

**VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES
FORMATIVAS DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
FRENTE A LOS USUARIOS
INMIGRANTES DE CULTURAS AJENAS
A LA PROPIA.**

*Estudio sobre las barreras de comunicación
dentro del ámbito de atención primaria.*

Támara QUELLE LOSADA.

Trabajo Final de Grado II

Ámbito: "Valoración del proceso de atención de enfermería"

Profesora: Anna Rovira Sadurní.
Facultad de ciencias de la salud y del bienestar

Universitat de Vic

Vic, mayo 2014

"La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores".

R. Colasanti. En: II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990

ÍNDICE

1. RESUMEN/SUMMARY.....	5
1.1. Resumen.....	5
1.2. Summary.....	6
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	7
2.1. Justificación del estudio.....	7
2.2. Antecedentes y estado actual del tema.....	10
3. PREGUNTA Y OBJETIVOS.	20
3.1. Pregunta.....	20
3.2. Objetivos.	20
3.2.1. Objetivo general.....	20
3.2.2. Objetivos específicos.	20
4. METODOLOGÍA.....	21
4.1. Diseño del estudio.	21
4.2. Participantes en el estudio: Profesionales de enfermería de Vic (Osona) ...	27
Perfil de inclusión	27
Criterios de exclusión.....	28
4.3. Acceso al campo de investigación y a los participantes del estudio.	28
4.4. Recogida de datos: instrumentos.	29
4.5. Variables: áreas temáticas del estudio.	32
4.6. Análisis de los datos.	35
4.7. Cuestiones éticas durante el desarrollo del estudio.	36
4.8. Limitaciones del estudio.....	40
5. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS.	41
6. PLAN DE TRABAJO.	42
6.1. Primera fase: Acceso al campo de estudio.....	42
6.2. Segunda fase: Recogida de datos: observación participante y realización de entrevistas.	43
6.3. Tercera fase. Análisis de los datos recopilados.	43
6.4. Cuarta fase. Conclusiones.....	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45
7.1. Búsqueda en bases de datos.....	50
8. PRESUPUESTO.....	51
9. ANEXOS.....	53
Anexo 1. Pirámide de población en España.	53
Anexo 2. Programas internacionales valoración competencia intercultural en Salud Mental.	53
Anexo 3. El mediador lingüístico Melisa.	55
Anexo 4. Enlaces para la atención al inmigrante.....	56
Anexo 5. Inmigración atendida en el CAP Vic Sud según nacionalidades (2007).	56
Anexo 6. Pirámide población Vic (2013).....	60
Anexo 7. Población Vic sexo y edad (2013)	61
Anexo 8. Padrón Vic por sexo (1998-2013)	62
Anexo 9. Guión entrevista estudio.	63
Anexo 10. Código de Nüremberg.....	68
Anexo 11. Declaración de Helsinki.....	69

Anexo 12. Hoja información al participante estudio.	75
Anexo 13. Consentimiento informado participantes estudio.	80
10. AGRADECIMIENTOS.	83
11. AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN.	84

1. RESUMEN/SUMMARY.

1.1. Resumen.

Este trabajo tiene como finalidad identificar que áreas temáticas en relación a la salud, y en el caso de que existan, necesitan cubrir los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los factores asociados a la diversidad cultural, para que sea de eficaz y eficiente la atención a usuarios de otras culturas en sus consultas.

Dentro de los objetivos específicos, se plantea en primer lugar, determinar las áreas temáticas de mayor importancia que deberán estar presentes en un programa de intervención de diversidad cultural para mejorar la calidad en la asistencia a usuarios de otras culturas desde la atención de enfermería. Por otro lado se propondrán estrategias de intervención para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y la población inmigrante de habla no hispana.

Dentro del ámbito de investigación cualitativa este proyecto se definirá mediante el paradigma construccionista interpretativo.

Los participantes en el estudio serán profesionales de enfermería del CAP Vic Sud y CAP Vic Nord (Osona) con más de 6 años de experiencia en atención primaria y con un cupo de población asignada un mínimo de un 15% de usuarios de procedencia extranjera de una cultura ajena.

Para acceder a la información se llevará a cabo la entrevista semiestructurada realizada de forma individual a cada profesional de enfermería, y la observación participante que se llevará a cabo en el centro y las consultas.

Para el análisis de esta información previamente recogida mediante una guía de categorías de análisis, de la que se obtendrá una descripción general que capta la opinión de los participantes y de las áreas a trabajar

Palabras clave: barreras comunicación, enfermeras, inmigrantes, calidad asistencial.

1.2. Summary.

This project pretend to identify healthy thematic areas, in case they really exists, that need to cover nurses, considering factors associated with cultural diversity, to achieve an efficient care to their patients from of other cultures in their queries.

Among the specific objectives, arises firstly determine the subject areas of major importance that should be present in an cultural diversity intervention program to improve the care quality to other culture users from nursing care. Furthermore, intervention strategies will be proposed to improve communication between health professionals and non-immigrant population speaking.

Within the scope of this qualitative research, this project is defined by the interpretive constructionist paradigm.

Participants in the study will be nurses CAP Vic Sud and CAP Vic Nord (Osona) more than 6 years experience in primary care and population assigned, at least, a quota of 15% of users of foreign origin alien culture.

To access the information, it will be held using a semi-structured interview individually to each nurse, and participant observation will take place in health center and medical consultation.

For the analysis of this information previously collected through a guide of analysis categories, we will obtain an overview that captures the opinion of the participants and the working areas.

Keywords: communication barriers, nurses, immigrants, care quality.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

2.1. Justificación del estudio.

Debido a los cambios del contexto socioeconómico y geopolítico principalmente, los movimientos migratorios del ser humano son una constante en toda la historia de la humanidad.

Actualmente las diferencias sociales y económicas entre los países a nivel mundial y las promesas de demanda de mano de obra, convierten a los países de la Unión Europea como principal destino de los flujos migratorios a nivel mundial en la actualidad.

Dentro de la U.E. el Estado español y Cataluña, aunque actualmente en claro descenso, reciben un mayor un mayor flujo migratorio debido a las políticas más restrictivas en relación a la inmigración de los países del Norte de Europa.

Buena muestra de ello son los datos que indican que 82,5% del incremento demográfico se debe a la llegada de población extranjera, es decir, que sin ella, la población en Cataluña se habría mantenido casi estable. En 2009, la población extranjera supone el 16% del total.
(Ver tabla sobre población nacional y extranjera en el anexo 1)

Además de la inmigración supone una innegable realidad en el territorio en el que vivimos, con todo lo que ello implica, la razón principal de dedicar este trabajo la temática presentada se debe, a mi experiencia personal en un período de prácticas en el CAP Vic Sud, y un segundo en el CAP Vic Nord. En ambos, aunque especialmente en el primero de ellos, un alto porcentaje de la población que se atiende es de origen extranjero, por lo que pude ver de primera mano las dificultades que supone para los profesionales de enfermería la comunicación con aquellas personas provenientes de países de habla no hispana y/o que no presentan aún un

nivel de catalán o castellano suficiente como para poder comunicarse de forma eficaz, o que pertenecen a culturas diferentes con tradiciones y costumbres sin semejanza alguna a la nuestra.

En el artículo titulado "Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud", escrito por S. García Beyaert y J. Serrano Pons (2009) se exponen algunas de las consecuencias de estas barreras que limitan la comunicación según un artículo escrito anteriormente por la epidemióloga De Muynck (2004) titulado "Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?". Estos datos concuerdan con los principales problemas que derivan de estas barreras de comunicación que pude ver después de varias semanas de mis periodos de prácticas en diversos centros sanitarios de Vic y que se detallan en el apartado de justificación de este mismo trabajo.

Algunos de ellos son el retraso en la identificación de los síntomas, interpretaciones erróneas de los procesos de somatización, comunicación insuficiente de los problemas médicos, enfoques inadecuados en materia de diagnóstico, terapia y seguimiento, interpretación errónea de la función de los procedimientos de diagnóstico, dificultades del personal sanitario para explicar modelos causales a los usuarios inmigrados, incertidumbre prolongada en relación a los diagnósticos y la atención recibida, interpretación errónea del tratamiento prescrito, abandonos del tratamiento, recorrido del paciente por diversos consultorios en búsqueda de atención satisfactoria, cuidados preventivos inadecuados, clima de hostilidad y por último, tendencia al trato poco equitativo.

El documento de M^a Begoña Alonso Carrascosa et.al. (2010), titulado "Costumbres, idioma y sentimientos: Barreras para el cuidado del inmigrante", presenta una serie de casos clínicos que pueden ofrecer ayuda a los profesionales de enfermería bien para poder ver dónde pueden estar sus carencias formativas en el ámbito intercultural o bien para aprender más sobre este tema.

Es cierto que el problema principal es la falta de un idioma común, la ausencia de un familiar o allegado que haga las labores de traductor, o la falta de una herramienta que realmente funcione bien para asistir a la traducción en el momento de las consultas, pero existen otros factores que impiden una comunicación eficaz con los usuarios de otras culturas, como son maneras diferentes de entender los conceptos de salud y enfermedad, o las diversas costumbres a la hora de alimentarse, que pueden suponer una barrera a la hora de comunicarse usuarios y profesionales de enfermería.

En el artículo "Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography" de los autores Plaza del Pino, Soriano y Higginbottom (2013), se exponen los resultados de un estudio llevado a cabo para determinar el estado de la comunicación intercultural en los centros asistenciales, con el fin de valorar cuales son las barreras existentes que impiden una atención eficaz.

Los autores concluyen con la afirmación de que la barrera del idioma puede poner en peligro la prestación de una atención de enfermería de calidad, y además de proponer que se podría solucionar mediante la presencia de intérpretes en los hospitales, añade que es esencial que los profesionales de la enfermería del sur de España sean educados en la prestación de una atención culturalmente adecuada.

Este proyecto pretende por ello dilucidar cuales serían, en el caso de existir, las áreas temáticas que necesitan fortalecer las enfermeras, y de qué manera necesitan hacerlo, en relación a los factores asociados a la diversidad cultural, para que sea eficaz y eficiente la atención a los pacientes de habla no hispana que atienden en sus consultas.

2.2. Antecedentes y estado actual del tema.

En este punto del desarrollo de este trabajo se procede a presentar, a modo de síntesis, los estudios y programas llevados a cabo tanto dentro del ámbito nacional como internacional dentro del tema que nos ocupa, así como el éxito o el fracaso y las conclusiones extrapolables de estos proyectos.

Me gustaría comenzar destacando que el principal rasgo del conjunto de población inmigrante presente tanto en Catalunya como en España es la heterogeneidad. Esta población proveniente de culturas diferentes a la nuestra presenta unas características socio-demográficas, económicas, culturales, y en resumen unas situaciones vitales diferentes. Por lo que la diversidad de barreras que puedan afectar a cada caso concreto puede variar tanto como sus lugares de origen. Estas barreras tienen que ver, además de la procedencia, si su origen es rural o urbano, la etnia, la edad, el nivel educativo y el grupo social al que pertenezcan. Además determinarán la aproximación de cada individuo o familia y las necesidades que pueden presentar.

Las barreras relacionadas directamente con los inmigrantes son aquellas que tienen que ver con la accesibilidad de este tipo de usuarios a los servicios sanitarios y con el propio proceso asistencial. Las principales se concentran en la situación administrativa, las diferencias idiomáticas, el desconocimiento de la oferta del sistema sanitario, las diferencias culturales respecto al continuum salud-enfermedad y problemas socioeconómicos y laborales. En relación a las barreras vinculadas con los profesionales hay que destacar el desconocimiento del idioma, la falta de formación en aspectos clínicos y en el ámbito de la competencia cultural. Además de la presencia de actitudes xenófobas o hiperprotectoras.

Una vez valorada esta área, dónde podemos encontrar una visión focalizada del origen de los diferentes problemas, veremos qué tipo de proyectos son los que se han llevado a cabo hasta ahora para hacer frente

a este problema actual dentro del marco de la asistencia sanitaria.

Para comenzar, dentro del panorama internacional cabe destacar países como Australia, Canadá, Gran Bretaña, Suiza o Estados Unidos ya que tienen una larga tradición en cuestión de diversidad cultural, y por ello desarrollaron múltiples estudios de todo tipo relacionados con la inmigración en temas como educación, legislación o sanidad. Lo más interesante de estos trabajos de cara al objetivo de este trabajo es que dentro de estos países se desarrolló un campo de especialización profesional diferenciado del de otras figuras que ejercen la mediación lingüística, tanto la de mediación intercultural como la del intérprete. (Ver formación en materia de interculturalidad en los principales países más avanzados en su estudio a nivel internacional en el anexo 2)

La figura del mediador cultural es aquella dedicada a construir puentes entre dos personas de diferentes culturas, diferentes identidades o diferentes etnias. Dentro del ámbito sociosanitario su trabajo consiste en adaptarse a las diferentes situaciones con el fin de mejorar la comunicación entre el profesional y el usuario.

La figura del traductor frente a la del mediador se reduce a la parte idiomática, desatendiendo las particularidades culturales de cada individuo.

