hospitals; the only difference is a logo of the company with advertising and contact details.

In the city of Huelva, we find that in the three existing hospitals, Hospital Juan Ramón Jiménez, Hospital Vázquez Díaz and Hospital Blanca Paloma, the previously named company that monopolizes the market makes it very difficult to find work for women who

are trying to deal with this job niche, since it is more reliable for the families to be served by an employee of a company whose motto is professional care instead of others that do not have endorsing references.

Therefore, non-formal care in hospitals in our province, as well as those at home, are still being carried out under foreign hands, with the big difference that they run within a business framework in specialized care. Regardless, the wages received by these workers, or self-employed, is always less than those who receive local people; there exist differences of up to 15 euros less for service performed.

3. FOREIGN CAREGIVERS. PROFILE

Despite the fact that women have been always present in migratory movements, female migration has been characterized by its invisibility. However, this invisibility begins to disappear from the moment in which it detects the social and economic importance of women immigrants, and not just by their increase in number but by the socio-economic role they play in their countries of origin, as well as countries who emigrate. (Ruiz García, 2002) For immigrants, domestic service acts as a labour niche in which there is no competition between immigrants and locals, especially in the case of the full time domestic service, as this is a type of work absolutely rejected by Spanish women. However, there is a competition among the immigrants, a process of ethno-stratification based on the preferences of employers' families (Emakunde, 1999), in addition to less expensive wages.

The profile of immigrant women who are dedicated to the care of people in a situation of dependency varies in relation to the described pattern of formal carers, and that is why there are personal circumstances that often surround the work and personal context of this collective (Martinez Bujan, 2004).

The age of Carers

The average age of women immigrants is usually between 20-40 years, with 25-29 being the highest stratum (INE 2007); however, in our data source resulting from the interviews, we see that the average age is significantly higher, with the youngest of the women interviewed being a woman of 31 years. This can be due to preferences from the employers, since older women have more experience, hold more and take more responsibility; young, foreign women tend to be employed in the agricultural sector, living with their compatriots in the field itself or a rural area. *The adult women don't mind staying the weekend at home, in contrast to a 20-25 year old who wants to exit. (IMSERSO 2005)*

Origin of the Immigrants

The origin is one of the most interesting issues, since it responds to the way that immigration is developing, i.e. networks. The origin of carers is not at all representative of the origin of immigrants who settle in the territory, and it is not attributable to any other logic that the extension of its own networks can explain, in order to deal with empty niches where the demand can be strong (IMSERSO 2005).

The nationalities of our respondents were as follows:

Romania: 4
Ukraine: 3
Bolivia: 3
Kivavid: 11
Venezuela: 2
Peru: 2
Colombia: 3
Russia: 1
Morocco: 1

It is important to emphasize that, in our areas of study, the logic of social networks reigned within nationalities, so we conducted a more exhaustive search, enriching results and trying to find other nationalities. In some areas, the nationalities were distributed by sectors or neighbourhoods, confirming this theory of recruitment on the basis of the rumour and networking.

The Family Situation of Carers

The invisibility of immigrant women, and how this has evolved with the changes in the migratory flows and existing policies, has created a job niche for domestic and care work for the elderly people, where immigrant women do not have any competition with locals, given the precariousness of the work that we mentioned at the beginning of this section. This has enabled women of the families of the country of origin decide to lead migration processes, since arrival in the host country is going to be much easier, because of their illegal status. This is especially the case if they already have another compatriot who is working, as this social network will serve as buffer cost and assistance in seeking their first job. This phenomenon has been observed in 80% of the interviewees; the remaining 20% came regrouped, and they were first dedicated to agricultural work, since they belonged to the rural areas where immigrants were consolidated. One of the women interviewed currently lives at the home of a Lady as a full time worker with her two teenage sons who came re-aggregated.

Once the woman settles and begins to work as a domestic caregiver, it maximizes her revenue, as she does not spent in rent or food, and she saves everything to send to her family in the country of origin. This phenomenon occurs in some of the women interviewed, but others, especially those that are older, prefer to return to their country, and their main goal is to save. That is why one of the interviewed works on her free day for hours as a cleaner, while having her other job as a full time caregiver.

The most important thing in this section is related to the expectations of the interviewees regarding the care. The interviewed know very clearly that it is temporary work, not only because of the possibility that the person being cared for may become deceased, which increases the dynamics of jobs, but also because, in the future, they can regroup with their families or move to their countries. Those who stay in our city changed their full time work or part-time carers, as happened with some of our interviewees.

4. CARE STRATEGIES

Training

Only two of the 20 informants had received training concerning care: one of them was a clinic assistant in Venezuela and at the Red Cross of Huelva; the other had completed a course. The remaining 80% perform care without any experience. Those surveyed from Ukraine indicated they helped each other, transmitting among themselves their experiences and teaching those who were new, thereby creating a social framework to improve an employment network with their compatriots; 2 of the 3 girls of this nationality were friends, and they had shared the knowledge acquired in each one of their works: *"How?" Therefore, the lady who is very good she taught me everything I need. I do not know, I taught my friend. "Before, you took the lady that had Alzheimer's, and I think I do well because her son and her daughter-in-law were happy"*. The Romanian informants were concerned that caring for them was not easy because they did not have previous training, but the need made them learn very quickly. Of the 4 interviewed Rumanians, 3 had a degree at university. Although the 4 quickly learned the work, they were very responsible people and asked us for training during the interviews. Latin American women had a common discourse, such that they do not need training because

care has been done by women all their lives, and this is something innate in women: *"women are forced to obey what the husband says, and if you get married it is because you have to comply with their obligations as a woman and be at home while her husband brings the money"* and *"wash, cook and care for children and the husband"*.

These women take care as an innate talent, not learned. European foreigners develop different strategies asking for help from their countrymen and from the family of the employers as well as using their social networks to acquire training; they are very responsible with the assignment and want to do it as well as possible. South American women have more attachment to their macro culture where the fact of being a woman means knowing all of the activities of daily life, including care; they feel well enough formed to develop the work without the need to be trained, although they do not reject training.

