



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: Estudio de las competencias transculturales
enfermeras a partir de las experiencias de usuarios
inmigrantes y profesionales enfermeras**

Alumno: Ramos Roure, Francesc

Tutor: Isla Pera, Maria Pilar

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2016 - 2017

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Investigador principal: Francesc Ramos Roure
Lugar de trabajo: CAP Barceloneta
Localidad: Barcelona
Código Postal: 08003
Teléfono: 93 221 37 83 **Móvil:** 627 643 800
Email: rourenet@gmail.com

Título del Trabajo de Investigación:

Estudio de las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales enfermeras.

PREGUNTA

¿Existen diferencias entre las vivencias, percepciones y expectativas del usuario inmigrante y la enfermera sobre las competencias transculturales en la prestación de cuidados enfermeros en APS?

SPIDER:

S (muestra): enfermeras y usuarios inmigrantes de APS.

PI (fenómeno de interés): Conocimientos, creencias, experiencias y prácticas en relación con las competencias transculturales enfermeras.

D (diseño): estudio cualitativo de casos.

E (evaluación): Análisis de contenido temático.

R (resultado): Temas emergentes que surgen de los grupos focales y de las entrevistas semiestructuradas.



Fdo. _____

RESUMEN

Introducción: La población inmigrante está expuesta a peores condiciones socioeconómicas y presenta mayor riesgo de problemas de salud y marginalidad. Esto obliga a planificar una atención que incluya diferentes culturas, creencias y valores. Las competencias culturales están muy valoradas entre los proveedores de salud, pero la investigación se centra en aspectos más cuantitativos y un abordaje más profesional. Debemos incluir a los actores, los usuarios inmigrantes y las profesionales de enfermería, en la organización del sistema sanitario para así recoger la variedad de perspectivas, experiencias y expectativas y llegar a alcanzar los estándares de calidad de los cuidados enfermeros.

Objetivos: Conocer la visión del usuario inmigrante y la enfermera sobre la prestación de cuidados transculturales, si responde a las necesidades de salud y si es culturalmente sensible.

Método: Estudio cualitativo de casos, basado en grupos focales y entrevistas semiestructuradas en profundidad a usuarios inmigrantes y profesionales de enfermería. Análisis del contenido partiendo de la codificación abierta, para posteriormente realizar la codificación axial.

Resultados esperados: A partir de los temas emergentes que surjan de los datos recogidos, se espera identificar similitudes y diferencias en la percepción de competencias culturales, carencias en la prestación de cuidados transculturales enfermeros y puntos de mejora, y detectar si existen actitudes sesgadas o discriminatorias por parte de los profesionales. Esta información ayudaría a definir las competencias culturales enfermeras para mejorar el perfil competencial profesional, avanzar hacia una óptima atención transcultural y mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

Palabras clave: competencias culturales, enfermería, transcultural, inmigrante, atención primaria, cuidados de salud.

INDICE

1. Justificación	6
1.1 Introducción	6
1.2 Antecedentes y estado actual del tema	7
1.3 Modelo teórico	11
2. Objetivos de la investigación	13
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	14
4. Diseño y métodos	14
4.1 Tipo de diseño	14
4.2 Población de estudio	15
4.2.1. Descripción de la muestra	15
4.2.2. Criterios de inclusión	15
4.2.3. Criterios de exclusión	16
4.2.4. Método de muestreo	16
4.2.5. Cálculo de la muestra	16
4.2.6. Procedencia de los sujetos	16
4.3 Método de recogida de datos:	17
4.3.1 Grupos focales	17
4.3.2 Las entrevistas individuales en profundidad	19
4.3.3 Validación del guión	20
4.4 Variables	21
4.5 Descripción de la intervención si la hubiera	21
4.6 Descripción del seguimiento si lo hubiera	21
4.7 Estrategias de análisis de los datos	21
4.8 Estrategia de búsqueda	22
5. Calendario previsto para el estudio	23
6. Limitaciones y posibles sesgos	23
7. Problemas éticos	24
7.1 Modelo de consentimiento informado	24
7.2 Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales	24
7.3 Ley de protección de datos	25
7.4 Beneficios potenciales	26
8. Plan de ejecución	26
9. Organización del estudio	27
9.1 Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad	27
9.2 Instalaciones, instrumentación si fuera necesario	27
10. Presupuesto	27
11. Bibliografía	28
12. Anexos	31
Anexo 1: Guión de la entrevista del GF de personas inmigrantes	31
Anexo 2: Método Delphi	32
Anexo 3: Hojas de recogida de datos socioeconómicos	33
Anexo 4: Modelos de consentimiento informado para participantes	35

1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1 Introducción

El estudio de las competencias está cada vez más valorado entre las organizaciones para hallar soluciones a los problemas de gestión y motivación de los profesionales en los nuevos entornos de trabajo y para alcanzar con eficacia los niveles de excelencia exigidos en la práctica enfermera y en su relación con la diversidad de la sociedad contemporánea.

Tendemos a abordar el tema de las competencias culturales enfermeras desde la vertiente más profesional y organizativa, algo etnocentrista, detectando barreras en la comunicación, percepción de la salud o la enfermedad o creencias religiosas. Contrastar lo teorizado con las experiencias y expectativas de los actores que participan en las consultas de Atención Primaria de Salud (APS) de nuestro entorno puede ayudar a enriquecer la profesión. Para ello, hay que analizar la visión de la profesional enfermera implicada en el proceso de cuidados enfermeros y contrastarla con la del propio usuario inmigrante, para llegar a identificar qué características debería tener una enfermera, no solo desde el propio sistema sino desde una óptica externa al sistema sanitario. Por ello, a la hora de analizar las competencias transculturales de la enfermera de atención primaria (AP), se plantea la pregunta: ¿Existen diferencias entre las vivencias, percepciones y expectativas del usuario inmigrante y la enfermera sobre las competencias transculturales en la prestación de cuidados enfermeros en APS?

Encontramos en la literatura científica múltiples modelos de cuidados transculturales, listados de habilidades enfermeras, pruebas de evaluación y programas educativos tanto para estudiantes de grado como para profesionales. Pocas investigaciones han incluido la participación del propio paciente, es decir, dejar espacio para que exprese qué espera de la atención enfermera cuando acude al centro de atención primaria (CAP) para resolver sus necesidades de salud y contrastarlo con las experiencias de las profesionales.

Bajo este paradigma se pretende investigar cuáles son las competencias que deberían alcanzar las enfermeras en nuestro entorno de trabajo para así proveer

cuidados culturalmente competentes tanto a individuos como a familias y comunidades.

1.2 Antecedentes y estado actual del tema

El estado español ha sido tradicionalmente tierra de emigrantes, con 3 grandes oleadas en el siglo XX: la emigración hacia América Latina durante las primeras décadas; la de posguerra, como consecuencia de la Guerra Civil Española; y la europea, durante los años cincuenta y sesenta. Desde finales de los años 80 y, especialmente durante los años 90, el desembarco de personas procedentes de países africanos en las costas españolas fue en aumento, con el objetivo de llegar a países desarrollados de la Unión Europea buscando un mejor futuro. La mejoría económica y laboral del estado español permitió el aumento del flujo inmigratorio. Con el nuevo milenio, el perfil de los recién llegados fue cambiando y haciéndose más heterogéneo (Conejero Paz, 2012). Hasta la segunda mitad del siglo XX no se concibió un abordaje transcultural enfermero. Con la oleada migratoria de los años 90 los modelos transculturales enfermeros ganaron importancia, pero es en el siglo XXI cuando se han convertido en un instrumento de trabajo (Leininger, 2002).

En el glosario sobre migración de la Organización Internacional para las Migraciones (2011), el término migración se define como el *"movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos"*. Y define inmigrante como *"la persona no nacional que ingresa a un país con el fin de establecerse en él"*.

La búsqueda de un mejor futuro económico, los conflictos armados, como la situación de crisis en Oriente Medio, los desastres naturales o la violencia generalizada están presionando a la población a emigrar, muchos de ellos buscando refugio en Europa. Según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), durante el año 2015, 1.046.599 personas llegaron a la Unión Europea, de las cuales, más de un millón lo hicieron por mar. Perecieron 3.770 personas en el intento de alcanzar Europa. Las nuevas políticas sobre

inmigración de la Unión Europea, el incremento de vigilancia en las costas de Grecia y las nuevas medidas legislativas de algunos países de la Unión han provocado una tendencia a la baja: en el primer semestre de 2016, llegaron a Europa 259.886 personas procedentes del exterior de la Unión (IOM, 2016).