Según los autores Jesús Baigorri, Icíar Alonso, Concepción Otero, María Chiara Russo, Gertrudis Payàs (2007), en el artículo titulado "La comunicación interlingüe e intercultural como factor clave para la gestión de la inmigración", extraen que según lo que se incluye en el "Plan Integral sobre Inmigración de Castilla y León" es completamente necesaria la comunicación institucional.

Según su evaluación, la cooperación de las consejerías de las Comunidades Autónomas y otras instituciones regionales, más necesitadas de servicios de mediación lingüística y cultural, las que deberían ser las que promoviesen precisamente la realización de estudios sobre las necesidades reales de mediación lingüística y cultural. Lo más

interesante es que resuelven que deberían fomentarse también los cursos de formación especializada en dicha área y los destinados a distintos profesionales que habitualmente están en contacto con la población inmigrante

Fernández Liria et al. (2011) del documento titulado "Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud", dilucidan en su escrito la importancia de valorar las necesidades formativas en relación a los conocimientos de diversidad cultural, así como destacan el valor y la utilidad de la figura de un mediador y/o un traductor de estas características en el ámbito sociosanitario.

La Comunidad Foral de Navarra llevó a cabo un "Programa de Mediación Lingüística e Intercultural Itinerante para la Comunidad Foral de Navarra" (2012), destacando la mediación intercultural como un una herramienta de mediación social que se desenvuelve en un contexto de multiculturalidad y que pretende un acercamiento entre las partes, proporcionando claves socioculturales necesarias para un mejor entendimiento y una intervención eficaz en los ámbitos educativo, sanitario, social y cultural.

La mediación intercultural en España, según el artículo de Richarte Vidal y Díe Olmos (2008) titulado "La mediación intercultural y la puerta hacia otro mundo posible" actualmente se encuentra en un proceso de proliferación, los cursos existentes están poco regulados y con poca posibilidad de incorporación al mercado laboral. Esto se ve acompañado, y a su vez agravado, por la importante falta de reconocimiento institucional y social.

Actualmente, la mayor parte de los profesionales de la mediación intercultural, dentro de la escasez de los mismos, en la actualidad son mayoritariamente mujeres de origen extranjero.

A pesar de la ayuda supondrían que los mediadores si proliferasen en el ámbito sanitario no podemos perder de vista la importancia de que los

profesionales sanitarios tienen que presentar ciertas funciones mediadoras que permitan mejorar la comunicación y la empatía con los pacientes a la hora de atenderlos. Por ello actualmente se está desarrollando el término competencia intercultural. La competencia intercultural se trata de un conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales entre grupos.

Recogiendo datos que evalúen la atención que los profesionales sanitarios ofrecen a los inmigrantes, Fernando Jesús Plaza del Pino y Encarnación Soriano Ayala (2009), en su artículo titulado "Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI" informan sobre un déficit de estos conocimientos en los programas y en las informaciones que reciben estos futuros profesionales. Los autores hacen una propuesta para formar a los nuevos profesionales del cuidado en competencias que les permita actuar en sociedades culturalmente plurales.

En sus líneas se expone la situación de la formación específica de los profesionales sanitarios a nivel internacional, y sobretodo el caso español. Según su estudio, países como E.E.U.U., Canadá, Reino Unido o Australia, entre otros incluye que algunos hospitales han desarrollado entrenamientos específicos en competencia intercultural para profesionales.

En su estudio se evaluó el llamado "Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería" (ANECA, 2005). Se trata de un informe llevado a cabo por una red de universidades españolas con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño del nuevo Título de Grado de Enfermería adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior.

Entre las competencias genéricas evaluadas cabe destacar la de la *apreciación de la diversidad y la multiculturalidad*, la *habilidad para trabajar en un contexto internacional* y el *conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas*, todas ellas valoradas como muy importante sólo por un 15% de la muestra. En mi opinión resultan especialmente

llamativos los datos que aportan los autores en las conclusiones tras su estudio ya que afirman que en el momento de la redacción del artículo existía un escaso interés desde la Enfermería en sus ámbitos académico, profesional y gestor en la formación de profesionales capacitados para desarrollar su trabajo en entornos multiculturales. Estos datos implican que quizás este desinterés por parte de estudiantes y profesionales deberá ser tenido en cuenta de forma especial a la hora de formar a este colectivo con el fin de cambiarlo.

Para finalizar determinan que la sensibilidad cultural positiva, tan necesaria en las labores realizadas por el colectivo de la salud, se puede mejorar mediante la formación específica de la misma. Destacan de nuevo la importancia del conociendo otras culturas, otras maneras de vivir el proceso salud-enfermedad, las teorías y modelos enfermeros que profundizan en los cuidados culturales, la competencia cultural en Enfermería, fomentando el contacto intercultural, mejorando y adaptando los cuidados enfermeros y de esta forma ganar en convivencia, respeto cultural y calidad en los cuidados, para poder cuidar de forma adecuada a pacientes pertenecientes a otras culturas.

Esta formación, prácticamente escasa en el Estado español, se llevaría a cabo desde los estudios de grado y postgrado y desde la formación continuada en los centros de trabajo para conseguir la competencia culturalmente y en la comunicación intercultural.

Manuel Moreno Preciado (2005), ofrece como solución rotunda en su artículo "La relación con el paciente inmigrante. Perspectivas investigadora" que sin duda será necesario formar a los profesionales sanitarios en la transculturalidad.

Al comenzar su estudio se plantea la siguiente pregunta: "¿Cómo se está desarrollando en las instituciones sanitarias el contacto entre los pacientes provenientes de diferentes culturas y los cuidadores?". Es lo que el autor denominó *relación enfermera/paciente inmigrante*, centrando la mirada de

esta relación enfermera/paciente en tres aspectos de la vida hospitalaria: la comunicación, la alimentación y la higiene.

Según el autor, la dificultad en la comunicación es el mayor problema de algunos inmigrantes para poder ser aceptados por la comunidad de acogida. La barrera lingüística es presentada como un problema añadido a la hora de atender a pacientes inmigrantes. A este desconocimiento de la lengua española de muchos de los inmigrantes se suma la poca tradición española de dominio de lenguas extranjeras.

En su estudio, los informantes corroboraron esta dificultad para la comunicación. Hay muy pocos recursos para este problema, pocos traductores y mediadores. (Ver información sobre el mediador lingüístico "Melisa" en el anexo 3)

Macipe Costa y Gimeno Feliu (2011) en su artículo "Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas" desarrollan la problemática que se encuentran en las consultas de pediatría en relación a las dificultades y los retos que plantea el niño inmigrante, y que tienen más que ver con problemas de comunicación y diferentes concepciones de la salud y la enfermedad, que con patologías importadas o problemas de salud concretos. En este artículo se pone en manifiesto detallado por los autores el conjunto de herramientas de las que disponen en las consultas, como materiales, documentos, sitios Web... que intentan facilitarle la labor en las consultas a los profesionales de la salud. (Ver tabla anexo 4)

Directamente relacionado con este término deriva el concepto de cuidado culturalmente competente, que se define como un sistema basado en la importancia del cuidado teniendo presente los factores culturales, la evaluación de las relaciones transculturales, la vigilancia los problemas derivados de diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural, así como la adaptación de las intervenciones para reconocer las necesidades culturales.

La mayoría de modelos de este tipo se desarrollaron en E.E.U.U., pero aún

no existe ninguno que incluya un enfoque cultural que implemente la competencia cultural en el cuidado sanitario en múltiples niveles y desde distintas perspectivas.

Daniel Leno González (2006) nos introduce en sus líneas en el escrito titulado "Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural, el modelo conocido como "Sunrise", basado en la teoría de Madeleine Leininger, en la formación de las enfermeras que trabajan en un medio transcultural. Este modelo se basa en el concepto de "enfermería transcultural", y sitúa como centro del proceso de cuidar, la consideración de los valores y la cultura de cada persona, destacando el respeto a los valores, creencias, estilos de vida, etc. Por ello, según este modelo, la atención de los profesionales de enfermería de cara a los pacientes será más eficiente cuando la relación interpersonal, basada en el respeto a las creencias y valores de la enfermera y del paciente, sea más estrecha y efectiva.

"Sunrise" y las aportaciones de Leininger son especialmente importantes en el medio multicultural, debido a que la organización de los cuidados se dirige a individuos cuyas percepciones del mundo, relaciones, conductas, y todas sus particularidades los convierten en usuarios con una dificultad añadida para lograr una atención adecuada.

Este modelo se orienta a las enfermeras hacia las influencias que sufren los cuidados, y describe cómo los componentes de la teoría influyen en la salud y los cuidados de los individuos en distintas culturas. Se centra en la visión del mundo desde los cuidados culturales, donde las dimensiones de las estructuras sociales y culturales están muy diferenciadas.

Destaca como especialmente interesante el artículo de Cristo Manuel Marrero González (2013), titulado "Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios", ya que este autor hace una revisión de ambos modelos y como conclusión extrae que para lograr un buen entendimiento con las personas de origen extranjero no es necesario conocer a fondo cada

cultura ni hacer estudios antropológicos, si no que sólo es necesario partir de unas ideas generales hacia otras particulares.

Marrero González (2013) afirma que es vital la motivación que debe tener cada profesional de forma individual, así como la erradicación de prejuicios y de pensamientos etnocentristas que no llevan a la comunicación. Pero los actuales recortes presupuestarios en sanidad y las sobrecargas de trabajo de los profesionales que acarrea falta de motivación, hacen que se produzca un estancamiento en competencia cultural.

Una de las aportaciones sin duda más interesantes de Marrero González es la afirmación de que no es necesario un mediador cultural para que se produzca un entendimiento efectivo entre profesional y usuario. Es de entender que con una formación constante y una implicación de todo el personal participante, se pueden superar muchas barreras entre el sanitario y el nuevo paciente.

Las aportaciones del artículo "El inmigrante en la consulta de atención primaria", escrito por Fuertes y Martín Laso (2006), podrían sintetizarse diciendo que los problemas a los que se enfrenta el profesional sanitario en las consultas de los centros de salud en cuanto a la atención al paciente inmigrante son sobre todo lingüísticos, aunque también son relevantes aquellos relacionados directamente con las interferencias culturales y las interferencias emocionales.

Según el autor el profesional sanitario ha de educarse en competencia cultural, y para ello propone cinco de los principales modelos de medicina transcultural, dos de ellos tratados en este apartado, que son el modelo del amanecer o "Sunrise" y la teoría de Purnell para la Competencia Cultural.

Existen dos estudios de las necesidades formativas de los profesionales de enfermería como tal, son los denominados proyectos IENE1 y IENE2. El objetivo de estos era el de identificar las necesidades de enseñanza y

aprendizaje percibidas de los estudiantes y los profesionales de las profesiones sanitarias, en relación con la preparación para trabajar en otro país europeo y/o en un entorno multicultural. Los países participantes fueron: Bélgica, Bulgaria, Alemania, Rumania y el Reino Unido.

Los resultados del proyecto IENE1 se utilizaron para adaptar un modelo existente dentro el desarrollo de la competencia cultural: el modelo Papadopoulos, Tilki y Taylor (PTT) de 2006 y 1998 respectivamente.

Este modelo se basa en tres etapas, la primera se inicia con un examen de la base de valores personales y creencias de los profesionales, la naturaleza de la construcción de la identidad cultural, así como la influencia sobre las creencias y prácticas de salud de las personas, son vistos como los tableros necesarios de un plataforma de aprendizaje.

La segunda fase implica un significativo contacto con personas de diferentes grupos étnicos puede mejorar el conocimiento en torno a su creencias y comportamientos de salud, así como aumentar la comprensión en torno a los problemas. A través del estudio sociológico se aprenderá a hacer vínculos entre la situación personal y de las desigualdades estructurales. Por otro lado, el conocimiento antropológico ayudará a entender las tradiciones y prácticas de autocuidado de los diferentes grupos culturales, lo que nos permite tener en cuenta las similitudes y diferencias.

La tercera y última etapa abarca la sensibilidad cultural, teniendo en cuenta la forma en que los profesionales ven a las personas a su cargo a la hora de prestar la atención necesaria. Este punto es especialmente relevante ya que según este estudio culturalmente no se está consiguiendo la atención sensible. La relación entre el profesional y el usuario deberá implicar confianza, aceptación y respeto , así como la facilitación y negociación.

El posterior proyecto IENE2 se basa en este primer trabajo centrándose en la preparación de maestros de profesionales de la salud para atender las necesidades de enseñanza y aprendizaje identificadas durante IENE1 ,

e integrar el modelo PTT/IENE en sus planes de estudio en Bélgica, Francia, Alemania, Rumania y el Reino Unido.

Finalmente las conclusiones del estudio dicen que la información necesaria sobre la conciencia cultural y el conocimiento cultural puede ser adquirida de forma autónoma por los profesionales de enfermería, pero que aquellos conocimientos necesarios para la enseñanza de la sensibilidad cultural y la competencia cultural requieren enfoques interactivos.

Aunque este estudio no entra en que áreas hay que fomentar o trabajar en mayor medida dentro de este campo, ni tampoco la cantidad de atención se debe prestar a las características culturales específicas y cuánto a las competencias genéricas se mantiene, si resume que existe una preferencia general para el aprendizaje y la enseñanza que implica comprometerse con la "experiencia vivida" de personas de diferentes culturas.