Training must be differentiated in our field of work; those interviewed who come from the aforementioned services company, since the owner is a professional of health, were *prepared* (not full trained). In this company, there are two employees who were nurses in Peru and work here as caregivers; although they feel prepared, they support important cultural differences that may lead to performing a less than satisfactory job. To alleviate this concern, the Manager caretaker of the company has created protocols, thus avoiding subjective care based on the culture of each of its employees: *"Carers I have applied their knowledge of nursing but agreement protocol and the work plan which makes it to do, if one wants to exit the scheme tells you because this have not done well."* There are some that try to do so, as they possess ignorance while trying to do certain things that sometimes are not right. *"We have seen many times that we worked as companies, and we have coincided in rooms with caregivers who were not companies and us and trying to imitate the care we give to patients"*.

Different Perceptions of the Care

Care has a very important dimension related to culture, inherent to the person who makes it; it is very difficult to create recipes for care, according to the origins of the women interviewed, as there are different perceptions within each of the nationalities, according to their own experiences, relationships, education etc... Although there is something common to each of the countries of origin of the women interviewed, the fact is that the women from the same country have common perceptions that are associated to health and political systems. Given this premise, we will try to mix perceptions of the women interviewed with different nationalities and try to create common characteristics that will help us to understand, empathize with them and, thus, contribute to the Spanish health professionals' competence as caregivers.

Health's Concept. Expressed by some interviewed:

Latin American:

"Health, as its name indicates, is... okay, the person both internally and externally, right?" either as regards, also environmental issues, everything, or all inclusive, for me, more than everything, too much affection influences. Affection, because a person may be sick and always when love is offered, the disease will be less important. "Clear, because you also feel useful, independent of the disease they have, they are beloved".

Eastern Europe:

"For me a person with health has no pain a healthy heart, head, and does not take pills". Also is not sad."

"Much laughter, great jokes, be happy, eat well, do sport, not to be sedentary, talk a lot, talk is a very good thing."

The analysis of these definitions of a health concept is very enriching, looking at the similarities in the views of the woman. While they are from dissimilar cultures such as Latin

America and Eastern Europe, the first thing that comes to mind when discussing health is the same association, health with affection; for them, health has to do with being emotionally well and feeling loved. They based their care in love and emotional support, which is very good of course, although it is not enough. This definition in immigrants is normal since the immigration duel is associated with a mental health cost, not only by the longing of their people but by what living in another country entails, in solitude, without the ones you love, with another language, with the lack of integration etc... Therefore, it is normal that their definition of health is aligned with being well emotionally and the absence of mental problems. Their associations of these concepts are basic, probably due to the lack of training, since the definition of health of the person with nursing studies was more complete and elaborate: *"because the term of health according to NANDA, according to the UN means and all that you know what... this, Begoña." Because there are many factors influencing the weather, place and space more than anything else. The weather, depending of the circumstances of the year, and from health point of view may vary, more than nothing in winter; older people have too many colds, and could be vaccinated for the flu. People that make processes of pneumonia and have to be hospitalized, "The place I say, in terms of the place where you are, places here in Spain can be very controlled, but there is another type of influence that can affect the health of patients".*

If we discern concepts according to culture, we observe that the informants of the Eastern countries (Romania, Ukraine and Russia) added to the affection and emotional state something more: money. As they suggest that, in their countries, the health system is similar to ours in that there are good hospitals, good professionals etc., the big problem is the lack of resources to access them; so, in their definitions, they assume that health has to do with money. Fellow professionals of the health system of the region of study, when they were interviewed, mentioned that, after a Romanian patient nursing consultation, they received 5 euros in their pocket, since it was normal to pay in their country.

Cultural Shocks between Health Systems

Latin America

"Yes to medicine, to things which there are here and not in my country, the comfort of the existing social security, because we do not have it for all, but only for the elderly and the newborn infants under one year." That is the difference in medicine that I see here. "And another difference I see is the way we live, that all people work and at my country women always stay at home, we are used to be at home and being maintained by men..."

"Communication here is different from my country, very different, because in my country older persons are not treated as if they were equal; for example, if I speak with my friend in a rude way, in front of one older person no bad word would be said, more respect for that is what it is, no ugly faces, because you cannot. Not because it is abuse, but respect it's something that we learned. In the health system, for example we have injections to prevent flu because you can get many diseases in winter, so they come to the houses and health centres to inject before it reaches the winter. "In that there is not much difference."

"There what we have as an example of medicine, treatment, or therapies e.g. medicinal plants and all that." Here, you do not have that. Yes, you do other things? Yes, there is everything there. What happens is that the lack of resources is very bad. Of course we have different cultures right? For example Indians, our Indians, they heal with their powers which they have acquired. People, blacks for example from the coast, they also take care of them, for example. Myself, when I was working in the companies and moving well inside the woods there were people who had to get there, walking 7 hours or more. Lack of resources, I already left almost 7 years ago, and when I go back you can say that everything is the same. Well beyond, for example, cranes do not exist, as far as I know, you can have them, but I

...speak, for example, at the working class level; you can have them at an upper classes, but there no, I don't know. But this is not an excuse to live someone to die..."

