ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación “la Caixa”

NO TE ENTIENDO

“LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERIA Y LA POBLACIÓN INMIGRANTE”

Marta Barranquero Zorrilla
Encarna Dengra Guijarro
Marisol Ruiz Gutiérrez
Marta Vilà Sánchez

Proyecto presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería Edición 17ª (2005-2007)

Trabajo dirigido por el profesor:

Sr. Esteve Pont

Comisión evaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Concepció Ferrer	Vocal
Marisol Rodriguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 31-07-2007

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros amigos, familiares, Hospital Universitário de Bellvitge, compañeros y profesores del Máster de Administración y Gestión en Enfermeria (17ª Promoción).

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN…….....6-7

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN…….....8

3. MARCO TEÓRICO
3.1. INMIGRACIÓN
3.1.1. INTRODUCCIÓN……...9-18
3.1.2. EVOLUCIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA INMIGRACION EXTRANJERA.....18-28
3.1.3. LEGISLACIÓN……...19-31
3.1.4. ESTUDIO SOBRE LA POLÍTICA DE INMIGRACIÓN…….....31-38
3.1.5. SALUD……..38-40

3.2. COMUNICACION
3.2.1. DEFINICIÓN……41
3.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN…….....42-44
3.2.3. NIVELES DE COMUNICACIÓN.....45-47

3.3. MOTIVACIÓN
3.3.1. DEFINICIÓN……...47-49
3.3.2. MECANISMO DE REGULACION.....49-50
3.3.3. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN…….....50-52

3.4. ENFERMERIA TRANSCULTURAL: MADELINE LEININGER…….....53-66

4. HIPOTESIS.....67

5. PROCESO
5.1. METODOLOGÍA……..67

5.2. DESCRIPCIÓN……...67-72

5.3. RESULTADOS
5.3.1. INTRODUCCIÓN.....73
5.3.2. RESULTADOS PERSONAL ENFERMERÍA.....74-87
5.3.3. RESULTADOS USUARIOS EXTRANJEROS.....88-100
5.3.4. RESUTADOS ESTUDIO HISTÓRICO.....101-112

6 .CONCLUSIONES……113-116

7. PROPUESTAS.....117-120

8. BIBLIOGRAFÍA……121-124

9. ANEXOS……125-135

10 .FICHA Y RESUMEN.....136-149

1. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la **inmigración** está aumentando en el territorio español principalmente son sub-Americanos, sub-Saharianos, Marroquíes y Chinos, siendo Cataluña la región española con la tasa más elevada de la misma. El 22% de los 3.690.000 de inmigrantes vive en Cataluña.

Hay proyecciones sobre la evolución de la inmigración hasta el 2030, según el **Instituto de Estadística de Cataluña**, que prevén un aumento sostenido de la inmigración.

Hay que tener en cuenta los inmigrantes con otro perfil, como el jubilado alemán que vive en la costa, el estudiante inglés, el ejecutivo americano, por ejemplo.

El marco legal dentro del sistema sanitario español define que los extranjeros, independientemente de su situación administrativa, tienen las mismas condiciones que los nacidos en el país, según la Ley de Extranjería 4/2000, 8/2000, 8/2003.

Las dificultades del idioma afectan a la búsqueda de la atención sanitaria, cumplimiento de los tratamientos, etc..... Y por tanto puede influir en la salud.

Otra dificultad es la cultura. En algunas ocasiones cuando el idioma sea el mismo, como ocurre con la población de América Latina, la comunicación está dificultada por diferente cultura y la terminología, en concepto salud-enfermedad, en la expresión de los síntomas, etc.

También hay que tener en cuenta que el inmigrante no conoce el funcionamiento del sistema sanitario español.

Según grupos de investigación se sigue recurriendo a familiares o amigos para hacer de enlace entre los extranjeros que no hablan el idioma del país o de la región y los representantes de las instituciones públicas. Los inmigrantes por su parte valoran de forma positiva la atención sanitaria que reciben, pero refieren dificultades en la satisfacción de sus necesidades básicas. A esto hay que añadir la poca tradición española del dominio de las lenguas extranjeras.

Este desconocimiento, por parte de algunos inmigrantes acaba transformándose en desconfianza y resentimiento.

Creemos que la falta de recursos humanos y estructurales dificulta la tarea asistencial del personal de enfermería hacia los inmigrantes.

Esto hace que surjan numerosos interrogantes:

¿Cómo afecta a la relación profesional de enfermería/usuario el encuentro entre personas provinentes de diferentes culturas?

¿Cuáles son las percepciones de los profesionales sobre el cuidado del inmigrante?

¿Cuáles son los aspectos que requieren mayor atención?

¿Cómo conocer mejor esta nueva realidad?

¿Estamos preparados para afrontarla?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Identificar las dificultades del personal de enfermería y del usuario en relación con la barrera idiomática y cultural.

- Comprobar el grado de conocimiento de diferentes culturas e idiomas de motivación y satisfacción por parte del personal de enfermería.

- Proponer estrategias, medios e instrumentos para la mejora en la comunicación de los profesionales sanitarios.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. INMIGRACIÓN

3.1.1. INTRODUCCIÓN

El término extranjero designa “a las personas de un país que no es el propio del que habla”, a “la que es natural de otro país” o a “la que no tiene la nacionalidad del estado en el que reside”.

“Extranjero” es, de este modo, un atributo negativo que designa, como dice Eric Landowski, la no pertenencia a un grupo determinado. Lo importante en el conocimiento de quien “y en qué grado” es extranjero es, en consecuencia, la comprensión de los criterios que conforman o demarcan el país al cual aquél pertenece.

Se denomina refugiado a la persona que debe abandonar a la fuerza su hogar porque la persiguen, así sea individual o colectivamente, debido a problemas políticos, religiosos, militares o de cualquier índole. La definición de refugiado varía de acuerdo con la época y el lugar, la creciente preocupación internacional por la difícil situación de los refugiados ha generado un consenso general. La Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados (la Convención de los Refugiados), define a un refugiado como la persona que: "debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o no quiere acogerse a la protección de tal país o no quiere regresar a él a causa de dichos temores... "

La definición de la Convención de los Refugiados es empleada por organizaciones internacionales tales como las Naciones Unidas, este término se sigue empleando mal y con frecuencia se utiliza de manera contradictoria en el

lenguaje corriente. Los medios de comunicación, por ejemplo, a menudo confunden a los refugiados con las personas que emigran por razones económicas ("emigrantes por motivos económicos") y con grupos de perseguidos que permanecen dentro del país sin atravesar ninguna frontera "desplazados internos".

Las causas de persecución deben coincidir con uno de los cinco puntos siguientes que figuran en el Artículo 1 A (2) de la Convención de los Refugiados: raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social determinado u opiniones políticas.
Cuando el motivo de la persecución sea diferente, no se tendrá en cuenta.

RAZA

Subdivisión de la especie humana en grupos que por el color de la piel y otros caracteres se distinguen entre sí. Se emplea en el más amplio sentido e incluye a los grupos étnicos de población con una estructura familiar económica y social homogénea, y cuya unidad se base en una comunidad de lengua, de cultura y de conciencia de grupo.

RELIGIÓN

Conjunto de creencias y de dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad. En el campo de la sociología de las religiones, estudia el hecho religioso como fenómeno social; las condiciones de su existencia y de su desarrollo; las relaciones e influencias recíprocas que existen entre la/s religión/es y las otras áreas de la vida social (económica, política y cultural), el estudio de los grupos, de las instituciones, de los movimientos y de las conductas religiosas.

NACIÓN

Comunidad de individuos, asentada en un territorio determinado, con etnia, lengua, historia y tradiciones comunes y dotadas de conciencia de constituir un cuerpo étnico-político diferenciado.

NACIONALIDAD

Condición o cualidad de pertenecer a la comunidad de una nación. Incluye la ciudadanía de las personas. A la persecución de los grupos étnicos, lingüísticos y culturales dentro de una población también se la considera como persecución basada en la nacionalidad.

GRUPO SOCIAL DETERMINADO

Se refiere a las personas que comparten antecedentes, costumbres o posición social comunes. Por lo general, esta categoría comparte elementos con la persecución basada en alguno de los otros cuatro puntos.

Esta categoría se ha aplicado a las familias de los capitalistas, terratenientes, homosexuales, empresarios y antiguos miembros de las fuerzas militares.

OPINIONES POLÍTICAS

Se refiere a ideas que las autoridades no toleran, entre las que se incluyen las opiniones que enjuician los métodos y políticas gubernamentales.

Incluye las opiniones atribuidas a las personas (por ejemplo, cuando las autoridades creen que una persona profesa determinada opinión) aún en el caso de que dicha persona no piense así. Las personas que no han expresado sus opiniones políticas antes de huir del país podrían ser elegibles para el refugio si pueden demostrar la posibilidad de que cuando regresen a su patria los van a perseguir debido a sus opiniones.

El papel de las definiciones es fundamental cuando los países y las organizaciones tratan de precisar quién es refugiado y quién no lo es.

REFUGIADO

Persona que, a consecuencia de guerras, revoluciones, persecución, etc., vive fuera de su país. El refugiado no goza en el lugar de destino del mismo estatuto de la población autóctona, cuya nacionalidad no ha adquirido, y no puede o no desea gozar de la protección de su país de origen.

Los refugiados se distinguen de las personas desplazadas, en que aquellos han podido en cierto modo elegir el lugar de destino. Sin embargo, representan a menudo un segundo estadio en la readaptación de personas desplazadas que no han regresado a los territorios de origen.

Los solicitantes de asilo, o sea, aquellos que solicitan que se les considere como refugiados en otro país, por lo general deben demostrar de manera individual que su temor de ser perseguido está bien justificado y someterse a un proceso jurídico mediante el cual el país de destino decide si el peticionario es calificado como tal.

Sin embargo, en el caso de una afluencia colectiva, puede que no sea posible para el país anfitrión llevar a cabo un chequeo individual. En estas condiciones y en particular cuando los civiles huyen por causas similares, se puede declarar "en grupo" la condición de refugiado, mediante la cual todos los civiles de dicho grupo se consideran refugiados, a no ser que se demuestre lo contrario.

La ley internacional acepta el derecho de pedir asilo, pero no obliga a ningún Estado a concederlo. Hay ocasiones en que los países ofrecen "protección Tempora l" cuando enfrentan un ingreso repentino y colectivo de personas y los mecanismos regulares de asilo se saturan.

Por medio de este mecanismo las personas pueden ingresar de manera ágil en países seguros, pero sin ninguna garantía de obtener asilo permanente.

Por lo tanto, la "protección temporal" es útil tanto para los gobiernos como para los solicitantes de asilo en circunstancias especiales.

Aunque es tan sólo un complemento, no sustituye las amplias medidas contenidas en la Convención de los Refugiados.

Las organizaciones que ayudan y protegen a los refugiados generalmente proponen tres "soluciones duraderas" para mejorar la suerte de los refugiados:

1. **La repatriación voluntaria**
   El refugiado puede regresar a su país de origen porque cesaron las circunstancias que amenazaban su vida y libertad.
2. **La integración social**
   El gobierno del país de destino permite que el refugiado se integre al país donde solicita asilo por primera vez.

3. **La reubicación en un tercer país**
   La repatriación lo pondría en peligro y el país donde solicitó asilo por primera vez se niega a la integración local.

"El hecho migratorio"; migrar es un cambio brusco en la vida de las personas que les obliga a desarrollar su capacidad de adaptación a la nueva situación. No es sólo el cambio de lugar o de cruzar su frontera, sino que es un proyecto personal con el que se espera alcanzar mejores condiciones de vida. En la mayoría de casos es un proceso largo y dificultoso.

La investigación sociológica sobre las actuales migraciones poscoloniales se viene caracterizando, por un lado, por la prevalencia de unos trabajos empíricos con muy poca elaboración teórica que, estrechamente vinculados con las administraciones públicas y la forma que tienen de abordar el fenómeno migratorio, estudian las características y condiciones de vida y de trabajo de los migrantes, los problemas que provocan y/o padecen.

Por otro lado, se caracteriza por los intentos, ciertamente tímidos, aunque cada vez más importantes, de abordar de forma compleja y bien armada teóricamente los procesos que afectan o caracterizan a los movimientos migratorios.

Con todo, en esta creciente acumulación de estudios, la investigación empírica vuelve a centrarse fundamentalmente en las migraciones de trabajadores que desempeñan trabajos poco cualificados, y que se insertan en los lugares más bajos de la estructura social, sin que apenas se aborden las migraciones de cuadros y técnicos de empresas multinacionales, de funcionarios de organismo comunitarios e internacionales, de jubilados extranjeros, etc., que también tienen una presencia importante en la sociedad española de nuestros días.

Y, en definitiva, mientras algunos colectivos migrantes son profusamente estudiados (como sería el caso de marroquíes, senegambianos, filipinos o dominicanos) otros son sencillamente ignorados (chinos, paquistaníes, japoneses, alemanes o ingleses, por poner algunos ejemplos), correspondiéndose las investigaciones sobre los migrantes con el grado de visibilidad social de los mismos o, dicho de otro modo, del pánico moral que su presencia causa.

La inmigración, como ocurre con tantos otros fenómenos de la España contemporánea, no tiene historia. Se presenta como un fenómeno reciente y novedoso, sin ninguna relación con la previa experiencia migratoria secular que ha tenido como destino el continente americano, algunos países de Europa y en menor medida el norte de África, y que hacen que mantenga todavía grandes colonias y una considerable emigración de retorno. España es un país que se ha transformado, un país de emigración a un país de inmigración. No solo estamos ante un nuevo fenómeno demográfico, sino también ante la representación de una nueva y europea “España”.

Las causas que llevan a las personas a abandonar su país, hecho que se concibe como extraordinario y anómalo, se presenta como una decisión personal que viene motivada por la pobreza, el estancamiento económico y la sobrepoblación propias de los países de los que proceden.

Un hecho que ha llevado a D. Kubat y H-J Hoffmann-Norwotn (1981) a invertir el ángulo de reflexión, preguntándose no por qué algunos emigran, sino por qué no lo hacemos en mayor proporción.

Se piensa y trata la integración como algo a conseguir y a lo que se aspira, pues los migrantes constituyen, por definición, una presencia anómala, extranjera y marginal. Esta falta de integración sería consecuencia, por un lado, de la situación sociojurídica de "legalidad" en la que muchos migrantes se encontrarían, y por otro, de las grandes "diferencias culturales" que éstos presentan con respecto a la sociedad de instalación.

La "integración" se define como un proceso paulatino de incorporación en el que, lejos de imponer la renuncia a la propia cultura, se considera legítimo que los migrantes sigan conservando al menos algunas de sus pautas culturales.

La escuela representa un lugar emblemático de la integración social, por el efecto directo que tiene sobre los niños y por el efecto indirecto que tiene sobre sus padres. En este contexto, el integracionismo, vendría a postular "la unidad a través de la diversidad", de hecho, la igualdad de oportunidades acompañada de diversidad cultural.

Sobre la diversidad es difícil hablar uniformemente. Además las propias estrategias de inserción social de los inmigrantes presentan una gran pluralidad de registros que hacen saltar fácilmente los estereotipos que los medios de comunicación de masas difunden, generando una amplia gama de posibilidades de reacción de la opinión pública que va desde el rechazo hasta la acogida y el

respeto por la diferencia. También aquí hay que contemplar la influencia de la "memoria histórica" de las relaciones entre España y determinados colectivos (del Norte de África, de América Latina, etc.). En cierta medida, las estrategias de inserción de los inmigrantes tienen diferentes respuestas, adaptativas unas y provocativas otras, a las posiciones mostradas por los autóctonos.

Se pueden diferenciar **3 fases en el Proceso Migratorio**

1. **Partida. "Dar el salto"**

   En esta fase se incluyen todos los preparativos que implican la decisión de emigrar, la organización del desplazamiento, y la llegada, donde influyen factores como: la distancia a recorrer, si el emigrante se desplaza solo o en familia, la acogida; los trámites administrativos oficiales…etc. Cuando la inmigración es ilegal concurren otras diligencias más sórdidas.

   La llegada de los inmigrantes a nuestro país se produce en un contexto difícil, debido a la situación actual de irregularidad que marca muchas de estas llegadas, y la existencia de mafias y redes de explotación. Esta fase viene marcada por una gran precariedad e indefensión del inmigrante y por situaciones de gran dramatismo como las que a diario recogen los medios de comunicación. Entre los problemas más importantes asociados a esta fase está la incomunicación, debido a la barrera idiomática. Se describen también problemas de ansiedad, angustia y preocupación, a causa de la problemática que han dejado atrás pero de la que forman parte y por la inseguridad de la situación presente.

2. Contacto."Buscarse la vida"

Esta fase es de una gran intensidad, donde el inmigrante luchará por sobrevivir en un entorno duro, cuando no hostil. Es un estado o condición donde la persona no es un miembro complejo de ningún estatus: ya no es lo que era antes pero aún no ha alcanzado el nuevo estatus. En esta fase la persona se encuentra en "tierra de nadie". En este período el inmigrante tiene que sobrevivir.

La necesidad de regular su situación, de buscar trabajo, de encontrar una vivienda…etc.

Comprenderá que no ha llegado a ningún paraíso, sino que ha un país con problemas y dificultades y donde se incorporará a nivel más bajo de la escala social.

Los problemas asociados en esta fase son: la soledad, tristeza, exclusión, desvalorización, desarraigo, duelo…etc. Aquí el inmigrante tendrá que utilizar los mecanismos de adaptación.

3. Adaptación."Acomodarse"

En esta fase la persona mediante las diferentes formas de integración, asimilación, segregación…etc., se incorpora a su nuevo estatus social, encuentra un hueco en la sociedad de acogida, de tal forma que la diferencia cultural pasa a ser algo secundario o que no dificulta la convivencia. En esta fase el inmigrante se inserta en la sociedad de acogida, después de haber resuelto las necesidades más básicas que garanticen su supervivencia. Los problemas que aparecen en esta etapa se relacionan con los dilemas identitarios. Por otro lado, la llegada de la segunda generación inmigrante provocará situaciones de conflictos intergeneracionales, donde los hijos de los inmigrantes sufren crisis de desvaloración que pueden llegar a provocar la negación de la cultura de origen. Surge también el planteamiento o al renuncia al retorno.

Cada una de estas fases se vivirá de forma diferente en función de la personalidad del inmigrante, de la cultura a la que pertenece y sobre todo de las condiciones específicas del lugar de acogida.

3.1.2. EVOLUCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA INMIGRACIÓN EXTRANJERA

INMIGRACIÓN

Migración considerada desde el punto de vista del lugar de destino de los individuos desplazados.

INMIGRAR

Llegar a un país para establecerse en él.

Las migraciones solían estar motivadas por la diferencia existente en la relación población - recursos entre dos o más espacios geográficos comunicables, por esta razón los lugares de inmigración suelen ser las tierras de colonización o las áreas urbanas.

LA INMIGRACIÓN URBANA

Movimiento migratorio que actualmente y sobre todo en las sociedades industriales, se origina casi exclusivamente en el éxodo rural.

Es directamente proporcional al crecimiento económico y al aumento demográfico de la ciudad. Cabe destacar por otro lado, que si, la inmigración es atraída por la ciudad, el lugar de la instalación de los emigrantes generalmente no es la ciudad, sino áreas suburbanas, estableciéndose en guetos, los cuales se encuentran con problemas sociales, urbanísticos e higiénico-sanitarios derivados por un rápido crecimiento de la población.

En Cataluña a lo largo de la historia se han producido desde la Edad media una serie de vacíos demográficos comenzando por la epidemias del siglo XIV; que se

fue restableciendo lentamente a partir del siglo XVI, en parte por movimientos migratorios domestico - internos, en parte por la entrada de occitanos sobre todo gascones.

Después de la Paz de los Pirineos (1659) se inicia un cambio, si hasta ahora la población de Occitanía, Llenguadoc y alvernesos eran entre un 10 y un 15 % de la población del litoral y pre-litoral en la Cataluña Vieja incluso en la Cataluña Nueva Lleida.

En el siglo XVIII y como consecuencia de la derrota de la guerra de sucesión la emigración se redujo a comarcas concretas.

En el siglo XIX la inmigración aragonesa entra desde Lleida y Valencia hacia Manresa y Barcelona. En el decenio 1877 a 1887 llegan a Barcelona los primeros murcianos y se registran alrededor de 4000 personas.
A comienzos del siglo XX la principal región preceptora fue Cataluña seguida por Valencia, estableciéndose en el Barcelonés, Valles Occidental en toda la región de Barcelona y el eje del Llobregat.

Entre los años 1920 y 1970 Cataluña recibe la oleada más grande de inmigración de su existencia, estimable en dos millones de personas.
El primer decenio, el de los años 20, un ciclo expansivo en la industria y los transportes, coincidió con crisis agrarias y mineras en las regiones mediterráneas de lengua catalana. Hecho que provocó la primera inmigración a gran escala (322.000 inmigrantes).
El quinquenio 1931-1935 una gran crisis económica revaloriza el campo y retorna emigrantes de América.
En 1936-1940, las duras perdidas de población ocasionadas por la guerra civil, fueron compensadas.
Entre los años 1963 y 1964 hay una gran oleada de inmigrantes de hasta 100.000 personas.

Los inmigrantes más numerosos proceden de Murcia, aunque se establecen de distintas parte del país, andaluces, estremeños, de la meseta, islas Baleares, etc.

Las dos principales zonas de concentración de inmigrantes son Cataluña y Madrid, donde vive el 47% de los extranjeros y apenas el 29% de la población total. El análisis de la distribución por nacionalidades muestra que los originarios del Tercer Mundo residen preferentemente en Cataluña y Madrid (el 54%), mientras que los procedentes del "primer mundo" se establecen más frecuentemente en Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias o Baleares (el 50%). Estos buscan zonas turísticas, próximas al mar.

Respecto a las principales nacionalidades del "tercer mundo" presentes en España existen los siguientes perfiles destacados:

- Una fortísima concentración en una única provincia. Es el caso de los paquistaníes en Barcelona (el 69%) y el de los polacos en Madrid (el 62%).
- Especial concentración en Madrid y Cataluña. Destacan aquí los inmigrantes filipinos (78%), dominicanos (71%) y chinos (61%).

En el conjunto de la población extranjera existe un predominio de los hombres (55'3%) sobre las mujeres (44'7%), que se ha incrementado durante los últimos años. Pero existen diferencias importantes entre colectivos extranjeros: en general, los grupos con predominio femenino proceden de América Latina y los de mayoría masculina del continente africano. Los mayores índices de feminización los encontramos en el caso de los inmigrantes de Brasil y República Dominicana, Guinea Ecuatorial, México, Rusia, Venezuela, Filipinas, Colombia, Perú y Cuba.

El predominio masculino es marcado entre los inmigrantes procedentes de: Pakistán, Senegal, Argelia, Nigeria, Marruecos, Gambia, Rumania, Italia, Bulgaria, India, Portugal y China.

En relación a la población total, las mujeres representan el 2'7% y los varones el 3'4%.

En los últimos cinco años se ha producido un incremento de la importancia de los adultos-jóvenes (entre los 25 y 44 años); esto significa que el gran crecimiento de la inmigración posterior a 1996 lo han protagonizado principalmente personas de ese tramo de edad.

La evolución reciente de la población extranjera en Cataluña

El boom migratorio del primer quinquenio del siglo XXI

La evolución de los movimientos migratorios en Cataluña desde el año 2000 se ha caracterizado por su inusitada intensidad y se ha convertido, sin duda, en un verdadero boom migratorio. Esto significa, para el resto de España, confirmar el país como un lugar receptor de inmigrantes y deja atrás una historia, demográficamente hablando, marcada secularmente por la emigración. Los niveles conseguidos dejan atrás cualquier previsión realizada cuando la inflexión fue anunciada, y hoy España se sitúa entre los principales países de la Unión Europea en la proporción de extranjeros sobre el total de la población, el 8'5% según los últimos datos disponibles, correspondientes al padrón continuo de población del 2005, cuando el año 1999 sólo representaban el 1'8%.

Para Cataluña, desde el 1999 la población extranjera se ha multiplicado por cinco, y ha llegado al 1 de enero de 2006 (según datos no oficiales de la

Secretaria para la emigración de la Generalitat de Catalunya) a las 939.321 personas empadronadas de nacionalidad extranjera, que constituyen el 13'13% de toda la población empadronada.

Los cambios de este quinquenio excepcional no se han limitado al crecimiento espectacular del volumen, han ido acompañados de la diversificación en los orígenes de los emigrantes y en una alteración significativa en la estructura por sexos y edad.
Estos cambios han sido condicionados por las demandas de nuestro mercado de trabajo, por las transformaciones sociodemográficas del país y por las modificaciones que ha experimentado el marco legal.

Hechos que explican la evolución reciente de los flujos migratorios más que no de la existencia de factores exógenos que fomentarían la disposición en la emigración en terceros países.

Este último año 2005, por ejemplo, el proceso de normalización de trabajadores extranjeros así como la nueva normativa que afecta el proceso de renovación patronal de los extranjeros no comunitarios con permisos de residencia temporal, tienen que renovar su padrón cada dos años.

Estos son dos cambios legales que han condicionado la evolución anual en cifras de emigrantes.

Población total, extranjera y nacida en el extranjero, según diversas fuentes de datos. Cataluña, 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Población extranjera							
Censo (1/11/2001)		310307					
Padrón continuo	181590	257320	382020	543008	642846	798904	939321
Permisos de residencia	183736	214996	280167	328461	383938	462046	603636
Tarjetas estudiantes	5300			7363	11926		
Población alta SS[1]	90006	123290	164665	200018	234969	244032	377855
Población nacida **en el extranjero**							
Censo (1/11/2001)		388576					
Padrón continuo	253050	335862	461251	623947	725384	878890	1024569
Total población							
Censo (1/11/2001)		6343110					
Padrón continuo	6261999	6361365	6506440	6704146	6813319	6995206	7151851
Altas SS[1]	2769100	2859200	2928200	2998700	3073300	3082500	3260000
Población extranjera							
Censo (1/11/2001)		4,9					
Padrón continuo	2,9	4	5,9	8,1	9,4	11,4	13,1
Permisos de residencia	2,9	3,4	4,3	4,9	5,6	6,6	8,4
Población alta SS[1]	3,3	4,3	5,6	6,7	7,6	7,9	11,6
% población nacida en el extranjero							
Censo (1/11/2001)		6,1					
Padrón continuo	4	5,3	7,1	9,3	10,6	12,6	14,3

[1] SS: Seguridad Social.

Fuente: Censo (datos del 1/11/2001): IDESCAT, a partir de datos del INE; padrón continuo (datos del 1 de enero). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

¿Cuántos emigrantes de nacionalidad extranjera viven en Cataluña?

Según el Institut d'Estadística de Cataluña (IDESCAT), 2006: datos proporcionados por la Secretaría de la Immigració de la Generalitat de Catalunya.

Evolución de la población de nacionalidad extranjera empadronada. Cataluña y provincias, 2000-2006

Província	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Barcelona	121.375	182.242	275.892	398.459	469.236	569.305	659.424
Girona	34.933	40.314	53.668	69.550	79.133	100.367	119.635
Lleida	9.451	11.033	17.111	24.107	31.370	45.144	55.051
Tarragona	15.831	23.731	35.349	50.892	63.107	84.088	105.211
Catalunya	**181.590**	**257.320**	**382.020**	**543.008**	**642.846**	**798.904**	**939.321**
% Población total	2'9%	4'0%	5'9%	8'1%	9'4%	11'4%	13'1%

Evolución de la población extranjera empadronada, por sexos. Cataluña y provincias, 2000-2006.

Sexo	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Hombres	96.452	140.279	211.878	301.768	353.395	442.480	518.850
%	53,10%	54,50%	55,50%	55,60%	55,00%	55,40%	55,20%
Mujeres	85.138	117.041	170.142	241.240	289.451	356.424	420.471
%	46,90%	45,50%	44,50%	44,40%	45,50%	44,60%	44,80%
Total	**181.590**	**257.320**	**382.020**	**543.008**	**642.846**	**798.904**	**939.321**

Población de nacionalidad extranjera según el país de nacimiento. Cataluña 2006.

Lugar de nacimiento	Número	%
Marruecos	173.812	18,50%
Ecuador	87.775	9,30%
España	54.100	5,80%
Rumania	51.089	5,40%
Argentina	50.985	5,40%
Colombia	45.222	4,80%
Bolivia	34.981	3,70%
Resto países	441.357	47,00%
Total nacionalidad extranjera	**939.321**	**100%**

Ranking de las 10 nacionalidades extranjeras más numerosas. Cataluña, 2006.

Nacionalidad	número	%
Marruecos	194.874	20,70%
Ecuador	90.475	9,60%
Rumania	52.600	5,60%
Colombia	45.410	4,80%
Argentina	39.794	4,20%
China	35.630	3,80%
Bolivia	35.590	3,80%
Italia	31.815	3,40%
Perú	30.697	3,30%
Pakistán	26.386	2,80%
Restos de Nacionalidades	356.050	37,90%
Total Nacionalidad extranjera	**939.321**	**100%**

Presencia de la población de nacionalidad extranjera en los municipios catalanes, 2006.

Municipio	Población extranjera	% Total de extranjeros a Cataluña	Extranjeros/Población total municipio
Barcelona	245.576	26,10%	15,30%
L'Hospitalet de Llobregat	49.610	5,30%	19,40%
Badalona	28.872	3,10%	13,10%
Terrassa	22.257	2,40%	11,20%
Sta. Coloma Gramanet	20.592	2,20%	17,30%
Lleida	19.109	2,00%	15,00%
Sabadell	19.063	2,00%	9,50%
Mataró	16.914	1,80%	14,30%
Tarragona	16.741	1,80%	12,60%
Reus	15.495	1,60%	15,00%
Resto de municipios catalanes	485.092	52%	-
Total extranjeros Cataluña	**939.321**	**100%**	**13,10%**

Concesiones de nacionalidad española a los ciudadanos extranjeros. Cataluña y provincias, 2004.