Resulta muy interesante el dato de que para la enseñanza de este campo se lleva a cabo a través de la utilización de estudios de casos e historias de personas con diferentes orígenes culturales. También existe el reconocimiento de la necesidad de un compromiso activo con las cuestiones a través del intercambio de ideas y experiencias entre los estudiantes, y el debate.

3. PREGUNTA Y OBJETIVOS.

3.1. Pregunta.

"¿Existen áreas temáticas relacionadas a los factores asociados a la diversidad cultural, que necesitan conocer o reforzar las enfermeras para que sea eficaz y eficiente la atención a los pacientes pertenecientes a otras culturas en sus consultas de atención primaria?"

3.2. Objetivos.

3.2.1. Objetivo general.

- Identificar las áreas temáticas en relación a la salud que necesitan cubrir los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los factores asociados a la diversidad cultural, para que sea de eficaz y eficiente la atención a usuarios de otras culturas en sus consultas.

3.2.2. Objetivos específicos.

- Determinar las áreas temáticas de mayor importancia que deberán estar presentes en un programa de intervención de diversidad cultural para mejorar la calidad en la asistencia a usuarios de otras culturas desde la atención de enfermería.

- Proponer estrategias de intervención para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y la población inmigrante de habla no hispana.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio.

Para la consecución de este proyecto se seguirán los **parámetros de la metodología cualitativa**, ya que en esta predomina el contexto de descubrimiento, en este caso lo relacionado con las carencias del profesional de enfermería a la hora de trabajar con personas pertenecientes a otras culturas.

Según Zaidier Treviño V. y Olivia Sanhueza A. (2005) el **paradigma cualitativo** "busca interpretar lo singular, el sentido y significado que los actores dan a la acción social; el conocimiento busca explicar y comprender situaciones específicas de la vida cotidiana; se entiende la realidad en un momento histórico y circunstancia única; el conocedor y el conocido son interactivos; las hipótesis están ligadas al tiempo y al espacio; se interesa por comprender la conducta humana desde el propio de quien actúa; está ligada a los valores y a los procesos"

Dentro del ámbito de investigación cualitativa este proyecto se definirá mediante el **paradigma construccionista interpretativo**.

Según Mariane Krause (1995), mediante el paradigma interpretativo se postula una realidad dependiente de los significados que las personas le atribuyen. Esto quiere decir que la forma de actuar de las personas definen su mundo, lo que produce una realidad social construida en base a estas acciones y actitudes.

Es este paradigma la tarea del investigador científico es estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su propia realidad, de forma que se investigará el sentido que cada persona da al contexto que le rodea, propio y subjetivo. De este modo el investigador deberá realizar una inmersión en esta realidad con el fin de llegar a

comprender su significado. Para ello se empleará la comunicación como medio o herramienta para acceder a la información y a los significados. En este caso mediante la entrevista semiestructurada y la observación participante. Esta metodología se podría definir como interpretativo-participante debido a este nivel de inclusión en el campo a estudiar, ya que se realizarán las mismas en el centro de salud donde trabajan los profesionales de enfermería.

Como se introduce en el párrafo anterior las **técnicas de recolección de datos** que se llevarán a cabo son la **entrevista semiestructurada** realizada de forma individual a cada profesional de enfermería, y la **observación participante**.

En el caso de la observación participante, resulta vital en este tipo de proyecto porque sin ella no se puede ser consciente de la problemática que nos ocupa, ni tampoco del alcance de los problemas generados a partir de la misma.

En el transcurso de la puesta en práctica de este proyecto se desarrollará una observación participante poco intrusiva, ya que se centra en la mera presencia en la consulta durante el tiempo en que una enfermera atiende a pacientes de este tipo, observando el transcurso de los hechos durante la misma.

Todas las observaciones serán anotadas en un diario de campo. En este se incluirán las notas de la observación como tal, notas del análisis, notas metodológicas y notas personales del autor del diario.

El contenido del diario será analizado de la misma manera que el resto del material, al igual que el obtenido en las entrevistas. Del mismo modo todas las notas se utilizarán para ir guiando el proceso de observación.

En lo referente a la entrevista esta estará enfocada directamente a la problemática observada, es decir, en los problemas de comunicación entre las enfermeras y los usuarios pertenecientes a otras culturas. Se realizarán a profesionales de enfermería del CAP Vic Sur y el CAP Vic

Nord. Se eligen estos centros ubicados en Vic teniendo en cuenta las características de los usuarios atendidos en los mismos por los profesionales de enfermería.

La ciudad de Vic destaca por estar constituida por una población muy cosmopolita, formada por habitantes de muchos países de alrededor del mundo, y por lo tanto provenientes de culturas y portadores de tradiciones muy diversas. Esta es precisamente una de las características más relevantes de los usuarios del CAP del Remei, también conocido como CAP Vic Sud, y del CAP Vic Nord.

Podemos apreciar la heterogeneidad de los usuarios atendidos en ambos centros al analizar la tabla con datos del año 2007 extraídos de un estudio sobre los países de origen de los usuarios que se llevó a cabo precisamente desde el CAP (Consultar en el anexo 5). No cuentan con datos actualizados, pero los autores de la misma, trabajadores del centro, estiman que estos datos no cambiaron excesivamente desde el año de realización del estudio.

Según los últimos datos del pasado año 2013, la población de Vic ascendía a 41.647 personas. De los cuales el total de hombres era de 20.660 y el de mujeres de 20.987.

Tanto en el caso de los hombres como el de las mujeres, el mayor número de ellos se encuentra incluido dentro del rango de edad entre 35-39.

(Consultar gráficas datos INE, anexos 6 y 7).

La población de Vic ha ido creciendo de forma significativa y progresiva, debido a la creciente inmigración que se ha ido asentando en esta población y alrededores. (Consultar tabla anexo 8) La tendencia actual no obstante, debido a la crisis económica que atravesamos, comienza a ser lo contrario, ya que por la falta creciente de empleos algunos de estos inmigrantes comienzan a retornar a sus países de origen, tal y como ellos mismos explican en las consultas.

El CAP Vic Sud se encuentra en el denominado barrio del Remei, localizado en la parte Sur de la ciudad de Vic, es el lugar donde residen la

mayor parte de estos usuarios de procedencia extranjera. Se trata de un barrio formado principalmente de obreros y trabajadores de clase media-baja, extranjeros y autóctonos.

Los pocos usuarios de clase media-alta, generalmente originarios catalanes o nacidos dentro del Estado español, acuden al CAP principalmente porque cuando este es creado, sus médicos de referencia pasan a trabajar aquí, y por ello deciden realizar el cambio, para seguir siendo consultados por el médico de cabecera con el que se visitan desde hace años.

El CAP Vic Nord se ubica en la parte Norte de la capital de Osona, tal y como su propio nombre indica. Aunque se encuentre más alejado del barrio del Remei no por ello atiende a un número mucho inferior de usuarios de procedencia inmigrante, ya que mucha de esta población ocupa viviendas del centro de la ciudad. Aunque no existe ningún tipo de registro de datos oficiales en el CAP Vic Nord que permitan organizar a los usuarios atendidos según su procedencia, si se puede apreciar que aunque el número es alto, no lo es en tanta medida como se encuentra en el CAP del Remei.

Teniendo en cuenta el estudio relacionado con esta temática realizado en el CAP del Remei, la cantidad de procedencias diferentes que se pueden tener en cuenta al observar la tabla elaborada por el CAP Vic Sud (anexo 5), el idioma parece ser la primera barrera comunicativa con la que se topan estos profesionales en los dos centros viguetanos.

Las enfermeras y enfermeros de ambos centros se comunican principalmente en catalán, y en segundo lugar en castellano ya que muchos usuarios recurren a esta lengua para comunicarse. Por último, en menor medida hablan en inglés para poder comunicarse con los usuarios extranjeros que aún no se adaptaron al idioma local.

Para poder conocer a los usuarios que atiende cada enfermera los medios que emplea son bien diferentes si se trata de una persona con la que comparte la misma cultura e idioma, que los que debe utilizar cuando no

es así.

En el caso de todas aquellas personas que llegan de fuera, se necesita conocer una lengua que permita la comunicación entre ambos, como podría ser el inglés, aunque no siempre es la solución ya que este idioma sólo sirve con los usuarios provenientes de países centro y surafricanos, exceptuando así el Norte de este continente, como es el caso de Marruecos, Túnez o Argelia. En el caso de procedencia asiática o de Europa del Este el inglés tampoco sirve.

Si no es posible la comunicación eficaz, se debe recurrir al recurso del familiar o amigo que lleva más tiempo viviendo en Catalunya o en el territorio español, y que tiene mayor fluidez comunicándose en catalán o en castellano, para que haga las labores de intérprete.

Cabe destacar que en el CAP Vic Sud, cuentan con una trabajadora de origen norteafricano que realiza muchas veces la tarea de mediadora e incluso de intérprete. Esta figura no existe en el CAP Vic Nord.

Es importante no perder de vista que, por un lado, como se desarrolla en líneas anteriores, un gran número de los usuarios de ambos CAP son inmigrantes, es decir, personas que en principio dejan sus hogares y por tanto sus países buscando mejores oportunidades y un futuro mejor. Por el otro, debemos tener en cuenta que debido a la difícil situación económica que se está atravesando actualmente, muchas personas pertenecientes a este colectivo se encuentra con problemas económicos importantes, lo que supone un grave añadido a su ya difícil situación, convirtiéndolos en un grupo de riesgo. La mayoría de los usuarios procedentes de la emigración, aunque no tengan esos problemas económicos tan graves si es cierto que no gozan de una situación económica boyante.

En relación a las cuestiones relacionada con los problemas económicos de muchos de los usuarios de CAP, los profesionales de enfermería se ven obligados a intentar adaptar las indicaciones y consejos que deben

recomendar a los recursos de los que disponen los usuarios, ya que lo que interesa es que se mejore en la medida de lo posible.

Se dispone de este tipo de datos gracias a estudios puntuales llevados a cabo por los trabajadores del CAP del Remei o gracias al INE, pero también gracias a la observación participante ya comenzada en el momento de la realización de periodos de prácticas previos en ambos centros por mi parte. Lo que implica la reiteración del valor de la observación participante durante el desarrollo del estudio que ocupa este proyecto.

El motivo de la elección del ámbito de atención primaria se debe a que es en este en el que hay mayor contacto y relación más estrecha y continua entre los usuarios y los profesionales de enfermería. Si a esto añadimos las características de cosmopolitismo y multiculturalidad de la ciudad de Vic, ambos centros se convierten en un marco idóneo para la realización de un proyecto con un objetivo de este tipo.

Las entrevistas se diseñarán de una hora aproximada de duración, ya que este es el tiempo mínimo para poder abarcar todas las áreas de investigación sobre las que se quiere obtener información, pero teniendo en cuenta que se tratan de entrevistas semiestructuradas, se estima que puedan llegar a una hora y media en su totalidad.

Esta decisión se toma en base al texto firmado por Margarit, A.M. (2000), en el expone lo siguiente: *"Con respecto a la duración de los encuentros que también aparece como fruto de una negociación y al ritmo de los mismos, habrá que tener en cuenta algunos puntos, tomados como criterios generales, ya que no se puede predecir los términos de la entrevista, a saber: Variabilidad de la duración del encuentro, con dependencia de la cantidad y calidad del material a obtener y el ángulo desde el cual se concibe el encuentro"*.

Se estima finalmente una hora y media como tiempo máximo, ya que se entiende que más tiempo supone un riesgo de saturación del

entrevistado, lo que comprometería el confort del mismo.

El trabajo de recogida de datos, y por tanto de la realización de las entrevistas serán llevadas a cabo por la encargada de la elaboración de este mismo proyecto, tras haberse entrenado correctamente para ello a través de un curso dedicado a la formación para la recogida de datos de un proyecto de este tipo, y con interés por la materia de la diversidad cultural, habiéndose documentado sobre el tema en suficiente medida como para encontrarse cómodo dentro de este ámbito de estudio.

4.2. Participantes en el estudio: Profesionales de enfermería de Vic (Osona)

Perfil de inclusión

Dentro de los profesionales sanitarios se elegirá enfermeros o enfermeras, provenientes del CAP Vic Nord y del CAP Vic Sud. No se especifica un número concreto de profesionales a entrevistar ya que este viene dado por la propia saturación del discurso.

Las enfermeras y enfermeros que entren a formar parte de este estudio deberán tener una experiencia laboral de un mínimo de 6 años en un área sanitaria en la que haya estado en contacto con población extranjera del tipo que se detalla en este estudio.

La necesidad de acumular una experiencia laboral mínima de 6 años por parte de los profesionales de enfermería integrantes en el estudio no se establece en base a ningún estudio similar previo, ya que no se encontró referencia bibliográfica alguna que indique que es el tiempo más idóneo o correcto. Debido a esto se procedió a establecer 6 años de experiencia laboral como mínimo, ya que se entiende que supone un margen más que amplio para que el profesional pueda ser conocedor y consciente de las necesidades, particularidades, barreras y/o problemas que pueden

presentar los usuarios que atiende y así proporcionar información fiable y rica al estudio.

También deberán tener dentro de su cupo de población asignada un mínimo de un 15% de usuarios de procedencia extranjera de una cultura ajena.