"Because the practices are more than anything what is alternative medicine or traditional medicine that are somewhat the use of herbs, ointments of animals, the use of other types of empirical knowledge." There is a very important work in this aspect that is traditional medicine; and what is it, as it is called, instructive is the medicine studied at the University; traditional medicine has sorcerers, healers, they can heal certain people. [It] occurs too much in Peru, because Social Security there is not as here in Spain, free, but there is very... this... how you can explain? In an expensive way, i.e. costs you, costs you a consultation, costs you a medicine, costs you to ask a question to the doctor, has a cost to go to the emergency room; and if you don't have money, you stay. Many times I was a witness in the travels that I have had these past years to Peru and recently found the case of a child who had fallen. He had a wound on his forehead and had to be sutured, but the family did not want to take it to the hospital because they could not afford the suture, and said that he will be okay, nothing happens, the scar will heal and should look like this. But [it] needed a suture and simply for not paying the suture and a lack of financial means, the child [who] was wounded badly healed. This is a minimal example of what can happen there. In areas of the forest is where I say that there is a nurse's work. They develop activities of how traditional medicine must be combined with modern medicine, and sometimes in those villages, more than anything in Amazon, not accepted [are] doctors, nurses or the obstetrician. They are not accepted, [but] rejected, and they prefer to continue his... his..., your sorceress, his sorcerer, his healer, bonesetter, also is named to the person who is responsible for return[ing] to place dislocated bones or treat[ing] any fracture. [This is] because they prefer their medicine by the economic aspect and the confidence they own [in] them. These are the aspects that there is. Because you have already said that they used natural remedies of all kinds, both plant and animal. There is a method called "jobeo"; the jobeo is a Studio that makes the person through an animal, which means good; the animal much used [is] the Guinea pig of India or the cui. The healer has been passed by the people and makes the interpretation of what happened in your body by the animal, and you can see, and matches many times, and there are many anthropologists, sociologists, both of the Peru and from abroad, made the jobeo. The patient is in bed, grabs a Guinea pig, becomes the Guinea pig, and when you're going through because the animal dies, then they open it and are doing a study if you shock, if you have good lungs, is as a kind of biological x-ray that passes so that you have the animal and is interpreted, and many times you have gases, and this match makes you stay thinking. I'll tell you from my own experience that I have studied nursing and the difference when I return to my roots tend me to make such practices and match many things, right? What I have, which reflects the animal, and what they say people who are responsible for this. "And this medicine endures today and perhaps as you've born in that environment, therefore also trusts your own medicine."

Eastern Countries

"There are many people who believe in other types of medicine, do not know how here in Spain but in my country, yes." It is medicine and people think: hospitals, doctors... Well, everything there, but hard to do know? It costs money. Do you understand?" "But there are all the same, but you need money, and that is why we all are abroad and we have to emigrate, you know, be[ing] healthy costs a lot of money..."

"In Ukraine, we have this disease; Chernobyl, did you say?" ...In 1976, near our capital, an atom as they say? Broken one... I cannot explain it... For us, [it] is very bad in Ukraine... "Here, thank God, it doesn't happen..."

"Here everything is it is at hours, all very accurate." In Ukraine you can do things as well. There are medications when you can, no matter if we must give it every eight hours. "We are more cluttered; we do that when we can."

"We do not buy diapers or something like that." There not take care of patients, because they need to work. They cannot devote time to the patient; he is left alone. "The person has to take care of one."

"Some of those who heal without being doctors." They say that it is better to be healed by natural remedies. "They are not medical, but they help people."

"I know a man who is not a doctor, but help[s] cure, with his hands, the hurts or the one that have almost broken something." He finds where the problem is and solves it. And that man cannot read or write and is very poor. "He lives in the village of my parents."

"What I find more difficult is to wash a person, especially if he is a man."

"Here you are very orderly with diseases; in Romania, also, you know what disease you have, and what the organism that gives it, but we cannot buy the drug that removes it from the body; that's worse." "There the nurses have no means to be able to take care, because everything is very expensive; I remember when my daughter was born and the nurse asked me a paracetamol for her headache, because there was not in the hospital for her, only for patients who paid."

As noted, this section meets one of the objectives set out in the study: learn how care occurs in countries of origin in order to put ourselves in their place, empathize with them and understand some of their practices in health. At the same time, we must be able to train them while avoiding cultural shocks that currently exist both at the macro-sanitary level and the micro-level, in the homes of dependent patients cared for by carers from another culture.

Each culture has its own language, using phrases and expressions of that country that, when performing an assessment, nurses must bear in mind regarding what we are trying to say and the actual understanding and meaning. Then we are going to describe practices performed in the countries of caregivers, to understand their behaviours in our country about health.

Regarding reproductive practices, in the environments of the societies of origin, especially Latin America, women's roles are fully reproductive. This is even more acute in rural areas. Although some authors find a differential fertility due to drag from the society of origin (three or more children per woman in the African and Latin American societies), it is not clear that these differences remain, or change, when approaching the reproductive behaviour of Spanish women. According to the experience of other European countries of immigration, foreign women who settle permanently, measuring the length of their stay, tend to approach the number of their children with that of the locals (Oliver et al. 2004). A study conducted in the district west of Almería among women attending an IVE noted that prior use of modern contraceptives was higher among local women than in immigrants: 76.4% versus 55.3% (Soler y Coll., 2004). Likewise, the study on Nursing Diagnoses in immigrant population in the Poniente District detected a Sexual Ineffective Pattern diagnosis in connection with a lack of knowledge of effective contraceptive methods or its inappropriate use (Baraza et al., 2005). Regarding the voluntary interruption of pregnancy, we should bear in mind that in Romania it is not a practice carried out as in our country, since according to our informants, the profession that makes more money is a gynaecologist and the practice of abortion. Of four who were interviewed of this nationality, 100% had practiced an abortion in their country and some had more than two. They told us that, when Romania was a Communist country without access to existing contraceptives and the most commonly used was the IVE, it had generated the culture of abortion. A health observatory of the women of the Ministry of Health (published in 2006, with data from 2004) stresses that the rate of IVE in Spain stood at 8.94% in 2004, being the lowest in the European Union, and that increase was due to the increase in the immigrant population. For example, in Sweden it is at 17% and 50% in Romania. It has influenced the year of des-penalization, the restrictiveness of their

legislative regulation, customs and cultural constraints, and the presence or absence of family planning policies. Forty-nine countries around the world (41 of the world's population) have no restrictions for the gestational age for the practice of the IVE.

Other practices that are carried out are those related to food and health; these are the views that our women have on this topic:

"Of course, because when you are ill this is the importance that disease has, do you understand?" "If you have a very bad disease, can't eat as another person who is good."

"Of course, because of health, I need to eat well; eat well, I think it is very good." Yes, I need to eat well and healthy, like, good food. I do not know; it seems to me that [it is] the same as Ukraine here... We eat more pork meat; I prepare all food with fat, and that is not good for health, and here I so like lots of fruit. They eat much vegetables; we do not eat vegetables... "

"The power is very important for the elderly; for example, if they are in the hospital, the food is not bad, but they don't eat it; then when they leave the hospital, they need food with much iron, food that takes lots of energy, to give them energy, and that is very important because it will change the environment." "The food is very important for older persons."