Provincia	Total concesiones extranjeros	% Total concesiones
Barcelona	8.124	80,00%
Girona	1.217	12,00%
Lleida	276	2,70%
Tarragona	536	5,30%
Cataluña	10.153	100%

Evolución de los matrimonios celebrados con al menos un cónyuge de nacionalidad extranjera. Cataluña, 2001-2004.

	2001	2002	2003	2004
Los 2 extranjeros	375	761	1402	1682
Hombre extranjero-mujer española	834	1079	1442	1764
Mujer extranjera-hombre español	1230	1690	2427	2848
Total al menos un cónyuge extranjero	**2439**	**3530**	**5271**	**6294**

Evolución de los nacimientos con al menos un progenitor de nacionalidad extranjera. Cataluña, 2001-2004.

	2001	2002	2003	2004
Total nacimientos Cataluña	65081	68546	73214	76968
% sobre total nacimientos	14,50%	17,50%	20,10%	23,00%
Padre extranjero-madre española	2222	2527	2648	3125
Madre extranjera-padre español	1667	2046	2425	2722
Total al menos un progenitor extranjero	**9459**	**12027**	**14682**	**17737**

Evolución de la población extranjera en alta en la Seguridad Social según el régimen de cotización. Cataluña, 2004-2006.

		General	Autónomos	Agrario	Hogar	Mar	Carbón	Total
2004	Número	174449	18502	10404	12148	189	4	**215696**
	%	80,90%	8,60%	4,80%	5,60%	0,10%	0%	**100%**
2005	Número	214629	22462	10885	13193	274	6	**261449**
	%	82,10%	8,60%	4,20%	5,00%	0,10%	0%	**100%**
2006	Número	283832	27067	13798	52864	286	8	**377855**
	%	75,10%	7,20%	3,70%	14,00%	0,10%	0%	**100%**
Crecimiento 2004-2006		**62,70%**	**46,30%**	**32,60%**	**335,20%**	**51,30%**	**100%**	**75,20%**

Fuente: datos del IMSERSO en enero 2004. 2005: datos del OPI (14/1/2005); 2006: datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (31/12/2005).

Alumnos totales y extranjeros según el ciclo educativo. Cataluña, curso 2004-2005.

Ciclo educativo	Total extranjeros	Total alumnos	Peso alumnos extranjeros	Distribución alumnos extranjeros
Educación infantil	20178	264355	7,60%	21,80%
Educación primaria	40254	368106	10,90%	43,60%
ESO	23596	259530	9,10%	25,50%
Bachillerato	3738	89751	4,20%	4,00%
C.F. Grado Medio	2017	34779	5,80%	2,20%
C.F. Grado Superior	1887	39048	4,80%	2,00%
Educación Especial	699	6716	10,40%	0,80%
Total	**92369**	**1062285**	**8,70%**	**100,00%**

3.1.3. LEGISLACIÓN

Ley de Extranjeria

La Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en el estado español y su integración social constituye el marco jurídico actual sobre la situación de los inmigrantes en nuestro país. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencias cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta la alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto.

El elemento clave que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes extranjeros se centra en la obtención del empadronamiento en sus localidades de residencia, y la vinculación de este procedimiento con la tramitación de la tarjeta sanitaria individual como documento de acceso al sistema público de salud.

Estatuto de autonomía de Cataluña

Artículo 138.Inmigración

Corresponde a la Generalitat en materia de inmigración:

- La competencia exclusiva en materia de primera acogida de las personas inmigradas, que incluirá las actuaciones socio-sanitarias y de orientación.

- El desarrollo de la política de integración de las personas inmigradas en el campo de sus competencias.

- El establecimiento y la regulación de las medidas necesarias para la integración social y económica de las personas inmigradas y para su participación social.

- El establecimiento por ley de un marco de referencia para la acogida e integración de las personas inmigradas.

- La promoción y la integración de las personas regresadas y la ayuda a las mismas, impulsando las políticas y las medidas pertinentes que faciliten su regreso a Cataluña.

Corresponde a la Generalitat la competencia ejecutiva en materia de autorización de trabajo de los extranjeros cuya relación laboral se desarrolle en Cataluña. Esta competencia, que se ejercerá en necesaria coordinación con la que corresponde al Estado en materia de entrada y residencia de extranjeros, incluye:

- La tramitación y resolución de las autorizaciones iniciales de trabajo por cuenta propia o ajena.

- La tramitación y la resolución de los recursos presentados con relación a los expedientes a que se refiere al punto anterior y la aplicación del régimen de inspección y sanción.

Corresponde a la Generalitat la participación en las decisiones del Estado sobre inmigración con especial trascendencia para Cataluña y, en particular, la participación preceptiva previa en la determinación del contingente de trabajadores extranjeros a través de los mecanismos previstos en el título V.

Artículo 40.8. Protección de las personas y de las familias.

Los poderes públicos deben promover la igualdad de todas las personas con independencia de su origen, nacionalidad, sexo, raza, religión, condición social u orientación sexual, así como promover la erradicación del racismo, del antisemitismo, de la xenofobia, de la homofobia y de cualquier otra expresión que atente contra la igualdad y la dignidad de las personas.

3.1.4. ESTUDIO SOBRE LA POLÍTICA DE INMIGRACIÓN EN CATALUÑA

El estudio realiza unas consideraciones generales y unas propuestas de líneas de actuación. La Comisión considera que la concreción para su aplicación corresponde a otras instancias políticas y sociales, incluido el propio Parlamento, y no a la Comisión de Estudio.

- **Políticas, actuaciones**

  Al tratar el tema de la inmigración conviene tener en cuenta que la determinación de unas políticas y unas actuaciones adecuadas pone en evidencia, en la mayor parte de sus aspectos, las insuficiencias del Estado del bienestar, que debería suministrar bienes y servicios para el conjunto de la población, incluida la población de reciente inmigración. Si bien existen aspectos específicos a tratar respecto a la inmigración, es preciso recordar que la correcta atención a las necesidades básicas, tales como la educación, las condiciones laborales, la vivienda o la sanidad, deberían permitir mejores condiciones de vida para todos los ciudadanos y, lógicamente, también para los recién llegados.

§ Política de asentamiento

Es preciso facilitar el establecimiento en el país de las personas que lo desean.

De cara a la persona extranjera, esto querría decir flexibilidad de fronteras y, en general, la regularización y el empadronamiento de las personas en los municipios en donde se asienten, de conformidad con la legislación vigente.

Todo ello para normalizar al máximo la presencia de los recién llegados y favorecer su fluidez en el ir y venir, la libre opción de residencia y el juego de las redes migratorias.

La migración ha de gestionarse. Sería precisa una política amplia de concesión de visados, sin distinción de procedencias, junto con una política de información en los países de origen mayoritario de los inmigrantes, facilitada a través de oficinas bien equipadas.

El reagrupamiento familiar no sólo debería permitirse sino también facilitarse.

Las personas que se hallen en Cataluña de forma explícitamente temporal o externa, lo cual no quiere decir que su situación no pueda derivar más adelante hacia un asentamiento, deben disponer de los derechos sociales básicos y deben cumplir también sus obligaciones con el país en donde se hallan.

§ Política de educación

La política de educación tiene que ser una medida fundamental; educación humanística, técnica, profesional y eficiente para todos. Hay que poner los medios necesarios para garantizar que los niños autóctonos tengan presente la memoria colectiva de su país y para que los recién

llegados conozcan la lengua y la sociedad que los acoge que será también la suya. El sistema educativo debería asegurar que todos los escolares recibirán una educación en valores que permita interiorizar los principios de igualdad, civismo, ciudadanía y, en general, los derechos humanos. Habría que revisar los programas educativos en la línea de asegurar el tratamiento correcto de los temas que afectan a otros países y su relación con el nuestro.

Esto, siempre necesario, es ahora más urgente, dada la mayor pluralidad de procedencias del alumnado. Es preciso dedicar especial atención a las mujeres inmigrantes provenientes de países con tradiciones diferentes que las del país donde llegan.

La educación y la formación pueden tener un papel muy importante para hacer evolucionar las mentalidades, tal como han evolucionado entre nosotros en pocos años.

§ **Política laboral:**

La inserción laboral es un elemento clave para la integración, tener un lugar de trabajo retribuido es para muchos el principal elemento para la integración en una comunidad, la precariedad genera inestabilidad para la persona y la sociedad.

La formación continua de los inmigrantes, la adecuación reglamentaria para que un inmigrante con trabajo pueda ser contratado legalmente en el período más breve posible, son circunstancias que favorecen la integración y la estabilidad laboral y social. Habría que agilizar, por lo tanto, los trámites para resolver con diligencia los permisos de residencia y de trabajo de las personas que reúnen todos los requisitos legales para ser contratadas.

En esta misma línea, debería considerarse la posibilidad de que las personas que disponen de un permiso de residencia puedan optar sin más requisitos legales a un empleo.

§ **Política de vivienda y urbanismo:**

Si el acceso a la vivienda es posible y se extiende sobre el territorio, la concentración de gente de un solo origen -en circunstancias normales, harto probable- tendría entonces un carácter no forzado sino de agrupación deseada y no tendría el aspecto negativo, segregativo, del gueto.

Es en algunos pueblos y barrios donde se vive más intensamente el impacto de la inmigración y es en estos lugares donde ha de ser un objetivo principal conseguir que el nivel de calidad no se deteriore. En general, los inmigrantes van a los barrios en donde la vivienda es más barata, que acostumbran a ser los pueblos y barrios que ya han vivido una degradación urbanística.

Si ahora aumenta en ellos el número de personas y, por lo tanto, de necesidades, la degradación será superior y puede poner en peligro su cohesión social e identidad. Hay que trabajar para que los pueblos y los barrios recuperen y mantengan un nivel de calidad en aspectos como el urbanismo, la enseñanza, la sanidad, la limpieza, la seguridad, etc., lo que beneficiará a los inmigrantes y a los autóctonos.

§ **Política de sanidad y de acceso a los servicios sociales:**

Debe garantizarse el acceso a la sanidad. En cualquier caso, hay que facilitar la información necesaria para que dicho acceso sea conocido y utilizado. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las dificultades que los profesionales pueden hallar para comunicarse con algunos sectores de la población en cuanto a la comprensión de la enfermedad, la explicación de sus síntomas, los itinerarios terapéuticos o los hábitos alimentarios o higiénicos pueden acentuarse en el caso de la inmigración por razones idiomáticas y de tradición cultural. Son aspectos que hay que tener presentes tanto en lo que se refiere al diagnóstico como en lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades, a fin de que las recomendaciones que se den puedan ser asumidas y seguidas.

Convendría que los profesionales considerasen estas cuestiones y, probablemente, podría proporcionarse una formación adecuada en este sentido.

Por otro lado, hay que garantizar el acceso de los inmigrantes a los servicios sociales existentes, que deben disponer de recursos suficientes para poder actuar para toda la población en situación de necesidad, tratando de evitar que la gente considere que se privilegia a los inmigrantes.

§ **Acción política, de gobierno y administrativa:**

No hay que centrarse únicamente en las regulaciones, también poner el acento en las actuaciones. Las administraciones deben dotarse de los instrumentos necesarios para el conocimiento riguroso de la inmigración, respecto a la procedencia de los diferentes flujos migratorios y a su

evolución cuantitativa, así como sobre los aspectos relativos al nivel de integración de la personas migradas en la sociedad que los acoge: situación administrativa, laboral, económica, familiar, educativa, sanitaria, de género, de conocimiento de las lenguas, de acceso a la cultura y a los bienes y servicios públicos. El conocimiento de estas materias ha de conseguirse mediante la colaboración entre todas las administraciones y con las distintas entidades de la sociedad civil.

Es preciso potenciar la presencia y la participación de la Generalitat en el Consejo Superior de Política de Inmigración, y garantizar que las competencias de éste comprendan, además de la fijación de las líneas fundamentales de la política de integración de los inmigrantes, el establecimiento de los contingentes.

Es aconsejable, además, crear un órgano de participación en las decisiones del Estado sobre política de inmigración, o ampliar las funciones y competencias de los meramente destinados al intercambio de información.

Las causas estructurales están en la base de los desequilibrios entre países pobres y países ricos, siendo uno de los factores desencadenantes del fenómeno migratorio.

En consecuencia, la Generalitat debe arbitrar políticas de cooperación al desarrollo de los países del llamado Tercer Mundo e incrementar las ya promovidas. Tales iniciativas no deberían presentarse como acciones que, por sí mismas, podrían interrumpir los actuales flujos migratorios hacia las sociedades industrializadas, cuyos determinantes son varios y de gran complejidad.

§ **Requerimientos adicionales:**

La primera cuestión sería evitar magnificar la inmigración, tratar de situarla en sus justos términos y separarla de otras cuestiones que tienen entidad propia y diferenciada y que pueden dificultar mucho la articulación social, incluso al margen de la inmigración, como son: las desigualdades económicas y sociales, el paro, el urbanismo especulativo, los abusos de poder.

Un paso concreto en esta dirección sería instar a un tratamiento adecuado del hecho inmigratorio en los medios de comunicación, de manera que se eviten las distorsiones y trivializaciones del tema y se fomente el conocimiento de las culturas de procedencia de los principales grupos de inmigración.

También sería conveniente revisar el uso del término “mestizaje” (que en si mismo parece un término racista), y no confundir los intercambios y las interrelaciones entre personas y pueblos con una homogeneización importada, ni con la dimisión de los propios referentes de origen. Una pluralidad real sólo se consigue con años de convivencia constructiva.

Palacio del Parlamento, 8 de junio de 2001.
Resolución 858/VI del Parlamento de Cataluña, por la que se aprueba el Documento de la Comisión de Estudio sobre Política de Inmigración en Cataluña.

El Pleno del Parlamento, en sesión celebrada el día 27 de junio de 2001, a propuesta de la Mesa y de la Junta de Portavoces, ha debatido el Documento de la Comisión de Estudio de la Política de Inmigración en Cataluña.
Finalmente, de acuerdo con los artículos 49.3 y concordantes del Reglamento, y por unanimidad, ha adoptado la siguiente.

Resolución:

El Parlamento de Cataluña aprueba el Documento de la Comisión de Estudio sobre la Política de Inmigración en Cataluña.
Palacio del Parlamento, 27 de junio de 2001.

3.1.5. SALUD

El aumento de la población extranjera (regularizada /no regularizada) más dificultades inherentes a factores idiomáticos, culturales y sociales de algunos de los ciudadanos, conlleva dificultades para la planificación de servicios de salud y para la puesta en marcha de programas y estrategias en el ámbito de la salud pública.

Este contacto intercultural reviste especial significación e importancia cuando se produce en el campo de la atención sanitaria; porque la enfermedad y su cuidado tienen diferentes interpretaciones culturales y porque el proceso migratorio se acompaña de problemas específicos de salud.

La medicina puede variar en cada cultura. Nosotros tenemos el sistema médico occidental, las otras culturas tienen otros sistemas de salud, que muchas veces son vistos como inferiores y no científicos. Lo que para nosotros es"diferente", "primitivo" o"exótico", para la otra cultura puede ser lo más válido.

Los inmigrantes no pueden ser tratados de modo homogéneo, dado que sus contextos geográficos, su situación administrativa y sus especificidades a nivel de: género, idioma, cultura, religión y economía determinan necesidades y aproximaciones diferentes. Hay que abordar esta diversidad desde la óptica de la relación de ayuda, tratando de entender y de satisfacer en la medida de lo posible las demandas de nuestros clientes.

Entre las prioridades en salud de las poblaciones inmigrantes hay que destacar:

- Trastornos mentales relacionados con las difíciles condiciones sociales. Con frecuencia, al pensar en las necesidades de salud de los inmigrantes extranjeros, se olvidan elementos relacionados con trastornos psicosomáticos y de salud mental. Así, se ha observado como un elevado % de las consultas realizadas por estos usuarios acostumbran a ser cefaleas, precordalgias, depresión infelicidad y frustración.

- Las necesidades de salud materno-infantil, con el incremento de natalidad de las madres de origen extranjero, el aumento en embarazos adolescentes en jóvenes inmigrantes, y la progresiva feminización del fenómeno migratorio.

- La utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante determina una disminución de las estancias medias vinculadas a la mayor carga asistencial de los servicios de ginecología-obstetricia, pediatría y urgencias.

- El considerable aumento de los casos de tuberculosis y el progresivo incremento relativo de los casos de sida.

Existen también clasificaciones específicas de enfermedades infecciosas.

En los últimos años se han publicado diversos trabajos que contribuyen a romper el tópico que establece que “los inmigrantes nos traen enfermedades, confirmándose que se trata esencialmente de poblaciones jóvenes y en buen estados de salud”; “no emigra el que quiere sino el que puede”. Estamos ante una población que, en su mayoría, goza de buena salud, porque vienen los más animosos, los más decididos y más capaces de enfrentarse a una aventura que busca sacarles de su miseria a ellos y a sus familiares.

Con ello, es posible afirmar que a su llegada los inmigrantes extranjeros no constituyen grupos de riesgo específicos, siendo, si acaso, las situaciones de marginación, soledad, nacinamiento y pobreza con las que se enfrentan durante el proceso migratorio, las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades.

Así mismo, la mayor parte de las enfermedades importadas por inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante, habituado a exposiciones parasitarias o de otro tipo, es mucho menor que cuando afectan a personas no inmunes, como cooperantes de viajeros que se desplazan hacia los países de origen de estas enfermedades.

Determinadas enfermedades transmisibles como la TBC / SIDA presenten valores elevados de prevalecía de infección y de incidencia de enfermedad de algunos sectores de la población inmigrante.

De esto no se puede concluir que la elevación de estas tasas ocurridas en nuestro país en los últimos años, pueda explicarse parcial o totalmente por el fenómeno migratorio. Si estos comentarios se hacen a la inversa favorecen la exclusión y la xenofobia.

También es importante conocer con mayor precisión los datos referidos a estas personas en relación a aspectos como el cumplimiento de los tratamientos, lo cual debe contribuir a mejorar las estrategias para la prevención y el control de estas enfermedades.

La percepción de los inmigrantes del cuidado de la salud en nuestro país, ellos focalizan sus quejas en aspectos como; los cuidados íntimos realizados por personal masculino, la comida, la reglamentación de las visitas, la frialdad del parto y la visualización del cuerpo y de la intimidad.

3.2. COMUNICACIÓN

3.2.1. DEFINICIÓN

Acción y efecto de comunicar o comunicarse. Acción de comunicarse con alguien, generalmente a través del lenguaje, intercambio verbal entre un locutor y un interlocutor. Para ello es necesario un emisor, o sea un individuo que emite una serie de sonidos conocidos mediante un lenguaje o idioma que son interpretados por el receptor, es decir, la otra persona.

La comunicación es el proceso de intercambio de datos, opiniones en forma de mensajes entre los individuos y los pueblos. Se trata de transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor.

El significado de la comunicación está en las personas, no en las palabras y como las personas adquieren experiencias distintas, su forma de captar, interpretar y proyectar lo que han captado del otro es muy particular, peculiar y a veces distinta.

Únicamente a través de un buen feedback, al contenido, al sentimiento y a la demanda de nuestro interlocutor, podremos saber si hablando lo mismo, decimos lo mismo.

Esto nos lleva a intentar una definición de comunicación, y así la podríamos definir cómo un proceso continuo y dinámico, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción.

3.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN

LA PERCEPCIÓN

Para percibir es preciso sentir, interpretar y comprender el mundo en el cual uno vive. La percepción es pues, un gesto personal e intenso.

LOS VALORES

Los valores están muy ligados con la autoestima e influyen de gran manera en el proceso de la comunicación, porque lo mismo que las percepciones son diferentes para cada uno, intentamos interponerlos a nuestro interlocutor. Los sistemas de valores difieren de unas personas a otras por múltiples razones: la edad, la transición de la infancia a la adolescencia, el mundo del trabajo, los estudios, la situación de pareja, las relaciones parenterales, la educación recibida, etc. Son factores que modifican u orientan de forma diferente la vivencia de los valores personales.

La historia vital, que se refiere a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre historias vitales, individuales pero no generales.
El desarrollo es influenciado por múltiples factores:

- La maduración: la aparición de pautas de comportamiento determinadas biológicamente. Ejemplo: caminar.
- La experiencia pasada y presente.
- La familia.
- La cultura.
- El ambiente en el que nos criamos.
- Y cualquier hecho anormal que pueda ocurrir en nuestra vida.

Algunas precisiones terminológicas:

Curso vital

Carácter concreto de una vida, desde su nacimiento hasta su muerte.

Curso

Indica secuencia, flujo temporal (relaciones amorosas, buenas y malas épocas, etc.).

Ciclo vital

Sugiere una idea más amplia que la del curso vital. La imagen de ciclo apela a la existencia de un orden subyacente al curso de la vida humana. Aunque cada vida individual es singular, todas atraviesan básicamente la misma secuencia.

Etapas de la vida

Una etapa es un segmento relativamente estable del ciclo vital. Aunque en modo alguno es unitario o estático.

LAS CREENCIAS

Pueden influirnos en nuestra manera de comunicar, de tres formas distintas:

- Racionales, las que están basadas en evidencias conocidas.
- Ciegas, las que uno adquiere en ausencia de toda evidencia
- Irracionales, las que uno conserva a pesar de las evidencias contrarias.

LOS ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES

Cada sociedad y cada cultura suministran a sus miembros su propia explicación, sobre las estructuras y sobre el significado que le da a las cosas.
La comunicación esta íntimamente relacionada con los aspectos sociales y culturales. La cultura enseña a los individuos cómo comunicar a través del lenguaje, gestos, la comida, el vestido, forma de utilizar el espacio, etc.

Los aspectos familiares

Para entenderlo podemos estudiar la familia, situaciones críticas, como la autoestima, el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para la comunicación

El estado de ánimo de cada persona

Nuestro estado de ánimo nos condiciona en nuestras relaciones, cansancio, preocupaciones, ansiedades y miedos.
Los elementos de la comunicación humana son fuente, emisor o codificador, receptor o decodificador. Fuente es el lugar de donde emana la información, los datos, el contenido que se enviará, en conclusión de donde nace el mensaje primario.

3.2.3. NIVELES DE COMUNICACIÓN

Asertividad

La comunicación asertiva, es una comunicación basada en la propia personalidad del individuo, en su confianza en si mismo, en su autoestima.

La persuasión

Es aquella que logra que el receptor, extraiga conclusiones por si mismo y que lo lleven a estar de acuerdo con aquel del cual recibe dicha información.
Un conjunto de factores que favorecen la información son:

- La formación del comunicador
- Control emocional
- Autenticidad
- Paciencia
- Confianza en el otro
- Autoestima, seguridad
- Credibilidad de la fuente de información

Comunicación intercultural

Para la vida social, la interculturalidad se encuentra asociada a:

- Problemas de comunicación deficiente (por desconocimiento de la cultura del otro), salud educación etc.
- Problemas relacionados con discriminación a grupos étnicos o culturales distintos.

Eficacia cultural y comunicativa

Una comunicación es eficaz cuando llega a un grado de comprensión entre dos interlocutores. La búsqueda de la eficacia cultural conduce a crear competencia comunicativa, poder sentirse competente para comunicarse con los miembros de otra cultura para lograrlo.

Comunicación verbal y no verbal

Se trata de que no solo, hay que compartir lo verbal, comunicarse en o mejor en el idioma del otro. Sino que también hay que conocer el significado de los gestos corporales y contextuales para el otro, incluyendo el correcto uso de la distancia mutua al conversar o interactuar.

Metacomunicarse

Si la necesidad de comunicarse es muy importante porque se necesita evitar los malentendidos para desempeñarse correctamente y con eficiencia, como sería el caso de los profesionales de la salud, que están en una relación intercultural por imperio de sus funciones, es necesario que aprendan a metacomunicarse, es decir tener la capacidad de decir lo que se pretende decir cuando se dice algo.

Contexto comunicacional

Debemos estar atentos al contexto en que se produce la comunicación intercultural, que son las circunstancias que modifican las características del proceso comunicativo y que están determinadas por los sucesos o eventos en marcha, como la Hospitalización.

La comunicación intercultural es una forma de desarrollo personal

La persona interesada en tener competencia intercomunicativa en una situación de mejora de la calidad humana como persona, porque ensancha su horizonte cultural y con seguridad lo convierte en un experto en la comunicación con amplios sectores y culturas de la humanidad. En definitiva es una forma de desarrollo personal.

3.3. MOTIVACIÓN

3.3.1. DEFINICIÓN

El término "motivación" viene del latín "moverse" que, según el diccionario, significa que mueve o tiene eficacia o virtud para mover. Según esta definición, la motivación es una razón que inclina a hacer alguna cosa. No se está simplemente motivado, sino que siempre se está motivado a hacer algo o no hacer algo. La acción o conducta no ocurre de forma espontánea, sino que viene inducida por estímulos externos (incentivos) o motivos internos. A veces resulta difícil saber si un sujeto está motivado por un aspecto interno (un motivo) o por un aspecto externo (un incentivo). Las propiedades que caracterizan a la conducta motivada son: activación, persistencia, vigor y dirección para alcanzar una meta o incentivo.

Se entiende por motivación laboral aquella energía interna que impulsa a los hombres a trabajar.

La motivación en el trabajo es, en consecuencia, una función en la que interactúan el autoconcepto, las características del trabajo y el contexto en el que se desarrolla. Lo que interesa no es lo que se hace, sino como y por qué se hace: cualquier profesión puede satisfacer existencialmente, pero ninguna lo

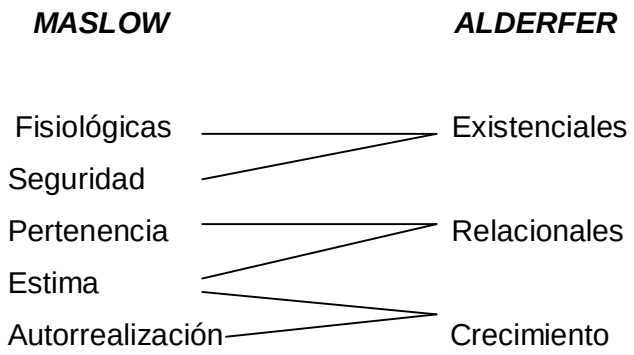
hará por sí sola. Lo que cuenta no es el tipo de trabajo, sino los motivos por los que se realiza. Cuando nos referimos a la motivación en su conjunto utilizaremos la expresión “fenómeno motivacional”, y cuando resulte conveniente resaltar su aspecto activador, acudiremos a la expresión “impulso motivador” o simplemente “impulso”.
Hay que tener en cuenta los motivos, tanto los motivos como la motivación causan la conducta, pero lo hacen de distinta manera. La motivación empuja como la causa eficiente (energía que impulsa a actuar) mientras que los motivos atraen el modo de la causa final (finalidad, razón o móvil de los actos).

La distinción es fruto de la lógica del análisis, pero en las acciones reales obviamente no actúan por separado, sino que se comportan como principios concausales. Prescindir de la distinción conduce a numerosos equívocos. El fundamento biológico de la motivación es el impulso.

Los motivos intrínsecos son aquellos directamente relacionados con la satisfacción que proporcionan al sujeto la realización misma del trabajo, al margen de los beneficios, salario, primas, seguro médico, etc. que obtiene a cambio de él.

Motivos intrínsecos según MASLOW Y ALDERFER

Estos se basan en las necesidades individuales que tiene cada persona



3.3.2. MECANISMO DE REGULACIÓN

El mecanismo de regulación fisiológica mediante el cual se ha explicado la motivación es la homeostasis. El inicio de la consideración de este principio puede situarse en los trabajos del fisiólogo francés Claude Bernard (1856) quien hablaba del “milieu interieur” (medio interno), entendiendo por ello el fluido que baña los 60 a 100 trillones de células del cuerpo. Cannon (1939), basándose en el trabajo de Bernard introdujo el término homeostasis que igualmente se refiere a medio interno.

Las teorías modernas de regulación conductural pueden considerarse teorías homeostáticas, pero en un sentido más amplio, que comprende tanto la preservación del medio interno, como la organización de la conducta, la distribución del tiempo y de los recursos.

Actualmente, muchos autores piensan que la conducta es un producto de la interacción entre un organismo, con una amplia gama de necesidades, deseos y

preferencias, además de pulsiones debidas a deficiencias de los tejidos, y un ambiente externo con contingencias que pueden conformar e influir en su conducta.

De esta conceptualización se deduce que el ímpetu de actuar puede provenir algunas veces primariamente desde el exterior (motivado extrínsecamente) y otras veces del interior (motivado intrínsecamente).

Deci & Ryan (1985) definen la motivación intrínseca como:"basada en las necesidades innatas de competencia y autodeterminación". Se trata de un energetizador.

3.3.3. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN

TEORÍAS RACIONALES

§ **Teoría de las expectativas**

La anticipación de los resultados y sus consecuencias desempeña un papel importante de lo que hasta ahora se ha querido reconocer, las personas determinan sus elecciones pensando más en lo que probablemente sucederá en el futuro que en lo que sucedió en el pasado.
Las recompensas extrínsecas (consecuencias para el sujeto) deben vincularse con la mayor claridad posible a las acciones que la empresa considera deseable (resultados para la organización).