Además se valorará de forma positiva que tengan formación específica en salud pública o en enfermedades tropicales, así como el haber estado trabajando en alguno de los países que se detallan en estas líneas.

Criterios de exclusión

Dentro de los profesionales de enfermería se excluirán aquellos que expresen directamente ser racistas o xenófobos.

Estos rasgos se podrá determinar si en la primera toma de contacto con los profesionales, al explicarles en que consiste el estudio y el objetivo del mismo, se refieren a el como algo que consideran innecesario o improductivo argumentando que no se debería emplear recursos económicos, temporales o de cualquier tipo en estos usuarios ya que no "ponen de su parte", "son desagradecidos" o "abusan de los recursos sanitarios", entre otros.

Destacar que no existe ningún criterio de exclusión relacionado con el sexo ni con la edad.

4.3. Acceso al campo de investigación y a los participantes del estudio.

Para acceder al campo, en este caso los centros de salud CAP Vic Sur y CAP Vic Norte de será necesario ponerse en contacto con los responsables del centro. Se explicará el objetivo del estudio haciendo énfasis en la

necesidad real e inmediata de comprobar si existe alguna falta de formación por parte de los profesionales de enfermería para, si realmente existen, poder determinar cuales son estas necesidades formativas con el fin de subsanarlas, mediante el desarrollo y puesta en práctica de un proyecto diseñado para ello, y así poder mejorar la atención a usuarios procedentes de otras culturas.

Una vez permitido el acceso al centro será necesario reunirse con el coordinador o coordinadora de enfermería para dilucidar cuales podrían ser los enfermeros o enfermeras más idóneos para participar en el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión estipulados en este proyecto. Después, una vez identificados será preciso reunirse con ellos y exponer la finalidad de nuestro proyecto.

4.4. Recogida de datos: instrumentos.

Las entrevistas, junto con la observación llevada a cabo por el profesional encargado del estudio, y serán realizada de forma personal e individual entre el investigador formado para ello y el participante en el estudio. El tipo de entrevista a realizar será la denominada semiestructurada.

En este tipo de entrevista semiestructurada y abierta el entrevistador dispone de un «guión» formado por preguntas relacionadas con los temas que se deben tratar a lo largo del encuentro y que competen al propio estudio en si.

Un rasgo que diferencia este tipo de entrevista semiestructurada es que el orden en el que se formulan dichas preguntas, así como el modo de formularlas se dejan a la libre elección y valoración del propio entrevistador. De este modo éste puede plantear la conversación como así lo crea conveniente, dedicar a cada cuestión los términos que estime convenientes, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún

punto, profundizar en algún punto concreto cuando le parezca necesario o incluso establecer un estilo propio y personal de conversación.

Cabe destacar que ya que se trata de un tipo de entrevista abierta, aunque parte de un guión previo, las respuestas que se espera obtener son también abiertas, por lo que es posible que dicho guión sufra alguna modificación a lo largo del estudio. Tal y como definen Blasco Hernández T. y Otero García L. (2008): "Como modelo mixto de la entrevista estructurada y abierta o en profundidad, presenta una alternancia de fases directivas y no directivas"

El hecho de que se trate de una entrevista abierta implica que el resto de las preguntas que el investigador realiza van surgiendo de las respuestas del propio entrevistado, y se centran sobretodo en la aclaración de detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto del estudio.

Destacar que se ha elegido este tipo de entrevista que combina el formato semiestructurado y abierto porque, tal y como dicen las autoras Blasco Hernández T. y Otero García L. (2008): "aunque las entrevistas en profundidad, pueden tener unos usos propios o combinados, en general la mayoría de autores recomiendan el uso combinado en métodos y técnicas tanto cualitativas como cuantitativas"

A la hora de realizar la primera entrevista con el profesional de enfermería elegido según los criterios pertinentes, se asegurará un ambiente relajado para que la persona entrevistada se encuentre lo más cómoda posible.

En primer lugar se procederá a la presentación del entrevistador, este volverá a explicar el objetivo de la entrevista, y por lo tanto del estudio. Además se le facilitará al entrevistado dos documentos, uno de información general y por otro lado, un consentimiento que deberá leer y firmar (Ver anexos 12 y 13 respectivamente).

Es en este momento de empezar la entrevista, de vital importancia para asegurar el éxito de la misma, ya que es la primera toma de contacto

directa con el profesional de enfermería y es entonces la oportunidad para infundir seguridad, confianza y profesionalidad. Del mismo modo se asegurará el anonimato del entrevistado.

Antes de comenzar con la primera de las cuestiones deberemos proceder a explicar al entrevistado la importancia de la necesidad de grabar la entrevista, ya que en el análisis posterior se utiliza el texto y el sonido, y el registro escrito de toda la entrevista resulta dificultoso e poco práctico. Además, sin el soporte de grabación de audio se corre el riesgo de no poder registrar la totalidad de las respuestas correctamente.

Al empezar la entrevista esta se enmarcará en un entorno agradable ya que se intenta lograr que el entrevistado comience a hablar sobre el tema que ocupa el estudio, pero desde el punto de partida que el o ella considere más relevante. Dentro de esta afirmación se incluyen sentimientos, sensaciones, impresiones, ideas preconcebidas, tópicos, significados, etc. Es decir la forma en la que personalmente cada una de las personas entrevistadas percibe la problemática que se le plantea pregunta a pregunta en lo relacionado a sus pacientes pertenecientes a otras culturas.

Para asegurar en la medida de lo posible que se produzca el efecto deseado la primera de las preguntas que se realizará será una realizada de forma no directa, ya que esta permite al entrevistado que comience a hablar sobre el tema en cuestión desde el punto que elija. Después ya se podrá avanzar hacia preguntas más directas, abordando temas más difíciles o delicados.

Para desarrollar la entrevista se partirá de un guión (anexo 9) que llevará a la persona hacia unas cuestiones u otras, dependiendo del tipo de respuesta que estos aporten. Estas respuestas construirán posteriormente las variables o puntos a trabajar en el posterior proyecto formativo dirigido a profesionales de enfermería en lo relacionado a conocimientos vinculados a culturas ajenas a la suya propia.

El entrevistador deberá seguir el guión marcado, pero es cierto que al no tratarse de una entrevista cerrada con preguntas directas puede ocurrir que de forma espontánea los entrevistados aporten experiencias o situaciones vividas con anterioridad muy útiles dentro del estudio. Si se diera el caso deberá intentarse de todos modos que no sean demasiado extensas para no romper la dinámica de la entrevista.

El esquema de la entrevista se diseñará de forma en que se busque una saturación en las respuestas. Mediante este tipo de entrevista se intenta llegar a un punto en el que el investigador ya no encuentra datos adicionales para desarrollar el contenido de una categoría. De la Cuesta (2006) se refiere a este término como el "momento del proceso de trabajo de campo en el que los datos comienzan a repetirse y no se logran nuevos hallazgos importantes. Para el investigador, este es el momento de dejar el trabajo de campo".

4.5. Variables: áreas temáticas del estudio.

Es de vital importancia la determinación concreta y delimitada de las áreas temáticas a estudiar para la posterior realización del guión de preguntas que configurarán la entrevista a realizar para la consecución del estudio que ocupa las líneas de este proyecto (Consultar cuestionario de entrevista en el anexo 9).

Estas áreas temáticas podrían definirse de forma general como las siguientes: conocer la actitud de los profesionales hacia la población inmigrante como usuarios en el ámbito de la atención primaria, conocer las dificultades con las que se encuentra el personal de enfermería durante la atención al paciente inmigrante (en relación a los conceptos de salud/enfermedad, los hábitos alimenticios y las barreras lingüísticas) determinar las principales intervenciones enfermeras que desempeña el profesional de enfermería ante esta población, y por último conocer cuáles son las necesidades demandadas por el profesional sanitario para atender adecuadamente a esta población.

De forma más concreta, los núcleos de análisis son los siguientes:

- Percepción de los profesionales de enfermería del trato que reciben los usuarios inmigrantes por su parte dentro del ámbito de la atención primaria.
- Percepción por parte de los profesionales de enfermería de las barreras existentes relacionadas con el acceso al sistema sanitario de los pacientes provenientes de otras culturas.
- Nivel de conocimientos de las diferencias culturales por parte de los profesionales de enfermería.
- Percepción del grado de respeto por parte del profesional de enfermería hacia este tipo de diferencias.
- Herramientas con las que cuentan los profesionales de enfermería para superar las barreras existentes a la hora de atender a usuarios inmigrantes.
- Percepción por parte de los profesionales de enfermería de las herramientas con las que deberían contar para superar las barreras existentes a la hora de atender a este grupo concreto de usuarios.
- Calificación de la calidad de la atención a estos usuarios versus la atención recibida por los demás usuarios.
- Creencias sobre los conceptos de salud/enfermedad de los diferentes usuarios según sus culturas de procedencia.
- Creencias sobre el grado de compromiso de los diferentes usuarios según sus culturas de procedencia.
- Percepción de las barreras idiomáticas: problemática, riesgos,

herramientas para solventarlas y posibles medidas de mejora.

- Creencias sobre las costumbres alimenticias de los usuarios de otras culturas: problemática, riesgos, herramientas para solventarlas y posibles medidas de mejora.

- Percepción de algún tipo conducta discriminatoria por parte de los profesionales de enfermería a algún tipo de colectivo.

Es importante destacar que los temas a estudiar pueden desaparecer, o bien puede ocurrir que se añadan otros nuevos, según el desarrollo de las entrevistas.

De otro modo también podrían definirse de forma más sintética como:

1. Variables independientes:

- Perfil competencial del profesional de enfermería de atención primaria que trabaja con usuarios de procedencia de culturas ajenas a la suya propia desde hace más de 6 años.

2. Variables dependientes:

- Introducción sobre la atención de pacientes de otras cultural en rasgos generales.
- Barreras de comunicación relacionadas con la forma de entender el tándem Salud/Enfermedad.
- Barreras de comunicación relacionadas con los hábitos alimenticios.
- Barreras de comunicación relacionadas con el idioma.

3. Variables Intervinientes:

- Personales:

- Edad.
- Género.
- Nacionalidad.

- Sociolaborales:

- Lugar de trabajo.

- Tipo de servicio.
- Tiempo de experiencia como profesional de enfermería.
- Tiempo de experiencia como profesional de enfermería en el CAP actual.
- Cupo de usuarios inmigrantes de otras culturas (en %).

4.6. Análisis de los datos.

Una vez terminadas todas las entrevistas que estaban programadas, es decir, una vez recopilada toda la información se pasará al siguiente paso, el de la codificación de los datos. Es en esta fase donde se ordenará y analizará esta información previamente recogida mediante una guía de categorías de análisis.

La transcripción de la información recogida de las entrevistas y el análisis la realizará el investigador con ayuda, si así lo necesita, de personal experto.

El análisis se llevará a cabo siguiendo los pasos siguientes:

En primer lugar se procederá a la transcripción y por lo tanto también a la primera lectura de las entrevistas para obtener una primera visión de la información recogida.

Acto seguido se llevará a cabo una segunda lectura para poder seleccionar aquellos fragmentos de las entrevistas que revelan algo importante respecto al objeto del estudio.

El siguiente paso será el análisis de estas unidades para seleccionar aquellos elementos que estarán directamente relacionados con los criterios de estudio de este proyecto.

Para terminar, se redactará la descripción general que capta la opinión de los participantes, en la que estarán expuestas explícitamente los enunciados de significado y los temas comunes.

No debe perderse de vista durante todo el proceso la obligación de garantizar la fiabilidad de los resultados. Se garantizará utilizando distintas fuentes de datos, distintas técnicas de recogida, mediante la grabación de las entrevistas y mediante la presencia de un observador en las consultas seleccionadas.

4.7. Cuestiones éticas durante el desarrollo del estudio.

Existen una serie de cuestiones ineludibles a tener en cuenta a la hora de realizar un estudio como este, son las **cuestiones de índole ético**.

Destacar en primer lugar que antes de la puesta en marcha del estudio se presentará el proyecto ante la Comisión de Investigación y al Comité Ético de Catalunya para que tras su pertinente evaluación este de su aprobación tanto del estudio como de los documentos que lo componen.

Con el fin de mantener los estándares éticos ineludibles en un estudio de este tipo, se acercan a los participantes las cuestiones éticas de forma directa en los documentos que estos reciben y que han de leer y firmar antes de comenzar las entrevistas. Estos documentos son **la hoja de información al paciente y el consentimiento informado** (ver ambos documentos en el anexo 12 y en el anexo 13 respectivamente). En ellas se incluye además un apartado sobre la privacidad y la confidencialidad tal y como establece la **Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre**.

En un estudio de este tipo la **investigación con seres humanos** constituye la fuente de conocimiento vital, ya que se trata de la principal

fuente de información y de recogida de datos para la consecución del mismo. Gracias a ello se podrá dilucidar el problema que nos ocupa así como generar una serie de instrumentos que nos permitirán intervenir terapéuticamente.