"In my country it is more important, because here one, for example, arrives...when the person is old; they tell not, for example, do not give little, he eat little, by my experience, then I get and give more e.g. vegetables, fruit and all that; I will increase the dose and the person improves."

"Well, yes, a good diet produces a good absorption of vitamin complex, proteins and everything you need [in] the body and thereby a normal growth and a strengthening of the defences which give you a well-being, except when [it] breaks by accident or for any other reason."

There are beliefs that different cultures have a common link with respect to food, in countries with food shortages, either by economic problems or the political regime; when these people go to countries such as ours, where a variety of food is attainable for the working class, they do not understand the restrictions and do not consider food as assumed by the culture of the Mediterranean diet. As they reflect, when one is old or sick, they have to eat in abundance. Nursing has to take into account this cultural aspect to understand many of these carers' practices and understand how these can be of little benefit for chronic diseases of our elders.

Another practice of our women who left their mark in interviews is the differences in health care systems, as explained above; this, when qualitatively analyzed, has a reading that is very important for the treatment of our elders in what nurses call the ineffective management of therapeutic regimen, with speeches such as: *"here everything is going for hours, all very accurate; in Ukraine you can do things as well. There are medications when you can, no matter if we must give it every eight hours. We are more cluttered; we do that when we can."* *"Some of those who heal without be doctors."* *They say that it is better to be healed by natural remedies. "They are not doctors but they help people."* *"In Romania, I had TB without taking pills and nothing happened, and here for anything they give pills, to weight loss etc."* These inadequate practices in their countries, due to insecurity and scarcity of their resources, makes the person assume that it is normal; they do not give importance to medicine, or the pharmaceutical industry, given the lack of treatments of this type that occurs in their countries of origin, and they look to their traditional remedies. They do not follow our treatment guidelines, since they are in the same situation as us in their countries, and they do not take it so nothing happens. The lack of adherence to the treatment, as well as the lack of need for these caregivers, is increasing.

Regarding these practices, it is clear that a company's carers do not allow that because they have protocols.

5. CONCLUSIONS. APPLICABILITY OF THE RESULTS

Ageing is a social issue, but in recent times it has become a political and economic issue of the first magnitude. The physical overhead of people caring for a family member with a high level of dependence does have limitations in bio psychosocial health. This topic has acquired great significance with respect to health policy; it is even spoken of in the Congress to amend the law and expand benefits to improve the overhead carer's law of dependence. But the current response of our society to this major problem is overcome with unpaid and badly paid carers working many hours with our patients and incorporating them in your home as a full time worker. This type of work, mostly occupied by foreign women, in less than two years, has become the biggest collective caretakers paid by patients in our country. Although this phenomenon has not been the object of numerous studies, the reality is that the population of the fragile elderly (12), multi pathology, cognitive and affective disorders, difficulty in ambulation, urinary incontinence, hospital attendant and social isolation are being cared for by people without specific training, as well as a cultural heritage that is different from theirs.

This entails a culture shock that can lead to maintenance of health problems and even to an increase in the feeling of isolation from the patient. So the relevance of this study that makes it a social priority is that each of us suffers in our homes.

With the knowledge generated after the research, we can improve the quality carers providing to our elders, since we are able to understand and know the system of their way of life and values possessed by the women interviewed regarding the action of caring for others, and we can involve ourselves in the strategies they have developed to improve the quality of their work.

An applicability of the research set out above would be the elaboration of a guide to clinical practice in which communication strategies are developed with some prevalent foreigners' nationalities in our community, without falling in automations and recipes that are impossible, since we are dealing with individuals.

It could also be possible to design communication courses with the immigrant population to promote culturally competent care.

Another utility to consider would carry out an offering of informal carers, with payment possibly resulting from this research, who have demonstrated their skills and knowledge to be able to be used in future care; in this way, we would avoid having prepared unemployed people and duplicating the effort of the health centres to train new carers.

REFERENCES

1. - Durán, María Ángeles. Las familias del siglo XXI y su relación con el sistema sanitario. *El Médico* 2.006. 16: 17-25
2. - Delicado Useros, M.; García Fernández, M.A.; López Moreno, B.; Martínez Sánchez, P. Cuidadoras informales: una perspectiva de género. *Revista de la Escuela de Enfermería de Albacete*. 2.001 Abril. 13: 12-16.
3. - Celma Vicente, M.; Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Rev ROL Enfermería*. 2.001 jul-ago. 24 (7-8): 503-511.
4. - Celma Vicente, M.; Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. *Rev ROL Enfermería*. 2.003 marzo. 26 (3): 22-30.
5. - Heirle Valero, C.; Cuidando entre Cuidadores. Intercambio de apoyo en la familia. *Col. Cuadernos Index*. 2004. Granada.