Respecto al estado español, la población se situó en 46.423.064 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y a fecha de 1 de julio de 2015. El número de extranjeros bajó un 0,6% respecto al registro anterior hasta situarse en 4.426.811. Durante el primer semestre de 2015, España registró un saldo migratorio negativo de 7.385 personas, continuando así el descenso poblacional iniciado en 2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

En lo que concierne a Catalunya, la población extranjera se sitúa ahora en 1.028.069 personas, un 13,69% del total, aunque el flujo neto continúa siendo negativo desde el año del inicio de la crisis económica en España. Mataró, capital de la comarca del Maresme y lugar donde se realizará el estudio, tiene una población de 124.867 habitantes, de los cuales el 15,22% es de origen extranjero. La tendencia negativa es igual que en el resto de Cataluña (Idescat, 2016).

La población inmigrante está expuesta a peores condiciones socioeconómicas y laborales y por ello presenta mayores problemas de salud mental y peor percepción de su salud, particularmente desde el inicio de la crisis económica (Vázquez, Vargas, & Aller, 2013). La adquisición de hábitos poco saludables, el estrés, la ansiedad, la depresión y la somatización son consecuencia de la diferencia entre sus expectativas y las condiciones del país de acogida (aislamiento social, discriminación, cambio de cultura, separación de la familia, escasos ingresos económicos, etc.). Además, la barrera idiomática acentúa las dificultades de comunicación en la consulta, provocando frustración tanto en el paciente como el profesional que lo atiende (Torán-Monserrat et al., 2013). El estrés profesional afecta el rendimiento y el grado de sensibilidad cultural ante el paciente inmigrante. Comparándolo con el mismo segmento de población autóctona, existe también una peor percepción del estado de salud entre las mujeres inmigrantes, efecto de la discriminación relacionada con el género y la

inmigración (Rodríguez Álvarez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín, & Lanborena Elordui, 2014). La peor salud de estos colectivos es el resultado de su limitado poder político, económico y social, menores oportunidades y recursos relacionados con la salud. La respuesta de las instituciones ante esta situación ha sido cada vez más restrictiva y el estado de salud tiende a empeorar a mayor tiempo de residencia, hecho que se manifiesta en indicadores como la obesidad o la menor calidad de vida (Malmusi & Ortiz-Barreda, 2014).

Las personas inmigrantes tienen la percepción de que la comunicación con los sanitarios es pobre y los profesionales de enfermería detectan barreras como el idioma, el concepto de salud o enfermedad o la religión, entre otros. Para los pacientes, la preocupación, la cortesía y el respeto en la relación asistencial son los factores más valorados, así como la comunicación no verbal, las muestras de empatía y el establecimiento de una buena relación, los cuales pueden llegar a ser más importantes que la información sanitaria específica que les puedan dar (Ngo-Metzger et al., 2006). Además, aquellos pacientes que participan en la toma de decisiones sobre su salud les proporciona niveles de comunicación de mejor calidad con sus profesionales y reciben más información e interaccionan más positivamente que los que no lo hacen. Los participantes activos en su propio proceso de curación tienen mejores resultados en salud, observando, por ejemplo, niveles más bajos de presión arterial o de glucemia. La falta de respeto y confianza mutua entre paciente y profesional limita la habilidad del clínico para el cuidado y la disposición de los pacientes para seguir su asesoramiento. Esto conlleva una disminución de la calidad asistencial e incrementa la morbilidad y la mortalidad (Ngo-Metzger et al., 2006).

Encontramos en la literatura numerosas y variadas herramientas de evaluación cultural, marcos y mnemotécnicos que pueden ayudar a las enfermeras en la realización de una evaluación cultural. Considérense como ejemplo Berlin y Fowkes (1982); Carillo, Green y Betancourt (1999); Dobbie, Medrano, Tysinger y Olney (2003); Fong (1985); Kagawa-Singer y Kassim-Lakha (2003); Levin, Like y Gottlieb (2000); Like (2004); y Stuart y Lieberman (1993). Campinha-Bacote aconseja el uso de estos instrumentos estructurados para ofrecer un enfoque centrado en la atención del paciente (Campinha-Bacote, 2011).

Sin embargo, hay poca investigación sobre la universalidad del cuidado transcultural o las experiencias y la visión de las competencias transculturales enfermeras desde la óptica del paciente inmigrante o comparando ambos grupos (Wikberg, Eriksson, & Bondas, 2012). La mayoría de trabajos son cuantitativos y se centran en analizar aspectos más profesionales y organizativos como la conflictividad en la relación profesional (del Pino & del Pino, 2012), como accede el colectivo inmigrante al sistema de salud y el uso por parte de este (Llop-Gironés et al., 2014), aunque existen algunas publicaciones con enfoques más cualitativos como la elevada confianza depositada en los profesionales (Alpers, 2016) o la buena calidad de la relación terapéutica (Paternotte, van Dulmen, van der Lee, Scherpbier, & Scheele, 2015). La falta de entendimiento acontece cuando los profesionales creen que la visión biomédica es la correcta y no tienen en cuenta la perspectiva del paciente (del Pino & del Pino, 2012). En el momento en que profesional y paciente entienden el sistema de creencias del otro, se puede negociar y dejar participar en la toma de decisiones.

Lustig Y Koester (2010) señalan que el etnocentrismo produce reacciones emocionales que reducen la disposición a entender los mensajes culturales. Los antropólogos afirman que esto puede modificarse a través de la pedagogía de la diversidad cultural, compartiendo experiencias para aumentar la tolerancia y alcanzar el relativismo cultural (lo opuesto al etnocentrismo), es decir, poder ponernos en la piel del otro para entender su propia perspectiva (citado en Cargile & Bolkan, 2013).

Al tratar temas culturales aparece la creencia de que las únicas pautas de comportamiento válidas son las de la cultura propia y que el resto quedan en un nivel inferior. Es lo que se conoce como etnocentrismo (Purnell, 2012; Cargile & Bolkan, 2013), aunque también se consideran importantes aspectos como la actitud y la ideología. Y si hablamos de migraciones, culturas y orígenes diversos, aparecen conceptos más físicos como los rasgos raciales, que son también muy diferentes. Según Purnell(2012), el término raza tiene dos acepciones: una puramente biológica y otra social. Los seres humanos compartimos el 99.9% de los genes, pero hay pequeñas diferencias físicas que se acentúan cuando lo consideramos desde la vertiente social, pudiendo

desembocar en prejuicios e incluso actitudes racistas. Aunque la mayoría de estudios son de origen anglosajón, en una revisión bibliográfica de Paradies et al. (2014) se hallan evidencias de racismo en la atención sanitaria: dos tercios de los estudios incluidos aportaban pruebas de racismo entre los proveedores de salud, que incluyen creencias, emociones, sentimientos, comportamientos y actitudes, estereotipos, distanciamiento social, tratamiento inadecuado, preferencias raciales y trato distintivo entre estas.

1.3 Modelo teórico

Según Jack Eller (2016), existen definiciones de cultura muy diversas, acorde con la perspectiva de la persona o corriente que la define. El primer referente es el antropólogo E.B. Tylor, quien en 1871 elaboró la siguiente definición: *"La cultura o la civilización, en su amplio sentido etnográfico, es ese complejo conjunto que incluye el conocimiento, las creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres y cualesquier otra aptitud y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad"*.

El término ha ido progresando y dejando atrás matices colonialistas, sustituyendo las palabras pueblo y tribu por grupo étnico y etnicidad. La cultura no es transmitida biológicamente, es un proceso de aprendizaje enmarcado en la sociedad donde uno vive, el llamado proceso de enculturización: se asumirá como propio el comportamiento heredado del grupo y será transmitido a las generaciones posteriores, después de modificarlo y reconfigurarlo (Lerma Martínez, 2006).

Estos conceptos los recogió Madeleine Leininger, enfermera pionera en la introducción del concepto de cultura en los cuidados, para definir la cultura como "aquellas creencias, valores y modos de vida de un grupo particular, que son aprendidas, compartidas y transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción". Entrelaza el concepto de cultura y de cuidados de enfermería para crear un concepto más amplio y novedoso conocido como enfermería transcultural, enunciado en su "Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados". Los conceptos, patrones, significados, expresiones y procesos varían entre culturas y muestran diferencias pero

también similitudes y los cuidados basados en la cultura son la base para el bienestar, la mejor forma de interpretar, explicar y predecir de forma holística y particularista, y son necesarios para cuidar y curar (Leininger, 2002). El concepto transcultural hace referencia a la superación de barreras y la búsqueda de conceptos universales para todas las culturas, como por ejemplo la salud, el nacimiento o los cuidados (Douglas et al., 2014).