Las personas participantes en la investigación se encuentran en condición de vulnerabilidad frente al propio investigador como al estudio, por lo que esto supone una mayor preocupación ética. Por ello se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- La positiva evaluación de la relación riesgos / beneficios. Es necesario equilibrar el juicio subjetivo del propio investigador y los sujetos de investigación mediante la opinión independiente de un Comité de Ética. Así, los beneficios deben incluir factores protectores para la salud, disminución de desigualdades, favorecer la integración social.
- La aplicación de un real consentimiento informado.
- El respeto permanente por los sujetos participantes.
- Además se tendrá especialmente en cuenta debido a la índole de este estudio el respeto por la cultura y el reconocimiento de las formas básicas de la organización social.

Los principios desarrollados en la **Declaración de Helsinki** (ver documento anexo 11) están presentes en todo momento en la elaboración, puesta en marcha, progreso y extrapolación de conclusiones de este estudio, ya que se trata de un documento de vital importancia en relación a este tipo de estudios en los que se trabaja directamente con personas.

La declaración de Helsinki está dirigida principalmente a médicos, pero se puede extrapolar para todos los profesionales de la salud.

La elaboración de la misma en el año 1964 parte de la base de que el progreso de la medicina se basa en la investigación, y en que esta en muchos casos debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

No cabe duda que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen finalmente en seres humanos con el fin de ampliar el conocimiento científico. Es por esto que la Asociación Médica Mundial redactó en su día las recomendaciones que componen la Declaración de Helsinki con el fin de que puedan servir de guía a cada médico, o en este caso cualquier profesional de la salud, que realice algún tipo de investigación en seres humanos.

Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas, tal como están redactadas, son sólo una forma de orientación para los médicos, y profesionales de la salud, de todo el mundo. Pero cabe destacar que esto no implica que puedan estar exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas según las leyes de su propios países.

El **código de Nüremberg** (ver documento anexo 10) está compuesto por una serie de normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Este fue desarrollado en el año 1947, tras el Juicio de Nüremberg en el que se condenaron altos cargos de la Alemania nazi junto con algunos médicos acusados de haber cometido atrocidades a los derechos de los seres humanos en "nombre de la ciencia".

Es entonces con este código cuando se estipula la obligatoriedad de solicitar el Consentimiento Informado, documento que plasma la expresión de la autonomía del paciente.

Además el Código de Nüremberg informa de que *"durante el curso del experimento o estudio, el investigador a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental"*.

Así, en relación al **consentimiento informado** (ver documento anexo 13) su finalidad es la de asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores,

intereses y preferencias. Es muy importante que las personas sepan que tienen la opción de participar o no en las investigaciones, y que además tienen el derecho a retirarse en cualquier momento. Velando así por con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, prestando especial atención en la protección de grupos vulnerables.

Es importante tener en cuenta que la información que componga el documento a entregar a los entrevistados debe estar presentada en un lenguaje y un formato que sea comprensible para todos ellos. No tiene tanto que ver con el nivel educacional sino con la capacidad intelectual, aunque este no es el caso porque se trataría de un criterio de exclusión para participar en este estudio, cabe mencionar que de ser así habría que valorar si se puede o no hacer investigaciones con niños, ancianos, o enfermos mentales.

En el deberá aparecer datos como el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.

Por lo que respeta a la **Hoja de información al paciente** (ver documento anexo 12) esta y el Formulario de consentimiento informado son documentos independientes, y por lo tanto deben estar identificados como tales. En el caso concreto de este estudio debe especificar que el proyecto supone una investigación, describiendo el objetivo, métodos, procedimientos, duración y demás datos oportunos.

Es importante que especifique también que la participación es voluntaria, y debe contemplar la posibilidad de abandonar el estudio sin que esto tenga repercusiones sobre la atención sanitaria del paciente.

Por otro lado el documento garantizará el anonimato del participante en el estudio y durante todo el proceso del mismo. También indicará que se proporcionará cualquier información adicional relevante.

Procederá el documento a la identificación de los responsables del estudio, incluyendo la forma de contactar con ellos, y la firma del investigador

responsable.

Tal y como se había establecido en un apartado anterior es muy importante la utilización de un lenguaje práctico y comprensible, al mismo tiempo que se especifica que el paciente puede llevarse la hoja de información a su casa para meditarla con tiempo suficiente y consultar su participación con su familia o con su médico habitual. Del mismo modo que una copia de la hoja de información al paciente y el formulario de consentimiento informado debe quedar en poder del paciente.

Finalmente el documento deberá quedar firmado por ambas personas, el investigador responsable y el propio participante.

4.8. Limitaciones del estudio.

Una de las limitaciones que pueden aparecer a la hora de llevar a cabo este estudio es que en el caso de los profesionales de enfermería no se consiga un número suficiente de profesionales que accedan a participar en el estudio, para lo que se plantearía la posibilidad de extrapolar el ámbito de actuación de esta intervención a poblaciones vecinas como por ejemplo Manlleu, donde se procedería a sugerir la participación de otras enfermeras o enfermeros de atención primaria que cumpliesen los requisitos estipulados para formar parte del estudio.

En lo referente a los criterios de exclusión de estos profesionales sanitarios en relación a la xenofobia y/o racismo puede ocurrir que alguno de ellos que hubiese afirmado no tener ningún tipo de prejuicio de este tipo para con usuarios inmigrantes, a la hora de la realización de la entrevista efectivamente se pueda apreciar que estos si existen.

De todos modos, esto no necesariamente tiene por que suponer un rasgo negativo para las conclusiones del estudio ya que supondría una aportación realista a este estudio en relación a las creencias de los profesionales de la salud.

5. UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS.

Teniendo en cuenta que la idea de este trabajo nace de una necesidad existente en las consultas de enfermería de la ciudad de Vic, la utilidad de este proyecto se relaciona directamente con la intención de ayudar a solventar algunas, si no todas, las barreras presentes que dificultan que la atención de enfermería que reciben estos usuarios pertenecientes a otras culturas sea de la misma **calidad** que la que reciben los usuarios de la misma cultura que el profesional de enfermería proveedor de estos servicios sanitarios.

Al determinar las necesidades formativas de los profesionales de enfermería se podrá **elaborar a largo plazo, un programa formativo en diversidad cultural** que permita ampliar los conocimientos de estos trabajadores para poder eliminar las barreras de comunicación entre ellos y los usuarios. De este modo se podría lograr que **desaparezcan los riesgos** que implica para los usuarios el hecho de que exista una dificultad comunicativa, mejorando así también su relación con el sistema sanitario en general.

Es cierto que la realización de un programa docente con la finalidad de eliminar las barreras comunicativas entre profesionales y usuarios implicaría para el sistema sanitario un gasto al formar a los profesionales de enfermería en diversidad cultural. Pero hemos de verlo como una inversión ya que un profesional mejor formado deberá ser siempre un indicativo de **mejor calidad asistencial**, y por otro lado, los problemas y errores que se solventarían al no existir dichos problemas de comunicación suponen un **ahorro de recursos**, tanto materiales como temporales y asistenciales de todo tipo.

Al igual que cualquier tipo de avance en el ámbito de las labores asistenciales de enfermería esta supone, como todas ellas, un paso más para **mejorar la calidad de la disciplina**.

6. PLAN DE TRABAJO.

El proyecto se divide en 4 fases perfectamente diferenciadas, la primera de ellas se trata sobretodo de una labor de investigación sobre el tema a abordar. Las siguientes suponen una aproximación directa a la cuestión que se espera dilucidar.

6.1. Primera fase: Acceso al campo de estudio.

- Planteamiento del problema y de la temática que necesita ser estudiada. Extensión y consecuencias del problema.

- Recopilación de información sobre el tema a estudiar. Estado de la cuestión, marco teórico o contexto, literatura previa sobre el tema a trabajar.

Esta labor de búsqueda bibliográfica se mantendrá como una constante durante el tiempo que dure el estudio según sea necesario.

- Mediante la observación previa de la magnitud del problema gracias la presencia durante diferentes consultas con usuarios de otras culturas diferentes a la del profesional de enfermería, todas ellas llevadas a cabo en los CAP de Vic donde se realizará el estudio, donde el cupo de usuarios de otras culturas es relevante, junto con la búsqueda bibliográfica se procede a la elaboración de la entrevista.

- Una vez elaborada la entrevista se procede a ponerse en contacto con los responsables de los respectivos centros, CAP Vic Nord y CAP Vic Sud, para exponer el proyecto, los objetivos y pedir permiso para llevarlo a cabo en dichos centros así como la esperada colaboración de los profesionales que allí trabajen. Se procederá entonces también a la búsqueda de los profesionales de enfermería más idóneos para formar parte del estudio, según los criterios de inclusión y exclusión estipulados , solicitando su participación en el estudio y fomentando su involucración y

compromiso en el estudio.

6.2. Segunda fase: Recogida de datos: observación participante y realización de entrevistas.

- Esta etapa comienza con la realización de las entrevistas a los profesionales de enfermería en los propios centros de salud donde trabajan.
- Además se procederá a presenciar algunas de las consultas en las que atiendan a usuarios de otras culturas en las que se consideren que existan barreras de comunicación.

6.3. Tercera fase. Análisis de los datos recopilados.

- Una vez realizadas las entrevistas, previamente documentadas de forma correcta, del mismo modo que los datos más relevantes extraídos de la observación participante, se procederá a la clasificación de los datos obtenidos de ambas para así comenzar a ubicarlos dentro de cada una de las categorías de análisis.
- Organización de las categorías obtenidas, teniendo en cuenta aquellas en las que se haya obtenido la saturación de datos en ellas.

6.4. Cuarta fase. Conclusiones.

- Extrapolación de las conclusiones. Estas consistirán en determinar que categorías o áreas de los conocimientos generales de los profesionales de

enfermería son las que necesitan reforzarse mediante un plan didáctico para poder mejorar la atención de los servicios de salud por parte de estos profesionales hacia los usuarios con los que existan barreras comunicativas.

- Elaboración de una propuesta de un plan de formación específico para profesionales de enfermería de cara a mejorar la atención en salud con usuarios pertenecientes a otras culturas.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Alonso Carrascosa M.B., Del Rosario González M.E., García Sastre M., Álvarez Gallar E.M., Enríquez Calatrava V., Rodríguez Sánchez J. (2010) Costumbres, idioma y sentimientos: Barreras para el cuidado del inmigrante/XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, Logroño. Consultado en la web: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=54e2906c-c9fb-4afe-bfa3-e93f99a71bb0&Cod=82f8e337-edc2-49f7-bc17-bfa1b3169b38>
- Amezcua M, Carricondo Guirao A.(2000). Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index de Enfermería.
- Arriazu Ma I, Capdevila M, Figueras I. (2009). Análisis de las competencias de enfermería en emergencias extrahospitalarias. *Máster de Administración y Gestión de Enfermería*. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. *Fundación La Caixa*. Universidad de Barcelona. Consultado en la dirección web http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21744/1/2008_9.pdf
- Baigorri Jalón, J., Alonso Araguás, I., Otero Moreno, C., Ruso, M. y Payàs Puigarnau, G. (2007). La comunicación interlingüe e intercultural como factor clave para la gestión de la inmigración. Actas del I Congreso Internacional sobre Inmigración y Diversidad Cultural de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consultado en: <http://campus.usal.es/~alfaqueque/publicaciones/alfaqueque/Alfaquequecomunicacioninterlingue.pdf>
- Blasco, T., Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*, 33.

- Costa C de la, (2000). Investigación Cualitativa y Enfermería. Index de Enfermería. Consultado en la dirección, http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php.
- De la Cuesta C. (2006) Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. Metas Enfermería. 9(5): 50 – 55.
- De Muyenck (2004) Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?, Quadern CAPS, 32, 40-46.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya. (Diciembre 2009). Plan de ciudadanía e inmigración, 2009-2012. Barcelona 2010. V.V.A.A.
- Departamento de Relaciones institucionales y Portavoz del Gobierno. Gobierno de Navarra. (2012) Programa de Mediación Lingüística e Intercultural Itinerante para la Comunidad Foral de Navarra. Obanos Goñi, S. (Coord.)
Consultado en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/61548594-CEE0-4827-98F2-2AA92615F94A/166718/informe_mediacion_v5.pdf
- Feito, L. (2012) Metas de Enfermería. 15(4): 58-63
- Fernández Liria A. (coord.); et al., (2011) "Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, Madrid.
- Fuertes, C., Martín Laso M.A., (2006) El inmigrante en la consulta de atención primaria, An. Sistema Sanitario de Navarra. 29(1). 9-25.
- García Beyaert , S., Serrano Pons, J. (2009) Recursos para superar las

barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. En Morera J. & Alonso A. & Huerga Aramburu H. (Eds.) Manual de Atención al Inmigrante. (p.53-65). Madrid. Ergon.