6. - Pérez Pérez, M^a José. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>>. Consultado 13 de diciembre de 2.005.
7. - Roca Capará, Nuria; Inmigración y Salud. Situación actual en España. Rev ROL de Enfermería. 2.001. 24 (10): 682-686
8. -García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl. 2): 83-92.
9. -Tarrés Chamorro, Sol; El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaceta de Antropología 2.001; 17: 17-15.
- 10.- Bértiz Cordero, FJ; Albarraçín Vilchez, M.J; García Linares, J;Vázquez Villegas, J; Maldonado Santiago, A Y Cerrudo de la Torre. Perfil Sociodemográfico de los inmigrantes que acuden a un centro de salud. Grado de satisfacción. Atención Primaria 2.000. 26 (supl. 1.): 3:311.
- 11.- Borrero Infantes, M; Burgos Rodríguez, M; Casado Aguilar J. et al. Documentos de Enfermería. 2.002. Núm. 18: 18-21.
- 12.- Campinha-Bacote, J.; The Process of Cultural Competence: A Model for Nursing Practice. In: G. Matusiak, Providing Culturally Competent Care: A Handbook for Nurses. NJ: Prentice Hall. 2.004.
- 13.- Castillo, S; Mazarrasa Alvear, L y Sanz B. Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. Index de Enfermería. 2.001. Núm 34: 9-14.
- 14.- García Rodríguez, J.J.; Inmigración y enfermería. Enfermería Docente. 2.001. Núm. 71: 4-6.
15. - Gentil García, I.; Estudio socio-sanitario en una población inmigrante marroquí. Cultura de los Cuidados. 2.002. Núm 12: 40-46.
- 16.- Mariano Juárez, Lorenzo; Encinas Chamorro, Beatriz.Cuidados y cuidadores transculturales en el hospital Fernando Fonseca (Portugal). Index Enferm Digital 2003; 42. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_63-65.php> Consultado el 14 de diciembre de 2.005.
17. - Martínez M, García M, Maya I. La integración Social de los inmigrantes desde los recursos sociales naturales. Actas del II Congreso Sobre la Inmigración en España. Congreso Sobre la Inmigración en España. Num. 2. Madrid. Instituto Universitario Ortega y Gasset. 2000.
18. - Moreno Preciado, Manuel. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index Enferm Digital 2003; 42. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_29-33.php> Consultado el 14 de diciembre 2.005.
19. - Lillo Crespo, M.; Vizcaya Moreno, F; Domínguez Santamaría, J.M.; Galao Malo, R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. Index de enfermería (Granada) 2.004; 44-45:47-50.
- 20.- Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. Index de Enfermería (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_9-13.php> consultado 14 diciembre del 2.005.
- 21.- Oliver Reche, M.I.; Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. Asociación Andaluza de Matronas. Matronas Profesión. 2.002. Núm 9: 21-27

- 22.- Oliver Reche MI. Etnografía de los Cuidados Materno-infantiles. Creencias, Valores y Prácticas tradicionales sobre la Lactancia materna. Index de Enfermería (edición digital) 1998; 23. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/22revista/22_articulo_34-40.php> Consultado el 14 diciembre 2.005.
- 24.- Spector, R.E.; Muñoz, M.J.; Las Culturas de la Salud. Pearson Educación. Madrid 2.003.



Factor de Impacto de las
publicaciones incorporadas
en el compendio

3 FACTOR DE IMPACTO. PUBLICACION 1

12/4/2015

JCR-Web 4.5 Journal Information

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]

[WELCOME](#)
[HELP](#)
[RETURN TO LIST](#)
[PREVIOUS JOURNAL](#)
[NEXT JOURNAL](#)

2013 JCR Science Edition

Journal: Aquichan

Mark	Journal Title	ISSN	Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor	Immediacy Index	Citable Items	Cited Half-life	Citing Half-life
	AQUICHAN	1657-5997	24	0.175	0.153	0.000	24		8.4
Cited Journal Citing Journal Source Data Journal Self Cites									

[CITED JOURNAL DATA](#)

[CITING JOURNAL DATA](#)

[IMPACT FACTOR TREND](#)

[RELATED JOURNALS](#)

Journal Information

Full Journal Title: Aquichan
ISO Abbrev. Title: Aquichan
JCR Abbrev. Title: AQUICHAN
ISSN: 1657-5997

Issues/Year: 2

Language: SPANISH

Journal Country/Territory: COLOMBIA

Publisher: UNIV SABANA, FAC ENFERMARIA

Publisher Address: CAMPUS UNIV PUENTE COMUN, KM 21
 AUTOPISTA NORTE BOGOTA, D C, CHIA,
 CUNDINAMARCA 00000, COLOMBIA

Subject Categories: NURSING [SCOPE NOTE](#)

[VIEW JOURNAL SUMMARY LIST](#)

[VIEW CATEGORY DATA](#)

Eigenfactor[®] Metrics

Eigenfactor[®] Score

0.00003

Article Influence[®] Score

0.016

Additional Links

[GO TO ULRICH'S](#)

[GO TO CC CONNECT](#)

Journal Rank in Categories: [JOURNAL RANKING](#)

Journal Impact Factor

Cites in 2013 to items published in: 2012 = 3 Number of items published in: 2012 = 21

2011 = 4

2011 = 19

Sum: 7

Sum: 40

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{7}{40} = 0.175$

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2013} to items published in: 2012 = 3 Number of items published in: 2012 = 21

2011 = 4

2011 = 19

2010 = 3

2010 = 18

2009 = 4

2009 = 21

<http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=RECORD&ark=8&journal=AQUICHAN>

1/4

2008 = 1

2008 = 19

Sum: 15

Sum: 98

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{15}{98} = 0.153$

Journal Self Cites ?

The tables show the contribution of the journal's self cites to its impact factor. This information is also represented in the [cited journal graph](#).

Total Cites	24	Self Cites	12 (50% of 24)
Cites to Years Used in Impact Factor Calculation	7	Self Cites to Years Used in Impact Factor Calculation	5 (71% of 7)
Impact Factor	0.175	Impact Factor without Self Cites	0.050

Journal Immediacy Index ?

Cites in 2013 to items published in 2013 = 0

Number of items published in 2013 = 24

Calculation: $\frac{\text{Cites to current items}}{\text{Number of current items}} = \frac{0}{24} = 0.000$

Journal Cited Half-Life ?

The cited half-life for the journal is the median age of its items cited in the current JCR year. Half of the citations to the journal are to items published within the cited half-life.

Cited Half-Life:

Breakdown of the citations *to the journal* by the cumulative percent of 2013 cites to items published in the following years:

Cited Year	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003-all
# Cites from 2013	0	3	4	3	4	1	5	0	2	1	1
Cumulative %											

Cited Half-Life Calculations:

The cited half-life calculation finds the number of publication years from the current JCR year that account for 50% of citations received by the journal. Read help for more information on the calculation.

Cited Journal Graph ?