Los individuos valoran de manera desigual las recompensas (valencia), por lo que deben intentar adecuarse los incentivos con los deseos individuales.

A la vez, las recompensas deben percibirse como equitativas en términos del esfuerzo desarrollado de acuerdo con las expectativas y la instrumentalidad.

§ **Teoría de la equidad**

La teoría de la equidad sostiene que las personas están motivadas por el deseo de ser tratados equitativa y justamente. Si éstas se sienten bien tratadas, crecerá su motivación y el rendimiento será el esperado.

Pero si, por el contrario, entienden que se les trata injustamente o de manera desigual, estarán motivadas para buscar y poner en práctica alguna estrategia que les permita neutralizar lo que consideran una falta de equidad.

§ **Teoría del establecimiento de metas**

Esta teoría busca analizar la relación existente entre las metas conscientemente fijadas y el nivel de ejecución de la tarea.

TEORÍAS COGNITIVAS

§ **Teoría del aprendizaje social**

Las personas desarrollan capacidades propias que les permiten conocer el mundo y enfrentarse a él, en buena medida son constructores de su propio aprendizaje.

§ Teoría de la atribución

En la acción no sólo intervienen las expectativas y valoraciones del sujeto, sino también los conocimientos que se adquieren en la interacción con otras personas.

En los juicios comparativos que se establecen dentro del marco social, cada persona interpreta una misma conducta de diferente manera. En nuestra relación con otras personas acudimos constantemente a procesos de enjuiciamiento para tratar de explicarnos las causas de sus acciones.

§ Autoconcepto y motivación

El autoconcepto es una estructura de contenidos múltiples acerca del sí mismo, internamente consistente y jerárquicamente organizada.
Unos contenidos son más centrales y otros más periféricos dependiendo del valor que tengan para el individuo.
Es relativamente estable aunque también sujeto a cambios.

Actúa como filtro y organizador de la información y determina hasta cierto punto la conducta del individuo es tal que este siempre lucha por mantener su sistema de creencias, evitar la desorganización y por engrandecer la visión de sí mismo.

Según esta definición, los seres humanos actúan fuertemente motivados por mantener y aumentar su autoestima, así como el concepto positivo que tienen de sus capacidades (autovalía). Cuando trasladamos esta idea al ámbito laboral, se traduce en términos de competencia.

3.4. ENFERMERÍA TRANSCULTURAL: MADELEINE LEININGER

§ Referencia y antecedentes personales

Madeleine Leininger es la fundadora de la Enfermería Transcultural Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend fue su primer libro publicado sobre enfermería trancultural, que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales.

Su libro titulado Trancultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice en 1978, definió los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la enfermería transcultural.

En 1974 fundó la Organización denominada National Trancultural Nursing Society de la que ha sido una activa dirigente desde sus inicios.

Fundó la National Research Care Conference en 1978 y en 1989 el Journal of Transcultural Nursing, del que fue editora.

Leininger ha adquirido un gran prestigio Internacional en enfermería y otros campos asociados, debido a sus escritos sobre enfermería y asistencia transcultural y a sus trabajos teóricos: de investigación, consulta y comunicaciones dinámicas, imparte charlar a Antropólogos, Médicos, Asistentes Sociales, Farmacéuticos y Profesores para participar en investigaciones con otros colegas.
Su interés actual se centra en la fundación de institutos de enfermería transcultural dedicados a enseñar e investigar en este campo y en el de los fenómenos sanitarios.

Leininger ha escrito o editado 27 libros, ha publicado más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, además de numerosas películas e informes de investigación centrados en enfermería transcultural, asistencia y fenómenos sanitarios.

§ Fuentes teóricas

Leininger ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.

Afirma que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos.

Predijo también que, para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural.
La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de

teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Leininger desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y conocimientos émicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés.

§ Aplicación de los datos empíricos

Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería, para estudiar los cuidados.

La etnociencia es uno de los métodos etnológicos rigurosos utilizados en la antropología para obtener conocimiento sobre enfermería.

En la década de 1960 Leininger desarrollo métodos de etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural.

La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada (o su representante), a través de las manifestaciones émicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas éticas (visiones externas) del investigador.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Afirma Leininger que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas.

Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

§ Principales conceptos y definiciones

Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría, se hará mención de los más importantes:

Cuidados (sustantivo)

Se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidar (verbo)

Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.

Cultura

Es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales

Son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y trasmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o a la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales

Alude a la variación y/o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales

Es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Enfermería

Es una profesión y una disciplina humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar(o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliares a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte.

Visión del mundo

Es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o en entorno que lo rodea.

Dimensiones estructurales culturales y sociales

Se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subcultura o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos y legales, económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.

Contexto ambiental

Es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y/o culturales.

Etnohistoria

Se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves.

Sistema asistencial genérico (popular o local)

Se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que trasmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Sistema/s asistencial/es

Es el conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Salud

Indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos o grupos para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y/o reservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y/o la muerte.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales

Comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales

Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos.

Respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechosa que la anterior al coestablecimiento de los cambios.

Cuidados de enfermería coherentes culturalmente

Son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de

vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

- **Supuestos principales**

Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales Leininger son:

- Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

- Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte.

- Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina.

- La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.

- Los cuidados son esenciales para la curación, que no puede producirse sin ellos.

Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo.

Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varia con respeto a las otras culturas.

Los valores, las creencias, y las prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrado en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.

Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.

En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario (genérico).

Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción tensión y preocupaciones éticas y morales.

§ Afirmaciones teóricas

Leininger elaboró varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en enfermería transcultural, estas formulaciones están basadas en investigaciones, indagaciones, estudios de trabajo antropológicos y

de enfermería que parten de investigaciones cualitativas. La más importante de ellas es la que plantea que la salud o el bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológicas u ontológicas de los cuidados culturales. Son numerosas sus predicciones solamente se mencionaran las más importantes.

Cuando los profesionales trabajan en cultura que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.

§ Método lógico

La teoría de Leininger se deriva de la antropología y la enfermería. Desarrolla un método de investigación de etnoenfermería.

En 1970 diseño un modelo en forma de sol naciente, para describir los elementos fundamentales de su teoría. La mitad superior del círculo contiene los componentes de la estructura social y los factores de visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental.
Estos factores influyen también en los sistemas populares, profesionales y de enfermería.
Las dos mitades constituyen un sol completo, como representación del universo que ha de considerar la enfermería para saber valorar en toda su magnitud la asistencia y la salud de los seres humanos.

§ Ejercicio profesional

La teoría se concretó en la década de 1950, cuando prácticamente ningún profesional de enfermería tenía una preparación en antropología y conocimientos culturales.

Aunque tenían necesidades culturales intrínsecas y duraderas, muchos usuarios se mostraban reacios a solicitar al personal sanitario la satisfacción de sus necesidades sociales o culturales.

Los artículos sobre enfermería transcultural eran rechazados por los editores.

El concepto de cuidado tuvo un interés limitado para las enfermeras hasta la década de1970, Leininger fue la primera en hablar del cuidado.

Las enfermeras habían asumido una posición demasiado etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses de la medicina.

§ Formación

En 1996 se inicia la inclusión de la asistencia cultural en los planes de estudios de enfermería en la Universidad de Colorado, donde Leininger era profesora de enfermería y antropología.

En 1997 se inician los programas de máster y doctorado en enfermería transcultural en la Universidad de UTA, aumenta el número de profesionales preparados específicamente en enfermería transcultural. En la actualidad la demanda sigue siendo crítica.

Desde 1980 se ha incrementado cada vez más los programas de estudios que dan importancia a la enfermería transcultural. Uno de los primeros programas fue el desarrollo en el Cuestra Collage en la década de 1970.
A finales de la década de 1980 se crearon cuatro másters y cuatro programas doctorales en los Estado Unidos, dedicados a cursos de enfermería transcultural.

§ Investigación

Hasta 1995 se habían analizado 100 culturas y habían muchas otras en fase de estudios. Actualmente muchos profesionales de enfermería en todo el mundo están utilizando la teoría de los cuidados culturales de Leininger.

Esta teoría es la única que posee un método de estudio para sus investigaciones denominado etnoenfermería y que se centra en los cuidados culturales. Los recursos económicos para estas investigaciones son escasos o limitados, en la mayoría de los países consideran prioritario las investigaciones técnicas y biomédicas, no obstante, las enfermeras transculturales otros profesionales interesados en este ámbito prosiguen sus investigaciones.

Las organizaciones nacionales e internacionales comenzaron a apoyar la enfermería transcultural desde la década de 1990.

§ Otros desarrollos

Leininger anunció que todos los profesionales de enfermería del mundo deberán prepararse en el campo transcultural y demostrar su competencia en el mismo. Hacia el año 2010 todos los profesionales de enfermería deberán tener unas nociones elementales sobre las diversas culturas del mundo y unos conocimientos más en profundidad sobre al menos dos o tres culturas.

§ Conclusiones

La teoría de enfermería transcultural servirá para remodelar y transformar la enfermería de cara al futuro ya que a través de ella se puede comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad.

Esta centrada en los seres humanos, en los valores, creencias, en su entorno, lenguaje lo que le da un carácter holístico. Esta teoría podría servir para mejorar los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

Implementando estas teorías se podría disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, ya que los cuidados se brindarán desde el punto de vista de cada cultura y por la comprensión de los cuidados por parte de quienes los reciben les proporcionará una mejor calidad de vida y todo esto dentro de un contexto cultural.

4. HIPOTESIS

El grado de conocimiento de diferentes culturas e idiomas, la motivación y satisfacción por parte del personal de enfermería hospitalaria influye en la comunicación profesional con el usuario inmigrante extranjero.

5. PROCESO

5.1. METODOLOGÍA

§ Características del estudio

Se realizo una búsqueda de bibliografía, a través de libros, artículos, páginas por Internet, etc, para poder elaborar el marco teórico y poder tener la base para realizar el estudio.

§ Tipos de estudios realizados

-Estudio descriptivo, transversal, prospectivo.
-Estudio histórico.

5.2. DESCRIPCIÓN

§ Poblacion y muestra de estudio

La población de este estudio es el personal de enfermeria y todos los usuarios extranjeros ingresados (excluyendo urgencias, críticos, psiquiatría y unidad de desintoxicación) del Hospital de Bellvitge durante el periodo de Febrero-Mayo 2007.

El sistema de muestreo elegido para este estudio es el muestreo probalístico tipo aleatorio simple, donde todas las unidades tienen la misma probabilidad de ser incluidas en la muestra.

El tamaño de la muestra es de 50 enfermeras/os del área de hospitalización (excluyendo urgencias, críticos, psiquiatría y unidad de desintoxicación), 25 del turno de día y 25 del turno de noche.
Y por otro lado se determinó una muestra de 50 pacientes extranjeros ingresados en el área de hospitalización (excluyendo urgencias, críticos, psiquiatría, unidad de desintoxicación y los sujetos con barrera idiomática importante, cuando no tengan acompañante o bien si está presente y no nos pueda hacer de mediador).

En el estudio histórico se recogieron datos sobre el número de pacientes extranjeros ingresados durante un periodo de tiempo. La muestra incluía área de hospitalización, críticos, psiquiatría y unidad de desintoxicación.

- **Periodo del estudio**

Estudio descriptivo, tranversal, prospectivo: Febrero-Mayo 2007.
Estudio histórico: Agosto-Noviembre 2006.

- **Descripcion del lugar del estudio**

El estudio se realizó en el **Hospital Universitario de Bellvitge (HUB).**

Este es un Centro Hospitalario y Universitario de Titularidad Pública, que pertenece al ICS (Instituto Catalán de la Salud).
Está situado geográficamente en el término Municipal de Hospitalet de Llobregat, acreditado como centro hospitalario de tercer nivel y dispone de todas las especialidades medicoquirúrgicas, excepto pediatría y obstetricia.

Es el centro de referencia de todos los hospitales de la Xarxa Hospitàlaria d´Utilització Pública (XHUP) de la Región Sanitaria Barcelona.

También es Hospital de referencia para algunas especialidades para pacientes de las regiones sanitarias de Tarragona, Tortosa y Lérida. Y centro de referencia en Cataluña de determinadas patologías como: el tratamiento de ludopatías, el láser y la radiocirugía estereotáctica, entre otras.
En el año 2004, el Hospital Universitario de Bellvitge entró en el TOP 20 Hospitalario. El TOP 20 valora una serie de indicadores que evalúan la actividad del hospital en su globalidad y cada año hace una relación de los cuatro mejores centros de cada categoría.
En esta quinta edición, dentro de la categoría de Grandes hospitales docentes, el Hospital Universitario de Bellvitge ha sido reconocido como uno de los cuatro "TOP".

Por otro lado, la página web del hospital recibió el premio “Consorci Hospitalari de Catalunya” a la mejor página web de una institución sanitaria, otorgado por la Fundación Avedis Donavedian (FAD). Los criterios del premio están basados en la satisfacción de las necesidades de información de los usuarios de las webs sites.

El hospital dispone de **905** camas de hospitalización (**47** para enfermos críticos), **26** quirófanos de cirugía programada, **2** quirófanos de urgencias, **2** salas de curas y **165** gabinetes de consultas externas.

Las personas que trabajan en la institución son un total de **3.032** según datos de la **memoria de Bellvitge del año 2005**, distribuidos como se muestra a continuación:

Adjuntos de enfermería----------**8**
Auxiliares de enfermería----------**533**
Jefes de unidad----------**15**
Dirección----------**12**
Facultativos----------**433**
Facultativos residentes----------**299**
Físicos----------**1**
Fisioterapeutas----------**21**
Enfermeras/os----------**929**
Logopedas----------**2**
Personal administrativo----------**297**
Psicólogos----------**6**
Químicos----------**1**
Servicios generales----------**211**
Técnicos FP2 especialistas----------**72**
Terapeutas ocupacionales----------**1**
Celadores----------**191**

En este centro la figura del mediador como tal no existe, se recurre a la embajada, familiares y al propio personal conocedor del mismo idioma del usuario.

§ Instrumentos de medida

Cuestionario general

Elaborado por las autoras del estudio. Se han realizado 2 cuestionarios, uno para el personal de enfermería **(Anexo 1)** y otro para los usuarios extranjeros ingresados **(Anexo 2)**.

Ambos cuestionarios fueron valorados por 4 jueces (Sra M.Teixidor, Sr E.Pont, Sr J.Tejada y Sra N.Esgueva) según la univocidad, pertinencia e importancia. Dichos jueces hicieron aportaciones y se modificó alguna pregunta de sendos cuestionarios **(Anexo 3)**.

Por otro lado, para poder obtener los datos y realizar los cuestionarios en el Hospital de Bellvitge se presentó toda la documentación del estudio para su aprobación en el Comité Ético de Investigación Clínica de dicho hospital **(Anexo 4)**. Este Comité autorizó la distribución y aplicación de los cuestionarios, aunque solicitando que el cuestionario de los usuarios constara de un consentimiento informado no anónimo.

El cuestionario para el personal de enfermería consta de 20 preguntas y **para los usuarios** de 14 preguntas casi todas con tipo de formato cerrado para facilitar la respuesta. Los cuestionarios se han hecho en castellano pensando en los usuarios por su posible barrera idiomática.

Ambos cuestionarios están divididos en apartados, dentro de los cuales hay grupos de preguntas sobre diferentes aspectos, que recogen las diferentes variables del estudio.

La distribución y aplicación de los cuestionarios se ha sido realizado por los miembros del grupo de trabajo con un entrenamiento previo en cuestiones de comunicación.

A todos los participantes previa realización del cuestionario se les entregó una carta de presentación con la propuesta de participación en la investigación, donde se exponía el titulo del estudio, el objetivo principal de la investigación y el instrumento utilizado, proponiéndole su participación en la investigación y explicándole que era completamente voluntaria y anónima **(Anexo 5)**.

Como se ha comentado anteriormente, se presentó otra carta solo para los usuarios (no para el personal) con su consentimiento informado por escrito (no anónimo), donde se exponía que habían leído con anterioridad la propuesta de participación en la investigación, hablado con el investigador y todo ello de forma voluntaria. En cualquier momento podían retirar su consentimiento y dejar de participar en la investigación sin previamente tener que explicar los motivos y sin que se viera afectado su seguimiento y tratamiento posterior en el Hospital **(Anexo 6).**

Recogida de datos

Durante 4 meses (Periodo: Agosto-Noviembre 2006) fueron recogidos informáticamente todos los datos de los pacientes extranjeros ingresados.
Se han dividido por meses para saber el número de pacientes extranjeros ingresados y por patología para conocer la incidencia más alta.

5.3. RESULTADOS

5.3.1. INTRODUCCIÓN GENERAL

Una de las estrategias para el análisis de la **Comunicación entre Enfermería y la Población Inmigrante** es la recogida de información a través cuestionarios realizados a personal de enfermería y a usuarios inmigrantes. Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

5.3.2. RESULTADOS PERSONAL ENFERMERIA

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

§ Variables Personales

La **edad** media del grupo de análisis es de 37,7 años, con un valor mínimo de 21 y un máximo de 57, y una desviación de 10,3 años.

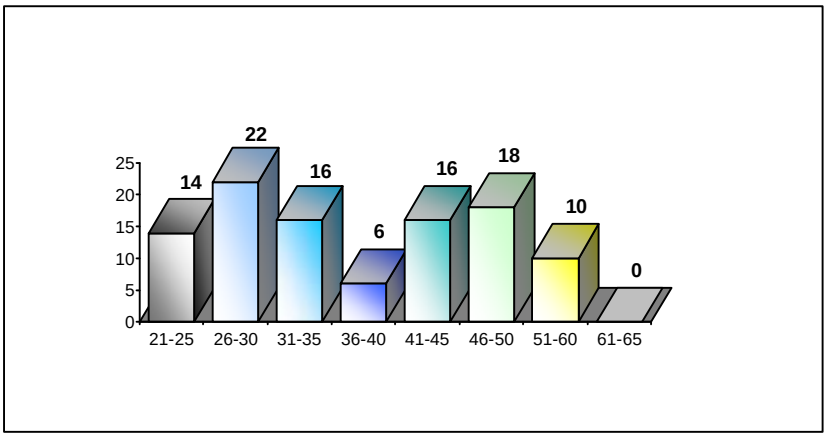


Gráfico 1.- Distribución de la Edad

El **género** se distribuye de manera desigual entre masculino y femenino: 86 % de mujeres frente a un 14 % de hombres. Este desequilibrio está en consonancia con la propia distribución sociológica de la profesión de enfermería eminentemente femenina.

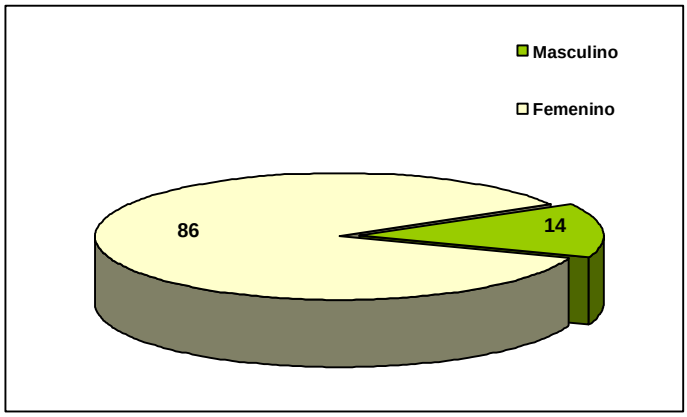


Gráfico 2.- **Distribución del Género**

El **estado civil** se distribuye de manera similar entre soltero/a y casado/a o en pareja con un 46% respectivamente, respecto una menor proporción; 6% separado/a o divorciado/a seguido de 2% otros.

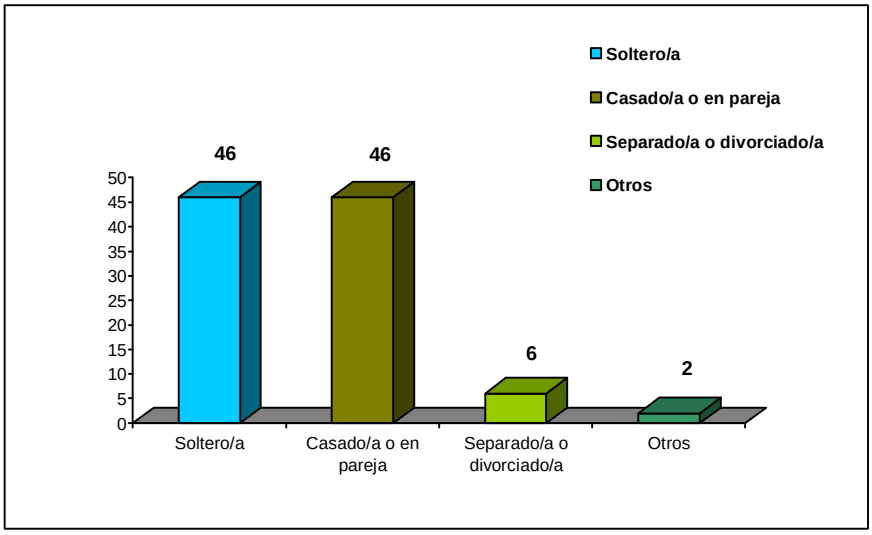


Gráfico 3.- **Distribución del Estado Civil**

El **Lugar de Nacimiento** se ubica mayoritariamente en Cataluña (70%), seguido del 30% de resto. de España En nuestra muestra aleatoria no hay ningún profesional de enfermería que haya nacido fuera de España.

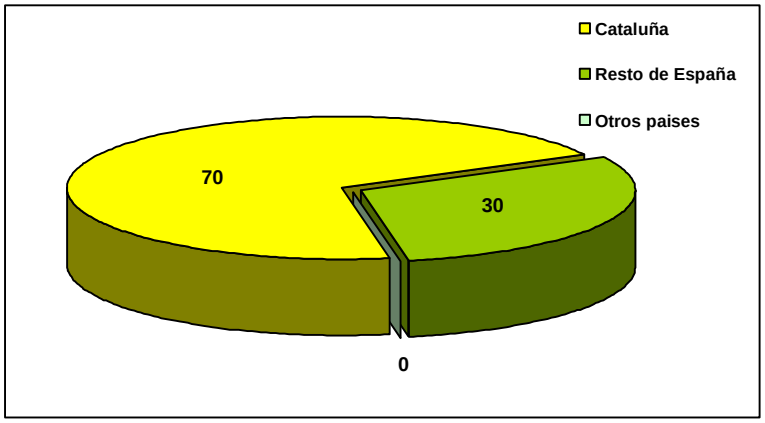


Gráfico 4- **Distribución según Lugar de Nacimiento**

La **Lengua madre** se distribuye de manera desigual (Castellano con un 70 %, seguido del Catalán con un 28% y con un 2 % indistintivamante) respecto los datos del Lugar de Nacimiento. El 70% han nacido en Cataluña y sin embargo solo un 28 % refiere como lengua madre el catalán. Esto podría ser debido a la inmigración de los años 60 donde hubo un fenómeno llamado éxodo rural, de emigración masiva de los pueblos españoles a las grandes ciudades industriales, una de ellas Barcelona. Las provincias más afectadas por el éxodo rural son aquellas en la que el proletariado rural era más numeroso, Badajoz, Córdoba, Jaén, Granada, Ciudad Real, es decir, Extremadura, Andalucía y Castilla - La Mancha.

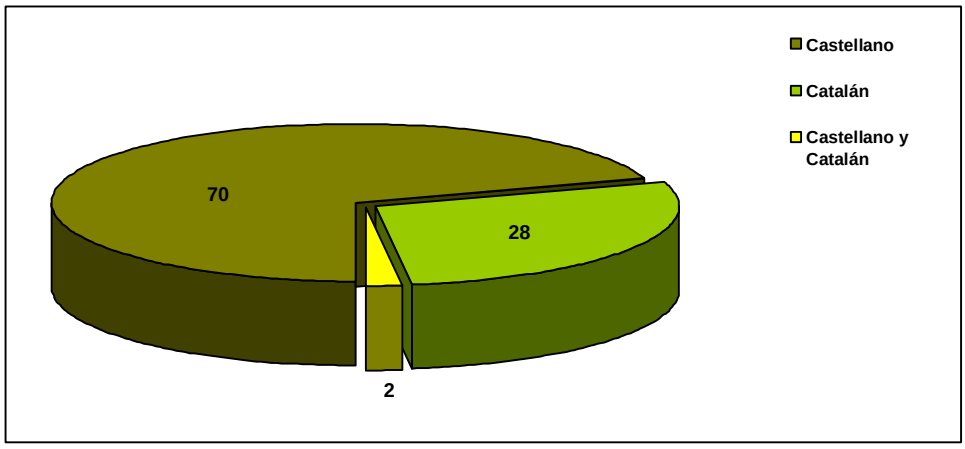


Gráfico 5-**Distribución según Lengua madre**

§ Variables Formativas

El **Conocimiento de otras culturas** se distribuye, por una parte, con un elevado porcentaje del 70% que refiere no conocer otras culturas, respecto un 30% de la muestra que se reparte en subgrupos de proporción similar de bajo porcentaje entre las que figuran una gran diversidad de culturas (árabe, gitana, asiática, hispana y china), donde el mayor porcentaje es la cultura árabe con un 12%.

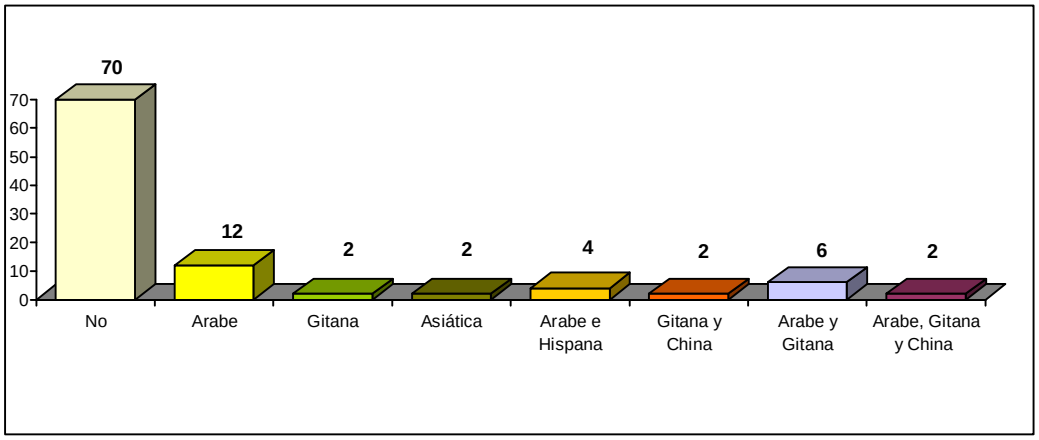


Gráfico 6-**Distribución de conocimiento de otras culturas**

El **Año de obtención del título universitario** se distribuye de una manera similar del año 1971 al 2006 con porcentajes elevados excepto dos periodos de tiempo, 1971-1975 y 1986-1990 con un bajo porcentaje (un 6% y un 4% respectivamente).

En el periodo 1971-1975 puede ser debido a ser una época en la cual había una gran demanda de Diplomados de Enfermería y poca oferta.

En el periodo de 1986-1990 el bajo porcentaje puede estar debido a:

- Disminución de natalidad a partir 1975 debido a la incorporación de la mujer al trabajo, retroceso de las creencias religiosas e invención de la píldora
- Disminución de la financiación pública y aumento de las tasas de matricula.
- Aumento de las universidades privadas.

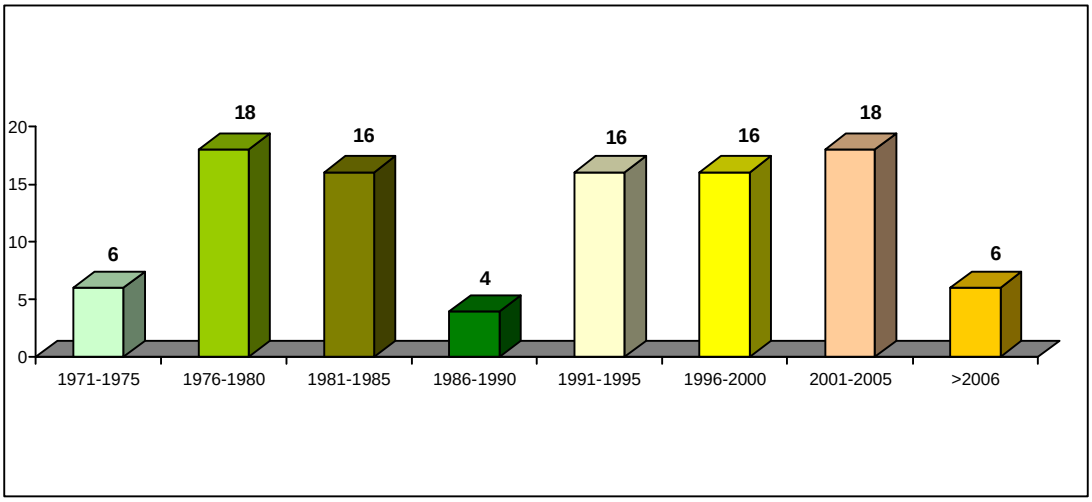


Gráfico 7- **Distribución del año de obtención del título universitario**

La **Formación continuada sobre la inmigración** se distribuye con un 92 % sin formación respecto un 2% con Master y un 6% con cursos, está en concordancia con el nivel de conocimiento de otras culturas. Esto puede ser debido que el aumento de inmigración es un problema actual. Actualmente tras la necesidad de formación sobre la inmigración la Administración pública y privada está empezando a aumentar la oferta de dicha formación.