Consultado en:

http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf

- Gimeno J., Mataix M., Meléndez Y. (2009) Diversidad cultural, nuevo reto para los cuidados de enfermería. *Máster de Administración y Gestión de Enfermería*. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. *Fundación La Caixa*. Universidad de Barcelona. Consultado en la dirección web http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21688/1/2002_5.pdf
- González, F. (2005). ¿Qué es un paradigma? Análisis Teórico, Conceptual y psicolingüísticos del término. *Investigación y postgrado* . Vol.20, no.1], 54.
- Iñiguez, L. I Vitores, A. (2004). La entrevista individual en el curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Krause, M. (1995) La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de educación*, 7.
- Leno González D., (2006) Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural, *Gazeta de Antropología*. 22 (32). Consultado en:
http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Luque Fernández M.A., Oliver Reche M.I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería* (9) 48-49. Consultado en:
</index- enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_9-13.php>

- Macipe Costa R.M., Gimeno Feliu L.A. (2011) Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. En Revista Pediatría Atención Primaria. 13. 299-319.
http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5_LjPq5MY8tQoQkuNouJze5dQe3

- Margarit, A.M. (2000) La entrevista en la investigación cualitativa, Colección Papeles de Investigación, Escuela de Comunicación Social, Universidad Nacional de Rosario.

- 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), 2013.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4422556>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2001). Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud, Madrid. Fernández Liria A. (coord.)

- Moreno Preciado, M., (2005) La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras. 14 (50). 25-29. Consultado en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132- 1296.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200005>.

- Papadopoulos I., Tilki M., Taylor G. (1998) Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals. Quay Books. Wilts. Consultado en: <http://eurocenter21.eu/wp-content/uploads/2010/03/learning-guide-EN.pdf>

- Palop, RM; García, MA; Villena, MN; Velasco, AB. (2009) Actitudes y dificultades de los profesionales de enfermería ante el fenómeno de la inmigración. Biblioteca Lascasas, 5(4).

- Plaza del Pino, F.J., Soriano Ayala, E. (2009) Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del

siglo XXI. Index de Enfermería 18(3). Disponible en: <http://www.index-enfermeria/v18n3/7023.php>

- Plaza del Pino F.J., Soriano, E., Higginbotton, G.M.A. (2013) Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. BMC Nursing 2013, 12 (1), 14 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/14>

- Richarte Vidal I., Díe Olmos L., (2008) La mediación intercultural y la puerta hacia otro mundo posible. Documentación social, 148 (133-156) Consultado en la dirección web <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2666247>

- Salamanca, A.B. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Nure Investigación, nº 24, Septiembre-Octubre 06.

- Sandín, M.^a P. (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana

- Sardenberg T., Müller S.S., Pereira H. R., Oliveira R. A., Hossne W. S. (2000) Análisis de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos contenidos en las instrucciones a los autores de 139 revistas científicas brasileñas. Acta Bioethica, VI (2).

- Taylor, J., (2011) Intercultural education of Nurses and health professionals in Europe 2 (IENE2): A report on the initial "needs analysis" of the perceived education and training needs of a sample of teachers and trainers of nurses and other healthcare professionals in Belgium, France, Germany and Romania.

- Tribunal Internacional de Nüremberg. (1946) El código de Nüremberg, Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética. Universidad de Chile. Consultado en la [página web](#),

<http://www.uchile.cl/portal/investigacion/76028/el-codigo-de-nuremberg>.

- Zaida, V.; Olivia A. (2005).Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciència. enferm.* v.11 n.1 (1): 17-24, 2005
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (1993) Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos, Ginebra, 53-56. Consultado en la web <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76030/declaracion-de-helsinki-de-la-asociacion-medica-mundial>

7.1. Búsqueda en bases de datos.

Las bases de datos utilizadas en esta investigación de los documentos empleados para ello fueron las siguientes: Dialnet, Tesis Doctorales TDX, Medline, Cuiden Plus y Scopus.

Para la búsqueda de los artículos en cuestión relacionados con el tema concreto los descriptores empleados no fueron los mismos en el caso de las bases de datos con fuentes en castellano o en inglés.

CASTELLANO	INGLÉS
Inmigración	Inmmigration
Barreras de comunicación	Communication barriers
Enfermeras	Nurses
Calidad asistencial	Quality of heath care
Enfermería transcultural	Cross-cultural nursing
Diversidad cultural	Cultural diversity
Competencia cultural	Cultural competence
Herramientas de comunicación	Communication tools
Programas de formación	Academic programs
Intercultural	Intercultural
Multicultural	Multicultural
Atención Primaria	Healthcare

8. PRESUPUESTO.

Concepto	Euros/horas Euros/unidad	Número de horas/unidades	Total: en euros
Infraestructura Estudio realizado en el CAP Vic Nord y CAP Vic Sud.	0 euros		0 euros
Retribución del investigador del estudio encargado de su realización.	40 euros la hora	A determinar según el propio desarrollo del estudio.	A determinar según el propio desarrollo del estudio.
Material: - Ordenador portátil de gama media. - Impresora multifunción. - Grabadora portátil de voz. - Material de oficina: bolígrafos, libretas y folios.	545 euros 81 euros. 47 euros. -Caja de bolígrafos Bic color azul → 7,56 euros -Libreta de notas → 1,25 c/u -Paquetes de folios blancos de 500 unidades → 4 euros c/u.	1 1 1 1 5 2	545 euros 81 euros 47 euros 7,56 euros 2,25 euros 8 euros
Formación del investigador: - Cursos de formación:	- Curso online sobre "Avances en	1	180 euros

	<p>investigación cualitativa en ciencias de la salud” → 180 euros</p> <p>- Curso sobre “Psicopatología del emigrante” → 180 euros</p>	1	180 euros
<p>Otros gastos:</p> <p>- Botellines de agua de 75 cl.</p> <p>(Se entregará una botella de agua a cada participante durante la entrevista)</p> <p>- Gastos (estimados) de teléfono del investigador.</p>	<p>0,19 céntimos c/u</p> <p>100 euros</p>	20 unidades	<p>3,8 euros</p> <p>100 euros</p>
			<p>Estimación:</p> <p>1154,61 (sin el coste del sueldo del investigador)</p>

9. ANEXOS.

Anexo 1. Pirámide de población en España.

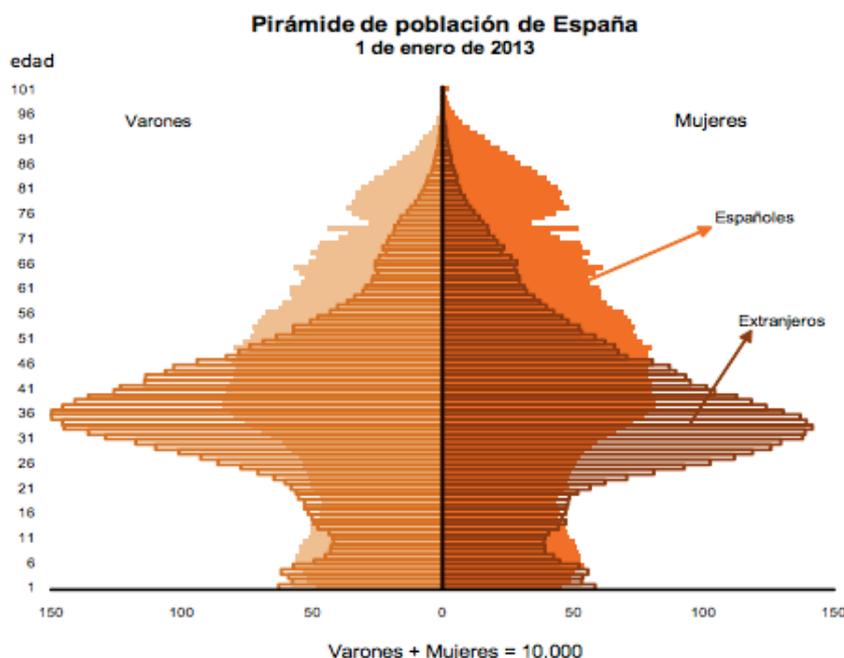


Tabla INE población en España a día 1 de enero de 2013, que incluye datos sobre población autóctona e inmigrada.

Anexo 2. Programas internacionales valoración competencia intercultural en Salud Mental.

Programas de formación internacional, extraídos del documento "Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la Atención en salud mental" de Fernández Liria et al. (2011)

Francia: Este país tiene una tradición establecida en el modelos de etnopsiquiatría concebido por Devereux y desarrollado por Tobie Tathan y Marie-Rose Moro. La institución "Migration Sante", como el "COMEDE"

proporcionan formación para profesionales de la salud. El Centro Minkowska adquirió un amplio conocimiento en mediación cultural desde el campo de su experiencia clínica, y desarrolla un módulo dirigido a profesionales de la salud.

Canadá: Este campo en el país norteamericano está todavía en desarrollo, aunque la transculturalidad, y en general los aspectos culturales, están presente en la mayoría de los programas formativos de profesionales de la salud. Varios hospitales (Mount Saint Joseph Hospital en Vancouver, Children's Hospital of Eastern Ontario o el Scarborough General Hospital en Toronto) desarrollaron programas multiculturales para adaptarse a las necesidades específicas de las poblaciones a las que atienden.

Algunos de los programas más reseñables son: el Instituto Intercultural de Montreal, que ofrece formación desde 1974, así como instituciones enfocadas a la atención de refugiados y nuevos inmigrantes: VAST (Vancouver Association for Survivors of Culture), RIVO (Montreal).

EEUU: En este país se trabaja bajo una perspectiva multicultural desde hace treinta años. Aunque el principal problema es que los programas formativos desarrollados desde el modelo de Competencia Cultural se centraron solo en minorías específicas de U.S.A, los afroamericanos, los amerindios, los hispanicos y los asiáticos.

Reino Unido: Existe desde hace años una gran preocupación por la psiquiatría cultural, sobretodo centrada en el antirracismo como objetivo de la formación y por ello de los servicios que ofrece el país europeo. La Universidad de Londres cuenta con un Centro de Antropología Médica desde en 1989, y la Universidad de Kent el European Centre for the Study of the Social Care of Minority Groups and Refugees, establecido en 1998. Ambos tienen el objetivo de promover la investigación, supervisión y formación en material de Migración, Salud Mental y Cuidado Social.

Países Bajos: El modelo holandés sigue el camino australiano y canadiense, diferenciado del estadounidense. La tendencia es a

proporcionar unos cuidados culturalmente sensibles en los servicios establecidos. Las Universidades de Utrecht, Órebro y Ámsterdam presentan programas de posgrado en salud mental y cuidado social de inmigrantes.

Suecia: En este país nórdico la mayoría de programas formativos se orientan al trabajo con inmigrantes con experiencias traumáticas. Aunque actualmente se están abriendo más caminos en relación a otras iniciativas integradoras. El Karolinska Institute for Public Health Sciences tiene un doctorado en psiquiatría transcultural, y el Centro Transcultural ofrece otros programas formativos.

Australia: Este país ofrece numerosos programas formativos integrados en la _Australian Transcultural Mental Health Network, centrados en la competencia clínica y cultural.

Anexo 3. El mediador lingüístico Melisa.

Melisa es el fruto de un proyecto que se puso en marcha en el año 2006 con la finalidad de intentar mejorar los problemas de comunicación existentes entre los equipos de atención primaria (ámbito sanitario o asistencial) y los pacientes, tanto inmigrantes como autóctonos. Así nace este mediador virtual, ya que el medio utilizado son las tecnologías de la información y la comunicación, también denominadas TICs.

Melisa es un proyecto social, público y abierto, ya que los impulsores del proyecto fueron el Área Básica de Salt (Instituto Catalán de la Salud), el Ayuntamiento de Salt y la Universidad de Vic.

Mediante el uso del Melisa se procuraba poder facilitar el diagnóstico del paciente, la atención a personas inmigrantes, la mejora de la gestión de la mediación ambulatoria y hospitalaria y por último también los procesos de mediación social .

De forma más específica con este proyecto se pretende facilitar la elaboración de protocolos de acogida sanitaria, adecuar los registros generados en el perfil del paciente al que va dirigido, dar formación adaptada a los profesionales de todos los estamentos para atender a personas de contextos culturalmente heterogéneos, facilitar un recurso de mediación lingüística allí donde no hay haya personal específico y ayudar la atención sanitaria universal.

Anexo 4. Enlaces para la atención al inmigrante.

Tabla 1. Enlaces de interés para la atención al inmigrante	
Protocolos y guías	AEPap: www.aepap.org/inmigrante/protoc_inm.htm Guía de inmigración y salud, Gobierno de Aragón: www.aragon.es (publicaciones) Manual de atención sanitaria a inmigrantes, Junta de Andalucía: www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
Materiales para pacientes	www.riec.es
Recursos varios	Red ISIR: www.redisir.net Salud y cultura: www.saludycultura.uji.es
Traductores	www.universaldocor.com http://tradukka.com
Consejos alimentación	www.naos.aesan.msps.es
Viajes Calendarios vacunales, incidencias	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, La salud también viaja: www.msps.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm Viajar sano: www.viajarsano.com Consejos al viajero, Gobierno de EE. UU.: http://wwwnc.cdc.gov/travel/ Vacunas, AEP: www.vacunasaep.org OMS, International Travel and Health: www.who.int/ith/en/
Otros	Problemas sociales. Gipi: http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm#H

Tabla extraída del texto de Macipe Costa R.M. (2011).

Anexo 5. Inmigración atendida en el CAP Vic Sud según nacionalidades (2007).

Vic destaca por ser una población muy cosmopolita, formada por habitantes de muchos países de alrededor del mundo, y esta es precisamente una de las características más relevantes del CAP del Remei.