Campinha-Bacote (2011) define la competencia cultural como el proceso continuo en el cual el profesional de la salud se esfuerza por adquirir las habilidades, las capacidades y la disponibilidad para trabajar de forma efectiva en contexto cultural del paciente (individuo, familia y comunidad). Su concepto más importante es el de continuidad del proceso: trabajando con culturas diversas, los profesionales están en constante aprendizaje, crecimiento personal y profesional, y deben comprometerse con el proceso de competencia cultural. Su modelo llamado "Proceso de competencias culturales en la provisión de cuidados de salud" incluye a todos los proveedores de salud y se basa en cinco constructos interdependientes que van dirigidos a alcanzar la competencia cultural:

1. La **conciencia cultural** es el proceso de autoanálisis y exploración de la propia historia personal y profesional para reconocer los propios prejuicios y sesgos respecto a otras culturas para no caer en el etnocentrismo y la imposición cultural (Campinha-Bacote, 2011).
2. El **conocimiento cultural** tiene como objetivo obtener una base educativa sólida sobre diversidad cultural e integrar esas creencias y valores culturales relacionados con la salud en los cuidados enfermeros (Campinha-Bacote, 2011).
3. Desarrollar **habilidades y destrezas culturales** para explorar, recoger, valorar y evaluar datos culturalmente relevantes en relación con la historia de salud del paciente y con la presentación del problema. Con la evaluación cultural se obtiene información para formular y consensuar un plan de cuidados culturalmente pertinente, centrado en el paciente y que lo involucre (Campinha-Bacote, 2011).
4. Los **encuentros interculturales** son el proceso de interacción transcultural directa con personas y grupos culturales diversos para refinar o modificar las

propias creencias, valores y convicciones sobre una comunidad y evitar estereotipos (Campinha-Bacote, 2011).

5. El **anhelo cultural** hace referencia a la motivación del profesional para "querer" comprometerse en un proceso de competencia cultural para ofrecer cuidados responsables y competentes culturalmente. Ser abierto y flexible, aceptar las diferencias, construir sobre las similitudes y desear aprender de los otros. Es lo que se llama "humildad cultural": conocer las motivaciones, valores, pensamientos, vivencias, sentimientos y modelos explicativos de la enfermedad (Campinha-Bacote,2011).

De acuerdo con el modelo de Campinha-Bacote, el de Betancourt (2006) y otros similares, la competencia cultural es un proceso permanente en el que el proveedor de atención sanitaria debe esforzarse continuamente para alcanzar la capacidad de trabajar de forma efectiva en el contexto cultural del paciente.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general: Conocer la visión que tiene el usuario inmigrante y la enfermera sobre la prestación de cuidados transculturales enfermeros, si responde a sus necesidades de salud y si es culturalmente sensible.

Objetivos específicos:

- Identificar las similitudes y diferencias entre la percepción de competencias culturales que creen que tienen los profesionales de enfermería y la percepción que tienen los usuarios inmigrantes.
- Detectar vacíos en la prestación de cuidados transculturales enfermeros y puntos de mejora.
- Identificar si existen actitudes sesgadas o discriminatorias por parte de los profesionales.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los modelos teóricos enfermeros transculturales ofrecen una guía estructurada y herramientas útiles para prestar atención sanitaria a las personas con un origen cultural diferente al nuestro. Dar voz a los actores, tanto profesionales como a las personas inmigrantes a través de sus vivencias, perspectivas y opiniones para analizarlo y contrastarlo con el punto de vista de las enfermeras, aportaría información sobre si los cuidados que ofrecemos son adecuados, respetuosos con su cultura y costumbres, responden a sus expectativas y cubren sus necesidades de salud. Además, ayudaría a identificar rasgos que puedan definir cuáles son las competencias culturales enfermeras para así ajustar mejor el perfil competencial profesional y avanzar hacia una óptima atención transcultural y mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

4.- DISEÑO Y METODOS

4.1 Tipo de diseño

Para responder a la pregunta de investigación se plantea el proyecto desde el paradigma cualitativo, de tipo descriptivo y transversal: estudio de casos, considerando que los casos serán los usuarios inmigrantes y los profesionales de enfermería, y con un enfoque de análisis cualitativo del contenido. La base de la investigación cualitativa es la búsqueda de significados (recoger datos descriptivos, palabras y conductas observables) para reconocer múltiples realidades y comprender la complejidad y el significado de la experiencia humana de forma holística en un proceso inductivo que se desarrolla en un contexto natural (Vázquez Navarrete et al., 2006). De acuerdo con Stake (2005), se proyecta un estudio de casos colectivo cuando el objeto de la investigación es un fenómeno, población o condición general, seleccionando para ello varios casos para el estudio (citado en Álvarez & San Fabian, 2012). El análisis de contenido se utiliza en la investigación cualitativa para describir y categorizar el fenómeno y así proporcionar conocimiento y comprensión (Hsieh & Shannon, 2005).

4.2 Población de estudio:

4.2.1 Descripción de la muestra

El estudio se realizará en el Centro de Atención Primaria (CAP) Maresme de la población de Mataró, Barcelona. Es una población con 124.280 habitantes censados, de los cuales un 16.01% son de origen extranjero, según el padrón municipal (Idescat, 2016).

De acuerdo con Vázquez Navarrete et al. (2006), en el proceso de selección de la muestra se buscan grupos de personas con las características más relevantes del fenómeno social que se va a estudiar, en este caso los actores del fenómeno a estudiar. El perfil de participantes incluye enfermeras de APS y personas inmigradas por motivos económicos procedentes de 5 áreas geográficas globales, que son las zonas de origen de la mayoría de personas inmigrantes en esta localidad: Magreb (Marruecos, Túnez y Argelia), África subsahariana (Senegal, Gambia, Mali), Indostán (India, Afganistán, Pakistán y Bangladesh), la región andina (Perú, Bolivia, y Ecuador) y China

Se realizará un muestreo por conveniencia, para recoger el máximo de información y opiniones. En las decisiones muestrales del estudio cualitativo se tienen en cuenta la heterogeneidad y las consideraciones pragmáticas y recursos disponibles (Berenguera Ossó et al., 2014).

4.2.2 Criterios de inclusión

En el proceso de reclutamiento de los participantes inmigrantes se seguirán los siguientes criterios de selección: hombres y mujeres, al 50% para asegurar la representatividad de género; mayores de 25 años de edad, para aportar suficiente experiencia y vivencias en el sistema sanitario catalán; originarios de las cinco áreas geográficas antes descritas; que hubiesen sido atendidos en un centro de atención primaria del sistema sanitario catalán al menos durante el último año; con una estancia en el país entre 6 meses y 30 años; con conocimiento suficiente del idioma español o catalán para expresarse con fluidez; que no desarrollen formalmente el papel de mediador cultural o institucional.

Criterios inclusión de los profesionales de enfermería: personas con una trayectoria profesional mínima de 5 años; experiencia de al menos 2 años en APS; con contrato laboral continuo de al menos 1 año; que ocupe un lugar de trabajo estable; que trabaje en contacto directo con el colectivo inmigrante.

4.2.3 Criterios de exclusión

Presencia de limitaciones que puedan dificultar la comunicación verbal; la no aceptación del consentimiento informado.

4.2.4 Método de muestreo

Se realizará un muestreo por conveniencia.

4.2.5 Cálculo de la muestra

Muestreo por conveniencia. Al igual que en la investigación cuantitativa, este método consiste en seleccionar los casos que se encuentren disponibles o por comodidad para el investigador. En la investigación cualitativa el tamaño de la muestra no es tan importante como en la investigación cuantitativa y el número de sujetos participantes se determina en el momento en que se satura la información. La saturación es el punto en el cual ya no se obtiene más información relevante, permitiendo certificar que la muestra es suficiente y detener el proceso de recogida de información (Vazquez Navarrete, 2006).

4.2.6 Procedencia de los sujetos

Las personas inmigrantes se reclutarán desde las consultas de enfermería del CAP Maresme. Cuando los usuarios accedan a la consulta, las enfermeras que no participen en el estudio procederán a la captación de candidatos que cumplan los criterios de inclusión antes descritos.

Las participantes profesionales enfermeras se reclutarán a través de la adjunta de enfermería del centro, quien procederá a la selección de candidatas según los criterios antes descritos.

Para mejorar el proceso de reclutamiento, este se realizará en persona, es decir, será la persona encargada del reclutamiento quien ofrecerá directamente al candidato participar en el estudio (Tausch & Menold, 2016).

Se irán incluyendo a los candidatos en grupos focales o entrevistas en profundidad hasta llegar a la saturación de la información.