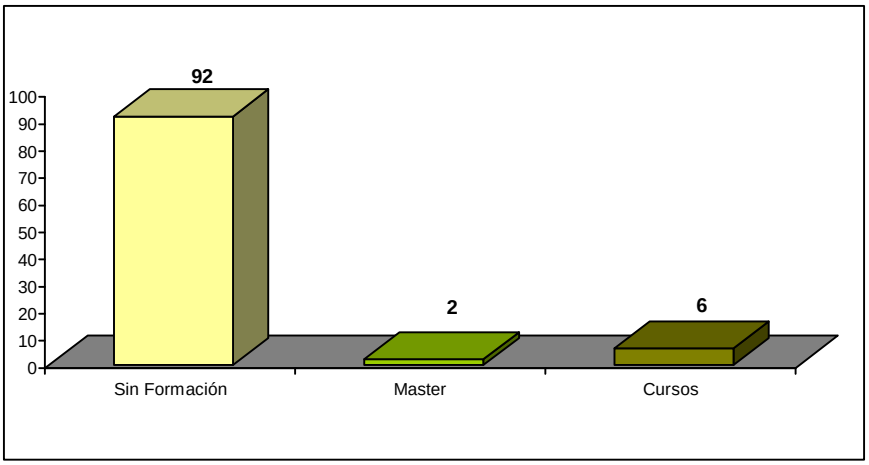


Gráfico 8- **Distribución de la formación continuado sobre inmigración**

El **conocimiento de otros idiomas** se distribuye en 10 subgrupos; 2 con un elevado porcentaje (castellano, catalán e ingles con un 32% y castellano y catalán con un 24%), 3 con un porcentaje medio (12% refiere no conocer otro idioma diferente al de la lengua madre, un 10% que refiere conocer castellano, catalán, ingles y francés respecto un 6% que tiene conocimiento de catalán) y por último 5 subgrupos con porcentajes entre un 2-4% que refieren conocer catalán, castellano, ingles, francés, alemán e italiano.

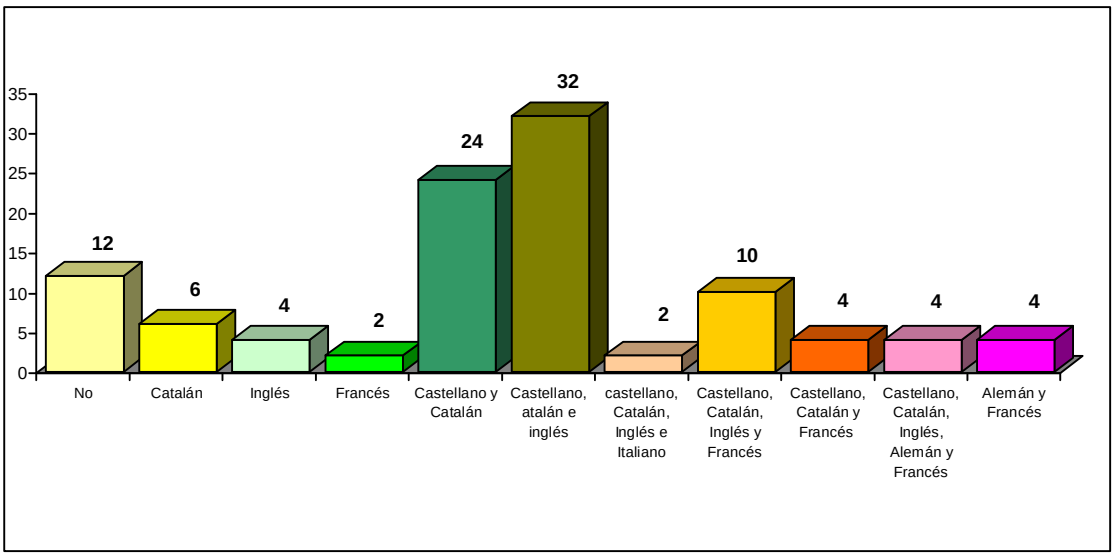


Gráfico 9- **Distribución del conocimiento de otros idiomas**

La Información sobre los Modelos conceptuales de enfermería Transcultural se distribuye de manera desigual con un 98 % que refieren no tener información de modelos conceptuales de enfermería transcultural, respecto un 2% que si tiene información de estos modelos. Estos porcentajes son similares a los resultados de la variable de tener o no tener formación continuada sobre la inmigración.

La edad media del grupo es de 37´7 años por lo que podíamos deducir que cuando estudiaron enfermería no estaban incorporados los modelos conceptuales de enfermería y por ello la mayoría (98%) no tiene información.

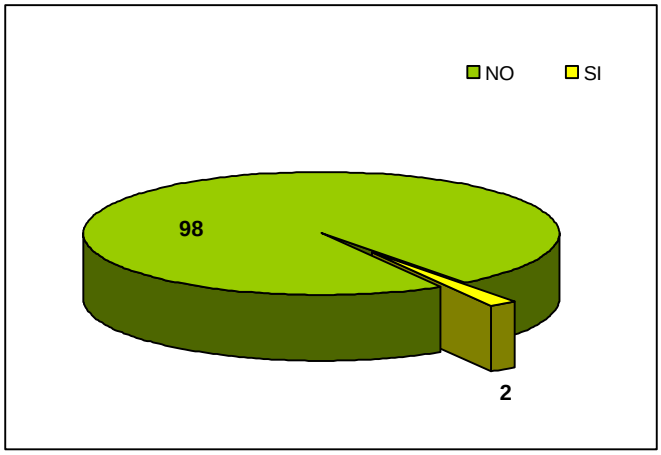


Gráfico 10- **Distribución de la información de modelos conceptuales de enfermería transcultural**

La necesidad de que la empresa realice **Cursos Formativos sobre las diferentes Culturas** se distribuye entre un 78% que refieren tal necesidad frente a un 22% que no lo expresan de tal forma. Un 64 % quieren obtener formación de la cultura árabe, seguido de un 22 % que no quiere formación de otras culturas y por último con % menores (2-4%) les gustaría obtener formación de otras culturas como; árabe, china, hispana y gitana.

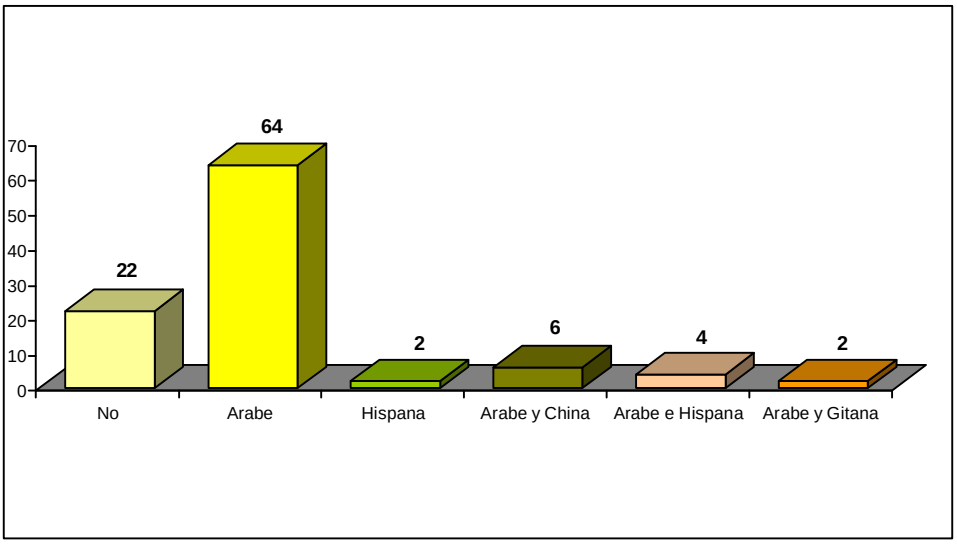


Gráfico 11- **Distribución de la necesidad que la empresa realiza cursos formativos sobre las diferentes culturas**

§ Variables sociolaborales

El **Turno de trabajo** se distribuye con un 26% Turno de mañana, un 25% turno noche, un 24% con diferentes turnos (suplente) y por último especificar que nadie a contestado turno de tarde. El turno de mañana y tarde es el mismo (son turnos de 12 horas), por lo tanto aunque no este registrado el % del turno de tarde corresponde al de mañana.

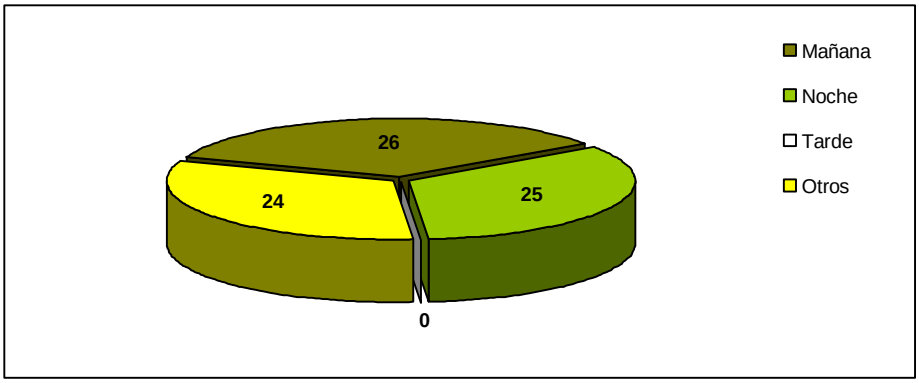


Gráfico 12- **Distribución del turno de trabajo**

El **tipo de contrato** se distribuye con 46% con contrato indefinido a jornada completa, un 40% con contractos de carácter suplente, un 8% indefinido a jornada parcial y un 6 % con otros tipos de contracto.

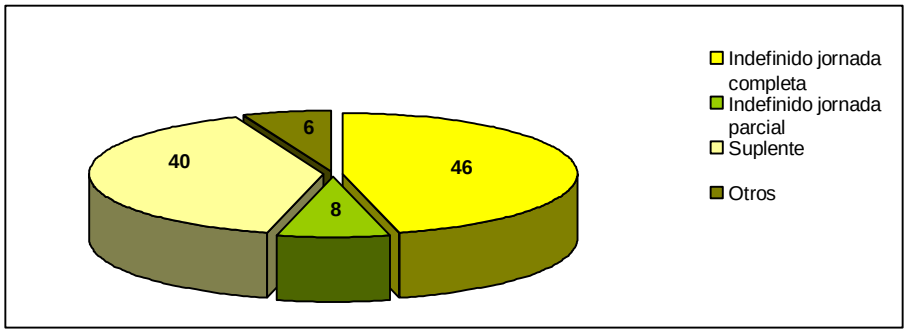


Gráfico 13- **Distribución tipo contrato**

El **servicio laboral** se distribuye con un 26% que trabaja en diferentes servicios (correturnos), un 22% que trabaja en al Unidad de Traumatología, un 22% que trabaja en la unidad de Neurología, un 6% que trabaja en la Unidad de Medicina Interna, un 4% que están en Cirugía General, un 4% que están en Cirugía Torácica, un 4% que están en Otorrinolaringología, un 4% que trabajan en Oftalmología, un 2% que trabajan en Urología, un 2% en Cardiología, un 2% en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y por último un 2% que trabaja en la Unidad de Nefrología.

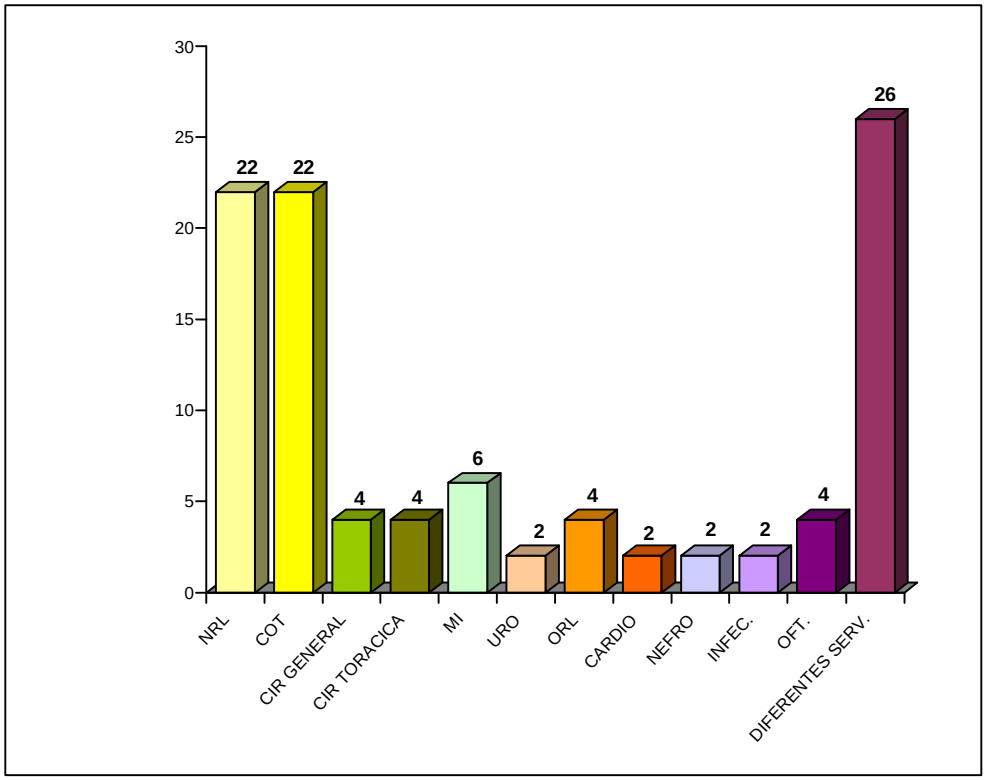


Gráfico 14- **Distribución por servicios**

La **Dificultad Asistencial** se distribuye con un 28% que no tienen dificultad en la atención asistencial ante un usuario inmigrante, un 44% que refieren dificultad idiomática y un 28% que refieren tener dificultad idiomática y cultural.

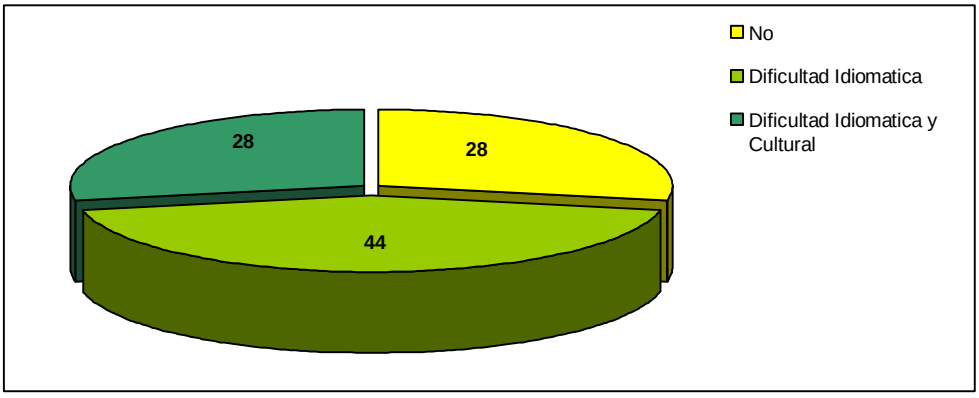


Gráfico 15- **Distribución de la dificultad asistencial**

La necesidad de **Conocimiento de otras Culturas para Mejorar la atención sanitaria** se distribuye con un 80% que piensan que conocer otras culturas mejoraría la calidad asistencial respecto un 20 % que contestan en negativo.

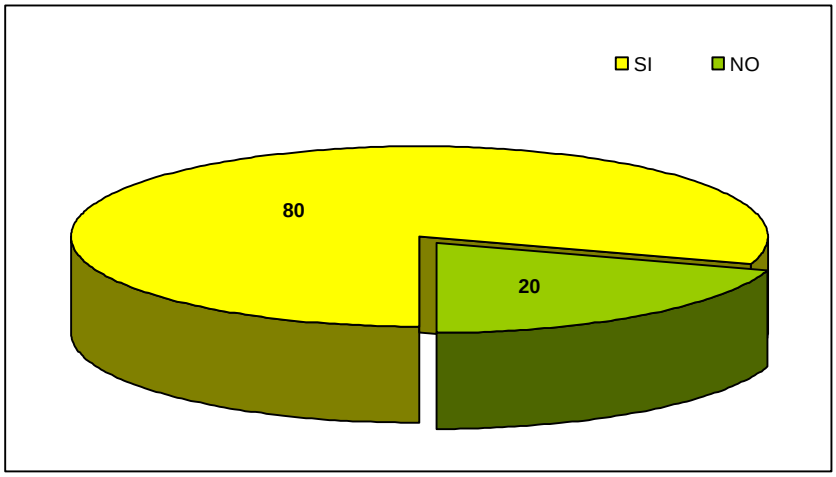


Gráfico 16- **Distribución conocimiento de otras culturas para mejorar asistencia sanitaria**

Los **Años de Experiencia Profesional como Enfermera** se distribuye con un 22 % de 6-10años, 18 % de 11-15 años, 18% de 1-5 años, 16% de 21-25 años, 12% de 26-30 años, 8% de 31-35 años y por último un 6% de 16-20 años. Estos datos están en concordancia con la propia distribución de la edad.

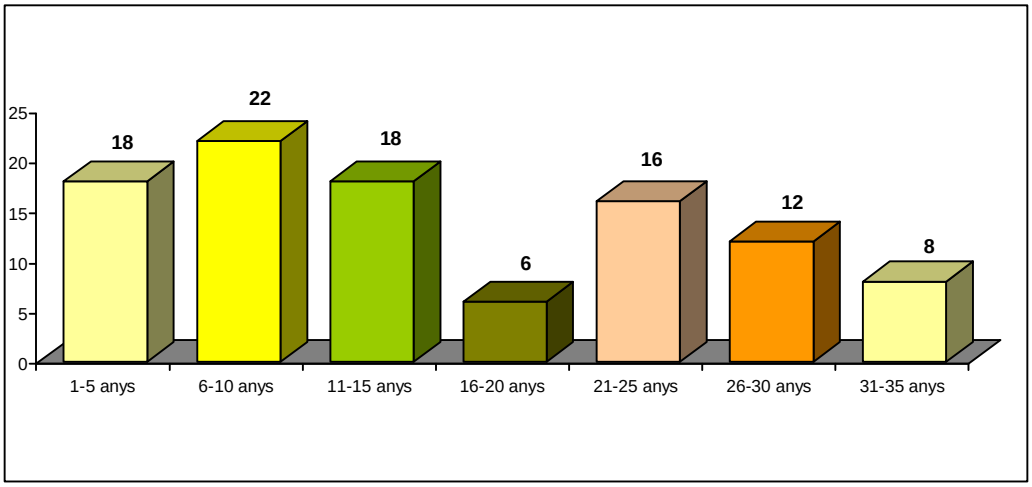


Gráfico 17- **Distribución de lo años de experiencia profesional como enfermera**

La Existencia de la figura de Mediador se distribuye con un 66% que no conoce si en su institución existe mediador, un 26% que afirma la existencia de mediador y por último un 8 % que contestan que no hay mediador en su institución**.**

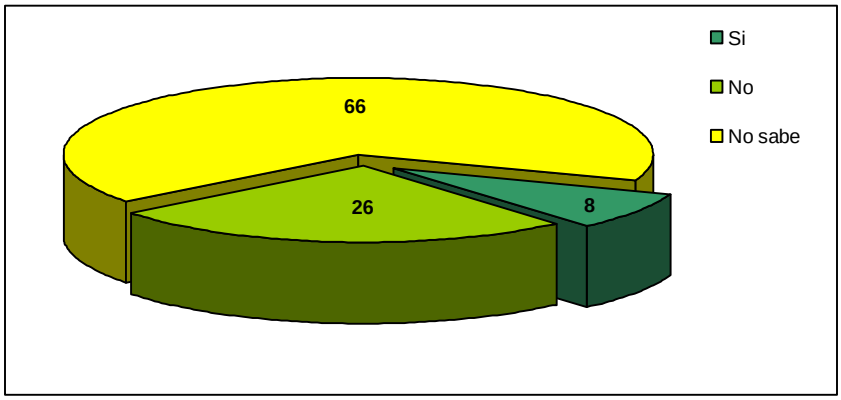


Gráfico 18- **Distribución de existencia de la figura de mediador**

Precisa Mediador se distribuye con un 48% que han precisado mediador respecto un 52% que no han precisado mediador.

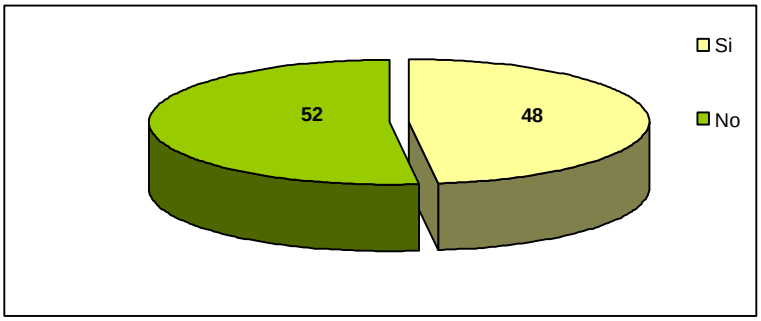


Gráfico 19- **Distribución sobre si ha precisado mediador**

La Figura de Mediador le ha solucionado el problema idiomático-cultural se distribuye con un 94% que refieren que el mediador no le ha solucionado problema respecto un 6 % que contesta que en ocasiones le ha solucionado problema, y por último nadie ha contestado en afirmativo.

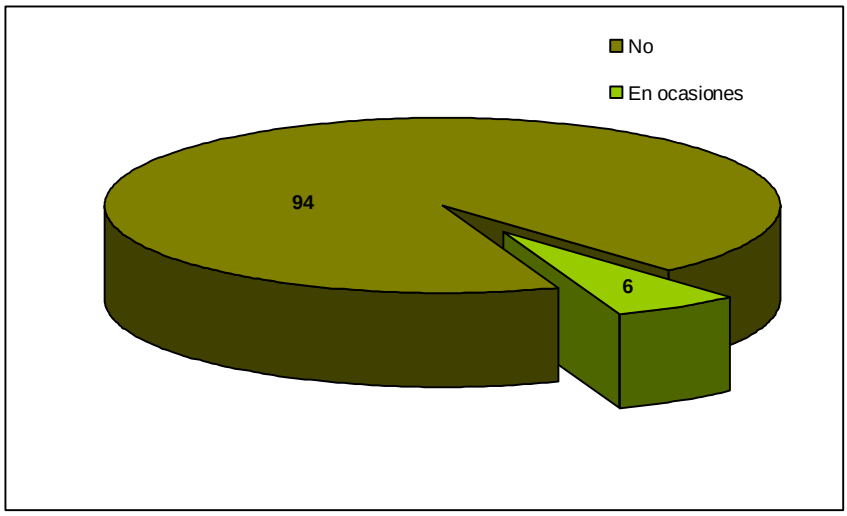


Gráfico 20- **Distribución de la figura de mediador ha solucionado problemas**

5.3.3. RESULTADOS USUARIOS INMIGRANTES

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

§ Variables personales

La edad media del grupo de análisis es de 38,48 años, con un valor mínimo de 18 y un máximo de 73, y una desviación de 10,65 años.

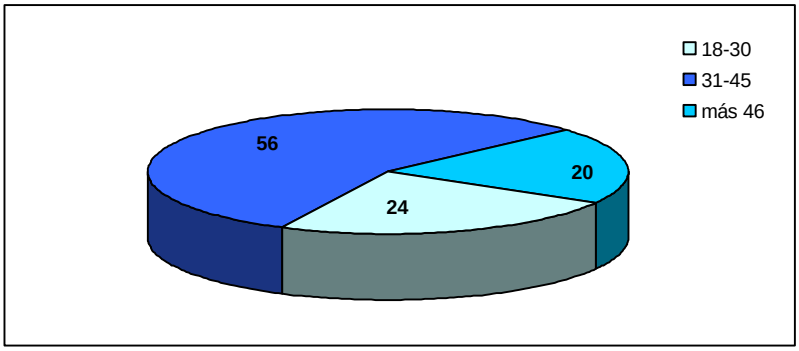


Gráfico 1- **Distribución de la Edad**

El **género** se distribuye siendo el género masculino (54% de hombres) más frecuente que el femenino (46% de mujeres.)

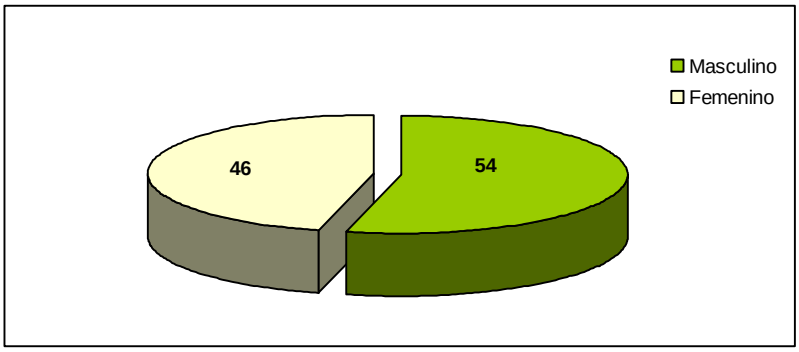


Gráfico 2- **Distribución del género**

El **estado civil** es mayoritariamente casado o en pareja (44%) el de soltero (40%) y el separado/divorciado (16%).

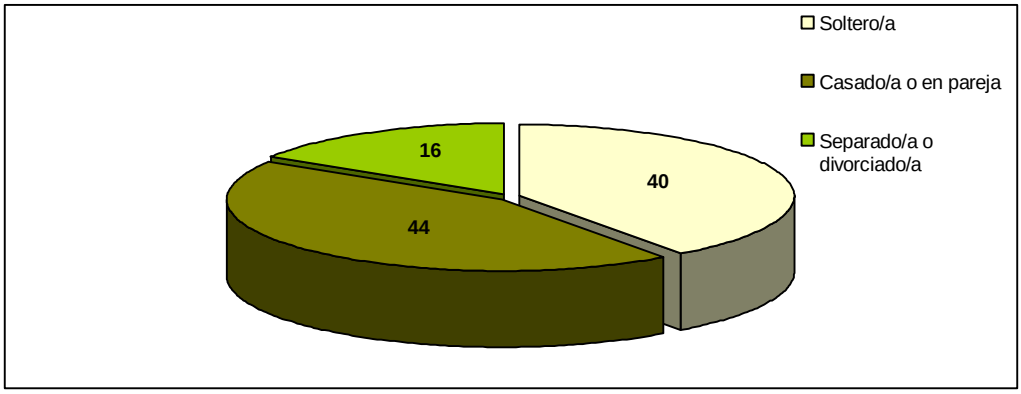


Gráfico 3- **Distribución del estado civil**

El **lugar de nacimiento** prevalece América (50%), seguida de África (24%), Europa (16%) y por último Asia (10%).

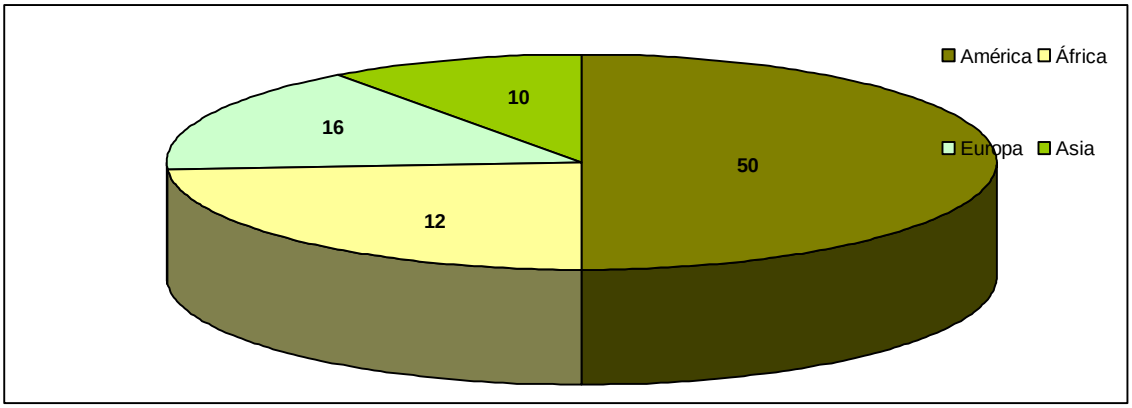


Gráfico 4- **Distribución del lugar de nacimiento**

Solamente una de las 50 personas encuestadas refiere no sentirse integrado en nuestro país, sin especificar los posibles motivos.

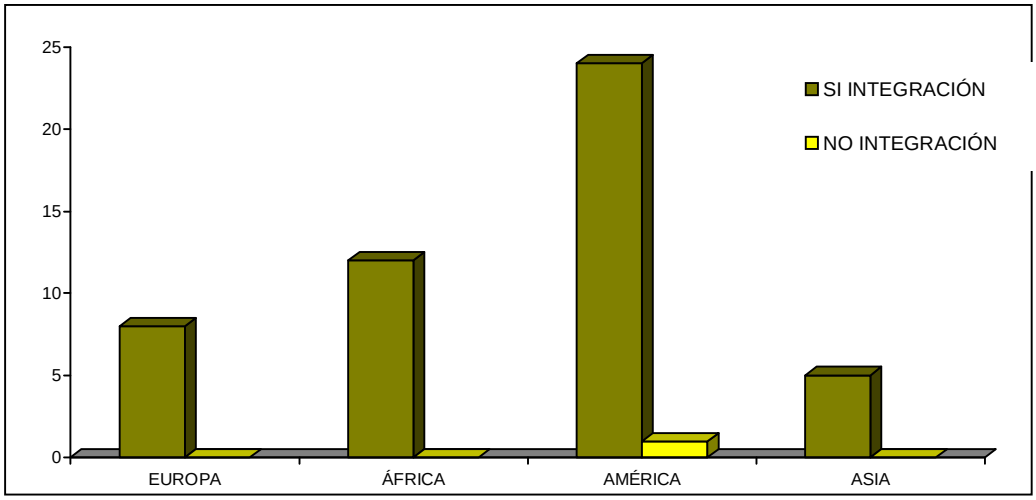


Gráfico 5- **Distribución del lugar de nacimiento-Integración**

Los americanos en un 18% y africanos con un 8% son los grupos de inmigrantes que ignoran la utilización del sistema sanitario.