A continuación se adjunta una tabla con datos del año 2007, extraídos de un estudio sobre los países de origen de los usuarios que se llevó por parte de los trabajadores del propio CAP. No cuentan con datos actualizados pero ellos mismos estiman que estos no cambiaron excesivamente desde el año de realización del proyecto.

<i>País de origen</i>	<i>Número mujeres</i>	<i>de</i>	<i>Número hombres</i>	<i>de</i>	<i>Número total</i>
Alemania	3		4		7
Algeria	1		2		3
Argentina	21		15		36
Armenia	0		2		2
Bangladesh	1		0		1
Bélgica	1		3		4
Benín	0		6		6
Bolivia	50		15		65
Brasil	25		12		37
Bulgaria	8		13		21
Burkina	0		1		1
Camerún	2		3		5
Canadá	1		2		3
Chile	9		17		26
China	42		49		91
Colombia	123		109		232
Costa de Marfil	2		3		5
Cuba	8		5		13
Dinamarca	0		1		1

Dominicana, República	10	3	13
Egipto	3	6	9
Ecuador	219	243	462
España	6.708	6.904	13.612
EEUU	1	2	3
Filipinas	1	1	2
Francia	2	3	5
Gambia	0	2	2
Georgia	3	2	5
Ghana	171	902	1.073
Guatemala	0	2	2
Grecia	1	0	1
Guinea	2	23	25
Guinea Bissau	3	14	17
Guinea Ecuatorial	4	3	7
Honduras	9	2	11
India	105	288	393
Irlanda	0	2	2
Irán	1	0	1
Italia	5	3	8
Letonia	1	0	1
Liberia	1	1	2
Libia	0	1	1
Lituania	1	1	2
Mali	6	32	38
Mariana Septentrional	1	0	1

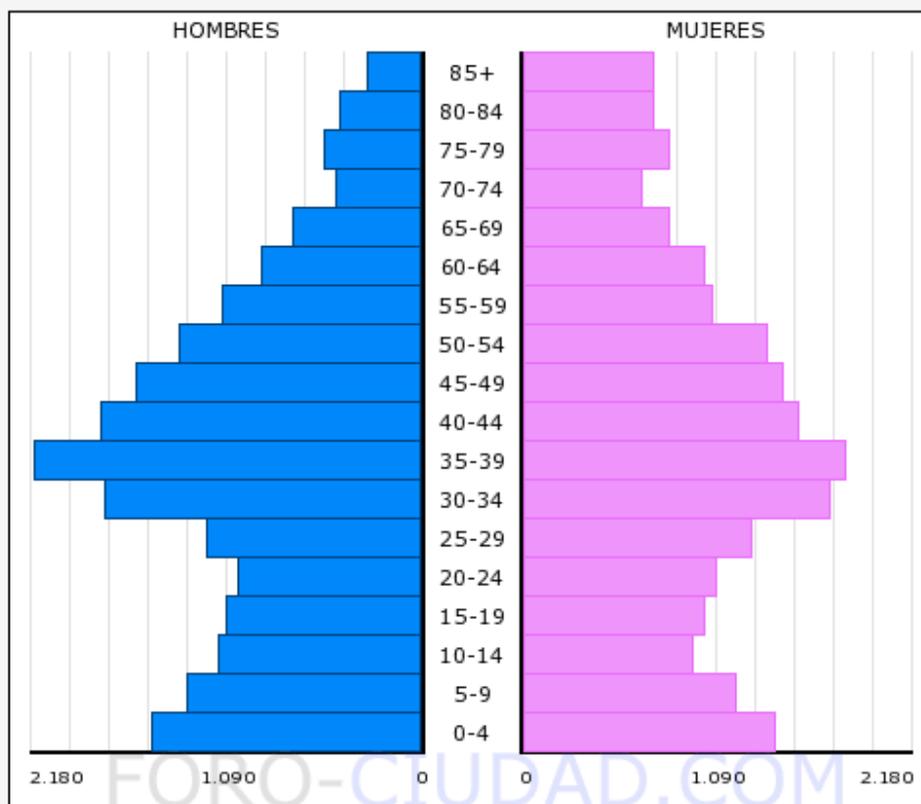
Marruecos	940	1283	2.223
Méjico	10	7	17
Nepal	2	1	3
Nicaragua	1	1	2
Nigeria	198	260	458
Países Bajos	5	4	9
Pakistán	4	9	13
Paraguay	4	2	6
Perú	11	8	19
Polonia	41	41	82
Portugal	3	6	9
Reino Unido	6	8	14
Rumanía	28	23	51
Rusia	11	5	16
Salvador, El	3	1	4
Senegal	22	110	132
Sierra Leona	3	14	17
Suiza	0	1	1
Togo	0	5	5
Tailandia	1	0	1
Ucrania	8	8	16
Uganda	1	0	1
Uruguay	1	3	4
Venezuela	15	6	21
Otros/Sin especificar	1	1	2
			19.383

Anexo 6. Pirámide población Vic (2013)

VIC - Piramide de poblacion - Padron 2013

Actualizacion -> VIC - Evolucion de la poblacion desde 1900 hasta 2013

POBLACION - VIC - 2013



Poblacion Total en el Municipio: 41.647

Poblacion Hombres: 20.660

Poblacion Mujeres: 20.987

Fuente: INE , Grafico elaborado por FORO-CIUDAD.COM para todos los municipios de España

Consultado en la web, <http://www.foro-ciudad.com/barcelona/vic/mensaje-11894827.html> a fecha de 14 de mayo de 2014.

Anexo 7. Población Vic sexo y edad (2013)

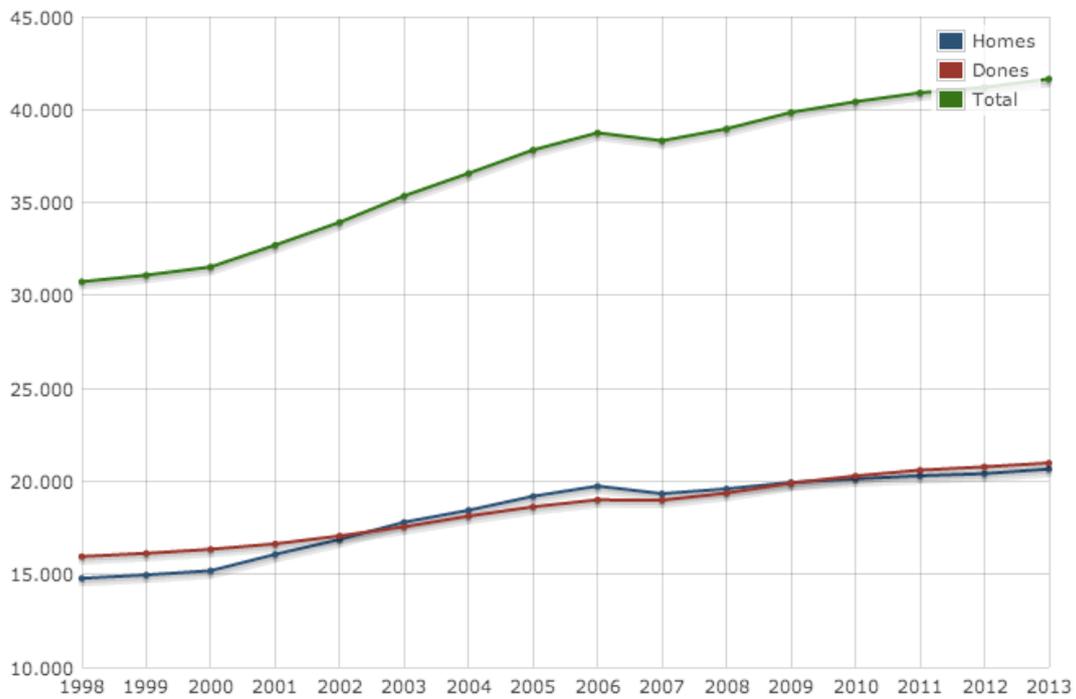
Población de VIC por sexo y edad 2013 (grupos quinquenales)			
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	1.521	1.419	2.940
5-9	1.317	1.209	2.526
10-14	1.136	978	2.114
15-19	1.109	1.044	2.153
20-24	1.041	1.094	2.135
25-29	1.211	1.294	2.505
30-34	1.782	1.731	3.513
35-39	2.177	1.813	3.990
40-44	1.800	1.559	3.359
45-49	1.611	1.463	3.074
50-54	1.360	1.375	2.735
55-59	1.130	1.080	2.210
60-64	898	1.039	1.937
65-69	737	850	1.587
70-74	496	692	1.188
75-79	547	844	1.391
80-84	476	750	1.226
85-	311	753	1.064
TOTAL	20.660	20.987	41.647

Fuente: Instituto Nacional de Estadística
Padron Municipal 2013

Consultado en la web, <http://www.foro-ciudad.com/barcelona/vic/mensaje-11894827.html> a fecha de 14 de mayo de 2014.

Anexo 8. Padrón Vic por sexo (1998-2013)

Padró municipal d'habitants per sexe. Xifres oficials. Vic. 1998-2013



Font: Idescat. Padró municipal d'habitants.

Consultado en la web <http://www.idescat.cat/emex/?id=082981&lang=es> a día 14 de mayo de 2014.

Anexo 9. Guión entrevista estudio.

Este cuestionario se hace, modificando la obertura de las preguntas, según el guión del trabajo de Figueras Oliver, Arriazu López y Capdevila Olivas (2009). Se siguen estas pautas ya que el objetivo de este proyecto es el de analizar las competencias de enfermería en emergencias extrahospitalarias. La temática es relativamente semejante, el análisis o valoración de la atención de enfermería aunque el ámbito es diferente, en este caso es extrahospitalaria y el que ocupa este proyecto es la atención primaria.

Cabe destacar también la reorientación de las preguntas a la hora de formularlas ya que en este caso se trata de preguntas cerradas, en un cuestionario completamente dirigido con las respuestas pautadas. El guión que se desarrolla a continuación por el contrario está formado por preguntas semiabiertas y en algunos casos da pie a respuestas fuera de lo pautado.

Además de este se tiene en cuenta el trabajo de Gimeno J., Mataix M., Meléndez Y. (2009). La temática que trata sigue la misma línea que este trabajo, la diversidad cultural como un nuevo reto para los cuidados de enfermería.

En este caso el objetivo es el de proporcionar una base de conocimientos de enfermería a fin de lograr una mejor orientación y adiestramiento para que los profesionales asuman el reto de la aplicación de los cuidados de enfermería en el área de la transculturización, algo relativamente semejante a lo que se pretende con este proyecto que se desarrolla en estas líneas.

Las propuestas derivadas de las conclusiones de este trabajo de Gimeno J., Mataix M., y Meléndez Y. Comprenden desde la necesidad de una formación transcultural antropológica del personal sanitario para poder mejorar la calidad asistencial, la integración de profesionales de otros países nos facilitaría el conocimiento y la comprensión de otras culturas

en el ámbito de la atención. Y por último, la propuesta de integración de personas (mediadoras) de los países de origen.

Guión de la entrevista a llevar a cabo con los participantes del estudio titulado:

Necesidades formativas de los profesionales de enfermería en relación a las barreras de comunicación para una atención más eficaz y eficiente de los usuarios inmigrantes de culturas ajenas a la propia.

Fecha de la entrevista:

Duración final de la entrevista:

Código de la entrevista:

DATOS DEL ENTREVISTADO (Profesional de enfermería)

- Edad:

- Sexo:

- Nacionalidad:

- Lugar de trabajo:

CAP Vic Nord

CAP Vic Sud

- Tipo de servicio:

- Tiempo de experiencia como profesional de enfermería:

- Tiempo de experiencia como profesional de enfermería en el CAP actual:

- Cupo de usuarios inmigrantes de otras culturas (en %):

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y ABIERTA.

1. Introducción.

- ¿Cuál es tu opinión sobre la mezcla de culturas que componen tu cupo de usuarios?

- ¿Consideras que algunos pacientes son más abiertos o cerrados en comparación con los demás dependiendo de a que cultura pertenecen?

- De ser así, ¿podrías poner algún ejemplo?
- ¿Podrías enumerar los países de procedencia de los usuarios extranjeros que conforman tu cupo de atención como enfermero/a?
- ¿Qué opinión tienes sobre el acceso a los servicios sanitarios de los usuarios inmigrantes?
- ¿Crees que los usuarios inmigrantes procedentes de otras culturas deberían adoptar las costumbres de la nueva cultura a dónde emigran?
- ¿Consideras que los estándares de calidad son iguales para todos los usuarios?
- ¿Has presenciado algún tipo de conducta o trato discriminatorio por parte de algún profesional de enfermería hacia pacientes inmigrantes de otras culturas?
- De ser así, ¿crees que estaba justificado?

2. Barreras de comunicación relacionadas con la forma de entender el tándem Salud/Enfermedad.

- ¿Crees que todos los usuarios con los que trabajas dan la misma importancia a la salud y a la enfermedad?
- Si la respuesta es negativa, ¿afecta esto de alguna manera a tu labor como enfermera/o?
- ¿Crees que el umbral de dolor y la expresión del mismo depende de cada usuario de forma individual?
- ¿Dirías que tiene que ver con el género?
- ¿Y con la cultura a la que pertenece el individuo?
- ¿Cómo definirías la problemática de la adherencia terapéutica en el caso de los usuarios con los que has trabajado?
- Si la respuesta implica diferencias culturales: ¿Crees que existen riesgos relacionados con este tipo de diferencias culturales?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿qué sería necesario para mejorar los problemas relacionados con este tipo de barreras culturales?