[Click here for Cited Journal data table](#)

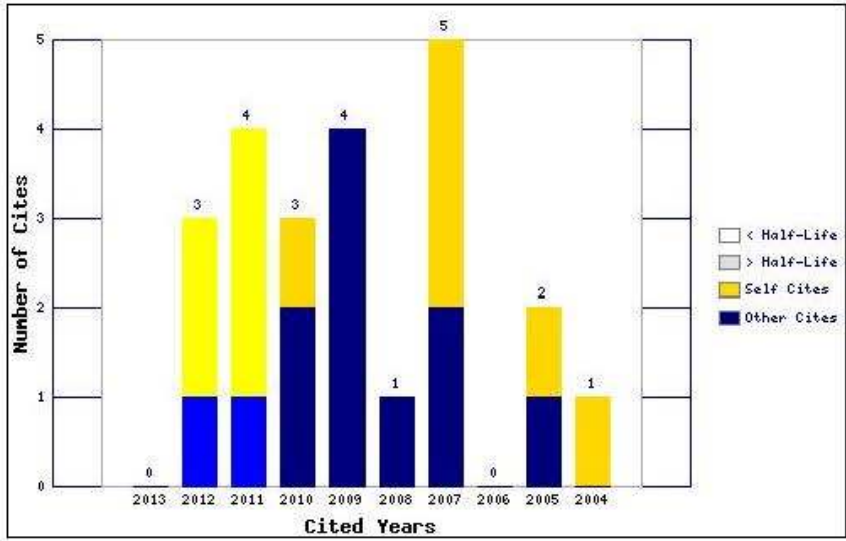
This graph shows the distribution by cited year of citations to items published in the journal AQUICHAN.

Citations to the journal (per cited year)

- The white/grey division indicates the cited half-life (if < 10.0). Half of the journal's cited items were published more recently than the cited half-life.

- The top (gold) portion of each column indicates Journal Self Citations: citations to items in the journal from items in the same journal.

- The bottom (blue) portion of each column



indicates Non-Self Citations: citations to the journal from items in other journals.

- The two lighter columns indicate citations used to calculate the Impact Factor (always the 2nd and 3rd columns).

Journal Citing Half-Life

The citing half-life for the journal is the median age of the items the journal cited in the current JCR year. Half of the citations in the journal are to items published within the citing half-life.

Citing Half-Life: 8.4 years

Breakdown of the citations *from the journal* by the cumulative percent of 2013 cites to items published in the following years:

Cited Year	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003-all
# Cites from 2013	1	11	47	50	61	64	67	54	44	44	300
Cumulative %	0.13	1.62	7.94	14.67	22.88	31.49	40.51	47.78	53.70	59.62	100

Citing Half-Life Calculations:

The citing half-life calculation finds the number of publication years from the current JCR year that account for 50% of citations in the journal. Read help for more information on the calculation.

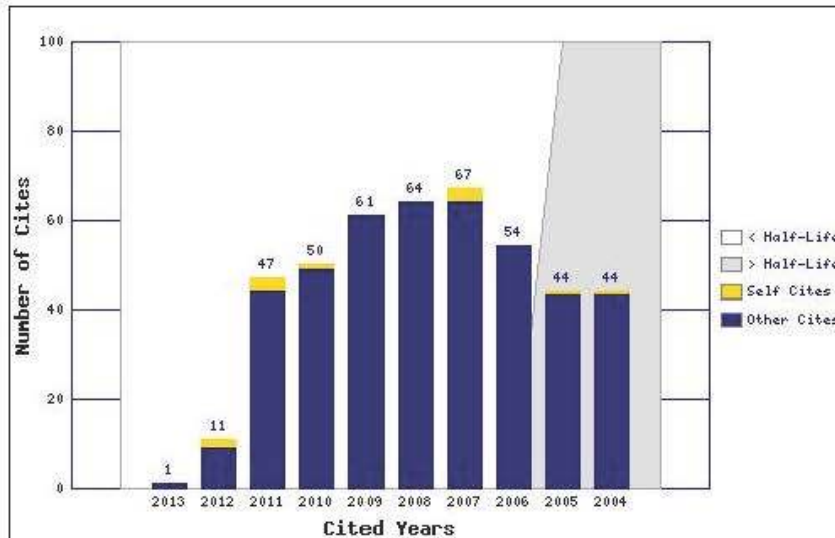
Citing Journal Graph

[Click here for Citing Journal data table](#)

This graph shows the distribution by cited year of citations from current-year items in the journal AQUICHAN.

Citations from the journal (per cited year)

- The white/grey division indicates the citing half-life (if < 10.0). Half of the citations from the journal's current items are to items published more recently than the citing half-life.
- The top (gold) portion of each column indicates Journal Self-Citations: citations from items in the journal to items in the same journal.
- The bottom (blue) portion of each column indicates Non-Self



Citations: citations from the journal to items in other journals.

Journal Source Data ▲

	Citable items			Other items
	Articles	Reviews	Combined	
Number in JCR year 2013 (A)	23	1	24	2
Number of references (B)	675	57	732	11.00
Ratio (B/A)	29.3	57.0	30.5	5.5

[Acceptable Use Policy](#)
Copyright © 2015 Thomson Reuters.



THOMSON REUTERS

Published by Thomson Reuters

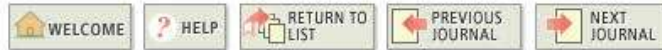
2. FACTOR IMPACTO. PUBLICACION 2

12/4/2015

JCR-Web 4.5 Journal Information

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]



2013 JCR Science Edition

Journal: Medicina Paliativa

Mark	Journal Title	ISSN	Total Cites	Impact Factor	5-Year Impact Factor	Immediacy Index	Citable Items	Cited Half-life	Citing Half-life
	MED PALIATIVA	1134-248X	70	0.162	0.262	0.118	17		7.7

[Cited Journal](#)
[Citing Journal](#)
[Source Data](#)
[Journal Self Cites](#)



Journal Information

Full Journal Title: Medicina Paliativa

ISO Abbrev. Title: Med. Paliativa.