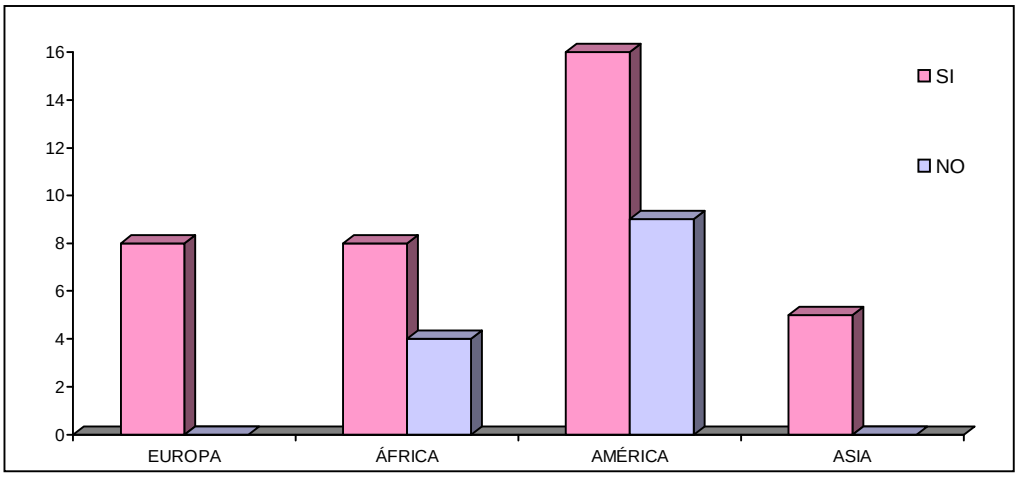


Gráfico 6- **Distribución del lugar de nacimiento-Saber utilizar ICS**

El **Domicilio familiar** se ubica mayoritariamente en el ámbito urbano, siendo minoritario el ámbito rural. Esta distribución hay que interpretarla a la luz de la zona de extracción muestral que se ubica en Barcelona y su área metropolitana.

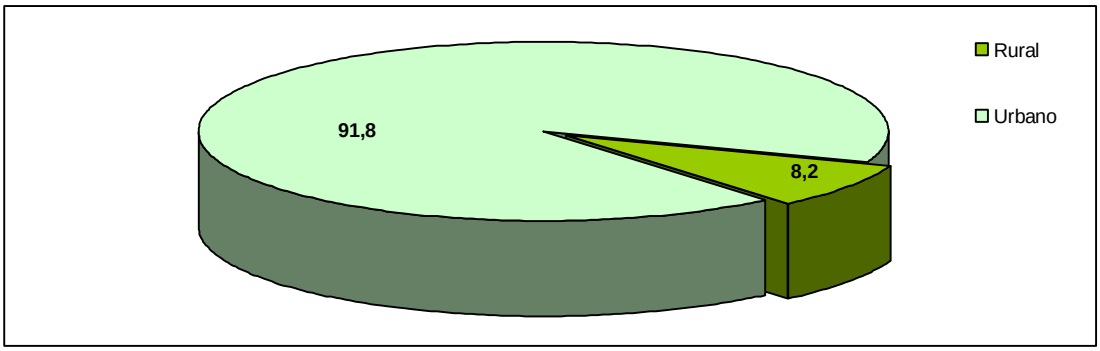


Gráfico 7- **Distribución del domicilio familiar**

La **lengua materna**, predomina considerablemente el español (46%) seguido del árabe (28%), siendo las terceras el chino (6%) y el portugués (6%)

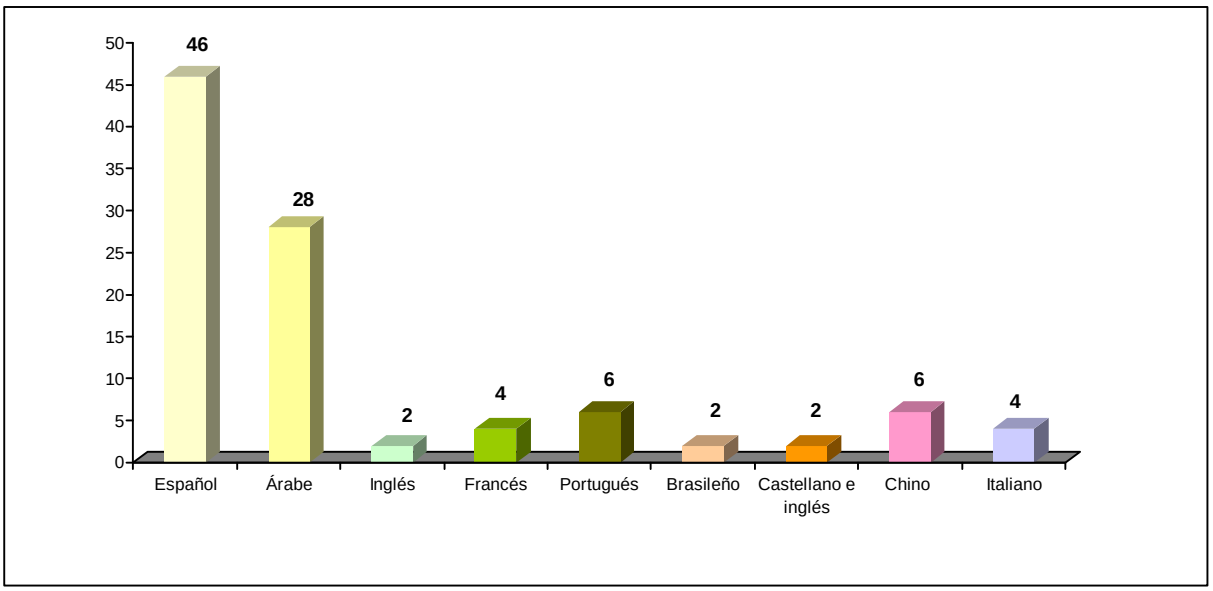


Gráfico 8- Distribución de la lengua materna

§ Variables formativas

La **titulación máxima de Formación Inicial** en la que se distribuye la muestra es de 12% sin estudios, 44% en estudios primarios, el 22% en secundarios, el 22% con estudios universitarios.

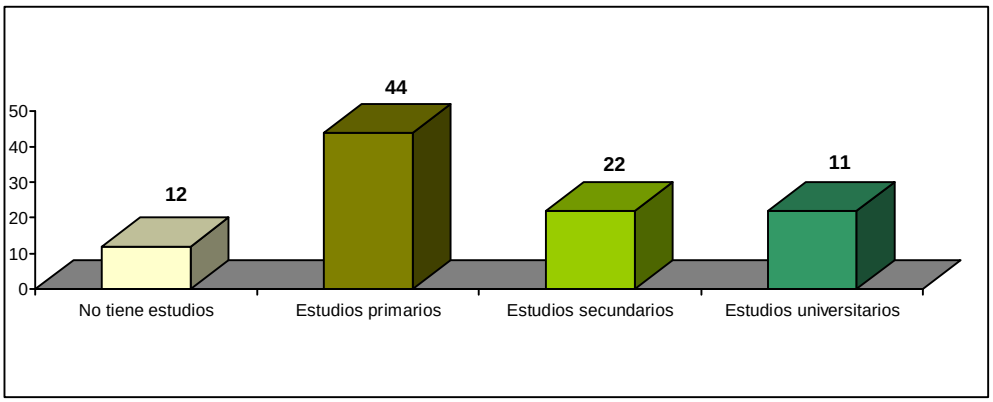


Gráfico 9.- **Distribución de los estudios realizados**

Los **conocimientos de otros idiomas,** además de la lengua materna mayoritariamente se centran sobre el castellano con un 60%, seguido del inglés con un 24% y el catalán con tan sólo un 16%.

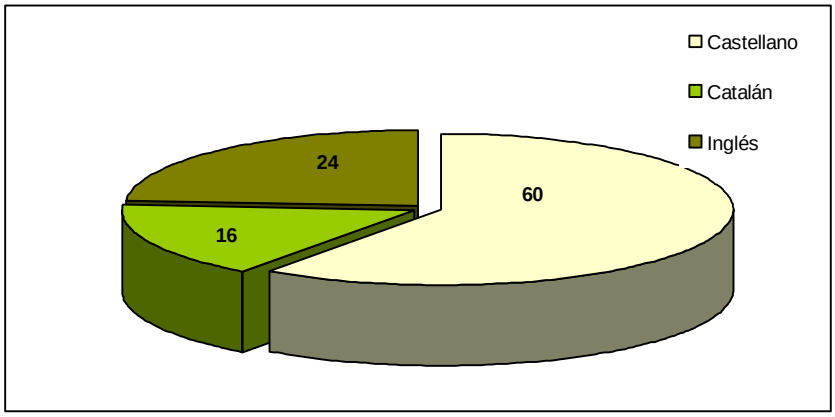


Gráfico 10- **Distribución de los conocimientos de otros idioma**

El 74% de los encuestados saben **utilizar el Institut Català de la Salut**, frente al 26% que no.

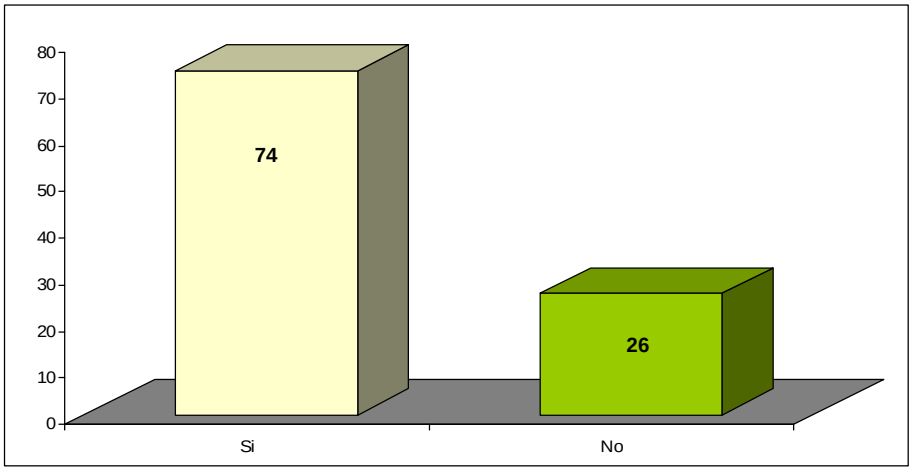


Gráfico 11- **Distribución del conocimiento para utilizar el ICS**

Por géneros, podemos constatar cómo el sexo femenino ignora en mayor proporción la utilización del sistema sanitario que el masculino.

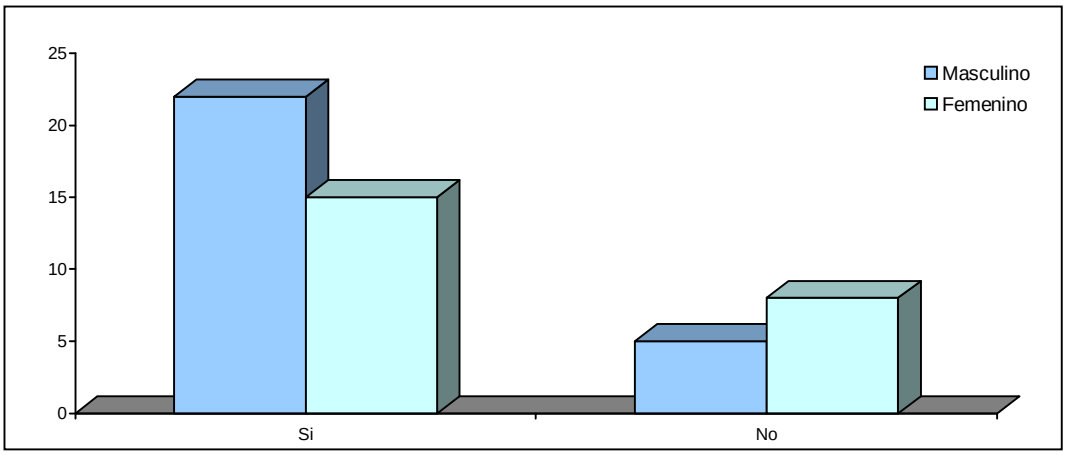


Gráfico 12- **Distribución del conocimiento para utilizar el ICS-Género**

El 100% de los inmigrantes que saben utilizar el sistema sanitario se siente satisfecho con la atención recibida

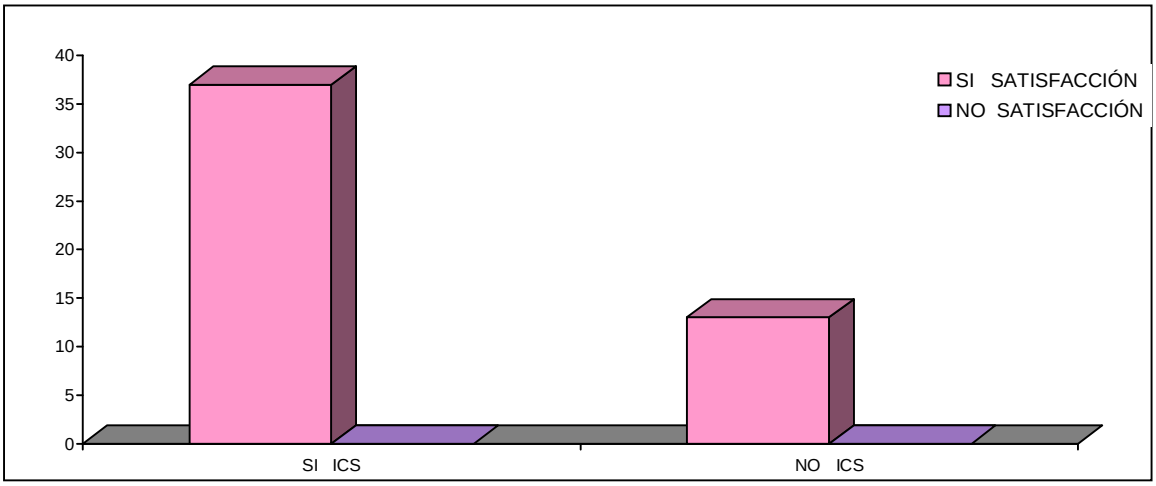


Gráfico 13- **Distribución del conocimiento para utilizar el ICS con la satisfacción de la atención sanitaria recibida**

El 12% del total de inmigrantes afirma haber tenido problemas de comunicación, frente al 88% que no, debido mayoritariamente al uso de la lengua catalana.

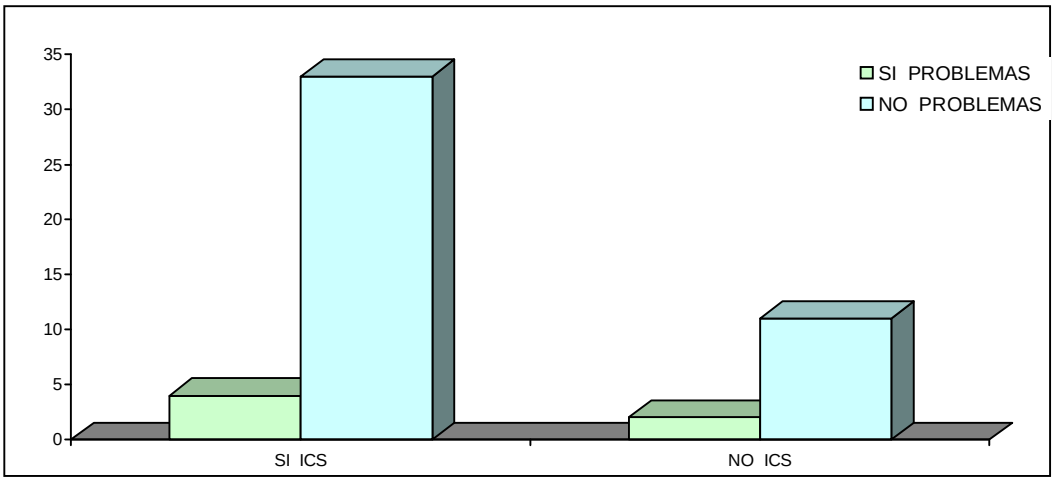


Gráfico 14- **Distribución del conocimiento para utilizar el ICS con los problemas de comunicación con profesionales de enfermería**

§ Variables sociolaborales

La **situación laboral** se distribuye de manera desigual: el 68% están en activo y el 32% están desempleados.

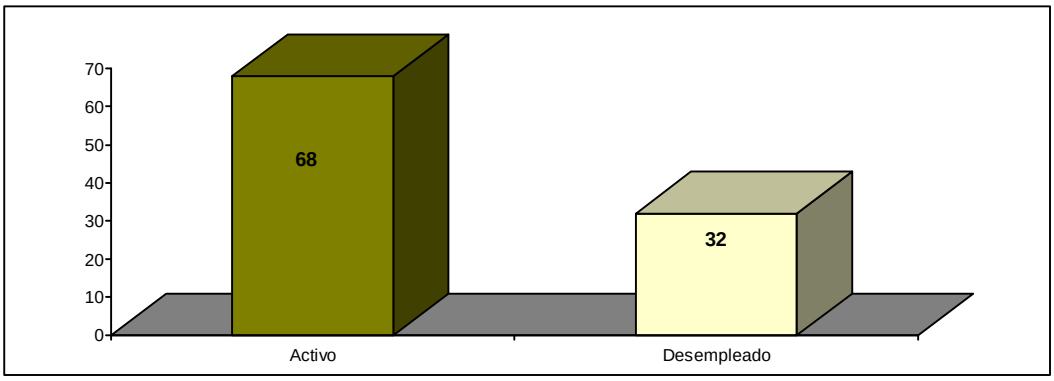


Gráfico 15- **Distribución de la situación laboral**

El **tipo de contrato** para los que están en activo es del 24% indefinido a jornada completa, el 14% indefinido a jornada parcial, el 14% como suplente, el 12% autónomo y el 12% con otro tipo de contratación.

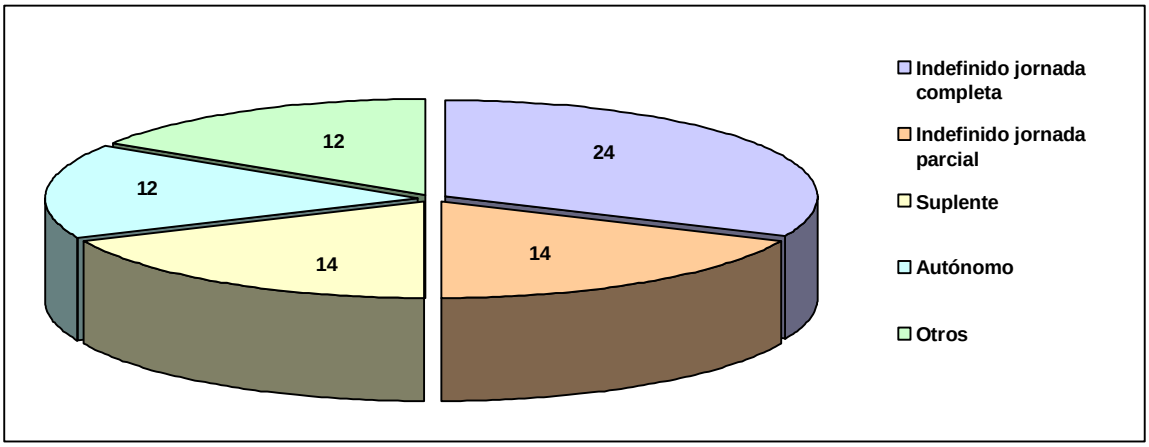


Gráfico 16- **Distribución de tipo de contratación**

Para la **integración social** de los inmigrantes encuestados, el 98% se siente satisfactoriamente adaptado, mientras que el 2% afirma que no.

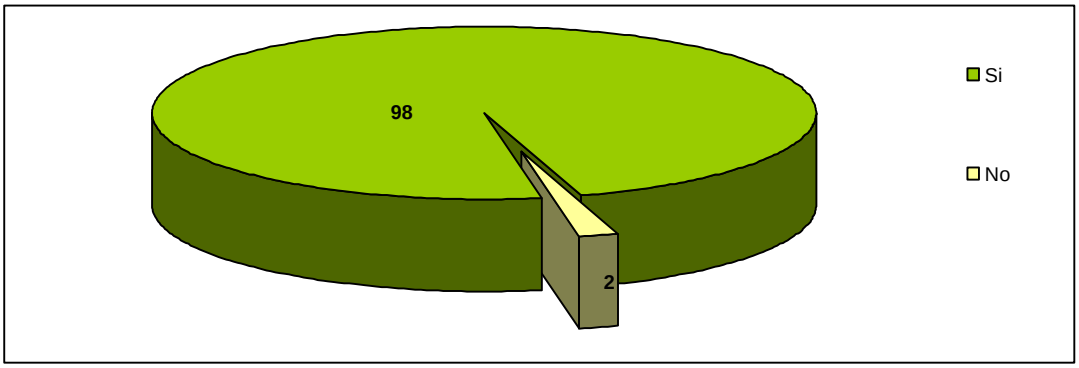


Gráfico 17- **Distribución de la integración social**

El 100% de los hombres se siente integrado, frente al 98% de las mujeres.

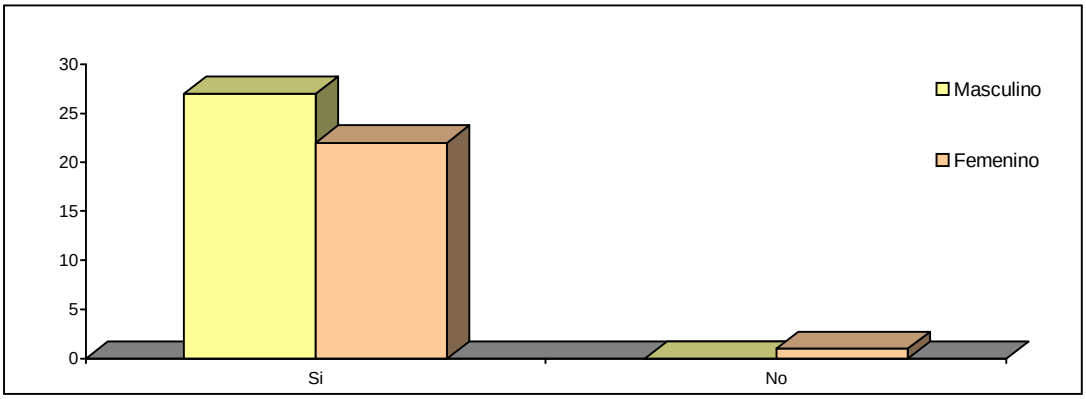


Gráfico 18- **Distribución de la integración social por género**

Un usuario inmigrante que no sabe utilizar el Ics no se siente integrado frente al 99% restante

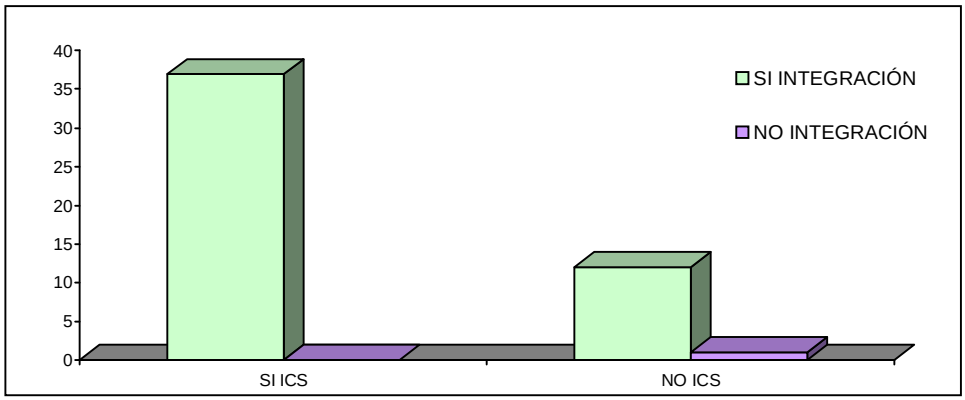


Gráfico 19- **Distribución de la integración social por saber utilizar el ICS**

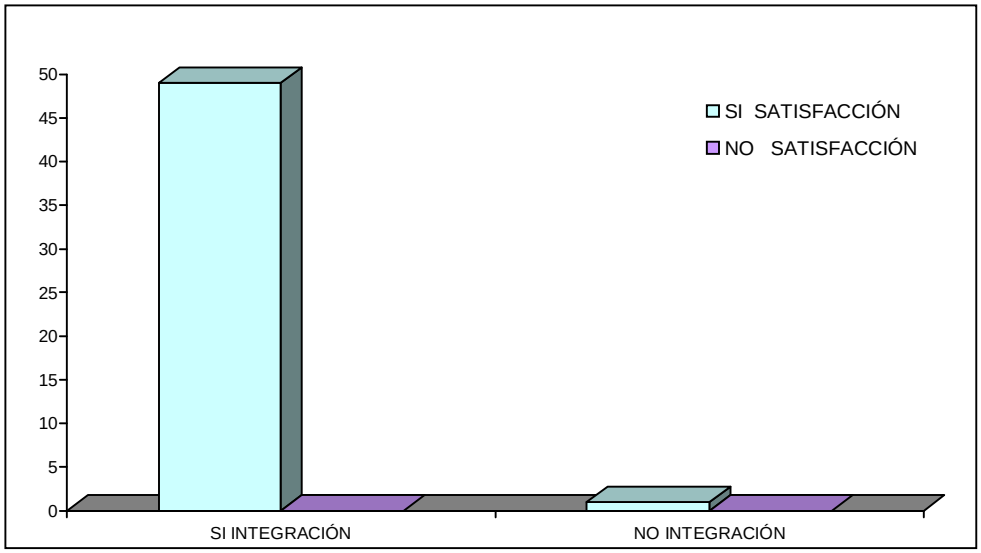


Gráfico 20- **Distribución de la integración social por satisfacción de la atención sanitaria recibida**

El 100% de los encuestados afirma haber tenido una atención sanitaria recibida satisfactoria.

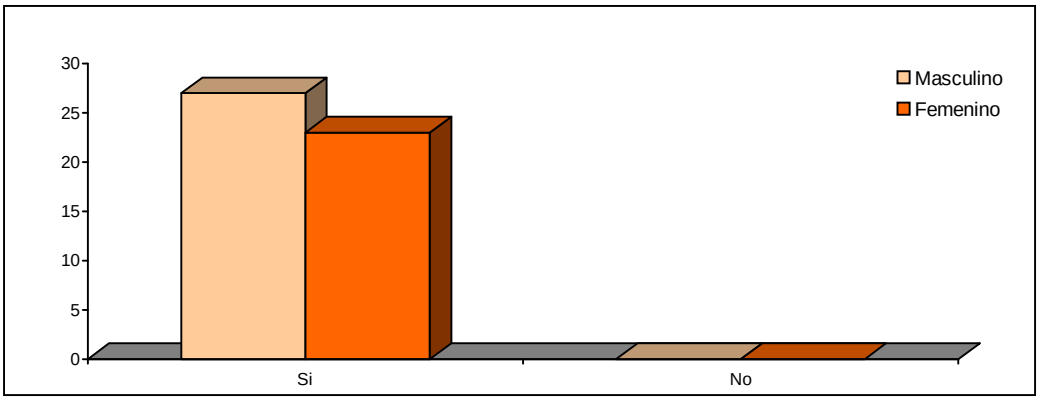


Gráfico 21- **Distribución de la satisfacción sanitaria recibida por género**

Problemas de comunicación con los profesionales de enfermería: el 12% afirman haber tenido problemas básicamente por el uso de la lengua catalana, frente al 88% que nunca ha tenido ningún tipo de problema.