4.3 Método de recogida de datos:

4.3.1 Grupos focales

Se procederá a la primera recogida de información de los participantes utilizando el método de los grupos focales. Se realizarán dos grupos focales diferentes, uno de usuarios inmigrantes y otro de enfermeras para aportar un enfoque distinto y recoger mayor variedad de voces. Primero se trabajará con el grupo de personas inmigrantes y luego con el de enfermeras. El proceso será el siguiente: un grupo focal con participantes inmigrantes y, posteriormente, entrevistas en profundidad con personas inmigrantes diferentes (detallado más adelante); un grupo focal con profesionales de enfermería y seguidamente entrevistas en profundidad con otras enfermeras diferentes.

El grado de estructura de los grupos focales depende de los objetivos de la investigación (Tausch & Menold, 2016). Dado que el enfoque de la investigación es descriptivo, que los recursos humanos y financieros son limitados, y que se realizará solamente el análisis del contenido verbal, se planificarán los grupos focales desde la perspectiva social individualista pero dejando espacio para el conocimiento compartido que se construye a partir de acciones, opiniones, creencias, experiencias e ideas compartidas (Ryan et al., 2013).

De acuerdo con Morgan (1997), los grupos focales "proporcionan evidencia directa sobre semejanzas y diferencias de opiniones y experiencias de los participantes" (Valles, 2007). Es una técnica de recogida de datos de tipo cualitativo que se utiliza en las ciencias sociales y se denomina focal porque se centra en un tema específico y en un reducido número de participantes (Martínez Reyes, 2012). Los grupos focales son flexibles, eficientes y añaden una dimensión social a los datos (Ryan et al. 2013). Se construyen modelos

comprensivos de lo que se estudia a través del proceso de la comunicación humana, obteniendo información de la interacción del grupo. Utiliza el método inductivo con una perspectiva holística para obtener resultados cualitativos (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas, entre 4 y 10 participantes, un moderador y, un observador (Prieto Rodríguez & March Cerdá, 2002). Según Tausch y Menold (2016), el tamaño de cada grupo debería estar limitado a 8 personas para ser manejable, práctico y dejar tiempo para que todo el mundo pueda expresarse y opinar. Se determina que el número de participantes será de 10 voluntarios, para tener un margen por si fallase algún participante.

Habrán también un moderador y un observador (Ryan et al., 2013). El moderador mantendrá una postura objetiva siguiendo un protocolo estandarizado con preguntas estructuradas. Controlará posibles sesgos mediante habilidades técnicas de manejo de grupos para extraer información relevante a través de preguntas estandarizadas, filtrando información irrelevante y controlando la interacción para fomentar el intercambio verbal entre los participantes de grupo (Ryan et al., 2013).

Para elaborar el guión de la entrevista se tomarán los constructos de Campinha-Bacote (2002) como referencia y se confeccionarán las preguntas para responder a los objetivos de investigación. Se reflexionará sobre posibles sesgos derivados de preguntas sensibles o culturalmente no apropiadas. Se propone un conjunto de preguntas específicas diseñadas para obtener visiones colectivas y entender la diversidad (ver anexo 1). Se limitará el número de temas a tratar para evitar que el guión sea demasiado denso. La estructura de la entrevista parte de una pregunta abierta sobre experiencias y opiniones generales para luego introducir cuestiones relacionadas con las competencias culturales enfermeras: se empezará por las experiencias, tanto positivas como negativas, en la consulta de enfermería para luego entrar en cuestiones de competencias culturales como la comunicación, el trato dispensado, si se incluye la cultura y al paciente en los planes de cuidados, expectativas del paciente, y grado de motivación y compromiso cultural.

La confección de los siguientes 3 guiones se hará en forma de cascada: se basará igualmente en los constructos de Campinha-Bacote (2002) y siguiendo la misma estructura, pero incorporando las cuestiones de interés que pudieran ir surgiendo después de analizar los datos obtenidos anteriormente. El proceso será el siguiente:

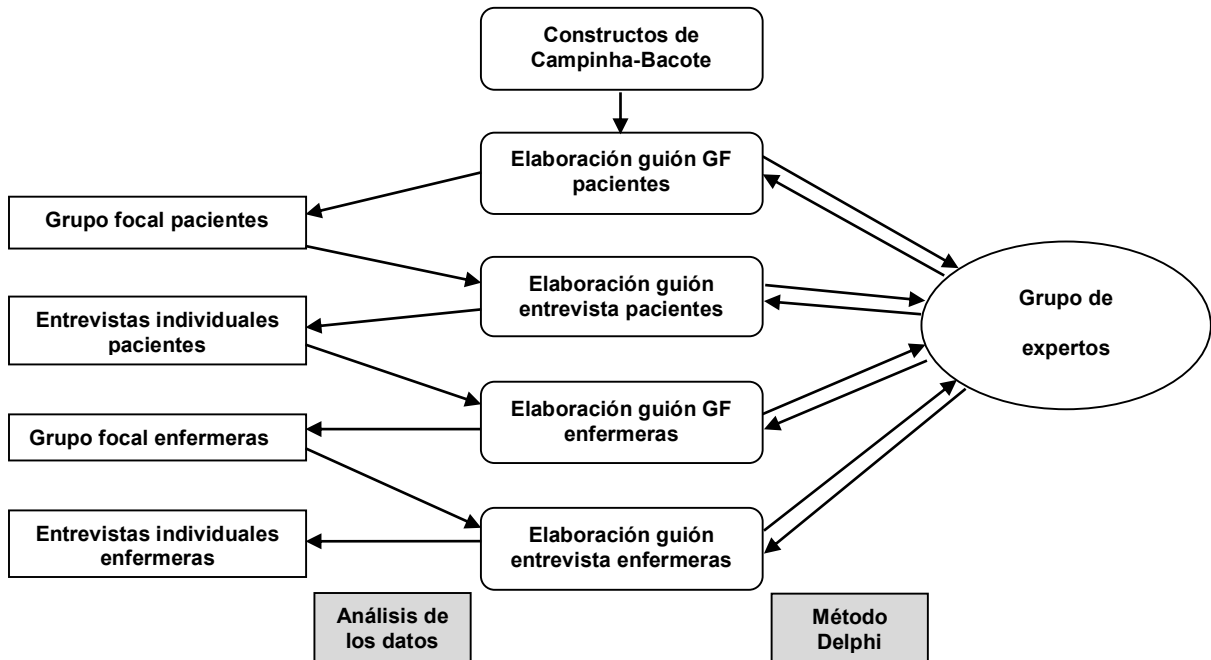


Figura 1: Algoritmo de trabajo para la elaboración de los guiones.

4.3.2 Entrevistas individuales en profundidad

Una vez analizados los datos del grupo focal y para profundizar en el tema de investigación, dado que la información obtenida en los grupos focales es limitada, se utilizará la técnica de las entrevistas individuales en profundidad para indagar en aspectos ya tratados en el grupo focal y obtener más información.

La entrevista es una técnica cualitativa de recogida de información en forma de diálogo coloquial, para acceder a conocer percepciones, opiniones, creencias y actitudes (Díaz-Bravo et al., 2013). Tiene la ventaja de ser flexible y adaptable a cada circunstancia, se pueden dirigir a un objetivo determinado y permite una mayor profundización en la obtención de la información (Vázquez Navarrete et al., 2006).

Se seguirá el formato semiestructurado: con preguntas cerradas, ordenadas y fijadas previamente (Díaz-Bravo et al., 2013). Al igual que en el guión del grupo

focal, se partirá de los cinco constructos de Campinha-Bacote (2002) sobre competencias culturales enfermeras y se diseñarán las preguntas para responder a los objetivos de investigación y tratar los temas considerados más importantes después del análisis de los datos de la entrevista del grupo focal.

Se dividirán las preguntas en bloques: el primero introductorio; el segundo descriptivo, sobre temas de salud; el tercero sobre opiniones y expectativas, sobre temas poco sensibles como el consenso del plan terapéutico, la comunicación, las barreras idiomáticas, aspectos culturales, y propuestas de mejora en temas culturales y cuidados prestados; para acabar, las cuestiones más sensibles como el trato recibido o dispensado, los prejuicios, y el grado de motivación e implicación de la enfermera (Díaz-Bravo et al., 2013).

4.3.3 Validación del guión

Se tomará el método Delphy como método de validación, una técnica cualitativa de recogida repetida de opiniones de un grupo de expertos para llegar a un consenso sobre un tema concreto a través de cuestionarios seriados con feedback de lo que ha expresado el grupo. La validación del guión ayuda a definir la calidad de un instrumento, determinando si dice realmente lo que queremos decir cuando lo vamos a utilizar (Urrutia Egaña et al., 2014). Reduce los sesgos y las limitaciones de un solo investigador al basarse en el juicio intersubjetivo colaborativo con retroalimentación: validación de la forma y el contenido de la entrevista, es decir, la cobertura de las preguntas según los constructos de Campinha-Bacote (2002), la complejidad cognitiva, la adecuación lingüística y la coherencia de los ítems con los objetivos (Reguant-Álvarez, M., Torrado-Fonseca, 2016; Urrutia Egaña et al., 2014). Se formará un grupo de 6 expertos.