JCR Abbrev. Title: MED PALIATIVA

ISSN: 1134-248X

Issues/Year: 4

Language: SPANISH

Journal Country/Territory: SPAIN

Publisher: ARAN EDICIONES, S A

Publisher Address: CASTELLO, 128, 10, 28006 MADRID, SPAIN

Subject Categories: HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES

[SCOPE NOTE](#)

[VIEW JOURNAL SUMMARY LIST](#)

[VIEW CATEGORY DATA](#)

Eigenfactor[®] Metrics

Eigenfactor[®] Score

0.00005

Article Influence[®] Score

0.021

Additional Links

[GO TO ULRICH'S](#)

[GO TO CC CONNECT](#)

Journal Rank in Categories: [JOURNAL RANKING](#)

Journal Impact Factor

Cites in 2013 to items published in: 2012 = 5 Number of items published in: 2012 = 23

2011 = 1

2011 = 14

Sum: 6

Sum: 37

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{6}{37} = 0.162$

5-Year Journal Impact Factor

Cites in {2013} to items published in: 2012 = 5 Number of items published in: 2012 = 23

2011 = 1

2011 = 14

2010 = 19

2010 = 32

2009 = 1

2009 = 32

2008 = 12

2008 = 44

Sum: 38

Sum: 145

<http://admin.apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=REC DRD &rank=44&journal=MED+PALIATIVA>

14

Calculation: $\frac{\text{Cites to recent items}}{\text{Number of recent items}} = \frac{38}{145} = 0.262$

Journal Self Cites

The tables show the contribution of the journal's self cites to its impact factor. This information is also represented in the [cited journal graph](#).

Total Cites	70	Self Cites	37 (52% of 70)
Cites to Years Used in Impact Factor Calculation	6	Self Cites to Years Used in Impact Factor Calculation	2 (33% of 6)
Impact Factor	0.162	Impact Factor without Self Cites	0.108

Journal Immediacy Index

Cites in 2013 to items published in 2013 = 2
 Number of items published in 2013 = 17
 Calculation: $\frac{\text{Cites to current items}}{\text{Number of current items}} = \frac{2}{17} = 0.118$

Journal Cited Half-Life

The cited half-life for the journal is the median age of its items cited in the current JCR year. Half of the citations to the journal are to items published within the cited half-life.

Cited Half-Life:

Breakdown of the citations *to the journal* by the cumulative percent of 2013 cites to items published in the following years:

Cited Year	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003-all
# Cites from 2013	2	5	1	19	1	12	4	2	3	4	17
Cumulative %											

Cited Half-Life Calculations:

The cited half-life calculation finds the number of publication years from the current JCR year that account for 50% of citations received by the journal. Read help for more information on the calculation.

Cited Journal Graph

[Click here for Cited Journal data table](#)

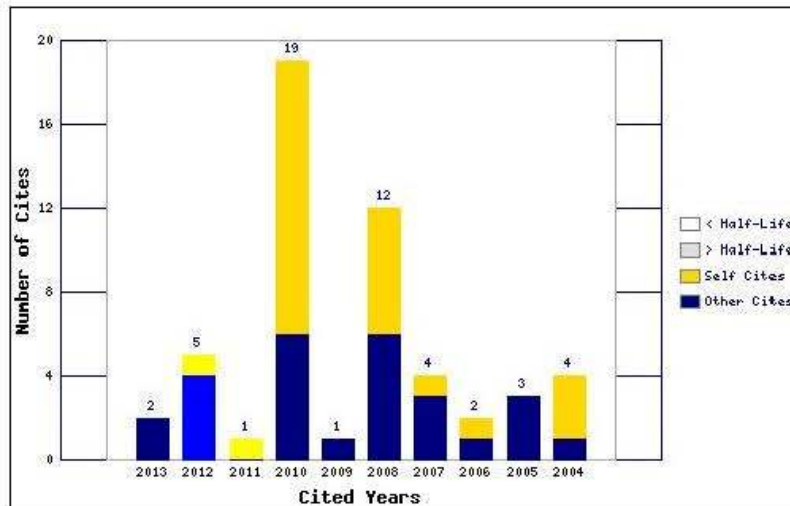
This graph shows the distribution by cited year of citations to items published in the journal MED PALIATIVA.

Citations to the journal (per cited year)

- The white/grey division indicates the cited half-life (if < 10.0). Half of the journal's cited items were published more recently than the cited half-life.

- The top (gold) portion of each column indicates Journal Self Citations: citations to items in the journal from items in the same journal.

- The bottom (blue) portion of each column indicates Non-Self Citations: citations to the journal from items in



other journals.

- The two lighter columns indicate citations used to calculate the Impact Factor (always the 2nd and 3rd columns).

Journal Citing Half-Life ⁱ

The citing half-life for the journal is the median age of the items the journal cited in the current JCR year. Half of the citations in the journal are to items published within the citing half-life.

Citing Half-Life: 7.7 years

Breakdown of the citations *from the journal* by the cumulative percent of 2013 cites to items published in the following years:

Cited Year	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003-all
# Cites from 2013	3	14	32	39	51	42	18	28	21	33	156
Cumulative %	0.69	3.89	11.21	20.14	31.81	41.42	45.54	51.95	56.75	64.30	100

Citing Half-Life Calculations:

The citing half-life calculation finds the number of publication years from the current JCR year that account for 50% of citations in the journal. Read help for more information on the calculation.

Citing Journal Graph ⁱ

[Click here for Citing Journal data table](#)

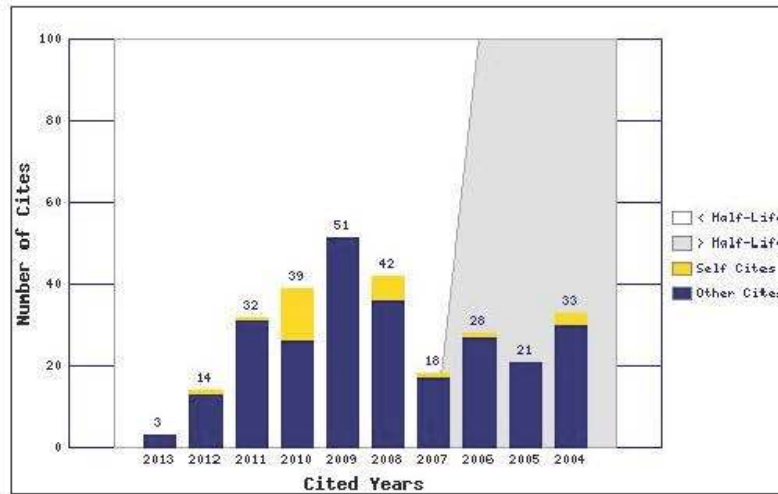
This graph shows the distribution by cited year of citations from current-year items in the journal MED PALIATIVA.