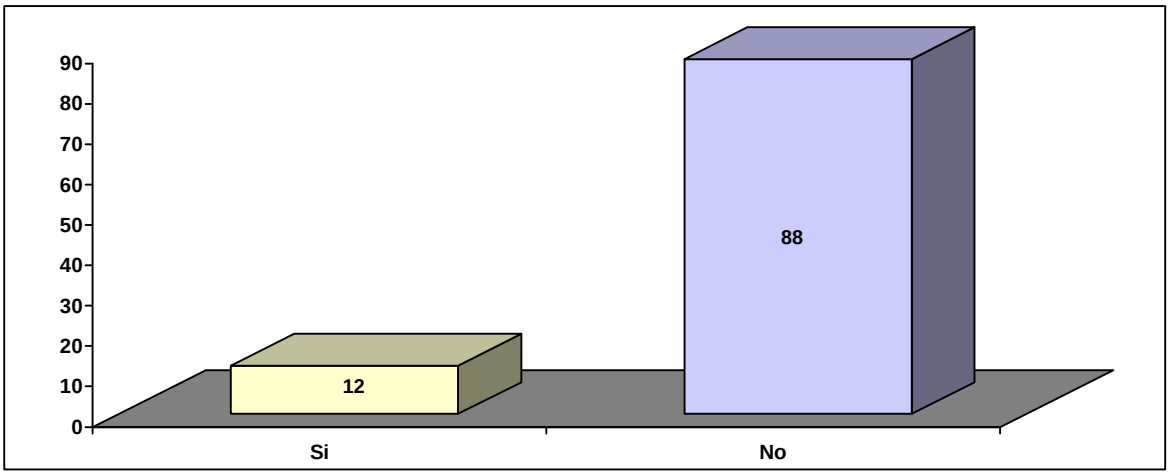


Gráfico 22- **Distribución de los problemas comunicativos**

Un 14’8% de los hombres inmigrantes encuestados afirma haber tenido algún tipo de problema comunicativo; las mujeres un 8’7%

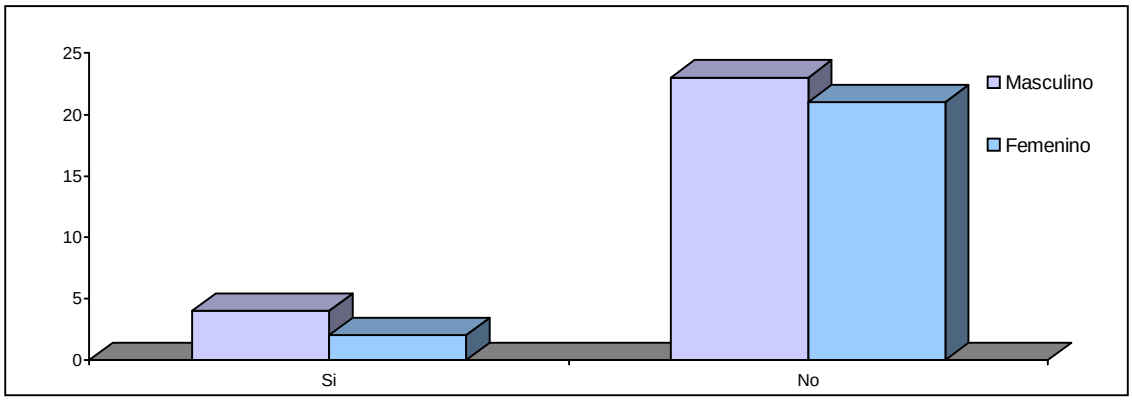


Gráfico 23- **Distribución de los problemas de comunicación por género**

El 12% de los inmigrantes Americanos afirma haber tenido algún problema comunicativo, sobretodo por el uso de la lengua catalana, según afirman.

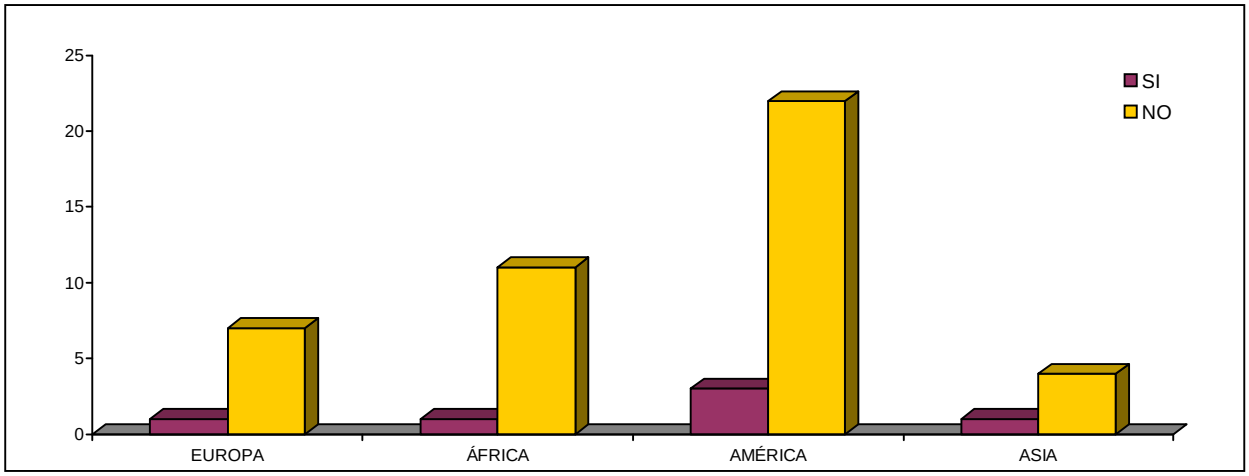


Gráfico 24- **Distribución de los problemas de comunicación por lugar de nacimiento**

Un 12% de las personas encuestadas se siente integrado con problemas de comunicación, un 0% afirma no tener problemas de integración ni de comunicación y un 2% ni se siente integrado ni tiene problemas comunicativos.

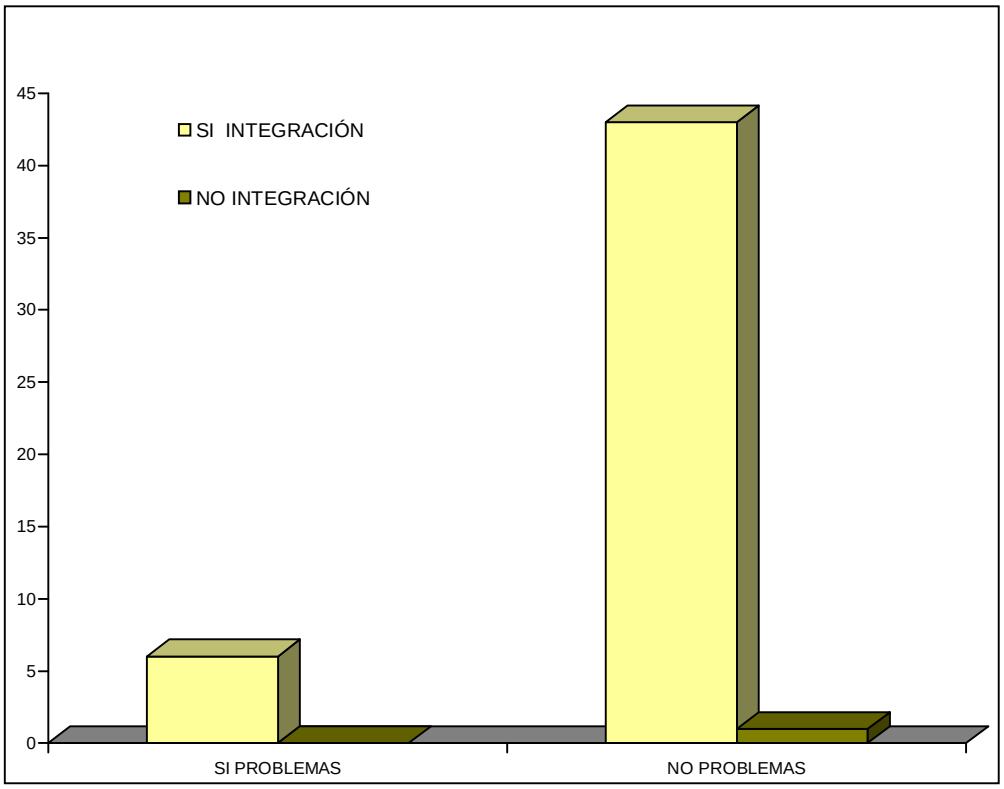


Gráfico 25- **Distribución de la integración con los problemas de comunicación**

5.3.4. RESULTADOS ESTUDIO HISTÓRICO HOSPITAL BELLVITGE

En este estudio se recogieron datos sobre el número de pacientes extranjeros ingresados durante un periodo de tiempo. Agosto-Noviembre-2006 inclusive.

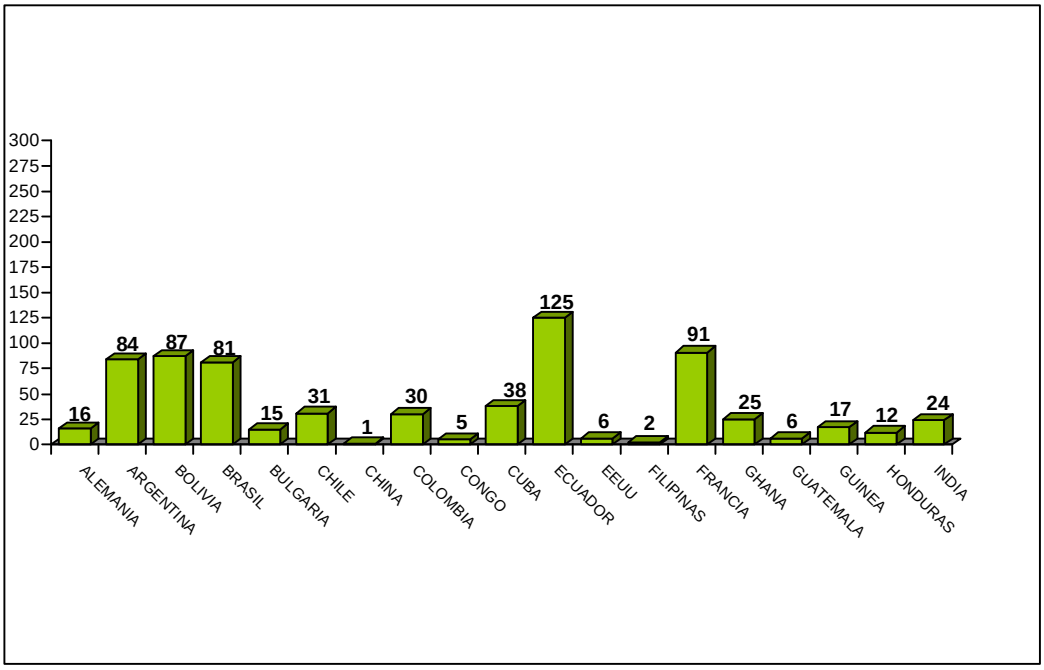
La muestra incluía todas las áreas del hospital, sin excluir ninguna.

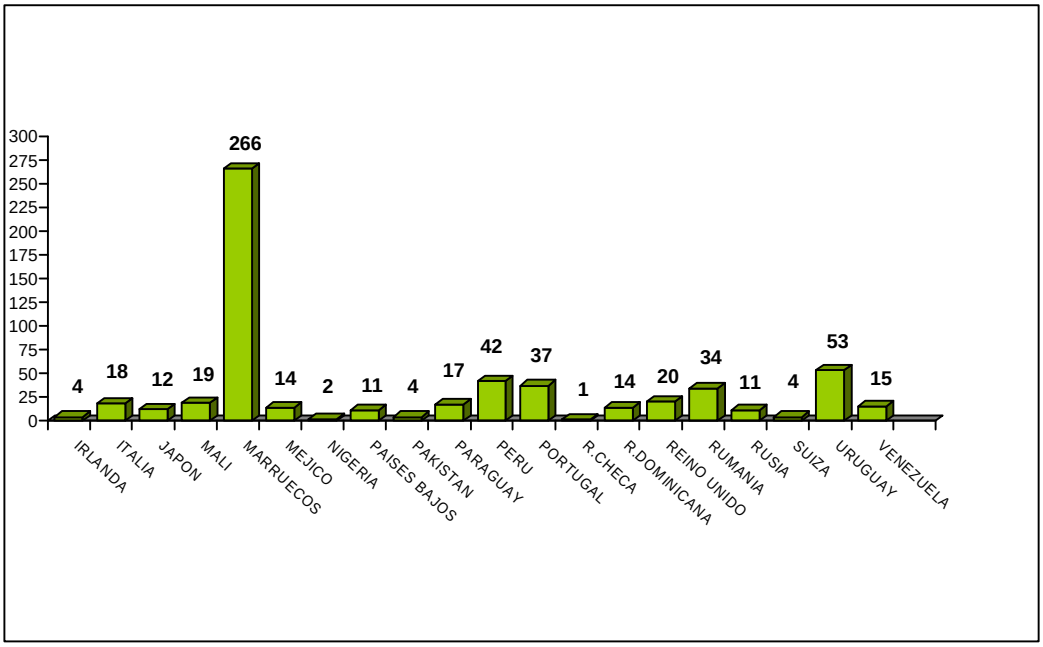
Se han dividido por meses para saber el número de pacientes extranjeros ingresados y por patología para conocer su incidencia.

PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR NACIONALIDAD DURANTE LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE-2006

Durante este periodo hubo un total de 1294 pacientes y 39 nacionalidades.

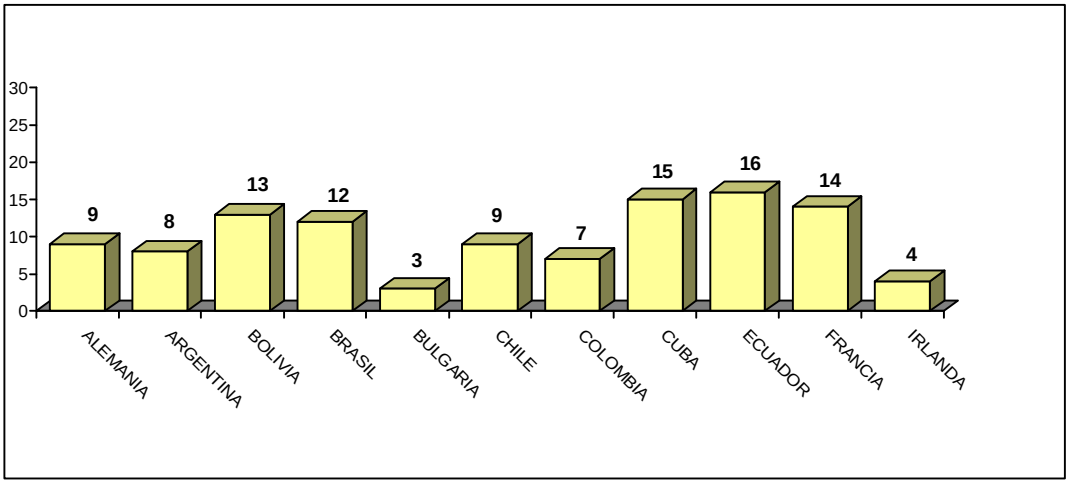
Las nacionalidades con mayor número de hospitalización fueron Marruecos con 266, Ecuador con 125, seguido de Francia con 91, Bolivia 87, Argentina 84, Brasil 81. Con menor China, R.Checa con 1 respectivamente.

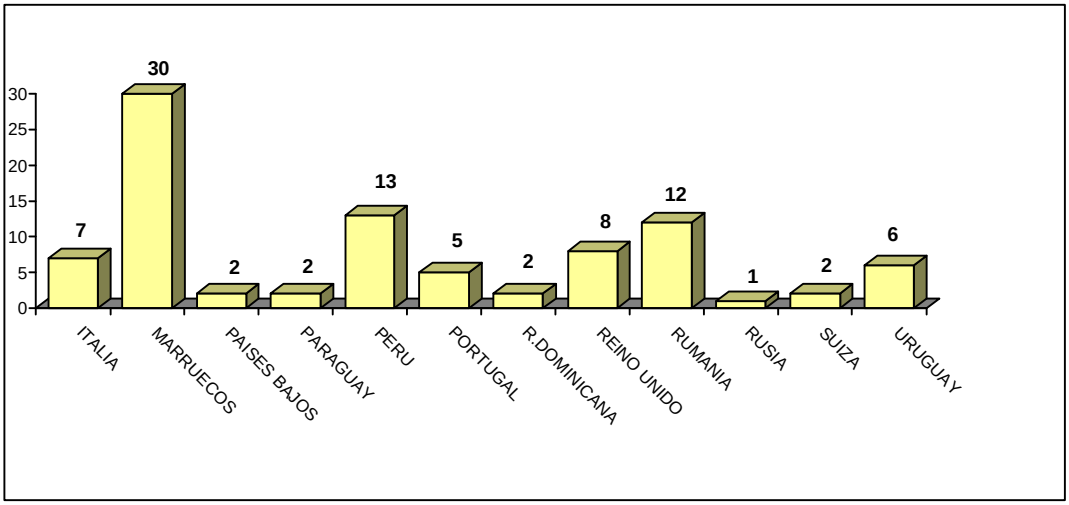

300
275
250
225
200
175
150
125
100
75
50
25
0
16
84
87
81
15
31
1
30
5
38
125
6
2
91
25
6
17
12
24
ALEMANIA
ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
BULGARIA
CHILE
CHINA
COLOMBIA
CONGO
CUBA
ECUADOR
EEUU
FILIPINAS
FRANCIA
GHANA
GUATEMALA
GUINEA
HONDURAS
INDIA


300
275
250
225
200
175
150
125
100
75
50
25
0
4
18
12
19
266
14
2
11
4
17
42
37
1
14
20
34
11
4
53
15
IRLANDA
ITALIA
JAPON
MALI
MARRUECOS
MEJICO
NIGERIA
PAISES BAJOS
PAKISTAN
PARAGUAY
PERU
PORTUGAL
R.CHECA
R.DOMINICANA
REINO UNIDO
RUMANIA
RUSIA
SUIZA
URUGUAY
VENEZUELA

PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR NACIONALIDAD AGOSTO-2006

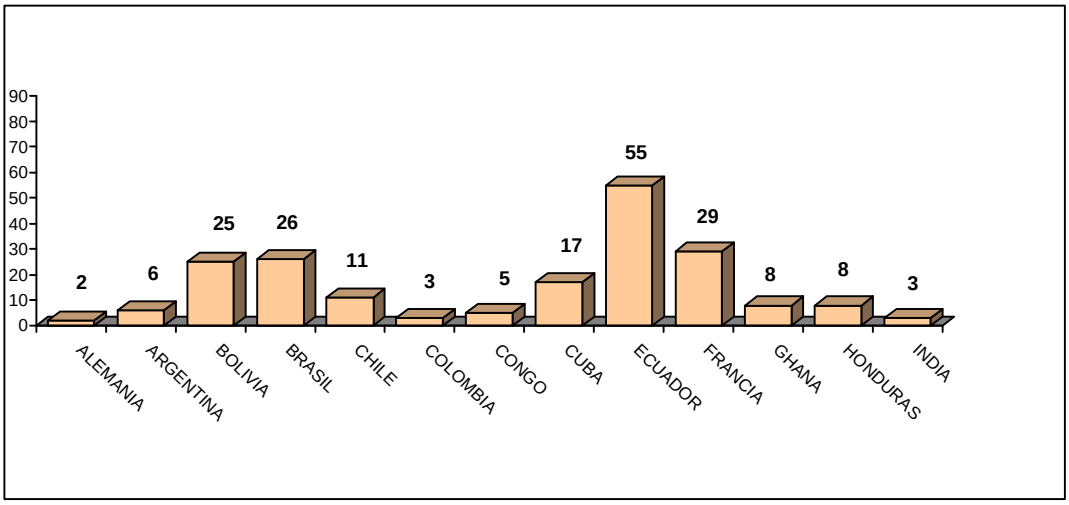
Hubo un total de 200 pacientes y 23 nacionalidades. Las nacionalidades con mayor número de hospitalización fueron Marruecos con 30, Ecuador 16, Cuba 15, Francia 14. Con menor Rusia con 1.

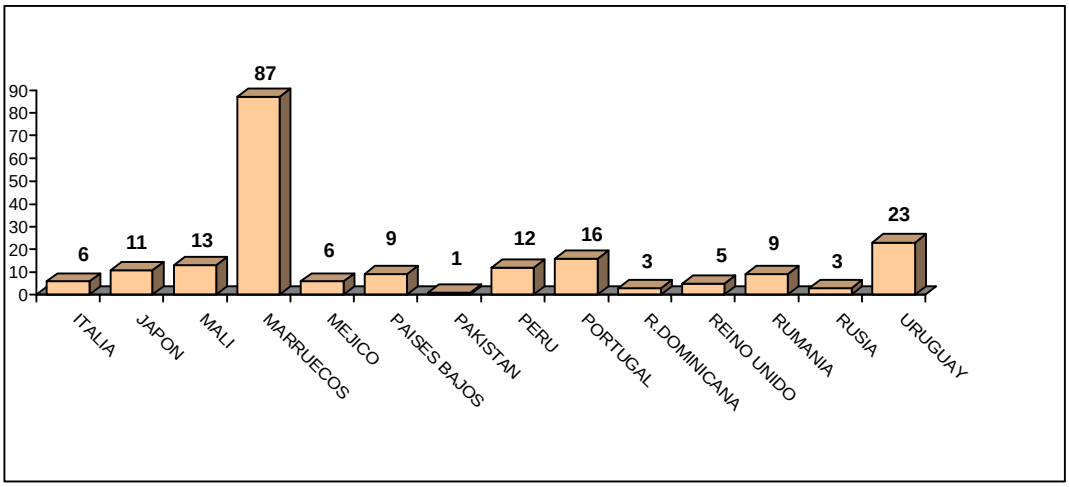




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR NACIONALIDAD SEPTIEMBRE-2006

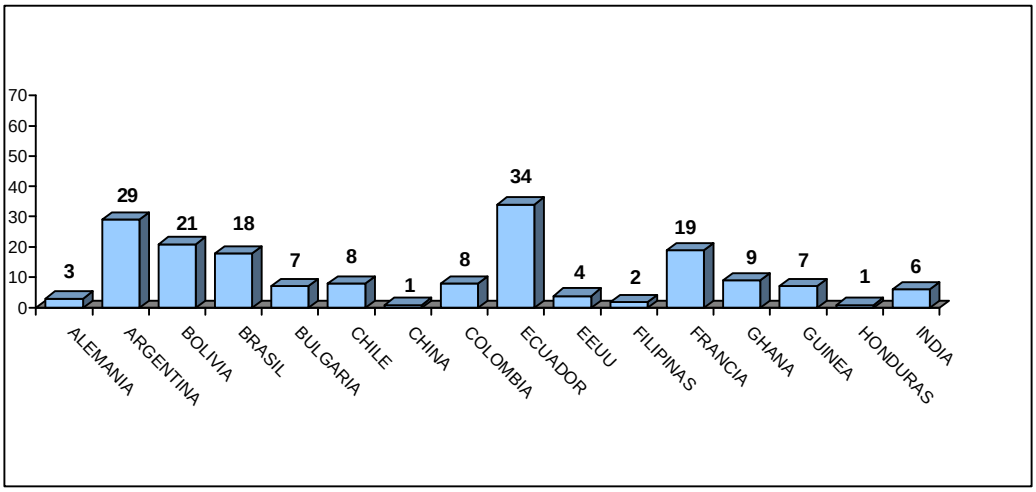
Hubo un total de 402 pacientes y 27 nacionalidades. Las nacionalidades con mayor número de hospitalización fueron Marruecos con 87, seguido de Ecuador con 55, Francia 29, Brasil 26, Bolivia 25. Con menor Pakistán con 1.

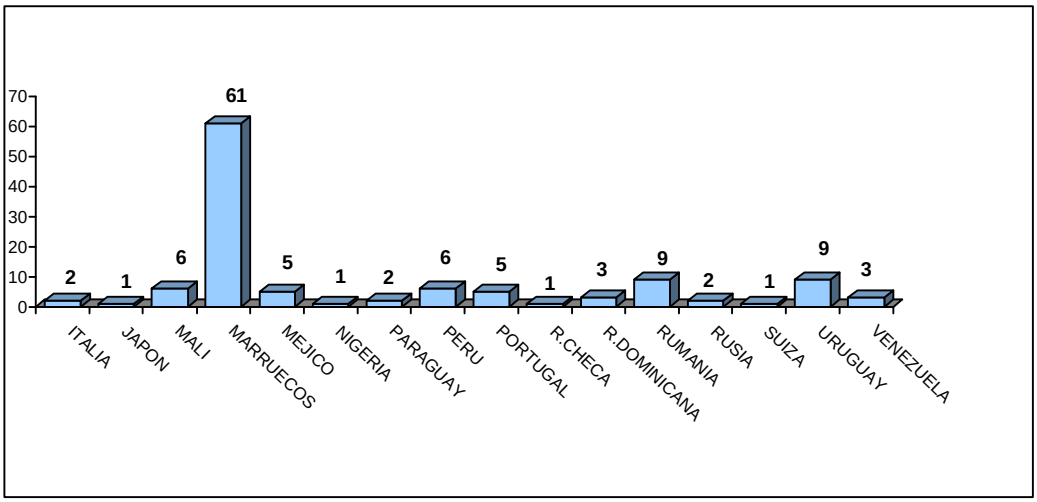




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR NACIONALIDAD OCTUBRE-2006

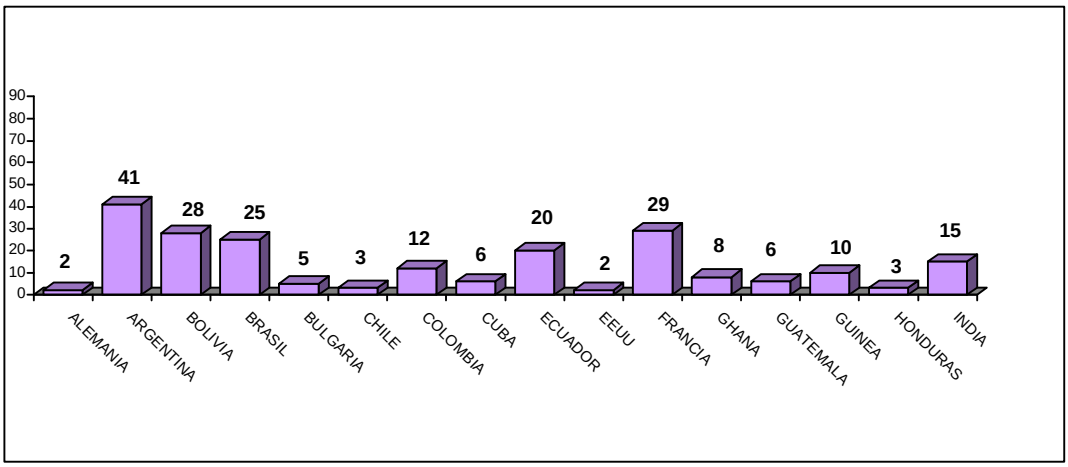
Hubo un total de 294 pacientes y 32 nacionalidades. Las nacionalidades con mayor hospitalización fueron Marruecos con 61, Ecuador con 34, Argentina 29, Bolivia 21. Con menor China, Honduras, Japón, Nigeria, R.Checa, Suiza con 1 respectivamente.

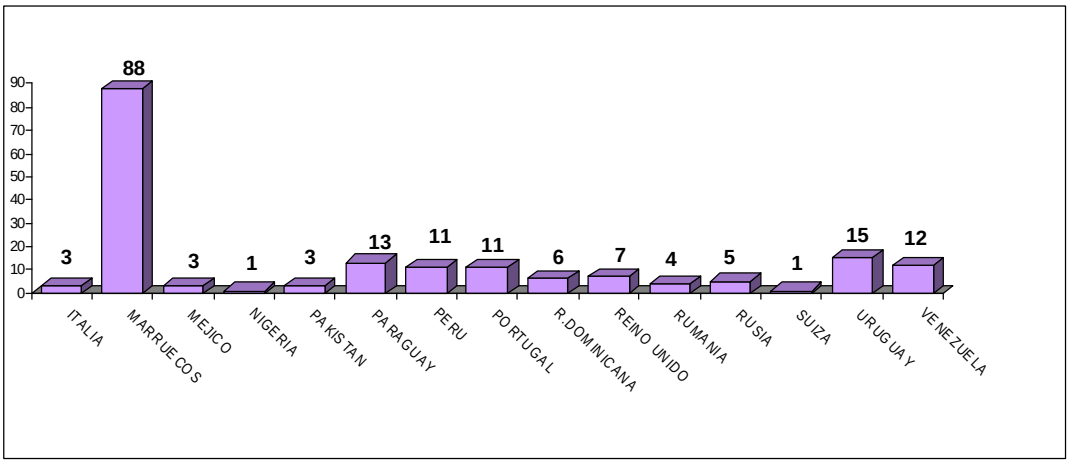




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR NACIONALIDAD NOVIEMBRE-2006

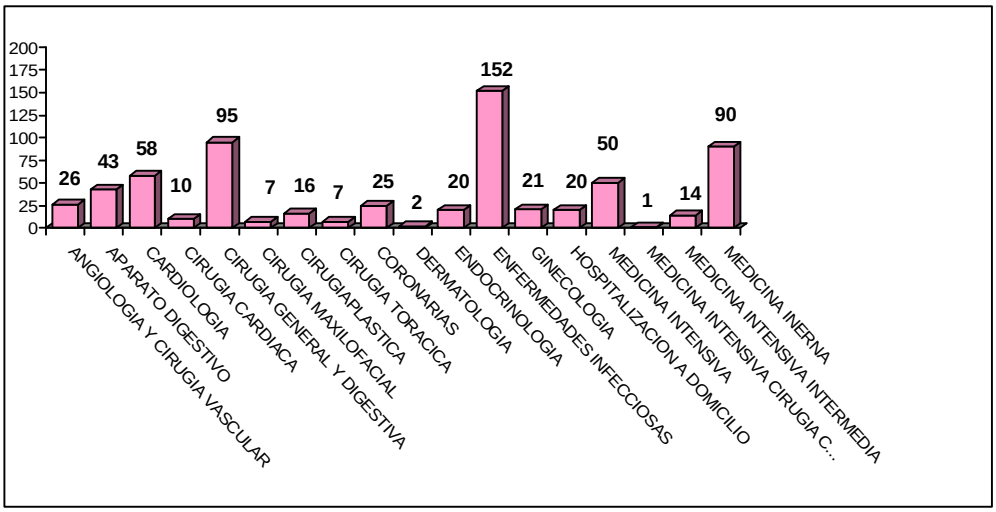
Hubo un total de 398 pacientes y 31 nacionalidades. La nacionalidad con mayor hospitalización fue Marruecos con 88. Seguido de Argentina 41, Francia 29, Bolivia 28, Brasil 25. Con menor Nigeria, Suiza con 1 respectivamente.

