

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN FISIOTERAPIA**



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



**BARRERAS CULTURALES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS  
DE FISIOTERAPIA**

AUTOR: QUEVEDO CARRERO, SAMUEL

Nº EXPEDIENTE: 633

TUTOR: CASTEJÓN BOLEA, RAMÓN

DEPARTAMENTO: SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y  
GINECOLOGÍA

ÁREA: HISTORIA DE LA CIENCIA

CURSO ACADÉMICO: 2019 - 2020

CONVOCATORIA: JUNIO



## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN .....	3
2.1. Derecho a la salud .....	3
2.2. Contexto demográfico .....	4
2.3. Barreras de acceso y uso .....	5
2.4. Justificación del estudio .....	8
3. OBJETIVOS .....	8
3.1. Objetivo general .....	8
3.2. Objetivos específicos.....	9
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	9
4.1. Metodología .....	9
4.2. Emplazamiento.....	9
4.3. Técnica de recogida de información .....	9
4.4. Unidad de muestreo y diseño muestral.....	10
4.5. Petición de permisos para la realización del estudio. Control ético de la investigación. .	10
4.6. Análisis de los datos.....	11
4.7. Limitaciones del estudio.....	15
BIBLIOGRAFÍA: .....	16
ANEXOS.....	18

## 1. RESUMEN

**Introducción:** la literatura científica internacional muestra que existen una serie de barreras que pueden dificultar el acceso a la salud de la población inmigrante culturalmente diversa. En concreto, el acceso a los servicios de fisioterapia y la adherencia a los tratamientos fisioterapéuticos puede estar condicionado y dificultado para el colectivo de mujeres inmigrantes magrebíes debido a diferentes barreras. También por la práctica profesional, que suele implicar tratamientos con una relación más directa y física. Este tipo de relación terapéutica puede suponer una dificultad debido a otras diferencias culturales como la distinta concepción del cuerpo o del uso de la vestimenta.

**Objetivo:** conocer las posibles barreras en el acceso al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, así como en la aplicación y adherencia al tratamiento en el colectivo de mujeres inmigrantes magrebíes del departamento. Se pretende conocer la percepción sobre estas barreras de los fisioterapeutas pertenecientes a este servicio y de las mujeres magrebíes.

**Material y métodos:** se realizarán entrevistas semiestructuradas individuales y recogida de datos sociodemográficos a una muestra de los fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario de Alicante y del Centro de Salud Parc lo Morant y de las usuarias inmigrantes magrebíes atendidas por el Servicio de Fisioterapia de estos dos centros. Se realizará un análisis cualitativo de la información obtenida.

**Palabras Clave:** “Emigrantes e Inmigrantes”, “Diversidad Cultural”, “Barreras de Acceso a los Servicios de Salud”, “Fisioterapia”, “Mujeres”, “Magreb”, “Marruecos”, “Velo”.

## ABSTRACT

**Introduction:** International scientific literature shows that there are a series of barriers that can hinder access to health services for the culturally diverse immigrant population. Specifically, access to physiotherapy services and adherence to physiotherapy treatments may be conditioned and hindered for the group of Maghrebian immigrant women due to different barriers. Also due to professional practice, which usually involves more direct and physical treatments. This type of therapeutic relationship can lead to difficulty due to other cultural differences such as the different conception of the body or the use of clothing.

**Objective:** To know the possible barriers to access the Physiotherapy Service of the Alicante Department of Health-General Hospital, also in the application of the treatment and adherence to it, in the group of Maghrebian immigrant women who belong to the department. The aim is to find out the perception of these barriers by physical therapists belonging to this service and by Maghrebi women.

**Material and methods:** Individual structured interviews and sociodemographic data collection will be performed on a sample of the physiotherapists of the Rehabilitation Service of the General University Hospital of Alicante and the Parc lo Morant Health Center, and of the Maghrebi immigrant users attended by the Physiotherapy Service of these two centers. A qualitative analysis of the information obtained will be performed.

**Key Words:** “Emigrants and Immigrants”, “Cultural diversity”, “Barriers to Access of Health Services”, “Physical Therapy Speciality”, “Women”, “Maghreb”, “Morocco”, “Veil”.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1. Derecho a la salud**

Según la OMS: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social” (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006). Para que se de este derecho, debe incluirse: “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (Organización Mundial de la Salud, 2017). Así pues, según uno de sus principios básicos, cada gobierno es responsable de la salud de su pueblo, por lo que debe adoptar las medidas sociales y sanitarias oportunas (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006).