Citations from the journal (per cited year)

- The white/grey division indicates the citing half-life (if < 10.0). Half of the citations from the journal's current items are to items published more recently than the citing half-life.

- The top (gold) portion of each column indicates Journal Self-Citations: citations from items in the journal to items in the same journal.

- The bottom (blue) portion of each column indicates Non-Self



Citations: citations from the journal to items in other journals.

Journal Source Data ▲

	Citable items			Other items
	Articles	Reviews	Combined	
Number in JCR year 2013 (A)	16	1	17	11
Number of references (B)	356	26	382	55.00
Ratio (B/A)	22.2	26.0	22.5	5.0

[Acceptable Use Policy](#)
Copyright © 2015 Thomson Reuters.



Published by Thomson Reuters

3. FACTOR IMPACTO. PUBLICACION 3

12/4/2015

Gerokomos



EST MODUS IN REBUS
Horatio (Sexto 1, 1, 100)

Home

Journal Rankings

Journal Search

Country Rankings

Country Search

Compare

Map Generator

Help

About Us

Show this information in your own website

Gerokomos

Indicator: 2005-2013 Value

SJR 0.11

Cites per doc 0.06

Total cites 3

www.joc196027.com

Display Journal title

Just copy the code below and paste within your HTML page:
code href="http://www.scimagojr.com

Related product

SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS

@scimago

SJR is developed by:

Scimago Lab

Powered by

Scopus

Journal Search

Search query

 in Journal Title

Exact phrase

Gerokomos

Country: Spain

Subject Area: Medicine

Subject Category:

Category	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geriatrics and Gerontology								Q4	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q4	Q4

Quartile (Q1 means highest values and Q4 lowest values)

Publisher: Spanish Publishers Associates, Publication type: Journals, ISSN: 1134926X

Coverage: 2005-2013

H Index: 6

SJR Indicator vs. Cites per Doc (2y)

The SJR Indicator measures the scientific influence of the average article in a journal, it expresses how central to the global scientific discussion an average article of the journal is. Cites per Doc. (2y) measures the scientific impact of an average article published in the journal, it is computed using the same formula that Journal Impact factor™ (Thomson Reuters).

Citation vs. Self-Citation

<http://www.scimagojr.com/journalsearch.php?i=600147001&ip=sic&clear=0>

1/3

[How to cite this website?](#)

Evolution of the total number of citations and journal's self-citations received by a journal's published documents during the three previous years.

Cites per Document vs. External Cites per Document

Evolution of the number of total cites per document and external cites per document (i.e., journal self-citations removed) received by a journal's published documents during the three previous years.

Cites per Document in 2, 3 and 4 years windows

Evolution of Citations per Document to a journal's published documents during the two, three and four previous years. The two years line is equivalent to journal impact factor[®] (Thomson Reuters) metric.

International Collaboration

International Collaboration accounts for the articles that have been produced by researchers from several countries. The chart shows the ratio of a journal's documents signed by researchers from more than one country.

Journal's Citable vs. Non Citable Documents

Not every article in a journal is considered primary research and therefore "citable", this chart shows the ratio of a journal's articles including substantial research (research articles, conference papers and reviews) in three year windows.

Journal's Cited vs. Uncited Documents

Ratio of a journal's items, grouped in three years windows, that have been cited at least once vs. those not cited during the following year.

Scimago Lab, Copyright 2007-2015. Data Source: Scopus®

4. FACTOR DE IMPACTO. PUBLICACIÓN 4

27/5/2015

IDEAS: Economics and Finance Research



IDEAS Printed from <https://ideas.repec.org/>

Welcome to the largest Economics bibliographic database on the Internet. Based on RePEc, it has over 1.7 million records.

All ▾ Search IDEAS Search!

In:

Sort by:

From:

To:

[More advanced search](#)

Current holdings on IDEAS:

	Journals & series	Items	of which				
			online	JEL coded	with abstracts	with references	with citations
Working papers	4,144	623,775	555,277	312,410	519,878	339,679	269,000
Articles	2,225	1,104,955	1,038,509	187,682	695,506	284,373	426,000
Software components	32	3,453	3,439	401	3,330	0	0
Books	288	19,781	12,255	6,264	15,654	2,213	6,000
Chapters	146	35,922	34,219	5,250	22,717	5,375	7,000
Total	6,836	1,787,887	1,643,699	512,007	1,257,085	631,640	710,000

In addition, IDEAS has information about

13,248 economics institutions,

44,157 authors who have registered with the RePEc Author Service (and have

<https://ideas.repec.org/>

1/2

authored 1,068,559 items listed in RePEc), and
50,430 NEP reports in **94** fields.

Newly participating institutions (past two months)

1.5.15: Texas A&M University

28.4.15: Waseda University

28.4.15: Sciedu Press

21.4.15: Entrepreneurship Training Center Albania

9.4.15: Italian Development Economists Association

8.4.15: University of Groningen

31.3.15: Association for Entrepreneurial Spirit Promotion

31.3.15: Danish Rational Economic Agents Model (DREAM)

30.3.15: Hungarian Demographic Research Institute

20.3.15: International Institute of Social and Economic Sciences

20.3.15: Varna University of Economics

19.3.15: Silesian University

18.3.15: Duncker & Humblot

17.3.15: Hongkong University of Science and Technology

IDEAS is run with considerable help from others by Christian Zimmermann at the Research Division of the Federal Reserve Bank of St. Louis, which runs and hosts this server. IDEAS uses the RePEc database. RePEc stands for "Research Papers in Economics" and is an internal name for a group working on the provision of electronic working papers. We are concerned that the uncoordinated provision of archives is inefficient. We believe that joining forces is a good thing because we can learn from each other how to do things better and promote our work together. Our archives are interconnected using a set of rules called the Guildford protocol (GuilP). Here is what we call a service, a server mirroring the database built from these archives.

Comments about IDEAS should be addressed to Christian Zimmermann. For corrections, please look first at these instructions. The usual copyright laws apply to all the content of this site and the texts on other servers.

RePEc copyright statement.

6692503

This information is provided to you by IDEAS at the Research Division of the Federal Reserve Bank of St. Louis using RePEc data.