Se opta por la modalidad de consulta electrónica no sincrónica, vía correo electrónico y se harán dos rondas de consulta, siguiendo las fases propuestas por Reguant y Torrado (2016) en el proceso de consulta (ver anexo 2). En el cuestionario se utilizará la prueba estadística de Lashe, que consiste en dar un valor de +1 y -1 a cada ítem. El signo positivo de la suma de los valores de todos los participantes para un ítem determinado, indica acuerdo. Por el contrario, el signo negativo indica desacuerdo y se reformula la pregunta a partir de los

comentarios de los participantes. Para finalizar, se retornarán las preguntas de la entrevista a modo de informe final que representa el pensamiento del grupo.

4.4 Variables

Se recogerán datos sociodemográficos para contextualizar los resultados obtenidos después del análisis de la información recogida en las entrevistas y los grupos focales, organizados en dos modelos de documento (ver anexo 3).

El modelo 1 está diseñado para los participantes inmigrantes e incluye: edad, sexo, país de origen, religión, nivel de estudios, estado civil, situación familiar, situación laboral, grado de dominio del idioma español.

El modelo 2, para las participantes enfermeras, recoge: edad, sexo, comunidad autónoma de origen, religión, nivel de estudios y formación sobre inmigración, estado civil, comunidad o país de origen familiar, situación y especialidad laboral, experiencia profesional fuera de España.

4.5 Descripción de la intervención si la hubiera

No existe intervención

4.6 Descripción del seguimiento si lo hubiera

No existe seguimiento

4.7 Estrategias de análisis de los datos

Por los objetivos marcados, realizaremos un análisis del contenido, en busca del contenido en las palabras, del significado literal (Ryan et al., 2013).

Primero de todo se procederá a la transcripción textual de los datos recogidos en las entrevistas y registrados en audio/video. Se clasificará el material transcrito, las grabaciones, y las notas de campo (Creswell., 2014). El análisis de contenido se realizará con el soporte del programa informático Atlas.ti 8.

Se leerán las transcripciones repetidamente para familiarizarse con los textos, al principio de forma general para luego empezar a hacer una lista de los temas que aparecerán en el texto, organizando los datos por partes o segmentos de

texto para asignarles una palabra o código (Berenguera Ossó et al., 2014). Se crearán categorías agrupando códigos que les represente (Creswell., 2014). A priori, la codificación es cerrada, a partir los cinco constructos del modelo teórico de Campinha-Bacote, dejando espacio para la codificación abierta, aquellas categorías que a lo largo del proceso de análisis de las transcripciones vayan emergiendo (Creswell., 2014).

Se agruparán las primeras categorías intermedias en categorías superiores en un proceso sistemático e interpretativo para clasificar, reducir y dar significado a los datos obtenidos y se buscará una relación entre las categorías para desarrollar un marco explicativo y poder comprender lo que se está estudiando (Given, 2008). Después de interpretarlo se volverá al texto original para contrastar las deducciones hechas con las palabras (Vázquez Navarrete et al., 2006).

4.8 Estrategia de búsqueda

En base a la pregunta formulada en formato SPIDER, se partió del lenguaje natural para traducir luego estos términos al inglés. Posteriormente se procedió a buscar los descriptores en ciencias de la salud DeCS en la biblioteca virtual de salud. A continuación, se buscaron los descriptores Mesh en Pubmed. Se listaron los siguientes términos: emigrants & immigrants, cultural competency, transcultural nursing, cultural competent care, primary nursing care, cultural competent care.

Se realizó una búsqueda de bibliografía combinando estos descriptores Mesh con los booleanos AND, OR y NOR, en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline, Scopus, EMBASE. Se aplicaron los siguientes filtros para ayudar a limitar la búsqueda: languages english and spanish; 5 years; adult 19+ years.

Para los resúmenes que parecían interesantes y a los que no se pudo acceder porque estaba limitado, se hizo una búsqueda manual libre en bases de datos de internet (como, por ejemplo, Google o Scholar) o a través de Mendeley para acceder a la lectura libre del artículo.

Para finalizar, se hizo una búsqueda en lenguaje natural en las mismas bases de datos.

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

Está previsto presentar el proyecto de investigación en Septiembre de 2017 en el CAP Maresme de Mataró donde se expondrá el protocolo y se presentará a los colaboradores.

Entre los meses de Octubre de 2017 a Mayo de 2018 se procederá al reclutamiento de personas inmigrantes y enfermeras para realizar los grupos focales y las entrevistas en profundidad.

Entre los meses de Junio y Agosto de 2018 se procederá al análisis de toda la información y los datos recogidos.

En Septiembre de 2018 se presentaran los resultados al equipo del CAP Maresme.

Se realizará un informe sobre el curso del proyecto semestralmente.

La publicación de los resultados se hará entre los meses de Noviembre de 2018 y Febrero de 2019 en los congresos de enfermería que puedan ser de interés. Se redactará un artículo para publicarlo en una revista de enfermería de ámbito internacional.

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Trabajar con población inmigrante en el proyecto de investigación supone un obstáculo en el acceso a este sector de la población y un mayor gasto de tiempo en el reclutamiento de los participantes, especialmente con algunas comunidades como la china (Torán-Monserrat et al., 2013).

Es posible que algunas expresiones culturales de las personas inmigrantes generen dificultad para interpretar el verdadero significado del discurso.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

7.1 Modelo de consentimiento informado

Según la Organización Panamericana de la Salud (2005): "El Consentimiento Informado es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar. Se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado". Como parte esencial en cualquier investigación, el consentimiento informado se elabora partiendo de un modelo de la OMS para estudios cualitativos (WHO & ERC, 2016) donde, además de una invitación a la participación (Carrasco-Aldunate, Rubio-Acuña, & Fuentes-Olavarría, 2012), se especifica cuál es el objetivo de la investigación, los datos a recoger y el uso que se les dará a estos (Calle-Urra et al., 2013). Se clarificará antes de las entrevistas cuál es la naturaleza del estudio, el papel de los participantes, la identidad de los investigadores, quién lo financiará, qué uso se le dará y cómo se harán públicos los resultados.

Se diseñan dos modelos de consentimiento informado, uno para el grupo de participantes inmigrantes y otro para las profesionales de enfermería (ver anexo 4).

7.2 Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales

La Ley 14/2007, del 3 de Julio, de investigación Biomédica, enuncia que toda investigación en humanos debe estar aprobada por un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). El presente proyecto se presentará al Comité Ético del Institut d'Investigació d'atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol i Gurina para su aprobación antes de iniciar el proceso de investigación.

Los aspectos éticos a considerar durante el proceso de investigación se engloban en tres categorías: consentimiento informado, privacidad y confidencialidad, y relación investigador-participante (Sanjari et al., 2014; Ignacio

& Taylor, 2013). Se velará por la confidencialidad y el anonimato de los participantes en todo momento, codificando los datos personales utilizando claves y pseudónimos. Se custodiarán tanto los datos como la información recogida mediante métodos seguros, y al finalizar el estudio serán destruidos de forma segura (Sanjari et al., 2014).

En el estudio, se observarán otros aspectos como el establecimiento de relaciones sinceras y abiertas con los participantes y entidades, evitar tergiversaciones y proteger a todos los participantes para evitar daños potenciales (Sanjari et al., 2014; Ignacio & Taylor, 2013). Durante todo el proceso de investigación, se tendrá una consideración especial por involucrar a personas, grupos y comunidades vulnerables, por el hecho de ser inmigrantes podían no dominar el idioma con fluidez o provenir de capas sociales con dificultades económicas. Por tal razón, se buscarán estrategias para salvaguardar sus derechos en todo momento (Cañete, Guilhem, & Brito, 2012).

Una vez finalizado el estudio y si lo solicitan los participantes, se les facilitaran los resultados del trabajo.

7.3 Ley de protección de datos

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14 de diciembre de 1999), tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Entre otras cuestiones, esta ley es el marco normativo y legal para la obtención, almacenamiento, protección y tratamiento de los datos personales, previo consentimiento del afectado; el derecho a acceder, modificar o cancelar los datos personales; y el deber del secreto profesional en el tratamiento de estos datos.