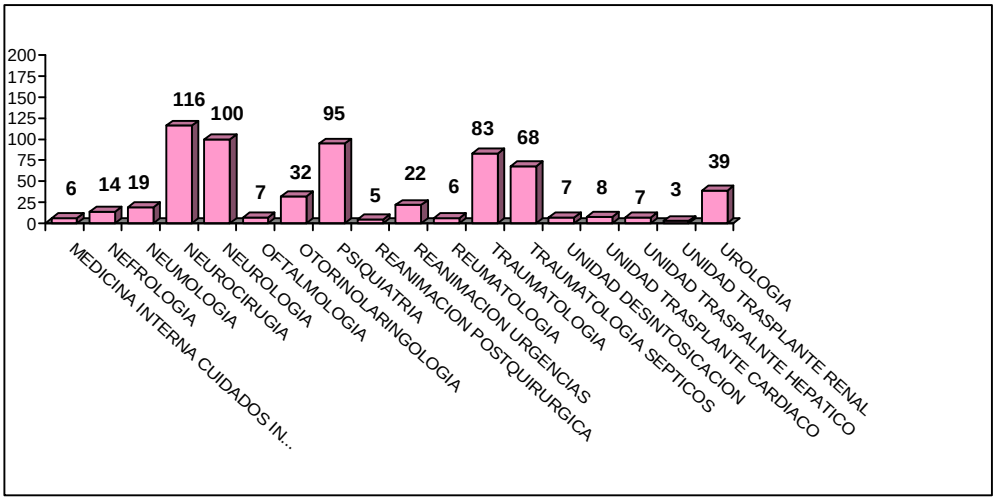




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR SERVICIO DURANTE LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE-2006

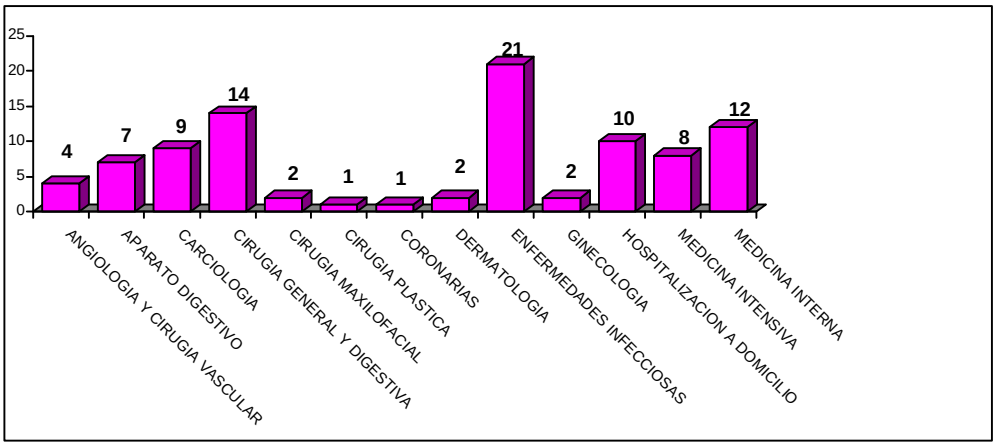
Hubo un total de 36 servicios donde estuvieron ingresados y 1294 pacientes. El servicio con más ocupación fue Enfermedades Infecciosas con 152. Seguido de Neurocirugía con 116, Neurología con 100. El servicio con menos ingresos fue Medicina Intensiva Cirugía Cardiaca con 1.

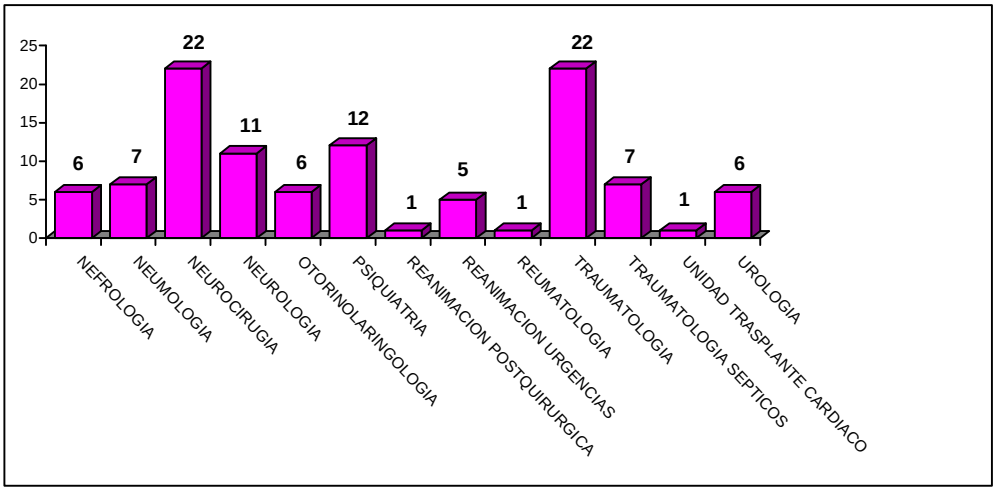




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR SERVICIO AGOSTO-2006

Hubo un total de 26 servicios donde estuvieron ingresados y 200 pacientes. Los servicios con mayor ocupación fueron Neurocirugía y Traumatología con 22 pacientes respectivamente, seguido de Enfermedades Infecciosas con 21. Los servicios con menos ingresos fueron Cirugía Plástica, Coronarias, Reanimación Posquirúrgica, Reumatología y Unidad Trasplante Cardiaco con 1 respectivamente.



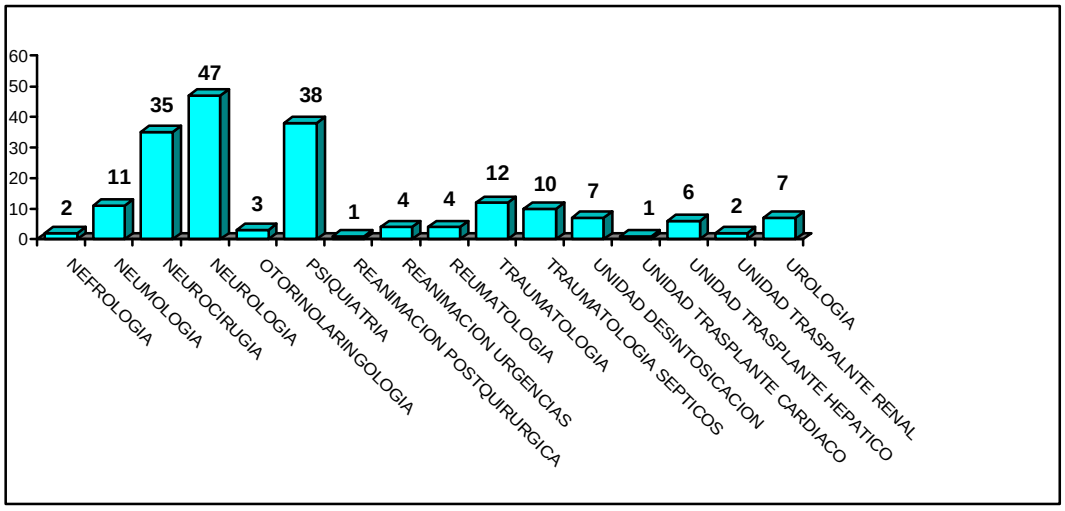


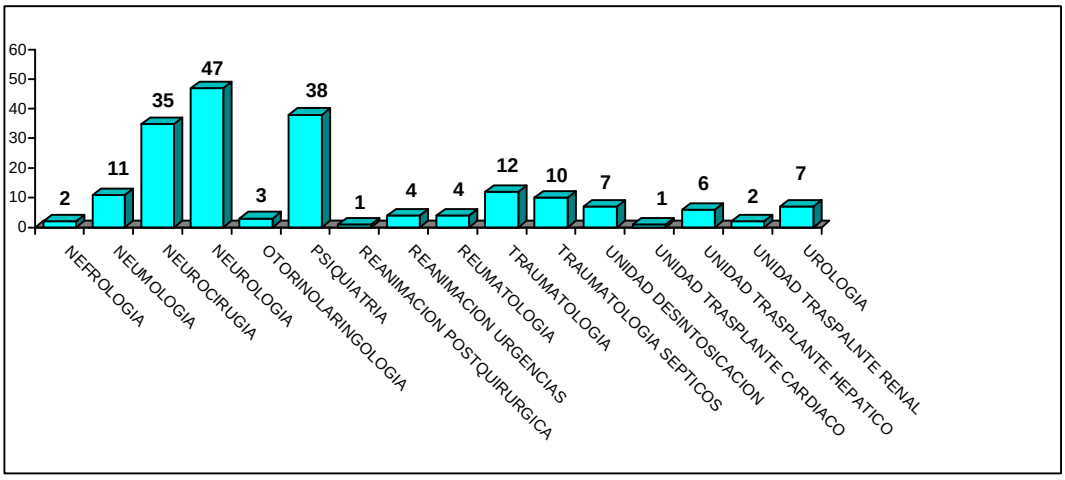
PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR SERVICIO SEPTIEMBRE-2006

Hubo un total de 32 servicios donde estuvieron ingresados y 402 pacientes.

El servicio con mayor ocupación fue Enfermedades Infecciosas con 56 pacientes ingresados, seguidos de Neurología con 47, Psiquiatría con 38, Neurocirugía 35, Medicina Interna 34.

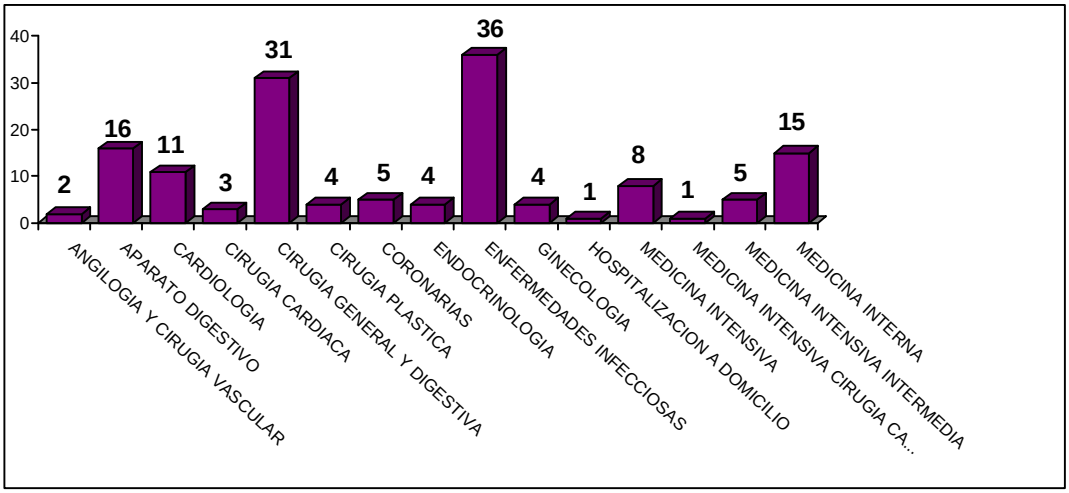
Los servicios con menos ingresos son Reanimación Posquirúrgica, Unidad Trasplante Cardiaco con 1 respectivamente.

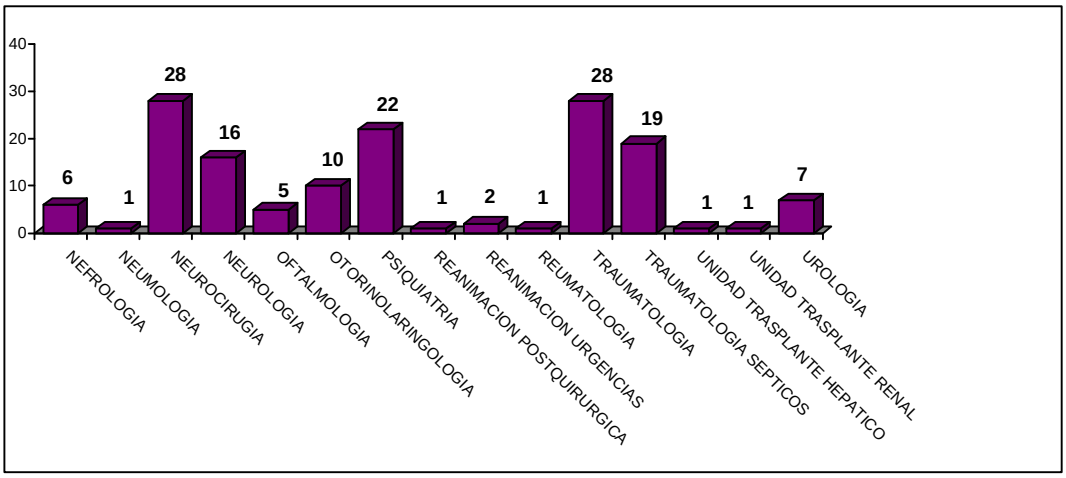




PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR SERVICIO OCTUBRE-2006

Hubo un total de 30 servicios donde estuvieron ingresados y 294 pacientes. El servicio con mayor ocupación fue Enfermedades Infecciosas con 36, seguido de Cirugía General y Digestiva con 31, Neurocirugía 28, Traumatología 28. Con menor ocupación Hospitalización a Domicilio, Medicina Intensiva Cirugía Cardiaca, Neumología, Reanimación Posquirúrgica, Reumatología, Unidad Trasplante Hepático, Unidad Renal con 1 respectivamente.

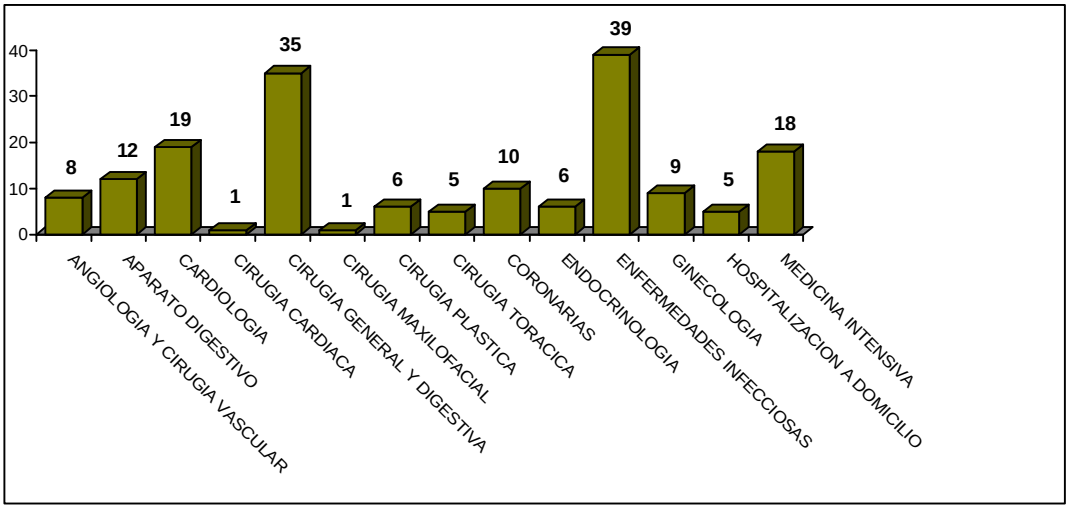


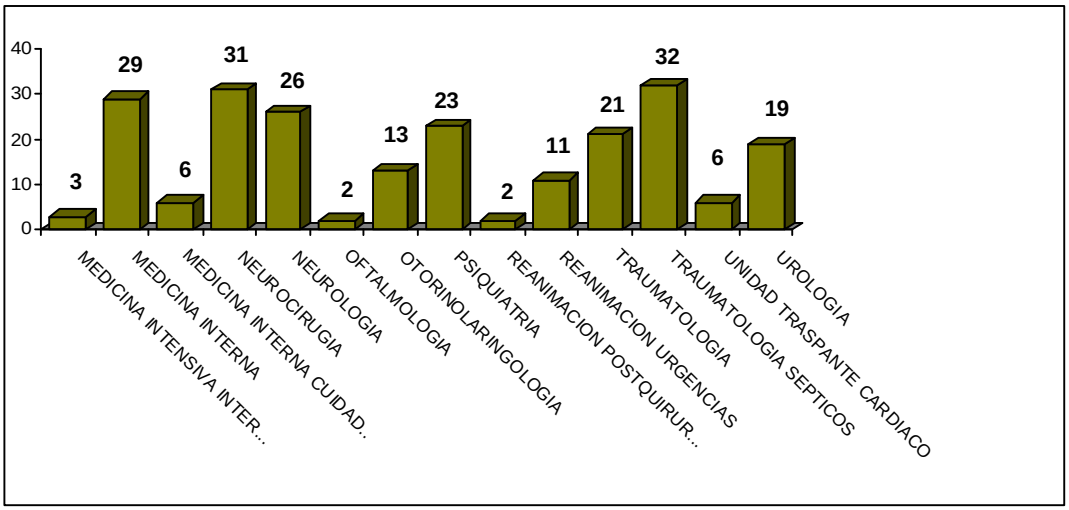


PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS POR SERVICIO NOVIEMBRE-2006

Hubo un total de 28 servicios donde estuvieron ingresados y 398 pacientes.

El servicio con mayor ocupación fue Enfermedades Infecciosas con 39, seguido de Cirugía General y Digestiva con 35, Traumatología Sépticos con 32, Neurocirugía 31.Con menor ocupación fue Cirugía Cardiaca 1, Cirugía Maxilofacial 1.





Durante los 4 meses que se recogió la muestra observamos que la nacionalidad con más número de ingresos es Marruecos, seguido de Ecuador bastante mayor respecto a las otras nacionalidades y con menor China y R.Checa. Si lo desglosamos por meses Marruecos sigue siendo la nacionalidad que predomina, seguida de Ecuador exceptuando el mes de Noviembre en el que Argentina, Francia, Bolivia, Brasil superan a Ecuador.

El servicio de ingreso con mayor número de pacientes extranjeros ingresados durante los 4 meses son Enfermedades Infecciosas, Neurocirugía y Neurología y con menor Medicina Intensiva Cirugía Cardiaca. Si lo desglosamos por meses, exceptuando el mes de Agosto el mayor número de ingresos es en Enfermedades Infecciosas. En el mes de Agosto Neurocirugía y Traumatología tienen el mayor número de ingresos, después le sigue Enfermedades Infecciosas.

6. CONCLUSIONES

La llegada de población de origen extracomunitario y su asentamiento en Cataluña ha diversificado las necesidades de salud. La relación se ve dificultada por problemas de comunicación, que no se reducen al hecho de no compartir el idioma sino también y sobretodo a las diferencias en las concepciones de salud/enfermedad (hay mas demanda para asistir enfermedades que para practicas de prevención).

Actualmente el obstáculo más grande para el desenvolupamiento de la mediación intercultural en el campo de la salud es la falta de reconocimiento administrativo de la figura o agente de salud y del mediador y la mediadora intercultural. Las personas que trabajan como agentes de salud en los centros sanitarios no tienen relación contractual con la institución sanitaria, el vínculo se formaliza mediante convenios renovables anualmente con proyectos de determinadas ONG. Algunos de estos programas de mediación se financian gracias a la subvenciones de la Unión Europea.

Es revelador que ningún mediador ni mediadora tengan un contrato laboral. Esto hace que la totalidad de las personas que trabajan como agentes de salud tienen que tener otra ocupación para poder sobrevivir.

El Departamento de Sanidad trabaja en la línea de definir las competencias de los agentes de salud y seguir con la descentralización de la financiación de las tareas de mediación a instituciones locales (entidades y ayuntamientos). Desde su punto de vista, las entidades y ONG son los que han de hacer contratos en regla.

La falta de un conseso en cuanto a la forma y los contenidos de los programas de formación de mediadores, mediadoras y agentes de salud obstaculiza el ejercicio de una mediación de calidad.

Teniendo en cuenta que recientemente han salido postgrados de mediación intercultural y de agente de salud, una formación normalizada que finalice con la obtención de una titulación reconocida administrativamente puede contribuir a mejorar las competencias de mediadores, mediadoras y agentes de salud, también a prestigiar la tarea y formalizar la contratación laboral.

No solo se trata de la lengua sino de asumir una competencia cultural y aprender a utilizar la técnica de la mediación.

Otro tema es la distribución horaria de los mediadores que no se adapta a las necesidades de los usuarios/as.

Por falta de recursos no se cuenta con un servicio de mediación que cubra la totalidad de las franjas horarias de la asistencia médica.

A falta de mediador o mediadora que interpreté la demanda y que nos ayude a transmitir, los profesionales nos valemos de la colaboración de los traductores informales, mayoritariamente los hijos o las hijas de los mismos usuarios, pero esto no es una buena solución porque pueden aparecer otros problemas: no se respeta totalmente la confidencialidad de la relación asistencial y se origina un trasvase de los roles en la relación madre/padre e hijos/as.

Hay que dar a los profesionales espacios para que puedan realizar un trabajo en equipo con mediadores, mediadoras o agentes de salud. Hay que capacitar a los mediadores para desenvolupar la tarea de mediación, ya que son ellos los que pueden aportar esta sensación de confianza mutua, de acercamiento al usuario y facilitar la comunicación. Hablar de asistencia sanitaria significa hablar de servicios personales. No todo consiste en el uso de la tecnología sanitaria sino que tiene un gran valor para el paciente sentir que se le atiende a él personalmente, que el profesional entiende lo que le pasa y le tratan adecuadamente. En el caso de los inmigrantes, a las dificultades habituales de la

relación enfermera/o-paciente, se añaden las derivadas del uso de un idioma diferente y de forma de expresar el malestar propio de la cultura de origen. Mejorar esta relación exige, además de investigación y formación de los profesionales, la dotación adecuada de recursos.

En el uso de recursos sanitarios por parte de los inmigrantes, se pueden identificar, algunos elementos relacionados con el modelo asistencial de sus países de origen. Los inmigrantes, en el periodo inicial de incorporación a la sociedad española, utilizan los servicios tal y cómo están acostumbrados a hacerlo en los países de origen, con criterios más adaptados a su entorno de origen que al español.

Sus sistemas de salud, siempre con escasos de recursos, se adaptan más a la atención en las situaciones de urgencia que a la atención programada y suelen contar con programas específicos de prevención.

Estas características pueden influir en las demandas de atención urgente o de realización de “chequeos” de los inmigrantes al sistema sanitario español, ignorando los servicios de atención programada.

Algunas pautas de comportamiento de estos colectivos en los centros sanitarios que producen tensiones con el personal sanitario y otros pacientes, están vinculadas con las condiciones habituales de prestación de servicios en los centros sanitarios en los países de origen.

No debemos olvidar que los inmigrantes desconocen parte de los servicios ofertados en nuestro sistema, lo que puede estar en el origen de un menor acceso y peor utilización de los mismos. Desconocen no solo su existencia sino su utilidad.

Al pasar los cuestionarios hemos observado un grado de desconfianza en cuanto a tener que firmar un consentimiento informado. Muchos han querido esperar a que hubiera algún familiar más, para ellos estar más seguros. Observamos que las respuestas de las encuestas nada tienen que ver con la realidad que vivimos los profesionales de enfermería, hay muchos más problemas de los que en realidad han aparecido, de hecho ellos no tienen ninguno. Creemos que el hecho de firmar un consentimiento informado hace que en el fondo tengan miedo de poder decir lo que sienten por si eso les trae problemas en su estancia en el hospital. Aunque se les explica que no. De hecho algunos han realizado la encuesta pero se han negado a firmar el consentimiento.

7. PROPUESTAS

Es necesario incorporar la diversidad en la publicidad sanitaria institucional, tanto a nivel de imágenes como de contenido de los mensajes. Estará orientada a evitar exclusiones de los nuevos colectivos implícitas en los mensajes dirigidos a la población general desde el sistema sanitario.

Hay que reforzar algunos de los mensajes orientados a la protección de la salud de la población inmigrante, resultando estratégica para llegar a esta población diana la selección de los canales de comunicación.

Seria beneficioso la dotación de recursos necesarios para el aprendizaje de español.

El sistema sanitario público ha de fomentar la difusión de los progresos e innovaciones exitosas en materia de integración y competencia intercultural.

Las organizaciones sanitarias deben mantener actualizado el perfil poblacional desde el punto de vista demográfico, cultural y epidemiológico; mediante la utilización de diferentes métodos y fuentes de información complementarias, para planificar adecuadamente e implementar los servicios que respondan a las características culturales y lingüísticas del área.

Incorporar la información sobre la raza, etnicidad e idioma (oral y escrito) prioritario de los pacientes en los registros sanitarios del sistema de información administrativa de la organización. El usuario debería ser informado del propósito de la recopilación de esta información y las garantías de confidencialidad y privacidad a que esta sujeta.

Definir un sistema de indicadores que permita conocer las características de la población inmigrante.

Análisis de la satisfacción de los pacientes inmigrantes. El seguimiento y análisis de las reclamaciones relacionadas con temas culturales o lingüísticos, debe ser incluido en los programas de calidad de las organizaciones sanitarias.

Incorporar el elemento de la migración en los programas formativos habituales, en tanto en cuanto aporte elementos específicos relacionados con el contenido de la materia.

Programas de comunicación, negociación, de resolución de conflictos y especificidades culturales.

Desarrollar programas de formación para los profesionales sanitarios con objeto de que conozcan de forma especifica tanto los problemas de salud de mayor prevalencia en la población inmigrante como los aspectos culturales que influyen en la relación enfermera/o-paciente y en el proceso de curación. A través del conocimiento del otro, se facilita la empatia, la comprensión mutua y la habilidad de ponerse en el lugar del otro.

Desarrollar cursos específicos de formación o mecanismos especiales de información para los trabajadores a fin de que conozcan los aspectos legales y los requerimientos administrativos en relación con la población inmigrante.

Elaboración de materiales orientativos para la atención sanitaria: guías, protocolos de acogida en salud, o en detección precoz de enfermedades según lugares de origen; página Web sobre salud e inmigración con información específica para los profesionales

Hay que proporcionar a todos los pacientes las comunicaciones verbales y escritas en el idioma que comprendan y adaptadas a su situación.

Adecuación de la comunicación institucional a los perfiles de uso del idioma de estos colectivos.

Proporcionar a los pacientes ofertas verbales y notificaciones escritas en su idioma preferente, informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia idiomática a través de intérpretes o plantilla de personal bilingüe. Familiares y amigos no deberían proporcionar servicios de interpretación de forma habitual, excepto a petición del paciente.

Disponibilidad de materiales de fácil comprensión por parte de los pacientes y uso de métodos adecuados de información.

Uso de tarjetas de identificación lingüística.

Exhibición y mantenimiento de carteles en idiomas frecuentemente hablados en todos los puntos de entrada.

Sistematizar la información en varias lenguas.

Hacer efectivo el derecho a la información del paciente extranjero que desconozca el idioma.

El origen étnico, la cultura y el carácter psicológico del individuo influyen en la forma en que expresa el dolor, las estrategias para reducirlo y la comunicación con las enfermeras/os.

Existen importantes diferencias culturales en la expresividad del dolor. En algunas culturas se valora más la expresividad mientras que en otras se potencia la ausencia de la misma.

Hay que estudiar como viven su dolor los nuevos ciudadanos, de no hacerlo, algunos pacientes sufrirán el dolor sin expresarlo ni obtener por tanto apoyo desde el sistema de salud.

El lenguaje corporal es diferente en las diferentes culturas, aspecto que debe ser conocido por los profesionales en contacto con estos colectivos. Debe facilitarse información sobre los aspectos más relevantes en relación con este tema que puedan ser motivo de dificultades en la relación con el sistema o de conflictos.

No todos los pacientes toman sus propias decisiones en temas relacionados con la atención o cuidados de su salud. En algunas ocasiones el valor de la familia obliga a tomar determinadas decisiones, en ocasiones las que resultan más importantes, “en familia”. En aquellas culturas en las que los varones son dominantes, el marido tomará las decisiones relacionadas con los cuidados de la salud de su esposa e hijos.

Este es uno de los aspectos a estudiar a fin de ofrecer recomendaciones compatibles con el respeto a los derechos y obligaciones recogido en la normativa general y del sector.

8. BIBLIOGRAFIA

Instituto de Estadística de Cataluña. Jornadas técnicas sobre Proyecciones demográficas de Cataluña. Barcelona: Generalitat de Cataluña, 1997.

Moreno Preciado, M. La relación con el paciente inmigrante. Index de enfermería 2005; otoño, 50.

Grupos de formación e investigación en traducción e interpretación en los servicios públicos.
http://www2.uah.es/traduccion/fitispos.htlm

La situación socioeconómica determina los problemas de salud de los inmigrantes. Jornada "inmigración sociedad y sanidad" 2005, Set.
http://www.websalud.com/articulo.htlm

Los datos de la inmigración en Cataluña. Hispanismo. org 2005, Mar.
http://www.hispanismo.org/showthread.php

Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2004, 9.
http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema9/inmigrantes2.htm

Guix, X. Ni me explico, ni me entiendes. Los laberintos de la comunicación. 4ª. ED. Barcelona: Norma, 2005

Tejada Fernández, J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación "La Caixa", 1997

http://www.csub.scs.es/cat/professionals/index.php

http://www.csub.scs.es/cat/info_corporativa/index.html
- Generalitat de Catalunya. Estatuto de autonomía de Cataluña. 2006; Junio. 41-42.

-Masllorens A, Claret A, Pasqual A, Cabré A, Navales C, Porta C. (et al.) Estudio sobre la política de inmigración de Catalunya. La factoría 2002; Junio-Septiembre, 18.
http://www.lafactoriaweb.com/articulos/parlament18.htm

-Santamaría E. La incógnita del extraño. Barcelona: Anthropos, 2002.