3. Barreras de comunicación relacionadas con los hábitos alimenticios.

- ¿Dirías que los patrones alimenticios de los usuarios extranjeros difieren del estipulado por la denominada “dieta mediterránea”, considerada sana y equilibrada?
- Si la respuesta es afirmativa, según tu experiencia, ¿Cuál crees que es la causa de no seguir un patrón alimenticio más saludable?
- ¿En qué te basas para realizar recomendaciones dietéticas a los usuarios que así lo necesitan?
- ¿Teniendo en cuenta la alimentación, dirías que existen usuarios más propensos a sufrir determinadas patologías según su cultura o país de procedencia?
- ¿Considerarías interesante recibir más información sobre el aporte nutricional de la gran variedad de platos o alimentos consumidos por los usuarios ?
- ¿Cuáles consideras que son los principales problemas o barreras a la hora de hacer recomendaciones relacionadas con la alimentación en las consultas de enfermería?
- ¿Crees que sería más sencillo para tu trabajo como enfermera si los usuarios adoptasen un patrón alimenticio similar al de la “dieta mediterránea”?
- Consideras que, en relación a la alimentación, lo mejor para la salud de todos los usuarios sería que todos ellos siguiesen la “dieta mediterránea”?
- ¿Echas en falta algún tipo de herramienta o de recurso que sirva de ayuda en relación a la nutrición y a los consejos dietéticos?

4. Barreras de comunicación relacionadas con el idioma.

- ¿Cómo consideras que afecta la ausencia de un idioma común a la hora de desarrollar la atención de enfermería?
- Si la respuesta implica un problema o dificultad ¿puedes poner algún ejemplo o contar alguna experiencia personal?

- ¿Crees que existen riesgos reales derivados de los problemas idiomáticos de este tipo?
- ¿Qué herramientas tienes a tu alcance para intentar solventar las barreras comunicativas relacionadas con el idioma?
- ¿Qué recursos o herramientas empleas normalmente para ayudarte con los usuarios en las consultas?
- ¿Cuál es tu opinión sobre la utilidad y la práctica de estos recursos o herramientas?
- ¿Podrías decirme cuales son los idiomas en los que podrías llegar a comunicarte?
- ¿En relación al inglés, ya que es la denominada “lengua internacional”, como definirías tu nivel?
- ¿Qué opinas de la posibilidad de aprender idiomas viéndolo como una herramienta para el día a día en tu trabajo?
- Según tu experiencia, ¿qué medidas crees que se deberían tomar para mejorar esta situación?

Anexo 10. Código de Nüremberg.

COMISIÓN
NACIONAL
DE BIOÉTICA

Código de Nuremberg

Normas éticas sobre experimentación en seres humanos

En 1997, el Código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

Anexo 11. Declaración de Helsinki.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la:

29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996

y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.
12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones

institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones

institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los

principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.
29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados. A fin de aclarar más la posición de la AMM sobre el uso de ensayos controlados con placebo, la AMM publicó en octubre de 2001 una nota de clarificación del párrafo 29.
30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.
31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.
32. Cuando en la atención de un enfermo los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados han resultado ineficaces o no existen, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no comprobados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

Nota de Clarificación del Párrafo 29 de la Declaración de Helsinki

La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico

- Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética apropiada.

Nota de Clarificación del Párrafo 30 de la Declaración de Helsinki

Por la presente, la AMM reafirma su posición de que es necesario durante el proceso de planificación del estudio identificar el acceso después del ensayo de los participantes en el estudio a procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que han resultado beneficiosos en el estudio o el acceso a otra atención apropiada. Los arreglos para el acceso después del ensayo u otra atención deben ser descritos en el protocolo del estudio, de manera que el comité de revisión ética pueda considerar dichos arreglos durante su revisión.

La Declaración de Helsinki (Doc. 17.C) es un documento oficial de la Asociación Médica Mundial, organismo representante mundial de los médicos. Fue adoptada por primera vez en 1964 (Helsinki, Finlandia) y revisada en 1975 (Tokio, Japón), 1983 (Venecia, Italia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica) y 2000 (Edimburgo, Escocia). Nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>

La Declaración de Helsinki es la declaración más conocida de la AMM. Fue adoptada en 1964 y ha sido enmendada cinco veces, la última en 2000. En el año 2002 se le agregó una nota de clarificación al párrafo 29. y en el 2004 otra al párrafo 30. La actual versión (2004) es la única oficial, todas las versiones anteriores han sido reemplazadas y no deben ser utilizadas o citadas, excepto para fines históricos.

Anexo 12. Hoja información al participante estudio.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN PARA UNA ATENCIÓN MÁS EFICAZ Y EFICIENTE DE LOS USUARIOS INMIGRANTES DE CULTURAS AJENAS A LA PROPIA

Investigadora: Támara Quelle Losada.

INTRODUCCIÓN

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Catalunya, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki, el código de Nüremberg y a las normas de buena práctica clínica.

La intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y se le aclararán las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él sin que esto afecte de ninguna manera a su puesto de trabajo o a su posición.

También debe saber que además de decidir no participar también puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si

usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Propósito del estudio.

El objetivo del estudio es el de identificar las áreas temáticas en relación a la salud que necesitan cubrir los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los factores asociados a la diversidad cultural, para que sea de eficaz y eficiente la atención a usuarios de otras culturas en sus consultas.

Las áreas temáticas a estudiar podrían englobarse en las siguientes: conocer la actitud de los profesionales hacia la población inmigrante como usuarios en el ámbito de la atención primaria, conocer las dificultades con las que se encuentra el personal de enfermería durante la atención al paciente inmigrante (en relación a los conceptos de salud/enfermedad, los hábitos alimenticios y las barreras lingüísticas) determinar las principales intervenciones enfermeras que desempeña el profesional de enfermería ante esta población, y por último conocer cuáles son las necesidades demandadas por el profesional sanitario para atender adecuadamente a esta población.

Además con este se pretende determinar las áreas temáticas de mayor importancia que deberán estar presentes en un programa de intervención de diversidad cultural para mejorar la calidad en la asistencia a usuarios de otras culturas desde la atención de enfermería.

Finalmente con los resultados obtenidos se espera proponer estrategias de intervención para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y la población inmigrante de habla no hispana.

Elección de participantes.

Depende de una serie de criterios establecidos en las bases del estudio, como ser profesional de enfermería en uno de los centros establecidos como focos del estudio. Tener un cupo de pacientes de un mínimo del 15% de procedencia inmigrante, así como un mínimo de 6 años de experiencia como enfermero o enfermera de atención primaria.

Del mismo modo su elección implica que no presenta ninguno de los criterios de exclusión establecidos dentro del mismo estudio.

Participación en el estudio.

Consistirá en responder de forma lo más sincera posible a las preguntas que constituyen la entrevista individual y en profundidad que se le realizará. La duración aproximada de la misma es de unos 60 minutos, durante los cuales podrá parar o abandonar cuando así lo desee.

La entrevista se compone a partir de preguntas de respuesta abierta formuladas con la intención de profundizar en cuestiones referentes al propio estudio, en este caso a las barreras de comunicación entre los usuarios extranjeros que atiende y usted mismo/a durante las consultas de atención primaria en el centro en el que ejerce su profesión.

Riesgos o inconvenientes de la participación en el estudio.

No existe ningún riesgo o inconveniente como tal. En último caso podría ser posible que se diera el caso de alguna pregunta que le resultase incómodo contestar al tratarse de aspectos de su trabajo y su profesión. Por ello es importante que sepa que puede no contestar o abandonar la entrevista.

De ninguna manera se le pedirá que revele ninguna información que ponga en peligro la protección de datos de los usuarios que atiende.

Beneficios de la participación en el estudio.

Directamente usted no recibirá ninguna aportación económica ni material de cualquier tipo, pero es cierto que sus aportaciones en este estudio podrán ayudar a mejorar la calidad de los servicios prestados por los profesionales de enfermería a los usuarios inmigrantes pertenecientes a otras culturas, así como su calidad de vida en relación a la sanidad en atención primaria. Y también fundamentalmente su aportación servirá para mejorar la ciencia enfermera, profesión a la que se dedica.

Resultados del estudio.

Los resultados de este estudio se espera que sean publicados, del mismo modo que se le harán llegar los resultados obtenidos así como las posibles referencias bibliográficas relacionadas con su publicación.

Confidencialidad de los participantes.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación

vigente.

Gracias por su colaboración en este estudio, sus aportaciones son muy importantes para su consecución.

Si necesita más información o para cualquier tipo de consulta de la naturaleza que sea en lo relativo a este estudio, por favor no dude en ponerse en contacto mediante cualquiera de los siguientes medios:

Támara Quelle Losada.

Teléfono: 657961895

Email: tamara.quelle@uvic.cat

Anexo 13. Consentimiento informado participantes estudio.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN PARA UNA ATENCIÓN MÁS EFICAZ Y EFICIENTE DE LOS USUARIOS INMIGRANTES DE CULTURAS AJENAS A LA PROPIA

Introducción

A través de este documento quiere hacerse una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica que tiene como objetivo identificar las áreas temáticas en relación a la salud que necesitan cubrir los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta los factores asociados a la diversidad cultural, para que sea de eficaz y eficiente la atención a usuarios de otras culturas en sus consultas.

Las áreas temáticas a estudiar podrían englobarse en las siguientes: conocer la actitud de los profesionales hacia la población inmigrante como usuarios en el ámbito de la atención primaria, conocer las dificultades con las que se encuentra el personal de enfermería durante la atención al paciente inmigrante (en relación a los conceptos de salud/enfermedad, los hábitos alimenticios y las barreras lingüísticas) determinar las principales intervenciones enfermeras que desempeña el profesional de enfermería ante esta población, y por último conocer cuáles son las necesidades demandadas por el profesional sanitario para atender adecuadamente a esta población.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo registrar que tras comunicarle todos los aspectos relacionados con el estudio, para que usted pueda tomar una decisión informada a la hora de participar en él, efectivamente así lo decide libremente.

Junto al consentimiento informado se le proporciona una hoja de información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que la lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.)

Si necesita más información o para cualquier tipo de consulta de la naturaleza que sea en lo relativo a este estudio, por favor no dude en ponerse en contacto mediante cualquiera de los siguientes medios:

Támara Quelle Losada
Teléfono: 657961895
Email: tamara.quelle@uvic.cat

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta hoja para poder participar en el estudio. Con ella indicará que su decisión de participar es completamente voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones.

Participante en el estudio:

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

Respecto a la conservación y futura utilización de los datos en la hoja de información al participante:

NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado este estudio.

Accedo a que mis datos o muestras se conserven una vez terminado el estudio siempre y cuando se mantengan en el anonimato.

Si accedo a que los datos se conserven para posibles usos posteriores en investigaciones similares y bajo condiciones semejantes.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

Investigador responsable del estudio:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

Certifico que le ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de "Consentimiento Informado" al participante del estudio.

10. AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría empezar dedicando las que son prácticamente las últimas líneas que forman este Trabajo Final de Grado a mis padres, **Xabier Quelle y Regina Losada**, ya que sin su confianza y apoyo no hubiera tenido la oportunidad de escribir ni una sola de las palabras que constituyen este proyecto.

Del mismo modo me gustaría dar las gracias a **Ártur Quelle**, por ser una fuente inagotable de reflexiones y conocimientos de un valor incalculable. También, como no podía ser de otra manera, a **María José Losada** por su apoyo incondicional.

Quisiera añadir un sincero agradecimiento a mi tutora y guía a lo largo de estos meses construyendo este proyecto, **Anna Rovira**, por su profesionalidad, paciencia, y minuciosidad presentes en todo momento. Así como por los consejos tan útiles, la dedicación y el tiempo dedicados a mi y a este trabajo.

En este apartado de agradecimientos creo necesario nombrar a dos profesoras de esta casa.

En primer lugar a **Rosa Valcárcel**, porque gracias a sus clases durante el primer año de carrera descubrí el estrecho vínculo que existe entre la antropología, la etnología y la enfermería, y como esta relación convierte a estas disciplinas en más valiosas e interesantes aún si cabe.

Y en segundo lugar agradecer a **Montserrat Vall** por sus aportaciones a la hora de orientarme cuando este proyecto era solamente una idea.

Ya para terminar, me gustaría mostrar mi agradecimiento a **todas aquellas personas** que en el nombre de la amistad aguantaron estoicamente conversaciones interminables sobre este trabajo, apoyándome con palabras de ánimo y, sobretodo, con hechos.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento.

11. AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN.

Mediante esta autorización debidamente firmada, doy mi completo consentimiento a que la Uvic disponga de este trabajo según lo crea conveniente, realizado enteramente por la abajo firmante, con la finalidad de difundirlo por medio de los canales o mecanismos que así decida.

Esto se llevará a cabo siempre teniendo en cuenta que los derechos de propiedad intelectual pertenecen a la estudiante autora de este proyecto.

Támara Quelle Losada