7.4 Beneficios potenciales

Con la consecución de los objetivos del proyecto de investigación, está previsto que se pueda obtener información sobre si los cuidados que ofrece el profesional de enfermería en atención primaria son adecuados, respetuosos con otras culturas y costumbres, si responden a las expectativas del usuario inmigrante y si cubren sus necesidades de salud. Con esta información, se identificarían rasgos definitorios de las competencias culturales enfermeras para así ajustar mejor el perfil competencial profesional y diseñar una óptima atención transcultural y mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

8. PLAN DE EJECUCIÓN

El cronograma del estudio será el siguiente:

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Presentación del proyecto	■																	
Reclutamiento pacientes		■																
Grupo focal pacientes			■															
Entrevistas pacientes					■													
Reclutamiento enfermeras					■													
Grupo focal enfermeras							■											
Entrevistas enfermeras									■									
Análisis de datos				■		■		■		■	■	■						
Presentación de resultados													■					
Informes						■						■						■
Publicación de resultados															■	■	■	■

Se iniciará el mes de Septiembre de 2017, con la presentación del proyecto y la incorporación de colaboradores, tendrá una duración de 18 meses y está prevista la finalización para el mes de Marzo de 2019 con la publicación de los resultados en congresos de enfermería.

9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

9.1 Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad

El investigador principal será el encargado del diseño y coordinación del proyecto, la realización de las entrevistas y los grupos focales, el análisis de los datos, la realización de informes y la presentación de resultados.

Se contará con personal de apoyo para el trabajo de campo: la adjunta de enfermería del CAP será la encargada de la captación de las voluntarias enfermeras para el estudio; el personal de enfermería del CAP que no participe en el estudio se encargará de reclutar a candidatos entre sus pacientes inmigrantes; una auxiliar administrativa del CAP centralizará la documentación y será la persona de enlace (entre el investigador principal, el personal del CAP y los participantes), organizará y gestionará las reuniones y entrevistas.

9.2 Instalaciones, instrumentación si fuera necesario.

Los grupos focales y las entrevistas se realizarán en una sala del CAP Maresme diseñada para tal evento. Reúne las condiciones adecuadas para las técnicas de recogida de datos: un lugar tranquilo, iluminado con luz natural, con una mesa y sillas alrededor (Tausch & Menold, 2016). Es en el mismo centro de salud porque a los participantes les será más familiar, accesible y facilita un ambiente de seguridad, requisito importante para una discusión abierta y sincera (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

10. PRESUPUESTO

Este proyecto de investigación está basado en la participación y colaboración voluntaria, el espacio planificado para celebrar las reuniones forma parte de las instalaciones del propio centro de salud y el material a utilizar está incluido en el presupuesto general del centro donde se realizará el estudio (material informático y de oficina).

Adicionalmente, se precisará la compra de una grabadora (75 €) y la licencia de estudiante del programa Atlas.ti 8 para 2 años (90 €).

11. BIBLIOGRAFÍA

- Alpers, L. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, 1–11.
- Álvarez, C., & San Fabian, J. L. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28(1).
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigués, M. (2014). Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud, (1 ed.) *Barcelona: IDIAP J. Gol.*
- Betancourt, J. R. (2006). Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*, 81(6), 499-501.
- Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14 de diciembre de 1999. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Recuperado de:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Calle-Urra, J. E., Parra-Hidalgo, P., Saturno-Hernández, P. J., Martínez-Martínez, M. J., & Navarro-Moya, F. J. (2013). Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(4), 234–243.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13(3), 181-201.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1–1. Consultado el 26 de Enero de 2017, de <http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), 121–127.
- Cargile, A. C., & Bolkan, S. (2013). Mitigating inter- and intra-group ethnocentrism: Comparing the effects of culture knowledge, exposure, and uncertainty intolerance. *International Journal of Intercultural Relations*, 37(3), 345–353.
- Carrasco-Aldunate, P., Rubio-Acuña, M., & Fuentes-Olavarría, D. (2012). Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica. *Aquichan*. Consultado el 2 de Abril de 2017, de <http://doi.org/10.5294/32-41>
- Conejero Paz, E. (2012). La política de inmigración en España. *3C Empresa. Revista de Investigación*, 1–27.
- Creswell., J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4 ed.). Los Angeles: SAGE
- Del Pino, F. J., & Del Pino, M. V. (2012). La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán. *Enferm Clínica*, 22(4), 191–197.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en*

- Educación Médica*, 2(7), 162–167.
- Douglas, M. K. et al. (2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109–121.
- Eller, J. (2013). Cultural anthropology : global forces, local lives. (2 ed.). London: Taylor & Francis.
- Given, L. M. (2008). The SAGE Encyclopedia of QUALITATIVE RESEARCH METHODS. The Sage encyclopedia of qualitative research methods. (1 ed.). Los Angeles: SAGE.
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La Técnica De Grupos Focales. *Investigación Educación Médica*, 2(1), 55–60.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Ignacio, J. J., & Taylor, B. J. (2013). Ethical issues in health-care inquiry: a discussion paper. *International Journal of Nursing Practice*, 19 (1), 56–61.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). Cifras de población a 1 de enero de 2015. Estadística de migraciones 2014: datos provisionales. *Notas de Prensa, Junio*, 16. Consultado el 17 de Febrero de 2017, de <http://www.ine.es/prensa/np917.pdf>
- International Organization for Migration. (2011). *Glosary on Migration*, (2 ed). *International Migration Law* (25). Geneve: IOM.
- International Organization for Migration. (2016). Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond: Compilation of available data and information. Reporting period 2015. Consultado el 19 de Febrero de 2017, de https://www.iom.int/sites/default/files/situation_reports/file/Mixed-Flows-Mediterranean-and-Beyond-Compilation-Overview-2015.pdf.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13(3), 189-201.
- Lerma Martinez, F. (2006). *La Cultura y sus procesos : antropología cultural : guía para su estudio* (3 ed.). Murcia: Laborum.
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M.B., & Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Immigrants' access to health care in Spain: a review. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 715–734.
- Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 687–701.
- Martínez Reyes, N. R. (2012). Reseña metodológica sobre los grupos focales. *Diálogos*, 9, 47–53.
- Ngo-Metzger, et al. (2006). Cultural competency and quality of care: Obtaining the patient's perspective. The Commonwealth Fund Pub, 963.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas. *Asociacion Panamericana de La Salud*.
- Paradies, Y., Truong, M., & Priest, N. (2014). A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 364–387.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420–445.
- Prieto Rodríguez, M. A., & March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño

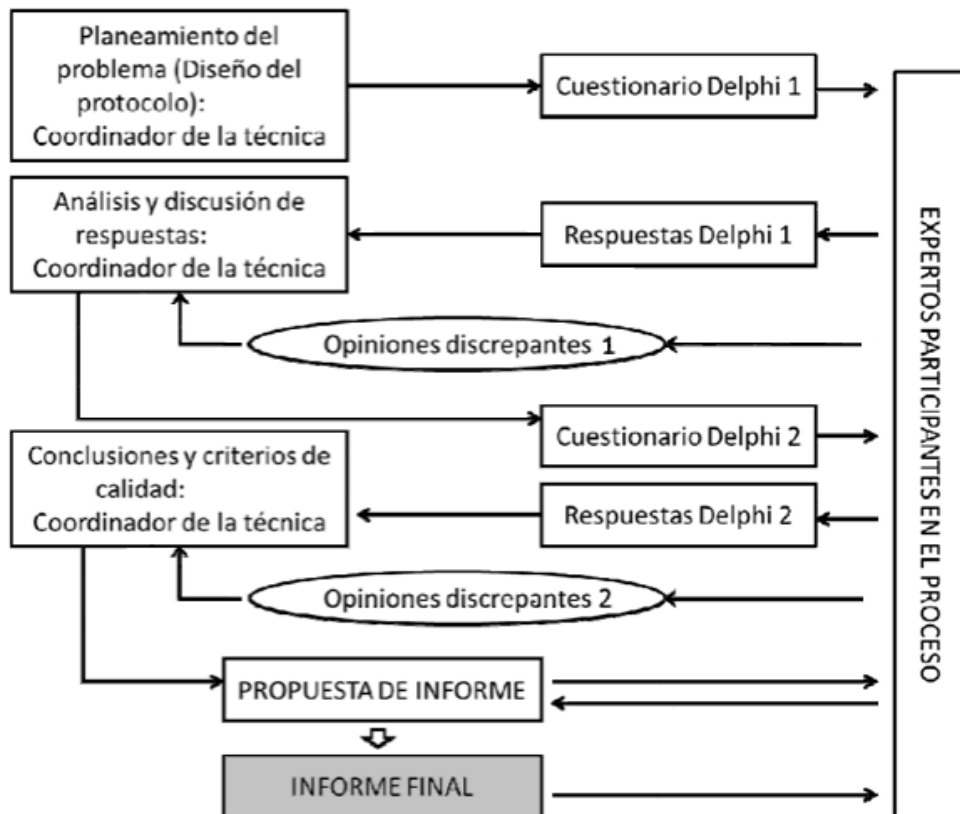
- de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366–373.
- Purnell, L. D. (2012). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. (4 ed.) Philadelphia: FA Davis
- Reguant-Álvarez, M., Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 9(1), 87–102.
- Rodríguez Álvarez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena Elordui, N. (2014). Inmigración y salud: Desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 274–280.
- Ryan, K. E., Gandha, T., Culbertson, M. J., & Carlson, C. (2013). Focus Group Evidence: Implications for Design and Analysis. *American Journal of Evaluation*, 0(0), 1–18.
- Sanjari, M., Bahramnezhad, F., Fomani, F. K., Shoghi, M., & Cheraghi, M. A. (2014). Ethical challenges of researchers in qualitative studies: the necessity to develop a specific guideline. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 14.
- Tausch, A. P., & Menold, N. (2016). Methodological Aspects of Focus Groups in Health Research: Results of Qualitative Interviews With Focus Group Moderators. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-12
- Torán-Monserrat, P., et al. (2013). Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project. *BMC Family Practice*, 14, 54.
- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547–558.
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social*. (4ª ed.), Madrid: Síntesis.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M.-B. (2013). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142–146.
- Vázquez Navarrete, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Pérez Mogollón, A. S., Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Delgado Gallego, M. E., & Vargas Lorenzo, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud: cursos GRAAL 5* (1 ed). Bellaterra Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- WHO (2016). WHO Informed Consent in qualitative studies 1. Consultado el 2 de Abril de 2016, de http://www.who.int/rpc/research_ethics/informed_consent/en/#
- Wikberg, A., Eriksson, K., & Bondas, T. (2012). Intercultural Caring From the Perspectives of Immigrant New Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(5), 638–649.