-Fundación "La Caixa". La inmigración extranjera en España. Los retos educativos. Colección Estudios Sociales, 1,2000.

-Fundación "La Caixa", Actis W, Perada C, de Prada M A. Inmigración, escuela y mercado de trabajo. Colección Estudios Sociales, 11,2002.

-Vélez Rivas J I. Motivos y motivación en la empresa. Madrid: Díaz de Santos, 1996.

-Crzib G. Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces S.A, 2002.

- Gómez Garrido F, Salobreña A. La comunicación con el enfermo: un instrumento al servicio de los profesionales de la salud. Granada: Alhulia, 1999.

- Knapp M. La comunicación humanitaria. La comunicación no verbal: El cuerpo y su entorno. Barcelona: Paidos, 1992.

-JANSA, J. M. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. REVISTA ESPAÑOLA SE SALUD PÚBLICA, 1998; 72(3) ,165-168.

-Miguel Arenal J .M .Inmigración y salud. A TU SALUD, 2000; VIII (29) ,1.

-Roca Capara N. (2001).Situación actual en España. Inmigración y salud. REVISTA ROL DE ENFERMERIA, 24(10) ,26-30.

-Roca Capara N .Salud de las personas inmigradas. Inmigración y salud. REVISTA ROL DE ENFERMERIA, 2001; 24(11) ,56-62.

-Soler Amigo J .Inmigración y salud. QUADERN CAPS, 2003; (42) ,81-84.

-Queral Casanova, R. G. Rodríguez i Jiménez, I. Cuidados transculturales y familia. ENFERMERIA CIENTIFICA, 1996; (166-167), 46-49.

-Lipson, J. G .Cultura y cuidados de enfermería. INDEX DE ENFERMERIA, 2000; (28-29), 19-25.

-Moreno Preciado M. Inmigración hoy: el reto de los cuidados transculturales. INDEX DE ENFERMERIA, 2003; XII (42), 29-33.

-Serra M, Montiel M. Infermeria transcultural: una experiencia formativa transdiciplinar. AGORA D' INFERMERIA, 2004; 8(4) ,691-693.

-Tejada Fernández, J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación "La Caixa", 1997.

http://www.hrea.net/learn/guides/refugiados.html

http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html

www.club.telepolis.com/geografo/regional/espa/emigrar.htm

www.ine.es

www.csub.scs.es/cat/professionals/index.html

www.csub.scs.es/cat/info_corporativa/index.html

- La inmigració a debat: Diversitat i salut. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 2005

-Ministerio Sanidad y Consumo. Grupo de trabajo del Comité Consultivo del Cisns. Inmigración y Salud, 2006

9. ANEXOS

§ ANEXO 1. CUESTIONARIO PERSONAL DE ENFERMERÍA

PERSONAL DE ENFERMERIA — **MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCION CORRECTA**

1 GENERO:

1 ☐ HOMBRE 2 ☐ MUJER

2 EDAD:..... AÑOS

3 ESTADO CIVIL:

1 ☐ SOLTERO/A
2 ☐ CASADO/DA O EN PAREJA
3 ☐ SEPARADO/A O DIVORCIADO/A
4 ☐ OTROS.....

4 LUGAR DE NACIMIENTO:

1 ☐ ESPAÑA
2 ☐ OTROS PAÍS.....

5 AÑO DE OBTENCION DEL TITULO UNIVERSITARIO:.....

6 ¿HA REALIZADO ALGUN TIPO DE FORMACIÓN CONTINUADA SOBRE LA INMIGRACIÓN?

1 ☐ NO
2 ☐ SI, ¿CUALES?
2,1 ☐ MASTER
2,2 ☐ POSTGRADO
2,3 ☐ CURSOS .....

7 AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO ENFERMERA:.....

8 TURNO DE TRABAJO ACTUAL

1 ☐ MAÑANA
2 ☐ TARDE
3 ☐ NOCHE
4 ☐ OTROS

9 TIPO DE CONTRACTACION:

1 ☐ INDEFINIDO A JORNADA COMPLETA
2 ☐ INDEFINIDO A JORNADA PARCIAL
3 ☐ SUPLENTE
4 ☐ OTROS

10 ¿EN QUE SERVICIO ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE? .....

11 LENGUA MADRE:.....

12 ¿TIENE CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS?

1 ☐ NO
2 ☐ SI, ¿CUALES?

2,1 ☐ CATALAN 2,1,1 ☐ HABLADO 2,1,2 ☐ ESCRITO
2,2 ☐ CASTELLANO 2,2,1 ☐ HABLADO 2,2,2 ☐ ESCRITO

2,3	☐ INGLES	2,3,1	☐ HABLADO	2,3,2	☐ ESCRITO
2,4	☐ ALEMAN	2,4,1	☐ HABLADO	2,4,2	☐ ESCRITO
2,5	☐ OTROS ……	2,5,1	☐ HABLADO	2,5,2	☐ ESCRITO

13 ¿TIENE CONOCIMIENTO DE OTRAS CULTURAS?

1 ☐ SI, ¿CUALES?.....
2 ☐ NO

14 ¿TIENE INFORMACION SOBRE MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA TRANSCULTURAL?

1 ☐ SI, ¿CUALES?.....
2 ☐ NO

15 ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL ANTE UN USUARIO INMIGRANTE?

1 ☐ NO
2 ☐ SI, ¿CUALES?

2,1 ☐ BARRERA IDIOMATICA
2,2 ☐ BARRERA CULTURAL
2,3 ☐ OTRAS……

16 ANTE EL AUMENTO DE INMIGRANTES EN NUESTRA POBLACION, ¿CREE QUE DEBERIA TENER CONOCIMIENTO SOBRE OTRAS CULTURAS PARA UNA MEJOR ATENCION SANITARIA?

1 ☐ SI
2 ☐ NO

17 ¿CREE QUE EL HOSPITAL TENDRIA QUE REALIZAR CURSOS FORMATIVOS SOBRE LAS DIFERENTES CULTURAS?

1 ☐ SI, ¿CUALES?.....
2 ☐ NO

18 ¿EXISTE LA FIGURA DE MEDIADOR IDIOMATICO EN SU INSTITUCION?

1 ☐ SI
2 ☐ NO
3 ☐ NO LO SABE

19 ¿HA PRECISADO ALGUNA VEZ LA PRESENCIA DE ESTA FIGURA?

1 ☐ SI
2 ☐ NO

20 LA FIGURA DEL MEDIADOR LE HA SOLUCIONADO SUS PROBLEMAS INTERCULTURALES?

1 ☐ SI
2 ☐ NO
3 ☐ EN OCASIONES

ANEXO 2. CUESTIONARIO USUARIOS EXTRANJEROS

USUARIOS

MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN CORECTA

1 GENERO:

1 ☐ HOMBRE 2 ☐ MUJER

2 EDAD:…… AÑOS

3 ESTADO CIVIL:

1 ☐ SOLTERO/A
2 ☐ CASADO/DA O EN PAREJA
3 ☐ SEPARADO / DIVORCIADO
4 ☐ OTROS……

4 LUGAR DE NACIMIENTO:

1 ☐ EUROPA 1,1 ☐ PAÍS……
2 ☐ AFRICA 2,1 ☐ PAÍS……
3 ☐ AMERICA 3,1 ☐ PAÍS……
4 ☐ ASIA 4,1 ☐ PAÍS……
5 ☐ OCEANIA 5,1 ☐ PAÍS……

5 LUGAR DE RESIDENCIA:

1 ☐ URBANO
2 ☐ RURAL

6 ESTUDIS REALIZADOS:

1 ☐ ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
2 ☐ CICLOS FORMATIVOS
3 ☐ ESTUDIOS PRIMARIOS
4 ☐ OTROS ESTUDIOS……
5 ☐ NO TIENE ESTUDIOS

7 ¿ACTUALMENTE ESTA TRABAJANDO?

1 ☐ SI
2 ☐ NO

8 TIPO DE CONTRACTACIÓN:

1 ☐ INDEFINIDO A JORNADA COMPLETA
2 ☐ INDEFINIDO A JORNADA PARCIAL
3 ☐ SUPLENTE
4 ☐ AUTONOMO
5 ☐ OTROS

9 LENGUA MADRE:……

10 ¿TIENE CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS?

1 ☐	CASTELLANO	1,1 ☐	HABLADO	1,2 ☐	ESCRITO
2 ☐	CATALAN	2,1 ☐	HABLADO	2,2 ☐	ESCRITO
3 ☐	INGLES	3,1 ☐	HABLADO	3,2 ☐	ESCRITO
4 ☐	ARABE	4,1 ☐	HABLADO	4,2 ☐	ESCRITO
5 ☐	LENGUAS CHINAS	5,1 ☐	HABLADO	5,2 ☐	ESCRITO
6 ☐	OTRAS.....	6,1 ☐	HABLADO	6,2 ☐	ESCRITO

11 ¿SE SIENTE INTEGRADO EN CATALUÑA?

1 ☐ SI
2 ☐ NO¿PORQUE?.....
.....

12 ¿SABE UTILIZAR EL SISTEMA SANITARIO CATALAN?

1 ☐ SI
2 ☐ NO

13 ¿SE SIENTE SATISFECHO DE LA ATENCION SANITARIA RECIBIDA?

1 ☐ SI
2 ☐ NO.¿PORQUE?.....
.....

14 ¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA?

1 ☐ SI. ¿CUÁL?.....
2 ☐ NO

ANEXO 3. EVALUACIÓN CUESTIONARIOS (UNIVOCIDAD, PERTINENCIA E IMPORTANCIA)

A/A Sr/a Jutge.

En motiu del treball d'investigació dins la 17ª promoció del Màster en Administració i Gestió en Infermeria, agraïrem la seva col.laboració per fer de jutge en l'avaluació del qüestionari q hem elaborat en el nostre proyecte sobre la millora de la comunicació entre infermeria i la població immigrant.

Adjuntem a aquesta carta les enquestes i el quadre d'anàlisis.

Agraïm per avançat el temps que pugui dedicar a fer aquesta avaluació.

Cordialment;

Marta Barranquero.
Encarna Dengra.
Marisol Ruiz.
MartaVilà.

IITEMS PERSONAL DE ENFERMERIA	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
1.	x		X						x
2.	x		X						X
3.		¿	X						X
4.		¿	X						X
5.	X		X					X	
6.	X		X						X
7.	X		X						X
8.	X		X						X
9.	X		X						X
10.	X		X						X
11.	X		X						X
12.	X		X						X
13.	X		X						X
14.	X		X						X
15.	X		X						X
16.	X		X						X
17.	X		X						X
18.	X		X						X
19.	X		X						X
20.	x		x						x

IITEMS USUARIS	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

- **UNIVOCITAT:**

-LLENGUATGE PRECIS.

-ADEQUAT AL VOCABULARI DELS DESTINATARIS.

- **PERTINENÇA:**

-ADEQUACIO DE L'ITEM A L'OBJECTE D'ESTUDI.

- **IMPORTANCIA:**

-IMPORTANCIA DE L'ITEM EN EL CONJUNT DE L'ESTUDI

MOLTÍSSIMES GRÀCIES PER LA SEVA VALUOSA CONTRIBUCIÓ

PERSONAL: Item 3.- Añadir *Casado/a o en pareja*
Item 4.- Añadir *Cataluña*
Añadir un nuevo item: *Otros cursos de Formación continuada no universitarios sobre inmigración*
USUARIOS: Item 3.- Añadir *Casado/a o en pareja*
Item 4.- Añadir *Cataluña*
Cambiar en estudios los *Ciclos formativos por Estudios Secundarios*

ANEXO 4. EVALUACIÓN CUESTIONARIOS (COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL DE BELLVITGE)

CARTA DE PRESENTACIÓN

En motiu del treball d´investigació dins la 17ª promoció del Màster en Administració i Gestió en Infermeria de la Escola Universitària Santa Madrona agrairem la seva col·laboració per poder passar el qüestionari que hem elaborat per al nostre projecte sobre la millora de la comunicació entre infermeria i la població immigrant, en el Hospital Universitari de Bellvitge.

Donada l´onada d´inmigració evident al nostre país, hem considerat fonamental considerar la rellevància d´aquest fet per tal de poder demostrar a la nostra pràctica diària la barrera transcultural que existeix al nostre entorn.

Internet, els transports...ens uneixen cada dia a més velocitat, es trenquen barreres comunicatives però, al contrari, sovint deixem escapar aquesta riquesa cultural que ens envolta. Vivim a la era de la comunicació, la publicitat i la tecnologia ens ho recorden i demostren, però no sabem perquè existeix una falta de comunicació personal imminent.

El terme comunicació és molt ampli i volem aclarir que no només ens referim a la comunicació verbal amb les conseqüents barreres idiomàtiques, sinó també a tota aquella comunicació no verbal que tanca d´alguna manera la riquesa intercultural existent.

L´ estudi es fonamenta sobre aquesta barrera; els professionals d´infermeria cap als immigrants i el seu entorn, i dels immigrants cap als professionals d´ infermeria, amb els objectius destacables de millora de la qualitat assistencial i millora en la utilització dels recursos sanitaris.

És per aquesta raó que creiem d´importància rellevant tractar el tema que ens ocupa per intentar prendre consciència d´una realitat que evoluciona i canvia.
Aquestes enquestes han estat avaluades per quatre jutges segons la univocitat, pertinenca e importancia.

Cordialment;

Marta Barranquero
Encarna Dengra
Marisol Ruiz
Marta Vilà

2 Abril de 2007

A la atención,

Comité Ético de Investigación Clínica

Referente al proyecto de investigación nº 37/07 titulado**" LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERIA Y LA POBLACION INMIGRANTE"** evaluado por ustedes queremos aclarar los siguiente aspectos metodológicos:

1. Las encuestadoras son las mismas investigadoras. Hemos recibido formación externa en comunicación dentro del Máster en Administración y Gestión de Enfermería. También nos hemos autoformado (búsqueda de información, revisión de bibliografía, lecturas, etc.). Estaremos siempre presentes en el momento de realizar las encuestas pudiendo así solucionar cualquier duda al respecto y asegurarnos de la total comprensión de cada una de las preguntas. Quedan excluidos del estudio los sujetos con barrera idiomática importante (cuando no tengan acompañante o bien si esta presente y no nos pueda hacer de mediador).

2. Para el análisis de la información recogida se utilizará el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se organizará su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atenderá a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

Atentamente,

Marta Barranquero
Encarna Dengra
Marisol Ruiz
Marta Vilà

ANEXO 5. CARTA PRESENTACIÓN PREVIA A REALIZAR CUESTIONARIO DEL PERSONAL ENFERMERIA Y USUARIOS EXTRANJEROS

Titulo del estudio **NO TE ENTIENDO**

Bienvenido/da.

En el marco del Master de **ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE ENFERMERIA** organizado por la EUI de la Universidad de Barcelona, estoy realizando un estudio de investigación principal con el objetivo de **IDENTIFICAR LAS DIFICULTADES ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y EL USUARIO RESPECTO AL IDIOMA Y A LA CULTURA.**

Uno de los instrumentos utilizados por la investigación, es el presente cuestionario que va dirigido a **USUARIOS EXTRANJEROS INGRESADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE.**
Y por este motivo le propongo que participe en la investigación.

Su participación es completamente voluntaria. Si no desea participar en este estudio o bien quiere anular su consentimiento más adelante, este hecho no afectará su seguimiento y tratamiento posterior en este centro.

El presente cuestionario es anónimo y se garantiza la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
(B.O.E. 14. 12. 1999)

Marisol Ruiz Gutiérrez

…… ……
……
Nombre del Investigador Firma del Investigador
Fecha

ANEXO 6. DOCUMENTACIÓN ENTREGADA PREVIA A REALIZAR CUESTIONARIOS A LOS USUARIOS EXTRANJEROS

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Titulo del estudio **NO TE ENTIENDO**

Yo…….

He leído la propuesta de participación en la investigación.

He podido hacer preguntas referentes a mi participación en este estudio y he obtenido respuestas satisfactorias.

He tenido información suficiente para poder contestar todo aquello que se me ha pedido.

He hablado con el investigador.

Entiendo que mi participación es voluntaria.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento y retirarme de la investigación.

1.- En cualquier momento.
2.- Sin tener que explicar los motivos.
3.- Sin que se vea afectado mi seguimiento y tratamiento posterior.

……. ……..
……..
Nombre del paciente Firma del paciente
Fecha

Marisol Ruiz Gutiérrez ……..
……..
Nombre del investigador Firma del investigador
Fecha

10. FICHA Y RESUMEN

1ª PARTE. FICHA DE LA INVESTIGACIÓN

TITULO*: NO TE ENTIENDO, "LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA POBLACIÓN INMIGRANTE"*

AUTORAS:

- **DENGRA GUIJARRO, ENCARNA, HOSPITAL DE SANT JOAN DE DÉU DE MARTORELL.**
  C/ BADAJOZ, 3-5 2º2ª. SANT VICENÇ DELS HORTS (08620)
  651.396.157
  encardengra@hotmail.com

- **VILÀ SANCHEZ, MARTA**
  HOSPITAL DE BELLVITGE
  C/ JOSEPH LLIMONA, 8. ESPARRAGUERA (08292)
  606.875.321
  martavs12@hotmail.com

- **BARRANQUERO ZORRILLA, MARTA**
  HOSPITAL CLÍNIC I PRONVINCIAL DE BARCELONA

C/ COMTE BORRELL, 130 2º2ª. BARCELONA (08015)

652.428.849

martabz3@hotmail.com

§ **RUIZ GUTIERREZ, MARISOL**

HOSPITAL DE BELLVITGE

C/ MARE DE DEU DE NURIA, 30-32 ATIC 5E. SANT VICENÇ DELS HORTS (08620)

609.124.572

marisol214@hotmail.com

DURACIÓN: FEBRERO 2006- JULIO 2007

EXTENSIÓN:

PALABRAS CLAVE:

- **COMUNICACIÓN**
- **BARRERA TRANSCULTURAL**
- **CALIDAD ASISTENCIAL**

CÓDIGOS UNESCO:

1105.01	3207.16	6309.06
MÉTODO CIENTÍFICO	**STRESS**	**MOVILIDAD SOCIAL**

Abstract:

Donada l'onada d'immigració evident al nostre país, hem considerat fonamental considerar la rellevància d'aquest fet per tal de poder demostrar, a la nostra pràctica diària la barrera transcultural que existeix al nostre entorn.

Internet, els transports... ens uneixen cada dia a més velocitat, es trenquen barreres comunicatives però, al contrari, sovint deixem escapar aquesta riquesa cultural que ens envolta. Vivim a la era de la comunicació, la publicitat i la tecnologia ens ho recorden i demostren, però no sabem perquè existeix una falta de comunicació personal imminent.

El terme comunicació és molt ampli i volem aclarir que no només ens referim a la comunicació verbal amb les conseqüents barreres idiomàtiques, sinó també a tota aquella comunicació no verbal que tanca d'alguna manera la riquesa intercultural existent.

L'estudi es fonamenta sobre aquesta barrera; dels professionals d'infermeria cap als immigrants i el seu entorn, i des dels immigrants cap als professionals d'infermeria, amb els objectius destacables de: millora de la qualitat assistencial i millora en la utilització dels recursos sanitaris.

És per aquesta raó que creiem d'importància rellevant tractar el tema que ens ocupa per intentar prendre consciència d'una realitat que evoluciona i canvia.

Abstract:

Dada la oleada de inmigración evidente en nuestro país, hemos considerado fundamental considerar la relevancia de este hecho para poder demostrar, en nuestra práctica diaria la barrera transcultural que existe en nuestro entorno.

Internet, los transportes….nos unen cada día a más velocidad, se rompen barreras comunicativas pero, al contrario, a menudo dejamos escapar esta riqueza cultural que nos envuelve. Vivimos en la era de la comunicación, la publicidad y la tecnología nos lo recuerdan y demuestran, pero no sabemos porque existe una falta de comunicación inminente.

El término comunicación es muy amplio y queremos aclarar que no solo nos referimos a la comunicación verbal con las consecuentes barreras idiomáticas, si no también a toda aquella comunicación no verbal que cierra de alguna forma la riqueza intercultural existente.

El estudio se fundamenta sobre esta barrera; de los profesionales de enfermería hacia los inmigrantes y su entorno y de los inmigrantes hacia los profesionales de enfermería, con los objetivos destacables de: mejora de la calidad asistencial y mejora en la utilización de recursos sanitarios.

Es por esta razón que creemos de importancia relevante tratar el tema que nos ocupa para intentar tomar consciencia de una realidad que evoluciona y cambia.

Abstract:

Given the evident wave of immigration in our country, we have considered important to consider the relevante of this fact to be able to demonstrate, in our daily practices the transcultural barrier that exists in our surroundings.

Internet, the transports...they unite us faster every day, some communicative barriers are broken, however we usually let this cultural wealth that surrounds us escape. We live in the communication era, demonstrated and remembered to us by the publicity and the technology, but we don`t know why an imminent personal communication lack exists.

The term communication is very wide and we want to clarify that we dont´t only refer to verbal communication with the consequent language barriers, but to all non-verbal communication that closes in some way the existing intercultural wealth.

The study is based on that barrier; from the infirmary professionals towards the inmigrants and their surroundings, and from the immigrants towards the infirmary professionals, with the following remarkable objectives: improvement of the welfare quality and improvement of the use of the sanitary resources.

Because of this reason, we think important to treat the subject that occupies us to try to become aware of one reality that evolves and changes.

2ª PARTE DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos años la inmigración está aumentando considerablemente en el territorio español, principalmente de personas sub.-americanas, sub.-saharianas, marroquíes y chinas, siendo Cataluña la región con la tasa más elevada. El 22% de los 3.690.000 inmigrantes vive en Cataluña.

Existen proyecciones sobre la evolución de la inmigración hasta el 2030, según el institut d'estadística de catalunya prevé un aumento sostenido de este hecho social.

Hay que tener en cuenta los inmigrantes con otro perfil, como el jubilado alemán que vive en la costa, el estudiante inglés o el ejecutivo americano, por ejemplo.

El marco legal dentro del sistema sanitario español define que los extranjeros, independientemente de su situación administrativa, tienen las mismas condiciones sociales que los nacidos en el país, según la ley de extranjería 4/2000, 8/2000, 8/2003.

Las dificultades idiomáticas afectan a la búsqueda de la atención sanitaria, cumplimiento de los tratamientos,… y por tanto puede influir en la salud de

las personas. Otra dificultad son los aspectos culturales en algunas ocasiones cuando el idioma es el mismo, como ocurre, por ejemplo, con la población de América latina, la comunicación está dificultada por diferente cultura y la terminología, en concepto salud-enfermedad, en la expresión de los síntomas, etc.

También hay que tener en cuenta que el inmigrante no suele conocer el funcionamiento del sistema sanitario español.

Según los grupos de investigación se sigue recurriendo a familiares y/o amigos para hacer de enlace entre los extranjeros que no hablan el idioma del país o de la región y los representantes de las instituciones públicas. Los inmigrantes por su parte valoran de forma positiva la atención sanitaria que reciben, pero refieren dificultades en la satisfacción de sus necesidades básicas.

A esto hay que añadir la poca tradición española de dominio de lenguas extranjeras.

Este desconocimiento, por parte de algunos inmigrantes acaba transformándose en desconfianza y resentimiento.

Creemos que la falta de recursos humanos y estructurales dificulta la tarea asistencial del personal de enfermería hacia los inmigrantes
esto hace que surjan numerosos interrogantes:

¿Cómo afecta a la relación profesional de enfermería/ usuario el encuentro entre personas provenientes de diferentes culturas?

¿Cuáles son las percepciones de los profesionales sobre el cuidado del inmigrante?

¿Cuáles son los aspectos que requieren mayor atención?

¿Cómo conocer mejor nuestra realidad?

¿Estamos preparados para afrontarla?

2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

I. IDENTIFICAR LAS DIFICULTADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL.

II. COMPROBAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, MOTIVACIÓN Y CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS.

III. PROPONER ESTRATEGIAS, MEDIOS E INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

3.- ESTRUCTURA TEMÁTICA DEL ESTUDIO TEÓRICO

-Inmigración:

- Introducción.
- .Evolución sociodemográfica de la inmigración extranjera.
- . Legislación.
- .Estudio sobre la política de inmigración en Cataluña.
- .Salud.

-Comunicación:

- .Definición.
- .Factores que influyen en la comunicación.
- .Niveles de comunicación.

-Motivación:

- .Definición.
- .Mecanismos de regulación.
- .Teorías de la motivación.

-Enfermería transcultural: Madeline Leininger.

4.- DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Se realizarón dos tipos de estudios:

- Estudio descriptivo, transversal, prospectivo: La población de este estudio es el personal de enfermería y todos los usuarios extranjeros ingresados (excluyendo urgencias, críticos, psiquiatria y unidad de desintoxicación) del Hospital Universitario de Bellvitge durante el periodo de Febrero-Mayo 2007.

El sistema de muestreo elegido es probalístico tipo aleatorio simple.El tamaño de la muestra es de 50 enfermeras/os, 25 turno de dia y 25 turno de noche. Y 50 pacientes extranjeros ingresados, con exclusión de lo anteriormente mencionado. En el caso de los pacientes también se excluyerón los sujetos con barrera idiomática

importante, cuando no tuvieran acompañante o bien si estuvo presente y no nos pudo hacer de mediador.

Se pasarón 2 cuestionarios, uno para el personal de enfermería con 20 preguntas y otro para los usuarioas extranjeros ingresados con 14 preguntas.

Ambos cuestionarios están divididos en apartados, dentro de los cuales hay grupos de preguntas sobre diferentres aspectos, que recogen las diferentes variables del estudio.

- Estudio histórico: Durante 4 meses (Agosto-Noviembre 2006) fueron recogidos informáticamente todos los datos de los pacientes extranjeros ingresados. Se han dividido por meses para saber el número de pacientes extranjeros ingresados y por patología para conocer la incidencia más alta.

5.- RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

- Estudio descriptivo, tranversal, prospectivo:

  -Personal de enfermería: La edad media del grupo de análisis es de 37,7 años. El género es mayoritariamente femenino, este desequilibrio está en consonancia con la propia distribución sociológica de la profesión de enfermería eminentemente femenina. El lugar de nacimiento se ubica

mayoritariamente en Cataluña. La lengua madre predomina el castellano. En un alto porcentaje refieren no conocer otras culturas y no tener formación continuadad sobre la inmigración.Esto puede ser debido a que el aumento de inmigración es un problema actual. Un tanto por ciento elevado tiene conocimientos sobre inglés. Un tanto por ciento muy elevado no tiene información sobre los Modelos Conceptuales de Enfermería, la edad media del grupo es de 37,7 años por lo que podiamos deducir que cuando estudiaron enfermería no estaban incorporados los modelos conceptuales de enfermería y por ello la mayoría no tienen información. Se evidencia la necesidad de que la empresa realice cursos formativos sobre las diferentes culturas.Hay un porcentanje más elevado del personal que refiere dificultad asistencial ante un usuario inmigrante. Se evidencia la necesidad de conocimiento de otras culturas para mejorar la atención sanitaria. La mayoria no sabe si existe la figura del mediador.

-Usuarios extranjeros ingresados: La edad media del grupo es de 38,48 años. Más frecuente el género masculino que femenino. La mayoria casado o en pareja. El lugar de nacimiento prevalece América. La mayoria se siente integrado en nuestro país. Y saben utilizar el sistema

sanitario .La mayoria no ha tenido ningún problema de comunicación con los profesionales de enfermería y el que afirma haber tenido ha sido por el uso de la lengua catalana.

- Estudio historico:

Observamos que la nacionalidad con más número de ingresos es Marruecos, seguido de Ecuador bastante mayor respecto a las otras nacionalidades. Y con menor China y R.Checa.

El servicio de ingreso con mayor número de pacientes ingresados son Enfermedades Infecciosas. Neurocirugía y Neurología. Y con menor Medicina Intensiva Cirugía Cardiaca.

6.- CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

La llegada de población de origen extracomunitario y su asentamiento en Cataluña ha diversificado las necesidades de salud. La relación se ve dificultada por problemas de comunicación, que no se reducen al hecho de no compartir el idioma sino también y sobretodo a las diferencias en las concepciones de salud/enfermedad. Es necesaria la figura del mediador en los hospitales. Hay que dar a los profesionales espacios para que puedan realizar un trabajo en equipo con mediadores.

En el caso de los inmigrantes, a las dificultades habituales de la relación enfermera/o-paciente, se añaden las derivadas del uso de un idioma

diferente y de forma de expresar el malestar propio de la cultura de origen. Mejorar esta relación exige, además de investigación y formación de los profesionales, la dotación adecuada de recursos.

No debemos olvidar que los inmigrantes desconocen parte de los servicios ofertados en nuestro sistema, lo que puede estar en el origen de un menos acceso y peor utilización de los mismos. Desconocen no solo su existencia sino su utilidad.

7.- PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Incorporar la diversidad en la publicidad sanitaria institucional, tanto a nivel de imágenes como de contenido de los mensajes.

Reforzar algunos mensajes orientados a la protección de la salud de la población inmigrante.

Definir un sistema de indicadores que permita conocer las características de la población inmigrante.

Programas de comunicación, negociación, de resolución de conflictos y especificidades culturales.

Programas de formación para los profesionales sanitarios.

Desarrollar cursos específicos de formación.

Adecuación de la comunicación institucional a los perfiles de uso del idioma de estos colectivos.

Sistematizar la información en varias lenguas.