El derecho a la salud se recoge en distintos artículos de carácter internacional, como el artículo 3 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, en el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en los artículos 28, 43 y 45 de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores inmigrantes y sus familias (Arbeláez Rudas, 2006).

Siguiendo este derecho, una de las características que tienen en común los países desarrollados, en su mayoría, es la posesión de un sistema sanitario de carácter público, que pretende dar servicio y asistencia a toda la población mediante la igualdad en la utilización y en la accesibilidad de dichos servicios. Pero en algunos casos, el acceso y uso de este sistema por algunos grupos de población no es tan fácil, especialmente cuando hablamos de grupos con diferencias culturales. Para los Estados multiculturales, en los que existe un número significativo de personas inmigrantes, supone un gran reto formar a profesionales de la salud debido a que la población requiere cada vez más de una atención sanitaria que cuente con las distintas necesidades, las distintas creencias y con las diversas prácticas que tienen que ver con la salud

(Díe et al, 2009). Para comprobar la capacidad de un país de ofrecer unos servicios sanitarios y conseguir que éstos sean empleados de forma óptima por todos los ciudadanos, necesitamos investigar y analizar el uso de estos servicios en grupos distintos de población. La frecuencia de problemas de salud o barreras a la hora de acceder o hacer uso del sistema sanitario varía en los distintos grupos de población que coexisten en un mismo país (Regidor et al, 2009).

## **2.2. Contexto demográfico**

Desde la segunda mitad de la década de los 90, la población extranjera en España empezó a acrecentarse de forma muy significativa. Entre 1991 y 1996 la población de residentes en España nacidos fuera del país se mantuvo sobre el 2,5% del total de población, en 2001 esta cifra subió al 6% (coincidiendo que, en el año 2000, se dieron diferentes procesos de regularización de población extranjera en España extraordinarios), en el 2005 aumentó hasta el 10% (Instituto Nacional de Estadística, 2019; Regidor et al, 2009) y siguió subiendo hasta el 2011. Si bien es cierto que desde el 2011 la población extranjera empezó a disminuir hasta 2016 –en el contexto de la crisis económica del 2008-, a partir de este año comenzó de nuevo a aumentar hasta el 2018, donde la cifra se estableció en el 13,7% (Instituto Nacional de Estadística, 2019), siendo una cifra de población muy significativa sobre el total.

Si concretamos, a 1 de enero de 2019, la población extranjera en la Comunidad Valenciana es de 701.378 personas, convirtiéndose así en la tercera comunidad con mayor población extranjera, de las cuales 354.053 residen en la provincia de Alicante, 178.903 hombres y 175.150 mujeres. Dentro de este grupo de población, 58.357 personas (33.700 hombres y 24.657 mujeres) son de origen magrebí (población procedente de Argelia, Marruecos, Mauritania y Túnez), lo que supone el 16,5% de la población extranjera residente en la provincia de Alicante (Diputación de Alicante, 2019; Instituto Nacional de Estadística, 2019).

### 2.3. Barreras de acceso y uso

El alcance del derecho a la salud, y por ende la accesibilidad a las prestaciones sanitarias, por parte de la población inmigrante puede estar condicionado por varios elementos, desde las características propias culturales, las condiciones o el cómo se aproximan a la sociedad, la capacidad o posibilidad de obtener información, etc. (Aixelà, 2012; Davies et al, 2009; Díe, 2010).

En la revisión narrativa sobre los retos de la salud en la sociedad multicultural realizada por Belintxon et al en el año 2014, se encontraron 5 tipos de barreras:

- Factores culturales: distintas culturas pueden tener distintos conceptos sobre salud y enfermedad, métodos de sanación en cuanto a cuidados y tratamiento, o estilos de vida. Esto puede hacer que una persona culturalmente distinta encuentre muy diferente en el país de destino la atención sanitaria respecto al país de origen, dificultando la adaptación al nuevo sistema.
- Factores lingüísticos: una de las barreras más importantes cuando la población inmigrante intenta acceder a los servicios sanitarios. El lenguaje va a facilitar o dificultar la comunicación y con ello el acceso en sí a este tipo de servicios.
- Desventajas en el estado socio-económico: cuando el desarrollo económico disminuye debido al desempleo, lo cual ocurre de forma frecuente en la población inmigrante, se superpone la supervivencia a la salud. Si coincide que tanto el nivel socio-económico como el educativo son bajos, la dificultad para proporcionar mayores niveles educativos a los hijos es mayor por falta de recursos, haciendo que sea más difícil salir de estos niveles socio-económicos.
- Alfabetización de la salud: es la capacidad que tienen los individuos para conseguir información, comprenderla y emplearla en la toma de decisiones relacionadas con su salud. De aquí se derivan problemas en el uso de los servicios sanitarios en cuanto al manejo en los mismos, el conocimiento personal a nivel

biológico, la baja percepción del riesgo en distintas enfermedades o el desconocimiento en cuanto a autocuidados y prevención.

- Prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud: aquí encontramos dos factores que dificultan la atención o la calidad de ésta. Por un lado, las generalizaciones hacia grupos culturalmente diversos nacidos de prejuicios previos de cada persona, pudiendo perderla individualización del cuidado. Por el otro la imposición cultural de la propia cultura a este tipo de pacientes obviando la comprensión del comportamiento de los mismos, así como negando su punto de vista en la toma de decisiones.

Encontramos también otro tipo de barreras en este grupo de población, a parte de las anteriormente mencionadas, como el distinto uso del tiempo que se da en los países que forman el Magreb. Allí el tiempo funciona de forma policrónica, siendo esta policronía un sistema en el que se realizan varias cosas a la vez. En las culturas en las que se da el tiempo policrónico la puntualidad y el orden no son tan importantes como en nuestra sociedad, en la que se da el tipo de tiempo monocrónico. El tiempo monocrónico es propio del sistema noreuropeo, que se centra en hacer una cosa tras otra centrándose en cada una de ellas, por lo que la puntualidad en este tipo de sistema es una norma de conducta, pasando el horario a ser un compromiso imperioso (Rodrigo Alsina, 1999).

Revisar la literatura procedente de la antropología médica sobre el Magreb en castellano ha permitido incorporar algunos conceptos e ideas que son relevantes para esta investigación. Así, si definimos los sistemas médicos, o tradiciones médicas, “como aquellos conjuntos de saberes, prácticas, instituciones y agentes que han constituido un modo más o menos coherente de explicar las disfunciones y enfermedades del cuerpo, proponiendo soluciones a ellas”, en el Marruecos contemporáneo existen varios sistemas médicos (Mateo Dieste, 2010). En la práctica, las fronteras entre estos sistemas no siempre están claras. Estos sistemas médicos que han llegado al Marruecos contemporáneo han sido: “la tradición humoral de la medicina árabe clásica; la tradición profética

inspirada en la ortodoxia sunní; los préstamos de la población hebrea o de los africanos descendientes de esclavos; las formas diversas del éxtasis, el sufismo y el culto a los santos, y la ‘recién llegada’, la medicina biomédica, instaurada de modo precario durante el periodo colonial, y erigida en modelo dominante, aunque deficitario” (Mateo Dieste, 2010). De tal forma, que las poblaciones inmigrantes de Marruecos de primera generación traen incorporado, en algunos casos, el contacto con estos sistemas médicos y su uso. Y lo hacen, y de manera no problemática, incluso en situaciones de competencia entre estos diferentes sistemas médicos.

Algunas observaciones en España han señalado que las personas originarias del Magreb, aunque depositan su confianza en el sistema sanitario occidental, suelen usarlo de manera puntual en casos de urgencia, empleando la medicina tradicional o los remedios caseros propios de su cultura o de la transmisión generacional cuando se trata de problemas más puntuales (Díe et al, 2009).

Haciendo referencia a las expresiones de dolor y enfermedad en Marruecos, algunos autores han señalado que los marroquíes vinculan la descripción del dolor o de la aflicción mucho más al cuerpo que los europeos. Esto es, las disfunciones estarían mucho más somatizadas, traducidas o expresadas como dolencias físicas (Mateo Dieste, 2010).

Otras diferencias culturales como la distinta concepción del cuerpo, del uso de la vestimenta para no incitar al deseo, las diferencias de pensamiento respecto a la sexualidad en general (que no suele tratarse de forma pública, especialmente si se da una relación desigual entre interlocutores), o la limitación del contacto físico entre hombre y mujer, hace que en general prefieran que la atención se dé por profesionales sanitarios del mismo sexo, suponiendo otro tipo de barrera en la atención sanitaria a este grupo de población (Aixelà, 2012; Mateo Dieste, 2010).

## **2.4. Justificación del estudio**

Los distintos tipos de barrera mencionados en el apartado anterior -y, a efectos de nuestro estudio, especialmente los culturales-, suponen un obstáculo si, como profesionales sanitarios, buscamos ofrecer la mayor calidad posible del servicio a cualquier persona y un alto nivel de satisfacción de pacientes y profesionales. Especialmente cuando hablamos de fisioterapeutas, cuya práctica profesional –la valoración diagnóstica y las terapias manuales, por ejemplo-, implican una relación más directa y física, podemos suponer la existencia de inconvenientes y dificultades en la atención a personas de origen magrebí, especialmente cuando hablamos de un grupo concreto dentro de este colectivo: las mujeres.

Debido a la escasez de literatura a nivel nacional sobre la calidad en la atención en fisioterapia a colectivos culturalmente diversos, tema en el que profundiza Víctor Soriano en su Trabajo de Fin de Grado (2017), y concretamente, a un grupo que posee un gran número de barreras tanto en el acceso como en el uso de este servicio como son las mujeres magrebíes y que representa una parte importante de la población extranjera residente en Alicante, se plantea la necesidad de realizar un estudio cualitativo que nos dé una perspectiva, tanto por parte de las mujeres magrebíes como de los fisioterapeutas del Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud-Alicante Hospital General, para explorar si existe algún tipo de dificultad en el acceso y en el uso de este servicio.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo general**

Conocer posibles barreras en el acceso al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, en la aplicación del tratamiento y en su adherencia a éste como elementos de la calidad de atención asistencial, en el colectivo de mujeres inmigrantes magrebíes del departamento.

### **3.2. Objetivos específicos**

1. Conocer la percepción de los y las fisioterapeutas sobre las posibles barreras en el acceso al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, en la aplicación del tratamiento y en su adherencia a éste, por parte de este colectivo de mujeres.
2. Conocer la percepción de pacientes mujeres magrebíes sobre las posibles barreras en el acceso al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, en la aplicación del tratamiento y en su adherencia a éste, y si responde a la necesidad percibida de salud por parte de este colectivo de mujeres.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Metodología**

Se trata de un estudio cualitativo de tipo descriptivo. En concreto un estudio de casos (en el que los casos serían las usuarias inmigrantes magrebíes y los profesionales del servicio de fisioterapia) buscando un análisis cualitativo de la información obtenida (Vázquez Navarrete et al, 2006).

### **4.2. Emplazamiento**

Se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante-Hospital General: el Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario de Alicante y el centro de Salud Parc Lo Morant.

### **4.3. Técnica de recogida de información**

Para la técnica de recogida de información, se realizarán entrevistas estructuradas individuales (Díaz Bravo et al, 2013) (Anexo 1 y 2), y se realizará la grabación de la entrevista en formato de audio para la posterior transcripción de los datos, y de esta forma realizar finalmente

un análisis. También se recogerán datos sociodemográficos (Anexo 3 y 4) para contextualizar los resultados de las entrevistas realizadas, organizándolos en dos tipos: usuarias inmigrantes magrebíes y profesionales del Servicio de Fisioterapia (Vázquez Navarrete et al, 2006).

En cuanto al tratamiento de los datos obtenidos, se presentará a los participantes previamente al inicio de la entrevista la metodología de la misma y un modelo de consentimiento informado. Los datos serán tratados conforme al modelo de consentimiento informado y de acuerdo con la ley de protección de datos.

#### **4.4. Unidad de muestreo y diseño muestral**

Los fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario de Alicante y del Centro de Salud Parc lo Morant, y las usuarias de origen magrebí atendidas por el Servicio de Fisioterapia de estos dos centros en los últimos 3 años.

Se pretende realizar un muestreo de tipo teórico, con 2 grupos: al menos 5 fisioterapeutas de ambos centros (de ser posible 10), y al menos 5 usuarias (de ser posible 10).

#### **4.5. Petición de permisos para la realización del estudio. Control ético de la investigación.**

Puesto que, para la realización del estudio, es necesario el acceso a datos personales para poder llevar a cabo el proceso de captación de los participantes, deberemos llevar a cabo un proceso de solicitud de permisos a los organismos pertinentes. En el caso de este estudio se ha efectuado de la siguiente manera:

1.- Se ha solicitado la autorización de la investigación a la Oficina de Investigación Responsable de la UMH. Una vez realizada la solicitud, se le ha asignado un código provisional de admitido a trámite (200213185826), que hemos empleado al rellenar los formularios del siguiente apartado.

2.- Hemos solicitado la evaluación y autorización ética al Comité Ético de Investigación (CEI) de referencia del departamento de salud donde se realizará el estudio. En nuestro caso al

CEI del Hospital General Universitario de Alicante, ya que el estudio se realiza en su área de influencia, a través del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), en la modalidad de Proyecto externo. Para ello se han cumplimentado y enviado los siguientes documentos: memoria científica, hoja de información al paciente/participante (Anexo 5), consentimiento informado (Anexo 6), el CV de los investigadores y la solicitud de visto bueno de los servicios sanitarios implicados y centros de salud.

3.- Finalmente, cuando recibamos la autorización del CEI del Hospital General Universitario de Alicante se remitirá la autorización ética que nos proporcione a la Oficina de Investigación Responsable de la UMH.

4.- Hay que señalar la dificultad que ha supuesto esta fase de la investigación por los problemas de coordinación entre la Oficina de Investigación Responsable de la UMH e ISABIAL ante la relativa novedad de la necesidad de los procesos de autorización ética para la realización de TFGs que incluyeran investigación con pacientes.

#### **4.6. Análisis de los datos**

Se escucharán y transcribirán las grabaciones. Una vez transcritos, se leerán y clasificarán los contenidos en categorías relativas a las preguntas de las entrevistas y a los datos sociodemográficos de la siguiente manera (Berengüera et al, 2014; Vázquez Navarrete et al, 2006):

1.- Se asignará un código a cada participante: F1, F2, F3, F4, F5 para los fisioterapeutas, y U1, U2, U3, U4, U5 para las usuarias.

2.- Se realizará una descripción de las variables sociodemográficas de la muestra.

3.- Se clasificarán las respuestas a cada pregunta. En cada una de las preguntas tendremos en cuenta distintos aspectos de cara a la obtención de resultados y conclusiones.

4.- En cuanto al grupo de datos de usuarias, se clasificarán las respuestas de la siguiente manera:

Pregunta a: “Me gustaría saber cómo han sido las sesiones de fisioterapia, si has tenido algún problema o inconveniente con el/la fisioterapeuta”: Tendremos en cuenta la cantidad de respuestas afirmativas y la cantidad de respuestas negativas. En los casos afirmativos, se anotarán cuáles han sido estos problemas o inconvenientes.

Pregunta b: “Querría que me contaras cómo es la comunicación con el/la fisioterapeuta, si es como te gustaría o si piensas que podría mejorarse de alguna forma”: Clasificaremos las respuestas en comunicación deseada / no deseada, contabilizando el número de cada tipo. Por otro lado, anotaremos las propuestas de mejora identificando si se repite alguna propuesta.

Pregunta c: “¿Cómo piensas que te sentirías más cómoda a la hora de acudir al Servicio de Fisioterapia, si fueses atendida por un hombre, por una mujer, o te sería indiferente?”: Clasificaremos las respuestas en 3 grupos (hombre, mujer, indiferente) y contabilizaremos el número de respuestas en cada grupo.

Pregunta d: “¿Has sentido que te traten diferente o mal por el hecho de ser extranjera? ¿Por qué crees que puede haber sido así?”: Agruparemos las respuestas en casos afirmativos y negativos, contabilizando el número. Anotaremos en los casos afirmativos cuáles son los motivos valorados y comprobaremos si se repite alguna respuesta.

Pregunta e: “¿Ha habido alguna situación en la que hayas sentido que el/la fisioterapeuta no tuviera en consideración tu cultura? ¿Alguna situación en la que sí?”: Dividiremos las respuestas en afirmativas y negativas y contabilizaremos el número de cada una. Anotaremos en caso afirmativo cuáles han sido las

situaciones y comprobaremos si se repite alguna. Procederemos de igual manera respecto a la segunda parte de la pregunta.

Pregunta f: “¿Qué piensas que se podría hacer para mejorar ese conocimiento sobre tu cultura y mejorar así la calidad de la asistencia?”: Separaremos las respuestas y comprobaremos si se repite alguna, viendo cuáles tienen más incidencia.

Pregunta g: “¿En general te sientes satisfecha con el trato y la atención dados por el Servicio de Fisioterapia?”: Clasificaremos las respuestas en afirmativas y negativas y contabilizaremos el número en cada grupo.

Pregunta h: “¿En algún momento has decidido abandonar el tratamiento antes de su finalización? ¿Por qué motivo?”: Agruparemos las respuestas en casos afirmativos y negativos, contabilizando en número en cada grupo. Registraremos los motivos de los casos afirmativos y comprobaremos si se repite alguna respuesta.

Pregunta i: “¿Se ha dado la situación en la que decidieras no iniciar un tratamiento de fisioterapia que te hubieran prescrito? ¿Por qué motivo?”: Procederemos de igual manera que en la pregunta anterior.

Pregunta j: “¿Cómo piensas que podría mejorarse de forma general el Servicio de Fisioterapia para poder atenderte y ayudarte de mejor manera?”: Registraremos las respuestas y comprobaremos si se repite alguna.

5.- Respecto al grupo de datos de fisioterapeutas procederíamos a la clasificación de esta forma:

En cuanto a las 5 primeras preguntas:

a: “¿Piensas que las mujeres magrebíes tienen o pueden tener dificultades de acceso al servicio de fisioterapia? ¿Por qué motivo?”.

b: “¿Crees que el idioma puede ser una barrera en la comunicación con este colectivo? (Por ejemplo, al entrevistar o a la hora de realizar una valoración o tratamiento) ¿Has tenido alguna experiencia relacionada con esta?”.

c: “¿Consideras que las diferencias culturales, como la consideración que se tiene del cuerpo de la mujer en su cultura, pueden suponer una barrera a la hora de llevar a cabo un tratamiento fisioterapéutico? ¿Se te ocurre alguna otra diferencia que pueda afectar?”.

d: “¿Has tenido algún problema o inconveniente a la hora de la consulta o tratamiento con este colectivo? En caso afirmativo, ¿cómo fue?”.

e: “¿Crees que debería de adaptarse la atención en el Servicio de Fisioterapia a estas pacientes, para facilitar la atención y el tratamiento y mejorar así la calidad asistencial? En caso afirmativo, ¿de qué manera?”)

Realizaremos la clasificación de la misma forma: Dividiremos las respuestas a cada pregunta en respuestas afirmativas y negativas, contabilizando el número en cada subgrupo. Por otro lado, registraremos las respuestas a la segunda parte de cada pregunta, comprobando si se repite alguna respuesta y contabilizando en caso de que se de esta repetición.

Pregunta f: “¿Piensas que el personal del área de fisioterapia tiene los recursos necesarios (de conocimiento, recursos humanos...) para poder llevar a cabo una buena atención a este colectivo? En caso negativo, ¿cómo piensas que podría

mejorarse el servicio para mejorar la calidad asistencial hacia este colectivo?": De manera similar a los casos anteriores, dividiríamos en dos grupos: respuestas afirmativas y negativas, contabilizando en número en cada grupo. En este caso, registraríamos en las negativas también las respuestas a la segunda parte de la pregunta, identificando si se da alguna repetición.

Pregunta g: "¿Consideras que el poder disponer en la sanidad pública, concretamente en el servicio de fisioterapia, de personas especializadas en la atención a este colectivo (o a distintos colectivos) podría suponer una mejora en cuanto a la calidad del servicio y en cuanto a la adherencia al tratamiento de estas personas?": Igual que en los casos anteriores, separaremos las respuestas en afirmativas y negativas, contabilizando en número en cada grupo.

6. Tras este análisis inicial cuantitativo que nos orientará en cuanto a la existencia de patrones de respuesta, se realizará un análisis cualitativo de las categorías existentes en las preguntas: barreras en el acceso, problemas de comunicación (idioma, cultura), dificultades para el tratamiento, adherencia al tratamiento, satisfacción con la atención y propuestas de mejora en la calidad de atención (Berenguera et al, 2014; Vázquez Navarrete et al, 2006).

#### **4.7. Limitaciones del estudio**

Encontramos principalmente tres limitaciones que pueden afectar al estudio: primero, la falta de experiencia del investigador principal en investigación cualitativa; esta limitación se procurará subsanar mediante la realización de formación en metodología cualitativa en Ciencias de la Salud. Segundo, el escaso número de participantes, lo que posibilita únicamente un estudio exploratorio inicial y limita sus conclusiones y finalmente la duración de la situación actual de Estado de Alarma a causa de la pandemia del virus COVID-19.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Aixelà Y. La presentación social del cuerpo marroquí en contextos migratorios. Entre la afirmación identitaria y el rechazo islamófobo. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. 2012 enero-junio; (1):19-48.
2. Arbeláez Rudas M. Inmigración y salud: la protección de la salud frente a la diversidad cultural. *Revista de Bioética y Derecho*. 2006 junio; (7): 1-9.
3. Belintxón M, López-Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014; 37(3): 401-409.
4. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
5. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre 2006.
6. Datos poblacionales de la Diputación de Alicante. 2019. Disponibles en:  
<http://documentacion.diputacionalicante.es/4hogares.asp?codigo=03014>
7. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. International Organization for Migration (IOM), 2009.
8. Díaz-Bravo, Laura. Torruco-García, Uri. Martínez-Hernández, Mildred. Varela-Ruíz, Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista Investigación en Educación Médica*. 2013 mayo; 2(7): 162-167.
9. Díe Olmos, Luis. Informe Anual sobre Migraciones e Integración CeiMigra 2008. Migraciones y Desarrollo. Abril 2009: 305-314.
10. Díe Olmos, Luis. Buades, Josep. Melero, Luisa. Sandoval, Sara. Sepulveda, Ignacio. Moura, Giovanna; et al. Informe Anual sobre Migraciones e Integración CeiMigra 2009: Migraciones y crisis económica internacional. Noviembre 2010: 209-211.

11. Fougner M, Horntvedt T. Perceptions of Norwegian physiotherapy students: Cultural diversity in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2012; 28(1): 18–25.
12. Gijón Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa. Jiménez Rodrigo, M<sup>a</sup> Luisa. Martínez Morante, Emilia. Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La “inmigración” en la literatura biomédica en España. *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*, 2006: 109-114.
13. Govere L, Govere EM. How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016; 0: 1–9.
14. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. España, 2019.
15. Mateo Dieste, Josep Lluís. Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación. Barcelona, Bellaterra, 2010.
16. Ramos Roure, Francesc. Estudio de las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales enfermeras. Trabajo Fin de Máster, Universidad Miguel Hernández de Elche. 2017.
17. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Jm. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23(Supl 1):4-11.
18. Rodrigo Alsina, Miquel. La comunicación intercultural. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial, 1999.
19. Salud y derechos humanos. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
20. Soriano Martínez, Víctor. Fisioterapia y atención a la diversidad cultural. Trabajo de Fin de Grado en Fisioterapia, Universidad Miguel Hernández de Elche. 2017.
21. Vázquez Navarrete, M.L., Ferreira da Silva, M.R., Mogollón Pérez, A.S., Fernández de Sanmamed Santos, M.J., Delgado Gallego, M.E., Vargas Lorenzo, I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de publicacions. Bellaterra, 2006.

## **ANEXOS**

### **Anexo I: GUIÓN DE LA ENTREVISTA PARA LAS USUARIAS**

#### **1. Presentación.**

#### **2. Lectura y firma del consentimiento informado.**

#### **3. Entrevista:**

- a. Me gustaría saber cómo han sido las sesiones de fisioterapia, si has tenido algún problema o inconveniente con el/la fisioterapeuta.
- b. Querría que me contaras cómo es la comunicación con el/la fisioterapeuta, si es como te gustaría o si piensas que podría mejorarse de alguna forma.
- c. ¿Cómo piensas que te sentirías más cómoda a la hora de acudir al servicio de fisioterapia, si fueses atendida por un hombre, por una mujer, o te sería indiferente?
- d. ¿Has sentido que te traten diferente o mal por el hecho de ser extranjera? ¿Por qué crees que puede haber sido así?
- e. ¿Ha habido alguna situación en la que hayas sentido que el/la fisioterapeuta no tuviera en consideración tu cultura? ¿Alguna situación en la que sí?
- f. ¿Qué piensas que se podría hacer para mejorar ese conocimiento sobre tu cultura y mejorar así la calidad de la asistencia?
- g. ¿En general te sientes satisfecha con el trato y la atención dados por el servicio de fisioterapia?
- h. ¿En algún momento has decidido abandonar el tratamiento antes de su finalización? ¿Por qué motivo?
- i. ¿Se ha dado la situación en la que decidieras no iniciar un tratamiento de fisioterapia que te hubieran prescrito? ¿Por qué motivo?
- j. ¿Cómo piensas que podría mejorarse de forma general el servicio de fisioterapia para poder atenderte y ayudarte de mejor manera?

#### **4. Dudas y preguntas.**

#### **5. Fin de la entrevista y agradecimiento.**

## **Anexo II: GUIÓN DE LA ENTREVISTA PARA LOS FISIOTERAPEUTAS**

### **1. Presentación.**

### **2. Lectura y firma del consentimiento informado.**

### **3. Entrevista:**

- a. ¿Piensas que las mujeres magrebíes tienen o pueden tener dificultades de acceso al servicio de fisioterapia? ¿Por qué motivo?
- b. ¿Crees que el idioma puede ser una barrera en la comunicación con este colectivo? (Por ejemplo, al entrevistar o a la hora de realizar una valoración o tratamiento) ¿Has tenido alguna experiencia relacionada con esta barrera?
- c. ¿Consideras que las diferencias culturales, como la consideración que se tiene del cuerpo de la mujer en su cultura, pueden suponer una barrera a la hora de llevar a cabo un tratamiento fisioterapéutico? ¿Se te ocurre alguna otra diferencia que pueda afectar?
- d. ¿Has tenido algún problema o inconveniente a la hora de la consulta o tratamiento con este colectivo? En caso afirmativo, ¿cómo fue?
- e. ¿Crees que debería adaptarse la atención en el Servicio de Fisioterapia a estas pacientes, para facilitar la atención y el tratamiento y mejorar así la calidad asistencial? En caso afirmativo, ¿de qué manera?
- f. ¿Piensas que el personal del área de fisioterapia tiene los recursos necesarios (de conocimiento, recursos humanos...) para poder llevar a cabo una buena atención a este colectivo? En caso negativo, ¿cómo piensas que podría mejorarse el servicio para mejorar la calidad asistencial hacia este colectivo?
- g. ¿Consideras que el poder disponer en la sanidad pública, concretamente en el servicio de fisioterapia, de personas especializadas en la atención a este colectivo (o a distintos colectivos) podría suponer una mejora en cuanto a la calidad del servicio y en cuanto a la adherencia al tratamiento de estas personas?

### **4. Dudas y preguntas.**

### **5. Fin de la entrevista y agradecimiento.**





## Anexo V: HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE



### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Número admitido a trámite (UMH):	200213185826
Número Expediente:	
Título del proyecto:	BARRERAS CULTURALES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA
Investigador principal:	SAMUEL QUEVEDO CARRERO
Servicio:	DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA
Centro:	UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General y por el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y cuidados médicos.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General Universitario de Alicante.

#### ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

Existen estudios que muestran distintos tipos de barreras culturales que pueden dificultar a las personas que acuden a los servicios sanitarios recibir la mejor atención posible. Como no existe mucha literatura científica sobre ello, en este estudio pretendemos aumentar el conocimiento al



Fundación ISABIAL. Planta 5ª. Centro de Diagnóstico. Hospital General Universitario de Alicante. Avda. Pintor Baeza, 12. 03010, Alicante.  
CIF: G42641308

respecto con el fin de mejorar el grado de satisfacción de las personas que acuden al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante.

#### **¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?**

El objetivo es conocer la percepción de fisioterapeutas y pacientes sobre las posibles barreras en el acceso al Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante. También en la aplicación del tratamiento y en su adherencia a éste. Finalmente buscamos conocer si el servicio responde a las necesidades de salud de las usuarias.

#### **¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?**

Se trata de un estudio cualitativo. Para llevarlo a cabo se le va a realizar una entrevista, por lo que, si aceptase participar, tendría que responder a una serie de preguntas para conocer su punto de vista y experiencias sobre esas cuestiones. Para poder recoger los datos de forma adecuada, la entrevista será grabada en audio.

#### **¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

No obtendrá ningún beneficio directo con su participación. Sin embargo, la información que nos facilite puede ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día sobre estas cuestiones y esto puede repercutir en un futuro en la mejora de los servicios sanitarios en cuanto a la diversidad cultural.

#### **¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?**

No existe ningún tipo de riesgo.

#### **¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?**

Junto a la entrevista, se le dará un cuestionario para que lo cumplimente con los siguientes datos: edad, nacionalidad, años de estancia en España, motivo por el que fue tratada, religión, nivel de estudios o formación, estado civil, situación laboral, número de hijos, años de residencia en Europa, grado de dominio del español y años trabajando en el servicio público (si es usted fisioterapeuta del Servicio de Fisioterapia del Departamento de Salud de Alicante).

#### **¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?**

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)

El acceso a su información personal quedará restringido a los investigadores del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y los órganos de asesoramiento del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), 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. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

Además de estos derechos, y de acuerdo al RGPD, usted también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir, si fuera el caso, con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Tanto el Centro como el Promotor son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

Si realizáramos transferencia de sus datos codificados fuera de la UE a las entidades de

nuestro grupo, a prestadores de servicios o a investigadores científicos que colaboren con nosotros, los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos por las autoridades de protección de datos.

**¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?**

Si Ud. precisa más información sobre el estudio puede contactar con Samuel, en el correo electrónico: [samuel.quevedo@goumh.umh.es](mailto:samuel.quevedo@goumh.umh.es)



ISABIAL

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

De la investigación a la calidad asistencial



|  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Número admitido a trámite (UMH)	200213185826
Número Expediente:	
Título del proyecto:	BARRERAS CULTURALES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FISIOTERAPIA
Investigador principal:	SAMUEL QUEVEDO CARRERO

Yo.....  
(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión. Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy  No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

<b>FIRMA DEL PARTICIPANTE:</b>	<b>FIRMA DEL INVESTIGADOR:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>NOMBRE:</b>



<b>FECHA:</b>	<b>FECHA:</b>
---------------	---------------

**REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "\_\_\_\_\_".

<b>FIRMA DEL PARTICIPANTE:</b>	<b>FIRMA DEL INVESTIGADOR:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>FECHA:</b>	<b>FECHA:</b>