12. ANEXOS

Anexo 1: Guión de la entrevista del GF de personas inmigrantes

- Presentación.
- Lectura y firma del consentimiento informado.
- Turno abierto de preguntas.
- Entrevista:
 1. Nos gustaría saber cómo son las visitas con su enfermera. Podrían empezar explicándonos algún problema o conflicto que hayan tenido con ella y después alguna experiencia positiva.
 2. Explíquenos cómo es la forma de comunicarse entre usted y la enfermera ¿Es como a ustedes les gustaría? ¿Cómo creen que se podría mejorar esa comunicación?
 3. Desde su punto de vista, ¿creen que las enfermeras les tratan diferente por el hecho de no ser español? Y si es así, ¿por qué piensan que lo hacen?
 4. Nos gustaría saber cómo valora el trato que le dispensan la enfermera cuando vienen a visitarse al centro de salud. Y a partir de estas visitas, explíquenos cómo definiría a la enfermera.
 5. Pónganos algún ejemplo o explíquenos alguna situación en la que la enfermera tuvo en consideración su cultura, costumbres, religión o forma de pensar a la hora de ayudarle con sus problemas. ¿Qué se podría hacer para mejorar ese conocimiento?
 6. ¿Por qué tipo de problemas van a visitar a la enfermera? ¿Piensan que ella les ayuda a resolverlos? Pongan algún ejemplo. ¿Y quedaron satisfechos?
 7. Cuando la enfermera les ayuda con el tratamiento, la dieta y las actividades que tienen que hacer para mejorar su salud, ¿lo pactan entre los dos? Explíquenos cómo lo hacen para llegar al acuerdo.
 8. ¿Cómo creen que debería atenderle su enfermera? ¿Qué aspectos piensan que debería conocer o tener en cuenta durante la consulta? Y, ¿cuáles no tiene en cuenta?
 9. Desde su punto de vista, ¿cómo muestran las enfermeras que están motivadas para conocer mejor los problemas que les afectan a ustedes? Pongan algunos ejemplos
 10. Y, ¿qué creen que se podría hacer para entender mejor los problemas que a ustedes les afectan, aprender más y poder ayudarles mejor?
- Dudas y preguntas
- Fin de la entrevista

Anexo 2: Método Delphi (adaptado de Pozo et al.)



Anexo 3: Hojas de recogida de datos socioeconómicos.

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (Modelo 1)

CÓDIGO: _____

Fecha cumplimentación cuestionario: / /

Sexo: Hombre Mujer

Edad: años

- País:

- Comunidad:

- Religión:

Practicante: Sí No

Nivel de instrucción:

Primarios Secundarios Bachillerato

Formación Profesional Universitarios

Analfabetos o sin estudios

Estado civil:

Soltero/a Conviviente/pareja Casado/a

Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Número de hijos/as:

Situación familiar

Número de convivientes en su hogar:

Familiares que están en el país de origen: padres hijos cónyuge

otros (indicar):

Años de inmigración (años que lleva residiendo en Europa): años

Situación laboral

Ocupado Parado Pensionista Otros (indicar):

Ocupación actual

Hogares que emplean personal doméstico Hostelería

Agricultura y ganadería Construcción Comercio Industria textil

Servicios

Industrias manufactureras Otros (indicar):

Grado de dominio del español

Lo habla y lo escribe correctamente Lo habla y lo escribe con dificultades

Lo habla pero no lo escribe No lo habla ni lo escribe

DOCUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (Modelo 2)

CÓDIGO: _____

Fecha cumplimentación cuestionario: / /

Sexo: Hombre Mujer

Edad: años

- Comunidad de procedencia

- Religión: Practicante: Sí No

Nivel de instrucción:

Universitarios Máster Posgrado

Formación en inmigración:

Estado civil:

Soltero/a Conviviente/pareja Casado/a

Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Procedencia familiar

Comunidad autónoma de origen de los padres:

País de origen de los padres:

Años de inmigración (años residiendo en Europa): años

Situación laboral

Suplencias Interinaje Contrato indefinido

Otros (indicar):

Especialidad y antigüedad en el CAP

Enfermera familiar adultos

Enfermera pediátrica

Enfermera psiquiatría

Otros (indicar):

Gestora de casos

Tiempo que lleva trabajando en la empresa: años

Experiencia laboral fuera de España

Experiencia trabajo colaboración ONG

Experiencia profesional internacional

Anexo 4: Modelos de consentimiento informado para participantes inmigrantes y enfermeras.

Documento de consentimiento informado para la participación de usuarios inmigrantes en el estudio de investigación (Modelo 1)

Este documento está dirigido a aquellas personas de origen no español residentes en la comarca del Maresme y se les invita a participar en el estudio titulado:

Estudio de las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales.

Investigador principal y persona de contacto: Francesc Ramos
Email de contacto: rourenet@gmail.com

Antes de aceptar participar en el presente estudio, es importante que lea detenidamente y comprenda las explicaciones del estudio. Si hubiese una palabra o concepto que no entienda o surgiera una duda, puede preguntar a los investigadores para resolverla en cualquier momento.

Introducción

Este estudio pretende identificar aspectos culturales a mejorar en la atención de las enfermeras y otros profesionales sanitarios para ofrecer una asistencia de mayor calidad a las personas de origen extranjero.

Objetivo del estudio

Conocer las experiencias de los pacientes de origen extranjero que acuden al CAP y la relación terapéutica con la enfermera para después definir cuáles deben ser las características culturales que deben tener las enfermeras.

Tipo de intervención

Se realizará una entrevista en grupo o individual para conocer su experiencia y opinión sobre sus necesidades de salud; comunicación con la enfermera; aspectos sobre cultura, costumbres y religión, como usted espera ser atendido o problemas que pudieran aparecer en la consulta de enfermería. La duración aproximada de la entrevista será de 1.30h.

Selección de participantes

Se le ha invitado a participar en este estudio porque creemos que su experiencia como persona inmigrante y usuario del CAP puede ayudarnos a entender mejor cómo resolver sus necesidades de salud.

Participación voluntaria

La participación en el estudio es voluntaria. Es libre de elegir si participar o no y en cualquier momento puede retirarse del estudio.

Procedimiento

Se le entrevistará individualmente o formará parte de un grupo de 10 personas de origen extranjero con experiencias en salud similares a las suyas. Queremos que se sienta cómodo para luego preguntarle sobre cómo son las visitas en la consulta de enfermería, cómo se siente atendido en la consulta, cómo le gustaría ser atendido, si aparecen problemas y cómo los resuelven.

Se grabará la conversación en audio y video, pero a nadie se le identificará con el nombre en la grabación. La información obtenida es confidencial y nadie más, a parte de los investigadores, tendrá acceso a ella.

Duración

El estudio de investigación se inicia en Septiembre de 2017 y está previsto que dure 18 meses en total. La entrevista individual o grupal se realizará solo hoy y durará aproximadamente una hora y media.

Riesgos

Le pedimos que comparta con nosotros información personal y confidencial y quizás se sienta incómodo con algún tema. No está obligado a contestar a las preguntas ni a participar en la conversación si no desea hacerlo, ni tampoco debe dar explicaciones por no hacerlo.

Beneficios

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero con su participación probablemente nos ayude a conocer mejor lo que deben hacer y saber las enfermeras para tratar con pacientes originarios de otros países y mejorar sus necesidades de salud.

Confidencialidad

Se garantiza la confidencialidad de los datos. En la transcripción de la entrevista no aparecerán los nombres ni los datos de ninguno de los participantes. Se pondrán números en el lugar de los nombres. Los documentos del consentimiento informado y la entrevista se guardarán por separado, bajo llave, y utilizando métodos seguros. Al finalizar el estudio todos los documentos serán destruidos de forma segura. Solamente los investigadores podrán tener acceso a los datos. Ninguno de los datos personales será utilizado en publicaciones o congresos.

En una entrevista en grupo se comparte información muy personal. Confiamos en que los participantes respeten también la confidencialidad.

Compartir los resultados

Al finalizar el estudio, se compartirá con los participantes un resumen con los resultados del trabajo de investigación. Se publicarán también los resultados en revistas científicas y congresos para divulgar el conocimiento obtenido entre otras personas a quienes les pueda interesar y quizás aprendan de esta investigación.

Derecho a rechazar la invitación a participar o retirarse

No está obligado a participar en este estudio. Y si lo cree conveniente, puede elegir retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

También puede pedir revisar su información de la entrevista, clarificar lo que se ha dicho y modificar o eliminar las partes que considere oportunas.

Persona de contacto

Si tiene alguna pregunta puede hacerla en cualquier momento. Si surge después de la reunión, puede contactar a través de la dirección de correo electrónico antes citada.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, el cual se encarga de asegurarse de que los participantes del estudio estén protegidos y no sufran daños.

Consentimiento informado

He sido invitado a participar en el estudio sobre las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales de enfermería.

Como participante:

Declaro haber leído o que se me haya leído la información, haber comprendido el contenido del documento y haber podido aclarar todas las dudas planteadas de manera comprensible y satisfactoria. Doy mi consentimiento voluntariamente para participar en este estudio y se me ha entregado una copia firmada de este documento de consentimiento. Me comprometo a no hablar del contenido de la reunión con otras personas de fuera del grupo.

Como investigador:

He leído con detenimiento la información del presente documento al potencial participante y me he asegurado, hasta donde llega mi capacidad, de que el participante lo haya comprendido, dándole la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y que todas ellas hayan sido respondidas correctamente. Confirmando que la persona no ha sido coaccionada para dar el consentimiento y que este se ha dado libre y voluntariamente.

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Código: _____

Nombre del investigador: _____

Firma

Firma

No aceptación de la participación en el estudio:

Retiro mi participación del presente estudio, basándome en mis derechos, sin consecuencias y sin necesidad de justificación alguna.

Lugar y fecha _____

Firma:

Documento de consentimiento informado para la participación de enfermeras en el estudio de investigación (Modelo 2)

Este documento está dirigido a Graduados y Diplomados en Enfermería que desarrollan su actividad profesional en la comarca del Maresme y se les invita a participar en el estudio titulado:

Estudio de las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales

Investigador principal y persona de contacto: Francesc Ramos
Email de contacto: rouenet@gmail.com

Antes de aceptar participar en el presente estudio, es importante que lea detenidamente y comprenda las explicaciones del estudio. Si hubiese una palabra o concepto que no entienda o surgiera una duda, puede preguntar a los investigadores para resolverla en cualquier momento.

Introducción

Este estudio pretende identificar aspectos culturales a mejorar en la atención de las enfermeras y otros profesionales sanitarios para ofrecer una asistencia de mayor calidad a las personas de origen extranjero.

Objetivo del estudio

Conocer la visión enfermera sobre la prestación de cuidados transculturales en la consulta de atención primaria y la relación con la persona inmigrante para después definir cuáles deben ser las competencias culturales enfermeras.

Tipo de intervención

Se realizará una entrevista en grupo o individual para conocer su experiencia y opinión sobre necesidades de salud; comunicación con el paciente inmigrante; aspectos sobre cultura, costumbres y religión; como son atendidos o problemas que pudieran aparecer en la consulta de enfermería. La duración aproximada de la entrevista será de 1.30h.

Selección de participantes

Se le ha invitado a participar en este estudio porque creemos que su experiencia como profesional del CAP puede ayudarnos a entender mejor cómo resolver las necesidades de salud de la persona migrada.

Participación voluntaria

La participación en el estudio es voluntaria. Es libre de elegir si participar o no y en cualquier momento puede retirarse del estudio.

Procedimiento

Se le entrevistará individualmente o formará parte de un grupo de 10 profesionales de enfermería con experiencias similares a las suyas. Queremos que se sienta cómodo para luego preguntarle sobre cómo son las visitas en la consulta de enfermería, cómo se siente en la consulta, cómo le gustaría poder atender, si aparecen problemas y cómo los resuelven.

Se grabará la conversación en audio y video, pero a nadie se le identificará con el nombre en la grabación. La información obtenida es confidencial y nadie más, a parte de los investigadores, tendrá acceso a ella.

Duración

El estudio de investigación se inicia en Septiembre de 2017 y está previsto que dure 18 meses en total. La entrevista individual o grupal se realizará solo hoy y durará aproximadamente una hora y media.

Riesgos

Le pedimos que comparta con nosotros información personal y confidencial y quizás se sienta incómodo con algún tema. No está obligado a contestar a las preguntas ni a participar en la conversación si no desea hacerlo, ni tampoco debe dar explicaciones por no hacerlo.

Beneficios

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero con su participación probablemente nos ayude a conocer mejor lo que deben hacer y saber las enfermeras para tratar con pacientes originarios de otros países y mejorar sus necesidades de salud.

Confidencialidad

Se garantiza la confidencialidad de los datos. En la transcripción de la entrevista no aparecerán los nombres ni los datos de ninguno de los participantes. Se pondrán números en el lugar de los nombres. Los documentos del consentimiento informado y la entrevista se guardarán por separado, bajo llave, y utilizando métodos seguros. Al finalizar el estudio todos los documentos serán destruidos de forma segura. Solamente los investigadores podrán tener acceso a los datos. Ninguno de los datos personales será utilizado en publicaciones o congresos.

En una entrevista en grupo se comparte información muy personal. Confiamos en que los participantes respeten también la confidencialidad.

Compartir los resultados

Al finalizar el estudio, se compartirá con los participantes un resumen con los resultados del trabajo de investigación. Se publicarán también los resultados en revistas científicas y congresos para divulgar el conocimiento obtenido entre otras personas a quienes les pueda interesar y quizás aprendan de esta investigación.

Derecho a rechazar la invitación a participar o retirarse

No está obligado a participar en este estudio. Y si lo cree conveniente, puede elegir retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

También puede pedir revisar su información de la entrevista, clarificar lo que se ha dicho y modificar o eliminar las partes que considere oportunas.

Persona de contacto

Si tiene alguna pregunta puede hacerla en cualquier momento. Si surge después de la reunión, puede contactar a través de la dirección de correo electrónico antes citada.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, el cual se encarga de asegurarse de que los participantes del estudio estén protegidos y no sufran daños.

Consentimiento informado

He sido invitado a participar en el estudio sobre las competencias transculturales enfermeras a partir de las experiencias de usuarios inmigrantes y profesionales de enfermería.

Como participante:

Declaro haber leído o que se me haya leído la información, haber comprendido el contenido del documento y haber podido aclarar todas las dudas planteadas de manera comprensible y satisfactoria. Doy mi consentimiento voluntariamente para participar en este estudio y se me ha entregado una copia firmada de este documento de consentimiento. Me comprometo a no hablar del contenido de la reunión con otras personas de fuera del grupo.

Como investigador:

He leído con detenimiento la información del presente documento al potencial participante y me he asegurado, hasta donde llega mi capacidad, de que el participante lo haya comprendido, dándole la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y que todas ellas hayan sido respondidas correctamente. Confirmando que la persona no ha sido coaccionada para dar el consentimiento y que este se ha dado libre y voluntariamente.

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Código: _____

Nombre del investigador: _____

Firma

Firma

No aceptación de la participación en el estudio:

Retiro mi participación del presente estudio, basándome en mis derechos, sin consecuencias y sin necesidad de justificación alguna.

Lugar y fecha _____

Firma: