

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
MASTER EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN CURAS DE ENFERMERÍA
(12ª Edición)**

TITULO

**DIVERSIDAD CULTURAL, NUEVO RETO PARA LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Integrantes:
JOSEFINA GIMENO
MONTSE MATAIX
YULEIDA MELÉNDEZ

Trabajo dirigido por el profesor Esteve Pont Barceló

Comision Evaluadora:

Montserrat Teixidor	PRESIDENTA
Esteve Pont	SECRETARIO
Jose Tejada	VOCAL

Presentado en fecha:

Agradecimientos:

Queremos dar las gracias en primer lugar a las personas y entidades que han querido colaborar con nosotros para poder llevar a cabo este estudio.

Y muy especialmente a la Sra. Montserrat Teixidor por su ayuda, al Sr. Esteve Pont y al Sr. Tejada por su paciencia, orientación y colaboración en la elaboración de este trabajo.

INDICE:

1-TITULO

2 – JUSTIFICACION (Pag. 7- 8)

3 – OBJETIVO DE LA INVESTIGACION
(Pag. 8 – 9)

4 – MARCO TEORICO

4.1 – ENFOQUE DE LA TEORIA DE
ENFERMERIA (Pag. 10 – 14)

4.2 – FUNDAMENTOS DE
ENFERMERIA (Pag. 15 – 18)

4.3 – MODELO CONCEPTUAL DE
ENFERMERIA (Pag. 19 – 20)

4.4 - ANALISIS DE LOS CUIDADOS DE
ENFERMERIA (Pag. 20 -25)

4.4.1 – INFLUENCIA SOCIAL

4.4.2 – OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS

4.5 – CALIDAD (Pag 25 – 27)

4.5.1 – CONCEPTO CALIDAD

4.5.2 – CALIDAD DE LA ATENCIÓN

4.6 – CONCEPTOS DE CULTURA (Pag. 27 – 36)

4.7 – TEORÍA DE LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES (Pag 36 – 52)

4.7.1. – MADELEINE LENINGER

1.1 – SUPUESTOS PRINCIPALES

1.2 – AFIRMACIONES TEÓRICAS

1.3 - MÉTODO LÓGICO

1.4 - ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

4.7.2 – MARIE FRANÇOISE COLLIÈRE

5 - MARCO PRÁCTICO (Pag. 52 – 56)

5.1 – HIPÓTESIS

5.2 – VARIABLES

5.3 – METODOLOGIA

5.4 – POBLACION

5.5 – MUESTRA

5.6 – INSTRUMENTOS

6 – RESULTADOS (Pag 56 – 71)

7 – CONCLUSIONES DEL ESTUDIO (Pag 71)

8 – PROPUESTAS (Pag 72)

9 – NUEVA LINEA DE INVESTIGACION
(Pag 72)

10 – BIBLIOGRAFIA

11 - ANEXOS

2 - JUSTIFICACIÓN

Los movimientos de la población parecen ser una característica de nuestro tiempo, las tendencias indican un aumento de las migraciones.

La inmigración va ser tema de análisis frecuente de los próximos años, especialmente la inmigración económica, es decir, las personas de países empobrecidos que viene con la esperanza de encontrar unas mejores condiciones de vida y de trabajo para ellos y sus hijos.

Es y será necesario un cambio de mentalidad, actitud y preparación de los profesionales de enfermería frente al nuevo reto de diversidades de cultura en nuestro país.

En la medida en que se evidencia el aumento progresivo de usuarios (pacientes) extranjeros en las instalaciones de salud, se ha determinado que los cuidados enfermeros congruentes o beneficiosos se consiguen únicamente cuando los valores culturales se conocen y se utilizan de manera apropiada.

El cuidado es un fenómeno que puede estudiarse y no únicamente actos o acciones que se realizan para el paciente, por lo cual la edificación continúa de esta ciencia ha demostrado que los conceptos de cultura y cuidados constituyen un marco de referencia de la perspectiva transcultural. Para aprender a utilizar el conocimiento y poder asistir, ayudar, sostener o habilitar a los diferentes grupos culturales, la elaboración de conceptos y la investigación son indispensables, los mismos se deben documentar,

comprender y utilizar de una manera terapéutica para que los cuidados sean una terapia.

Factores de la estructura social tales como la religión, la política, la cultura, la economía, la educación y el estrato social son fuerzas significativas que afectan a la salud, los cuidados y la curación, pues la práctica de cuidados entre humanos es un fenómeno universal pero las expresiones, procesos y modelos de cuidado varían de cultura a cultura.

Es así como se plantea la influencia de la transculturización en la mejora del diagnóstico y tratamiento, evidenciándose que el mencionado aspecto resulta clave para promover a nivel general la calidad de los cuidados de enfermería.

Uno de los objetivos del personal de Enfermería sobre la condición salud-enfermedad está basado en la administración de cuidados, y también en la educación para la salud lo cual requiere suficiente capacitación para su eficaz aplicación, pues no puede producirse curación sin cuidados pero pueden producirse cuidados sin curación.

Dado que la cultura y cuidados constituyen un marco de referencia a la perspectiva transcultural, es posible encontrar fácilmente desarmado a un profesional de enfermería al cuidar pacientes que vienen de otras culturas, pues estos son muy diferentes los unos de los otros, tanto en la manera que tienen de expresar sus necesidades como en los que esperan de los cuidados del enfermero.

3 - OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Nuestro objetivo es analizar como ven los profesionales de enfermería estas dificultades y que medidas creen que podemos tomar para enfrentar este nuevo reto que es la pluriculturalidad en nuestra comunidad. Analizaremos :

- ¿ Que ocurre ?
- ¿ A donde vamos ?
- ¿ Que nos hace falta para darle una buena y adecuada atención a nuestro clientes ?
- ¿ Que se espera de nosotros los profesionales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar e implementar programas de formación y orientación para el personal de enfermería antes de aplicar los cuidados al usuario (inmigrantes).
- Mantener método y servicio de trabajos establecidos que faciliten el trabajo en equipo para que la atención de enfermería sea eficaz y eficiente al usuario.
- Brindar una asistencia integral al usuario (inmigrante) que responda a las necesidades y/o problemas detectados.
- Mantener un servicio de enfermería organizado capaz de responder a las necesidades de salud de la población inmigrante.

Línea de Investigación: Esta en la línea del factor humano, nuestro modelo de enfermería será “MADELEINE LENINGER”.

4 – MARCO TEORICO.

4.1 - ENFOQUE DE TEORÍA DE ENFERMERÍA

1._ FLORENCE NIGHTINGDLE

Matriarca de la enfermería nace el 12 de mayo de 1820. miembro de una familia acaudalada victoriana en Londres.

Ella entendía la enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de otros. Para ella, el control del entorno del paciente recaía en la enfermería. Definió salud como un estado de bienestar en el que se aprovecha al máximo las energía de las personas. Consideraba que las enfermeras era mediadoras tanto el plano profesional como en el moral. Los componentes ambientales de su teoría son aún esenciales para la asistencia.

Su teoría tiene tres relaciones principales:

El entorno con el paciente.

La enfermera con el entorno.

La enfermera con el paciente.

El ejercicio profesional pues comprende la manipulación del entorno en forma diversas para fomentar la recuperación. Creía en una humanidad universal, creativa y dotada de fuerza y capacidad de cambio y cerramiento y sus principios básicos eran la manipulación

ambiental y la atención psicológica del paciente aplicables aun en la actualidad.

Es importante su orientación filosófica sobre la interrelación paciente-entorno y en ellos ella sustentó sus principios y reglas del ejercicio profesional. Para ella el entorno era el reflejo y la manipulación del mismo contribuía al proceso reparador y al bienestar.

2._ YEDN WATSON

Margaret Lean Harman Watson nació en Virginia Occidental de título en 1961.

La dicotomía entre teoría y práctica es conocida ella propuso la ciencia de la asistencia en donde descifra la esencia del ejercicio profesional. Para ella la asistencia es un ideal moral, más que una conducta orientada al trabajo . persigue la meta de identificar y reservar en la dignidad humana y a la humanidad y en el sistema de asistencia sanitaria. Para ella, el objetivo de enfermería es facilitar la consecución de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma y ello engendró procesos de autoconocimiento, respecto a uno mismo autocuración y autocuidados y ello se alcanza con el proceso persona a persona.

Para ella es básico el estudio de humanidades ya que favorece la reflexión y el desarrollo personal. Para ella asistencia es un término propio de enfermería y sostiene que al tratarlos como individuos únicos y genuinos la persona que presta la asistencia es capaz de percibir sus sentimientos y de reconocer su excepcionalidad.

Para ella lo importante es los cuidados con una visión existencial e humanística. Los pacientes necesitan una atención integral que

fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida. Para ella el cuidado es un fenómeno social universal que resulta eficaz cuando se practica de forma interpersonal. Para ello define 10 factores creativos que representan tanto como sentimientos, como acciones relacionadas con la enfermera, el paciente y el personal. No olvida lo que la enfermera siente, experimenta, comunica, expresa y remueva. Su teorema sensibiliza a los profesionales con respecto a los aspectos humanos.

3._ PATRICIA BENNER

Nacida e Hampton, Virginia Licenciada en 1964 y doctorada en 1982.

Estudia la práctica clínica que se acumula con el tiempo y describe las diferencias entre conocimiento teórico y practico. Ella afirma que el desarrollo del conocimiento es una disciplina práctica.

Para ella el cuidado esta en el contexto de la práctica, enriqueciendo el significado y la comprensión de la persona. Se deducen 7 dominios del ejercicio de enfermería y una lista de 31 competencias asociadas. Describe los cuidados como un vinculo que une a las perdonas, forma de ser esencial para la enfermería.

4._ MYRA ESTRINLEVINE

Licenciada en 1944 en Chicago, su carrera profesional en servicios privados y en el ejercito de los EE.UU. Para ella, al enfermería es una interacción humana y la tarea de la enfermera es aplicar un conjunto de principios científicos de las que dependen las decisiones, en una situación precisa que comparte con el paciente la selección de datos y la observación sensibles son básicas para valorar

las necesidades asistenciales. La enfermera participa activamente en el entorno y su actuación apoya la adaptación.

Ella afirma: “ Cuando la intervención influye favorablemente en la adaptación o el bienestar tiene un sentido terapéutico cuando no se realiza un asistencia de apoyo. La meta de la enfermera es promover la adaptación y mantener la integridad.”

Para ella la intervención de enfermería se basa en:

- a) Conservación de la energía del paciente como individuo.
- b) Conservación de la integridad estructural como individuo.
- c) Conservación de la integridad personal como individuo.
- d) Conservación de la integridad social como individuo.

La enfermería requiere para alcanzar un nivel profesional adecuado y óptimo estar inmersa en un proceso dinámico, de cambio y mejora continuo, adecuado al tiempo en que vivimos y fiel reflejo de la importancia específica que tiene dentro del equipo de salud; para ellos es necesario que seamos conscientes de la importancia de cada una de las tareas que realizamos aquí resalta una de las actividades de enfermería más importantes y habituales y en ocasiones divididas desde un punto de vista metodológica : **Los Cuidados de Enfermería** .en la atención a la población de inmigrantes extranjeros. Esto es debido a que existen tantas personas que se hallan en situación no regularizadas como a las dificultades inherentes a factores idiomáticos, culturales y sociales de algunos de estos cuidados, conlleva dificultades para la planificación de servicios de salud para la puesta en marcha de programas y estrategias en el ámbito de la salud pública.

El presente trabajo pretende contribuir a mejorar la atención a esta población desde un mejor conocimiento de su características de salud.

De este modo, el principio de la universalidad de la asistencia sanitaria para el conjunto de la población del país, queda seriamente restringido para muchos de los inmigrantes extranjeros y, específicamente , para los que no disponen de una situación administrativa legal o regularizada.

Así la buena voluntad y disponibilidad de muchos de los profesionales del salud que prestan atención sanitaria a estas poblaciones se enfrentan a un marco legal restrictivo que les dificulta desde la prescripción de fármaco hasta la atención de la exploraciones complementarias necesarias para el normal desarrollo de la práctica y de la atención de los debidos cuidados de enfermería.

En relación a este ultimo aspecto, resulta evidente que los inmigrantes , tampoco pueden ser tratados de modo homogéneos, dado que sus contextos geográficos, su situación administrativa y sus especificidades a nivel de género, idiomas, cultura, religión y economía determinan necesidades y aproximaciones diferentes.

Otros ámbitos de nuestra sociedad, la salud de los inmigrantes extranjeros tanto a nivel asistencial como desde los servicios de salud pública, debe ser considerada desde una óptica interdisciplinaria, flexible y dinámica, que cuente con la colaboración de profesionales de servicios sociales, antropólogos, sociólogos, traductores e interpretes, mediadores culturales y abogados, por citar los más destacados.

A todo ello debe añadirse la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación que permiten ofrecer respuestas serias y documentales a algunas de las preguntas que todavía quedan por responder en este ámbito, y desmentir algunas afirmaciones que carecen de todo fundamento. Solo de este modo se conseguirá un verdadero conocimiento de sus necesidades y prioridades de salud, en un entorno normalizado y adaptado a las

particularidades de los distintos colectivos que viven en el país, en este caso los inmigrantes.

4.2 – FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA.

La profesión de enfermería se apoya fundamentalmente en CUATRO conceptos: el ser humano (centro al que se dirigen todas las actuaciones), salud (la meta u objetivos de las actuaciones de enfermería) los cuidados (enfocados hacia los problemas, los deficits, las incapacidades de la persona) y el entorno (elemento separado de la persona), la manera que se actuara para lograr el objetivo profesional.

Ser humano

- El ser humano es un todo unificado, que posee su propia integridad. Y que es mas y distinto que la suma de sus partes.
- El hombre es un sistema abierto a su entorno.
- El ser humano se caracteriza por su capacidad de abstraer, imaginar, pensar, y de conmoverse.
- El proceso de la vida evoluciona de una manera unidireccional e irreversible.
- Todo ser humano tiende hacia la independencia o autonomía, y la desea.
- Usuario del servicio sanitario es toda persona con problemas reales.

Salud

- Es un estado efímero cuyo equilibrio frágil se ve perturbado a menudo por múltiples factores que hacen que una persona se mantenga con salud o que enferme.
- Salud es un bien primario y que como tal, todos los individuos desean.
- Salud tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

Cuidados de enfermería

- El cuidado y promoción de la salud, el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y comunidad constituye la actitud ética fundamental del ejercicio profesional.
- La primera lealtad de la profesión de enfermería es la que debe al usuario / enfermo sea de la clase social que tenga o la cultura que posee.
- El profesional de enfermería debe reconocer que la persona tiene capacidad para enfrentarse a sus propias necesidades y problemas de salud.
- El deber primordial de la profesión de enfermería es hacer posible es hacer que los seres humanos realicen su ciclo vital de manera gozosa, solidaria y autónoma que sea posible.
- El profesional de enfermería deberá observar rigurosamente el secreto profesional, manteniendo estrictamente reservada todo tipo de información que el enfermo / usuario le haya confiado u obtenga en el ejercicio de la profesión.
- Al proporcionar los cuidados de enfermería al enfermo / usuario, el profesional de enfermería deberá contemplarlo en tres dimensiones: biológica, psicológica, social y religiosa.

Entorno

Es físico, social y cultural, en general hostil al ser humano y dado que es percibido negativamente debe ser manipulado y controlado. (Kerovac, El pensamiento enfermero).

Este está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. El entorno coexiste con la persona y cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, creencias y convicciones (Leninger 1991 a)

El papel y niveles de los profesionales de enfermería

- Prevención primaria: mantenimiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el medio comunitario, es decir, en el medio habitual de vida.
- Prevención secundaria: acciones curativas que tiene por objetivo tratar la enfermedad y prevenir su agravación.
- Prevención terciaria: rehabilitación.

Puede subdividirse en tres roles, según tres ejes:

- Rol autónomo o propio: prescripciones de enfermería de su total competencia y responsabilidad: es el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana de los problemas de salud reales y potenciales.

- Rol delegado: aplicación de la prescripción medica
- Rol de colaboración o vigilancia

La naturaleza de la asistencia de enfermería puede ser:

Preventiva

Curativa

Técnica

De relación

Educativa

Con el cambio de siglo, el sector sanitario se ha de enfrentar a unos retos que son:

Una sociedad mas informada, mas interdependiente, más autónoma y multicultural. Hay una mayor toma de conciencia en los ciudadanos, respecto a sus derechos y por lo mismo existe una demanda de calidad en atención y trato, hay la necesidad de más información, participación y un retorno a la idea de “CUIDAR” a la familia, por lo cual la ENFERMERÍA se encuentra en un proceso de profesionalización para poder asumir todos estos retos.

La profesión enfermera a través de los cuatro conceptos: “persona” , “salud”, “cuidados” y “entorno” permite concretar y organizar el servicio específico que proporciona a la sociedad.

La profesionalidad de la Enfermería y los procesos que llevan a conseguirla son cuestiones dinámicas que dependen de una actuación individual y colectiva al mismo tiempo.

Las enfermeras tendrán que ser capaces de dar una respuesta eficiente a los retos de un entorno en constante evolución y de afrontar con competencia las demandas de los ciudadanos y los retos de la profesión.

(M. Teixidor 2006)

4.3 - MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERIA

Aunque cada centro elija o desarrolle su propio **modelo conceptual** en base a sus tendencias como valores y postulados, seguir la concepción que se quiera prestar a las personas y a la sociedad, existen más fundamentos teóricos generales para la profesión. En la actualidad, en nuestro entorno dicho fundamento debe ser contemplado y respetado en todo trabajo descriptivo que permite conocer la dificultad de los profesionales de enfermería para aprender a utilizar el conocimiento y poder asistir, ayudar, sostener o habilitar a los diferentes grupos culturales la elaboración de un programa o modelo específico para esta población.

Así mismo, la revisión de la teoría de enfermería nos dará a conocer la “condición deseada” de la labor del personal de enfermería en la organización sanitaria que, en las fases de reflexión del plan estratégico del proceso de cambio, nos servirá para identificar las pautas a seguir al compararle con la situación actual.

Un modelo es una representación conceptual de la realidad, una abstracción o reconstrucción de la misma y reproduce las líneas claves del objeto real.

El desarrollo detallado de una teoría procede la construcción de un modelo, pero habitualmente es a través de este que se llega a una mejor comprensión de la teoría.

El modelo conceptual es la manera de:

- Concebir el servicio prestado a la persona y sociedad.
- Describir su papel profesional, es decir, sus funciones específicas.

Si el modelo conceptual es el reflejo de una realidad y es filosofía, para que este sea adecuado a las circunstancias, deberá ser elaborado, desarrollado y llevado a la práctica por los profesionales de enfermería que trabajan en el centro hospitalario en el que se dan dichos sucesos.

Con esto se quiere decir, que el trabajo descriptivo nos permitirá conocer que aspectos debemos tener en cuenta para la capacitación más eficaz en la aplicación de la administración de los cuidados de enfermería de cada centro en particular. Esto debe ser estudiado por lo que si queda claro que los conceptos de cuidado de cada cultura se deben documentar, comprender y utilizar de una manera terapéutica para que dichos cuidados sean la terapia.

4.4 – ANALISIS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

4.4.1 - INFLUENCIA SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los conocimientos empleados en los cuidados de enfermería tienen importantes consecuencias sociales y determinan orientaciones sociales. Según su naturaleza exclusividad o diversidad dogmatismo o flexibilidad, corteza o apertura incierta. Todo ello da lugar a compartimientos y conductos sociales que incitan a la inhibición o a la liberación de la capacidad de existir. El cuidar no puede ser un acto aislado, desconectado del contexto social. Cuidar es un acto social que se consigue solamente si se tiene en cuenta todo un conjunto de dimensiones sociales. Cuidar supone una responsabilidad social.

4.4.2 – OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS

Una buena calidad en los cuidados de salud en enfermería, actualidad se demanda un respeto humano para la funcionalidad de el ser humano. El fenómeno saludable debe ser aprovechado para un concepto más amplio.

El proceso de el cuidado humano para los individuos, familias no solo la dinámica humano a humano si no por los requerimientos y el conocimiento del valor humano. Esto es un compromiso moral y personal en la enfermería.

La ciencia humana se acerca a los cuidados de salud y es requerida para la práctica de enfermería ahora y en el futuro. Como la profesión de enfermería avanza en el terreno científico como en las

áreas prácticas de humanística y clínicas, es necesario un nuevo modelo para la enfermería. Como el pensamiento es inseparable del cuerpo las actividades escolares de enfermería no debes ser de las prácticas clínicas. Enfermería como nombre es un concepto que sugiere ternura y tiene varios significados para la gente. Como tal el concepto de enfermería es dinámico y cambiante. La palabra enfermería es por tanto un verbo y un nombre.

Enfermería para el autor consiste generalmente en conocimientos, pensamientos, valor, filosofía, compromiso y acción con alguien que requiere de algunos cuidados humanos. Como tal cuidar y cuidando es mirado como la moral ideal en enfermería. Esto consiste en intentar proteger y aumentar la comunicación entre persona a persona y sobre todo conservar la humanidad con el fin de ayudar a la persona en la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia.

La relación entre la enfermería y el paciente tiene que ser de amistad. los cuidados transpersonales ayuda a unos a entrar en el territorio de otras personas. Puede empezar cuando la enfermera entra en la vida de otra persona y saber en que condiciones esta viviendo (espíritu, alma), entender estas condiciones que el paciente esta viviendo y responder en la condición de oyente y que permita al paciente liberar sus pensamientos y sentimientos subjetivos que ha estado guardando dentro. Así se crea una confianza entre los dos. Tan pronto como los sentimientos, pensamientos y energía menos armoniosos son reemplazados por los mismos, más armoniosos nos sentiremos bien con nosotros mismos y estaremos más conciente de lo que vale la salud de cada persona y la clase humana.

El proceso de cuidado humano-humano en enfermería es a menudo una fundación muy básica y un punto de comienzo en el cual un cuidado tranpersonal armonizado puede ocurrir:

- 1) Un compromiso moral para proteger y aumentar la dignidad del ser humano, cuando la persona es dejada para determinar el o ella su propio pensar.
- 2) El propósito de la enfermera es afirmar el significado subjetivo de la persona.
- 3) La habilidad de la enfermera es darse cuenta y detectar adecuadamente las sensaciones y la condición interior del otro. Esto puede ocurrir a través de acciones, palabras, conductas, lenguajes del cuerpo, sensaciones, opiniones, sentido común e intuición, etc...
- 4) La habilidad de la enfermera es valorar y darse cuenta de la condición “del mundo del otro” y sentir la unión con el otro. La enfermera debe ser capaz de expresar la condición y atender a través de varios medios como un sentimiento, gestos, miradas, actos, procedimientos, información, contacto, sonido, palabras, color, forma y otro similar medio científico, estético y humano. La subjetividad del paciente tiene que ser asumida por la enfermera como válida e intacta. Por lo tanto el mutuo acuerdo es una base moral de la enfermería.
- 5) La vida de la enfermera, su propia experiencia y las oportunidades de haber vivido a través de su experiencia profesional, de sus propios sentimientos y de distintas condiciones humanas. Tal conocimiento y sensibilidad puede ser ganado a través de trabajar con otras culturas, el estudio de las humanidades, arte, drama, literatura, explorando valores y teniendo una buena relación consigo mismo. Esto puede ser facilitado a través de valores claros, psicoterapia personal, meditación, mecanismos de control autogénicos, etc.... Esto es relacionado al desarrollo, madurez y el desenvolvimiento de la propia enfermera, la sensibilidad de ellas con otras u su escala de valores humanos.

La introducción del profesional de enfermería como la persona en la relación transpersonal con el paciente puede crear conflicto con la tradicional visión de la profesional de enfermería. Enfermería y otras profesionales de salud han sido avisados de evitar interacciones y compromisos personales; son considerados poco profesionales.

Sally Gadow hace un convincente caso para suavizar la distinción entre la persona y el profesional. Las ideas de ella consisten con el cuidado de las transacciones desarrolladas aquí y la noción del cuidado transpersonal.

Gadow enfatiza que aunque si responde de persona a persona hay todavía importante diferencias entre la enfermera y el paciente, aunque esto es todavía posible al permitir “La Suma” del compromiso personal.

El concepto del compromiso profesional como la participación completa de uno mismo usando cada dimensión de la persona como recurso en la relación profesional es obligado en el concepto de las relaciones del cuidado transpersonal entre la enfermera y la persona.

Algunas de esta diferencias personales han sido clasificadas en tres periodos:

- 1) Foco
- 2) Intensidad
- 3) Perspectiva.

El foco del compromiso personal de un paciente en una relación profesional es dirigir su problema con sus efectos en la vida de el o de ella hacia la persona que nos tiende la mano para ayudarnos. El problema es inevitable dirigido a uno mismo. En contraste el compromiso personal de la enfermera y persona es dirigido hacia uno y después a otro. Los sentimientos de la enfermera pueden ser experiencias y sensaciones no como un camino para

obtener recursos o ayuda para los pacientes pero como parte de ser y favorecer en la relación personal.

La relación personal entre amigos tienden a dar y a tomar un proceso de cambio cuando uno quien necesita más recibir que el otro.

Sin embargo esto es un dar reciproco y es aceptado manualmente cuando cada parte en las relaciones personales ayuda al otro. Sin embargo en las relaciones profesionales hay que admitir el beneficio para el paciente pero no permitir su influencia sobre uno.

La intensidad de las relaciones personales que Gadow relata en rasgos es también diferentes experiencias por la enfermera y el paciente. Las experiencia del paciente son urgentes y de angustia. Intensidad e igualmente urgentes pueden en realidad ser experimentadas por la enfermera pero ella sirven para generar los proceso necesarios para ayudar y ser dados. Ser capaz para ayudar a tener un gran valor es más que compartir la experiencia de otros.....Esta es una razón para integrar sentimientos y conocimientos para atender y aliviar la angustia del paciente.

Por ultimo las perspectiva de dos personas, enfermera y paciente difieren. La enfermera es externamente complicada mientras que el paciente siente su dolor en su interior y conoce que esto es su cuerpo, mente y en este instante es afectado el alma. La implicación es que el paciente es más emocional que la enfermera que es menor su emoción. Hay una real posibilidad, sin embargo ambas persona pueden tener una intensiva experiencia emocional.

La enfermera profesional difiere del paciente o de un amigo en que la enfermera ayuda a integrar la experiencia y emociones subjetivas con el objetivo, vista la situación desde el exterior.

El cuidado profesional de la enfermera comporta modos de ayuda basados en una ciencia y en un arte humanista los cuales se aprenden. El cuidado humano favorece el desarrollo y la supervivencia (Leninger, 1989 b)

4.5 - CALIDAD

El tema de la calidad es muy amplio y rico en matices. Al hablar de calidad , en general, el marco teórico se hace simplemente de forma resumida para centrar el tema de la calidad en la asistencia a los inmigrantes y en los cuidados de enfermería.

4.5.1 - Concepto de calidad

Hay muchas definiciones de este concepto pero todas van formuladas en función de las características ofrecidas por el producto o servicio o en función de la satisfacción de las exigencias y necesidades del consumidor. La calidad se puede definir funcionalmente como la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al coste más bajo.

Según el diccionario de la Real Academia la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los restantes de su misma especie.” Se caracteriza por la subjetividad de su valoración y por su relatividad. Tiene que coincidir la calidad demandada (necesaria) con la diseñada (programada) y la realizada (producida), para evitar, de que forma contraria se produzca la insatisfacción del cliente, que se incremente el coste o que

no se llegue al nivel solicitado a pesar del esfuerzo. Es una filosofía empresarial relacionada con el marketing y recursos humanos.

La calidad esta relacionada con lo que el cliente necesita y su expectativa de ser satisfecha esa necesidad, y con los costes que esto genera. Es siempre un binomio producto / cliente y debe ser la idónea y adecuada, además de apta para un producto o servicio concreto.

4.5.2 - Calidad de atención en Enfermería

El desarrollo de la profesión, inmensa dentro del marco central de proporcionar una adecuada atención y la conciencia por parte del usuario por sus derechos, hacen que los profesionales de la enfermería reflexionen sobre los procedimientos y resultados de los cuidados ofrecidos para garantizar la promoción de la calidad de atención proporcionada; una atención integral, personalizada, asegurando también los aspectos legales y éticos de la atención cuando hablemos de la formación de la “calidad de atención de enfermería”; sabemos comprender criterios de eficacia, seguridad y bienestar. De esta forma, a través de una metodología intentamos establecer que le objetivo principal es inducir a la mejora la calidad de los cuidados de enfermería para la población de los inmigrantes extranjeros.

4.6 – CONCEPTOS DE CULTURA

El concepto dominante de cultura en la ciencia social como conducta aprendida no puede considerarse “falso” –los conceptos aislados no son ni “falsos” ni “verdaderos”- y para muchos fines más o menos rutinarios fue y continúa siendo útil. Pero

ahora es evidente, para virtualmente todos aquellos que quieran ir más allá de los aspectos descriptivos, que resulta muy difícil realizar análisis de mucha fuerza teórica partiendo de una noción tan difusa y empirista. Ya han pasado los días en que los fenómenos sociales se explicaban describiéndolos como esquemas de cultura y observando que tales esquemas son transmitidos de generación en generación. Parsons(al insistir con su voz grave y monocorde en que interpreta la manera en que se conduce un grupo de seres humanos como una expresión de su cultura y definir su cultura como la suma en que los modos en que esos seres humanos aprendieron a conducirse no es enormemente informativo) es la figura de las ciencias sociales contemporánea que más contribuyó a que se abandonara tal concepto.

En lugar de esa idea, Parsons, siguiendo no solo a Weber sino también a línea de pensamiento que se remota tal vez a Vico, elaboró un concepto de cultura entendida como sistema de símbolo en virtud de los cuales el hombre, compartidos, convencionales, y, por cierto, aprendidos suministran a los seres humanos una marco significativo dentro del cual pueden orientarse a sus relaciones reciprocas, en su relación con el mundo que los rodea y en su relación consigo mismo. Productos y a la vez factores de interacción social, dichos sistemas son para el proceso de la vida social lo que el programa de un ordenador es para sus operaciones, lo que el gen es para el desarrollo de su organismo, lo que el plano es para la construcción del puente, lo que la partidura es para la sinfonía o, para elegir una analogía más modesta, lo que receta es para hacer un pastel; de manera que el sistema de símbolos es la fuente de información que, hasta cierto grado mensurable, de forma, dirección, particularidad y sentido a un continuo flujo de actividad.

Sin embargo estas analogías, que indican un patrón preexistente que da forma a un proceso exterior a él pasan fácilmente por alto lo que se manifestó como el problema teórico central de este enfoque más refinado: el problema de saber cómo conceptualizar la dialéctica entre la cristalización de esos “esquemas de significación” que imparten dirección y el curso concreto de la vida social.

La validez del concepto parsoniano de cultura descansa casi enteramente en el grado en que tal modelo pueda construirse, en el grado en que la relación entre el desarrollo de sistemas de símbolos y la dinámica del proceso social pueda exponerse circunstancialmente, es decir, haciendo que sea más que una metáfora la descripción de técnicas, de ritos, de mitos entendidos como fuentes de información hechas por el hombre para dirigir y ordenar la conducta humana.

Este problema preocupó a Parsons desde sus principios escritos sobre la cultura(en los días en que ese autor consideraba la cultura como una serie de “objetos externos” whiteheadianos, psicológicamente incorporados en las personalidades, y de esta manera, por extensión institucionalizados en sistemas sociales) hasta los más recientes en los que la ve más desde el punto de vista de los mecanismos de control de la cibernética. Pero este concepto en ninguna parte se mostró tan ineficaz como al tratar la ideología pues de todas las esferas de la cultura, la ideología es aquella en que la relación entre estructuras simbólicas y conducta colectiva se manifiesta de manera más notable y al propio tiempo menos clara.

Para Parsons, una ideología no es más que una clase especial de sistemas de símbolos:

Un sistemas de creencias sustentado en común por miembros de una colectividad... sistema orientado a la integración evaluativa de la

colectividad al interpretar la naturaleza empírica de la colectividad y la situación en la que ella está colocada, los procesos en virtud de los cuales se desarrolló hasta su estado actual, y su relación respecto del futuro curso de los acontecimientos.

Las diferencias de valores y actitudes entre las sociedades pueden ser, a menudo, profundas y, probablemente, tendemos a proyectar nuestras propias ideas y valores los de los demás; pues, después de todo, parte del proceso de adquisición de nuestros propios estándares valorativos consiste en ver, con las palabras de Michelle Rosaldo, <mantengan [para un grupo de personas en particular] un sentido de consistencias en las cosas que hacen permitiéndoles, en consecuencia, captar a lo largo del tiempo que las personas actúan de forma más o menos familiar por razones más o menos conocidas>. De modo que podríamos estar introduciendo nuestros propios juicios, nuestros propios estándares valorativos, inadecuadamente.

Contrastando con la visión clásica de los científicos sociales, fundamentada en la ideología del *melting pot*, los estudios del campo han mostrado insistentemente la tendencia de los colectivos étnicos emigrantes a enquistarse en sus entornos sociales y reproducir sus gastos diferenciadores, así como su identidad de grupo, lo que constituye un reto analítico que pretenden abordar los autores del libro:

Las emigraciones no se limitan a los cambios de las familias del campo a la ciudad, sino que implican grandes movimientos de población a través de fronteras nacionales y en el marco de cultura u economías diferentes. Las minorías étnicas, apreciada como resultado de esta nueva forma de emigración, rechazan crecientemente la

asimilación como modo de adaptación y, por el contrario, tratan de mantener su identidad dentro de un marco plural

Las variables que tienden a caracterizar de forma general, tanto al los procesos de diferenciación social de emigrantes, como a los propios tipos de migración: distribución de edad y sexo, generación, país de origen, lengua y cultura, visibilidad fenotípica, predisposición de la sociedad receptora hacia los inmigrantes en general y en particular, condiciones económicas y políticas de la sociedad receptora en el momento de la llegada, oleada migratoria, tamaño de la misma, roles ocupacionales iniciales, nivel de instrucción y económico de emigrantes, etc. Estos procesos migratorios constituyen, tanto un reflejo como una respuesta a situaciones preexistentes de desigualdad socioeconómica. La identidad étnica, en este marco, puede ser entendida como un termómetro que mide el grado en que las condiciones objetivas de un grupo(y las visiones subjetivas) tienden a reproducir o a modificar esta relación de desigualdad y de marginación.

Varios de estos trabajos destacan la importancia de cómo la conciencia étnica y/o racial tiende a cubrir el espacio de una conciencia de clase potencial, algunos grupos emigrantes perciben la estratificación laboral en términos de división étnica y racial más que en términos de clase, y esto se debe a que < la experiencia más directa en cuanto a expresiones de hostilidad la reciben los inmigrantes de parte de los miembros de la clase obrera de la sociedad receptora>. El rechazo puede adquirir términos de burla hacia determinadas formas o aspectos del bagaje cultural de los inmigrantes, lo que reforzará la conciencia de su diferenciación étnico-cultural; o bien se referirá a un rechazo basado en su

características fenotípicas, lo que incidirá en el refuerzo de su identidad racial.

En el intento por delimitar conceptualmente las diferencias entre un agrupamiento étnico y uno racial, se dice que dichas realidades remiten a procesos históricos diferentes. La adscripción en términos raciales se relaciona con la imposición por parte del grupo dominante en contextos coloniales. Los marcadores primarios de los grupos raciales son rasgos fenotípicos y caracterológicos, no culturales, que se modelan y seleccionan en términos contrastante con los rasgos que se definen como los valores y creencias de tales grupos dominantes.

El impacto del concepto de cultura en el concepto “ser humano.”

Ciertamente el estudio de la cultura se ha desarrollado como si se hubiera seguido esta máxima. El nacimiento de un concepto científico de cultura equivalía a la demolición (o, por lo menos, estaba relacionado con esta) de la concepción de la naturaleza humana que dominaba durante la Ilustración, una concepción que, dígase lo que se dijere a favor o en contra de ella, era clara y simple, y a su reemplazo por una visión no solo más complicada sino enormemente menos clara. El intento de clarificarla, de reconstruir una explicación inteligible de lo que el hombre es, y acompañó desde entonces todo el pensamiento científico sobre la cultura. Habiendo buscado la complejidad y habiéndola encontrado en una

escala mayor de lo que jamás se habían imaginado, los antropólogos se vieron empeñados en un tortuoso esfuerzo para ordenarla. Y el fin de este proceso no está todavía a la vista.

La ilustración concebía desde luego al hombre en su unidad con la naturaleza con la cual compartía la general uniformidad de composición que había descubierto las ciencias naturales bajo la presión de Bacon y la guía de Newton. Según esto, la naturaleza humana está tan regularmente organizada, es tan invariable y tan maravillosamente simple como el universo de Newton. Quizás algunas de sus leyes sean diferentes, pero hay leyes; quizás algo de su carácter inmutable desde oscurecido por los aderezos de modas locales, pero la naturaleza humana es inmutable.

Una cita que hace Lovejoy (cuyo magistral análisis estoy siguiendo aquí) de un historiador de la Ilustración; más o menos, expone la posición general con esa útil llaneza que a menudo encontramos en un escritor menor:

“El marco escénico [en diferentes tiempos y lugares] ciertamente cambia y los actores cambian sus vestimentas y su apariencia; pero sus movimientos internos surgen de los mismos deseos y pasiones de los hombres y producen sus efectos en las vicisitudes de los reinos y pueblos”

Ahora bien, no cabe menospreciar esta concepción, ni tampoco puede decirse, del concepto a pesar de mi referencia a su “demolición”, que haya desaparecido completamente del pensamiento antropológico contemporáneo: la idea de que los hombres son hombres en cualquier guisa y contra cualquier telón de fondo no ha sido reemplazada por la de “otras costumbres, otras bestias”.

Sin embargo, por bien construido que estuviera el concepto iluminista de la naturaleza humana, tenía algunas implicaciones mucho menos aceptables, la principal de las cuales era, para citar esta vez al propio Lovejoy, la de que “todo aquello cuyo inteligibilidad, verificabilidad o afirmación real este limitada a hombres de una edad especial, de una raza especial, de un determinado temperamento, tradición o condición carece de verdad o valor o, en todo caso, no tiene importancia para un hombre razonable”. La enorme variedad de diferencias que presentan los hombres en cuanto a creencias y valores, costumbres e instituciones, según los tiempos y lugares, no tiene significación alguna para definir naturaleza. Se trata de meros aditamentos y hasta de deformaciones que recubren y oscurecen lo que es realmente humano, lo constante, lo general, lo universal en el hombre.

Y así, en un pasaje hoy muy conocido, el doctor Jonson consideraba que el genio de Shakespeare consistía en el hecho de que “sus personajes no están modificados por las costumbres de determinados lugares y no practicadas por el resto del mundo, o por la peculiaridades de estudios o profesiones que pueden influir solo en un pequeño numero, o por los accidentes de transitorias modas u opiniones”. Y Racine consideraba el éxito de sus obras de temas clásicos como prueba de que “el gusto de Paris... coincide con el de los atenienses; mis espectadores se conmovían por las mismas cosas que en otros tiempos arrancaban a los ojos de las clases más cultivadas de Grecia.”

Lo malo de este genero de opinión, independientemente del hecho de que suena algún tanto cómica procediendo de alguien tan profundamente ingles como Jonson o tan profundamente francés como Racine, esta en la imagen de una naturaleza humana constante

E independiente del tiempo, del lugar y de las circunstancias, de los estudios y de las profesiones, de las modas pasajeras y de las opiniones transitorias, puede ser una ilusión, en el hecho de que lo que el hombre es puede estar entretelado con el lugar de donde es y con lo que el cree que es de una manera inseparable. Precisamente considerar semejante posibilidad fue lo que condujo al nacimiento del **concepto de cultura** y al ocaso de la concepción del hombre como ser uniforme. Cualesquiera que sean las cosas que afirme la moderna antropología y parece que en un momento u otro afirmo casi todas las cosas posibles, hoy es firme la convicción de que hombres no modificados por las costumbres de determinados lugares en realidad no existen, que nunca existieron y, lo que es más importante, que no podrían existir por la naturaleza misma del caso. No hay, puede haber un escenario donde podamos vislumbrar a los actores de mascaou como “personas reales” que se pasean por las calles haraganeando, desentendidas de sus profesiones y exhibiendo con ingenuo candor sus espontáneos deseos y pasiones. Estos actores podrían cambiar sus papeles, sus estilos de representación y los dramas en que trabajan; pero como el propio SHAKESPEARE desde luego lo observo están siempre actuando.

Esta circunstancia hace extraordinariamente difícil trazar una línea entre lo que es natural, universal y constante en el hombre y lo que es convencional, local y variable. En realidad, sugiere que trazar semejante línea es falsear la situación humana o por lo menos representaría seriamente mal.

¿Qué conclusión puede uno sacar sobre la naturaleza humana a partir de estas clase de cosas y de los millares de cosas igualmente peculiares que los antropólogos descubren, investigan y describen? ¿Qué los naturales de Bali son seres peculiares, marcianos de los

mares del sur? ¿Qué son lo mismo que nosotros en el fondo pero con ciertas condiciones peculiares, aunque realmente incidentales, que nosotros no tenemos? ¿Qué tienen dotes innatos o que instintivamente se ven impulsados en ciertas direcciones antes que en otras? ¿O que la naturaleza humana no existe y que los hombres son pura y simplemente lo que su cultura los hace?

Con interpretaciones como estas, todas insatisfactorias, la antropología intento orientarse hacia un concepto más variable del hombre, un concepto en el que la cultura y la variedad de las misma se tuvieran en cuenta en lugar de ser consideradas como caprichos y perjuicios, y al mismo tiempo un concepto en el que sin embargo no quedara convertida en una frase vacía “la unidad básica de la humanidad”, el principio rector de todo el campo. Dar el gigantesco paso de adaptarse de la concepción de la naturaleza humana unitaria significa, en lo que se refiere al estudio del hombre, abandonar el Edén. Sostener la idea de que **la diversidad de las costumbres** a través de los tiempos y en diferentes lugares no es una mera cuestión de aspecto y apariencia, de escenario y de máscaras de comedia, es sostener también la idea de que la humanidad es variada en su esencia como lo es en sus expresiones. Y con semejante reflexión se aflojan algunas amarras filosóficas bien apretadas y comienza una desasosegada deriva en aguas peligrosas.

Peligrosas porque si uno descarta la idea de que el hombre con “H” mayúscula ha de buscarse detrás o más allá o debajo de sus costumbres y se la reemplaza por la idea de que el hombre, con minúscula, ha de buscarse “en” ellas, corre uno el peligro de perder al hombre enteramente de vista. O bien se disuelve sin dejar residuo alguno en su tiempo y lugar, criatura cautiva de su época, o bien se convierte en un soldado alistado en un vasto ejército tolstoiano

inmerso en uno u otro de los terribles determinismos históricos que nos han acosado desde Hegel en adelante.

4.7 – TEORIA DE LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES

4.7.1 - MADELEINE LENINGER

La primera antropóloga y enfermera profesional, fundadora de la enfermería transcultural y pionera en la teoría de los cuidados transculturales.

Nacida en Sutton, Nebraska. En 1950, obtuvo el título de Bachelor of Science en Kansas. En 1954, Master en enfermería por la Universidad Católica de Washington.

Leininger identificó una falta de entendimiento por parte del equipo, de los factores culturales que influyen en el comportamiento de los niños. Observó y experimentó las diferencias culturales. Las diferencias obvias entre formas de vida culturales de los niños atrajeron su atención.

Leininger analizó con Margaret Mead las correlaciones potenciales entre antropología y enfermería.

Trabajó con los Gadsup de Nueva Guinea y dirigió un estudio etnográfico de cuidados y de salud. Pudo observar rasgos propios de la cultura y también un número de marcadas diferencias entre las culturas occidentales y las no.

Leininger identificó diversas afecciones comunes entre la enfermería y la antropología y ha dedicado los últimos 30 años al desarrollo de la teoría de los cuidados transculturales y su práctica.

El 1er. Curso fue en 1996, en Colorado. Leininger ha estudiado al menos 6 culturas. Ejemplo de sus libros: **Nursing and Anthropology: Two worlds to blend (1970)**. Ha definido así la enfermería transcultural: “Área principal de la enfermería que se centra en el estudio y análisis comparativo de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductos cuidantes, cuidados de enfermería, valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud – enfermedad, con objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística para proporcionar la práctica de unos cuidados de enfermería específica y universalmente culturales”.

Leininger afirma: que existirá una nueva taxonomía práctica de enfermería que reflejará distintos tipos de cuidados que están culturalmente definidos, clasificados y verificados como guía para proporcionar cuidados de enfermería y que es un campo de estudio, investigación y práctica mas importante, relevante y prometedor del futuro de la enfermería. Lo define como “ un conjunto de conceptos, hipótesis o proposiciones vinculados lógicamente y que pueden ser comprobados con el propósito de explicar o predecir un suceso, fenómeno o situación. Desarrolló su teoría a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que desean o necesitan recibir de parte de los profesionales de la salud. El objeto de esta teoría es que los consumidores propongan sus puntos de vista y conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales validas. Es una teoría de enfermería global porque encuentra la estructura social, el panorama mundial, valores, entorno, expresiones de lenguaje y sistemas profesionales.

Para Leininger, el foco intelectual y de la práctica de enfermería unificador, dominante y central es el **cuidado**. Para ella, la etnoenfermería, es “el estudio, clasificación sistemática de creencias, valores y prácticas de los cuidados de enfermería recibidos o percibidos por una cultura dada a

través de su lengua local, experiencias, creencias y sistema de valores.” Ella sostiene que “la conducta y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas”. Sus razones para estudiar los cuidados son cuatro:

1. La clase de cuidados parece crítico para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos.
2. Necesidad de explicar los papeles del proveedor de cuidados y del receptor en las diferentes culturas.
3. Preservar y mantener los cuidados ya que, es esencial para la supervivencia de los humanos y las culturas a través del tiempo.
4. La profesión de enfermería nunca ha estudiado los cuidados en relación con los cuidados de enfermería.

El cuidado es un concepto poderoso y el fenómeno particular de la enfermería pero los conceptos de cuidados de cada cultura se deben documentar, comprender y utilizar de una manera terapéutica para que los cuidados sean la terapia.

Leininger en 6 culturas estudiadas ha identificado 58 clases de cuidados.

Las creencias, los valores y los modos de vida proporcionan una base sobre la que planificar y ejecutar de forma eficaz los cuidados específicos de cada cultura. Para ella el cuidado es aquella cualidad de los servicios humanos que hace que los consumidores de bienes salud estén satisfechos o insatisfechos con los servicios y que es el cuidado y no la curación lo que los consumidores valoran consciente o inconscientemente.

Para ella:

- **Cuidados:** actos de asistencia, apoyo o facilitación para un grupo o individuo con necesidades para mejorar su condición o modo de vida.

- **Cuidar:** acciones, procesos o decisiones sustentadoras y expertas que reflejan el apoyo, compasivo protector de auxilio de otros al individuo o grupos que se asiste teniendo en cuenta sus valores, necesidades y problemas.
- **Cultural:** la cultura es el conjunto de valores aprendidos o transmitidos. Es la fuerza para determinar los patrones de cuidados y conductas de la salud – enfermedad.
- **Valores culturales:** fuerzas que dan orden y significado al pensamiento, las decisiones y acciones de la gente.
- **Variaciones culturales:** variabilidad entre culturas. Lo que los hace diferentes, únicos.
- **Enfermería:** arte y ciencia aprendida que se centra en los cuidados personalizados con funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas de salud o recuperación de enfermedades de significación física, psicocultural y social.
-

1 . 1 – SUPUESTOS PRINCIPALES

- 1._ La práctica de cuidados es universal y varía de una a otra cultura.
- 2._ Los procesos de cuidados son esenciales para el nacimiento, desarrollo, supervivencia y muerte del ser humano.
- 3._ La práctica de los cuidados es la esencia de la enfermería.
- 4._ Los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas y ambientales.
- 5._ Los actos de enfermería son transculturales y exigen la identificación enfermera-paciente.
- 6._ Los estilos, funciones y metas varían con la estructura social y los valores de cada cultura.

7._ Los auto-cuidados varían de una cultura a otra y de un sistema de asistencia a otro.

8._ La manifestación de conducta, creencias y prácticas de los cuidados es esencial para el avance del cuerpo de conocimiento de enfermería y de los cuidados.

9._ La administración de cuidados es una práctica de raíces culturales por tanto requiere un conocimiento de la cultura para su eficaz aplicación.

10._ No hay curación sin cuidados pero si cuidados sin curación.

11._ La enfermería es una profesión humanística y científica cuyo fin principal es atender a todos los seres humanos.

12._ Toda cultura cuenta con prácticas que varían con respecto a otras.

13._ Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables cubre las necesidades culturales.

14._ Cuando los cuidados de enfermería no concuerdan con valores, estilos de vida, mostraran conflictos culturales insatisfacción y preocupación éticas o morales.

1.2 – AFIRMACIONES TEORICAS

1._ Las experiencias de las expectativas de los pacientes frente a los cuidados de enfermería.

2._ Hay diferencias en valores y normas de comportamiento cuidantes entre sociedades.

3._ Los profesionales que trabajan en entornos culturales ajenos pueden suscitar problemas y conflictos culturales a menos que estén dispuestos a admitir y adaptarse a los valores y expectativas locales.

4._ Cuanto mayor es la dependencia de enfermería de tecnología mayor es el distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente.

5._ Las intervenciones de enfermería que aplican prácticas específicas de la cultura local producirán más satisfacción en los clientes.

- 1) Las diferencias interculturales en creencias, valores y prácticas de cuidados refleja diferencias en la práctica de los cuidados de enfermería.
- 2) Como más valor al individualismo más prácticas de auto-cuidados.
- 3) Estrecha relación de conducta entre quien suministra cuidados y quien los recibe.
- 4) Diferentes culturas identifican conductas asistenciales y no asistenciales.
- 5) Como más diferencias entre valores asistenciales populares y valores profesionales más conflicto entre profesionales y receptores.
- 6) Las técnicas y prácticas asistenciales difieren entre culturas y producen resultados distintos.
- 7) Como más tecnología más impersonalidad del cuidado.
- 8) Necesidad de conocer el significado y función de los símbolos relacionados con los cuidados.
- 9) Estrecha relación entre valores políticos, religiosos, económicos y culturales y la calidad de los servicios sanitarios que se prestan.

Otros enunciados:

Las culturas que la enfermedad es una experiencia corporal, interna y personal hacen usos de métodos más técnicos y de utilización

autónoma que las culturas que lo contemplan como experiencia extrapersonal.

Las culturas que dan más importancia a los procesos y conductas asistenciales tienden a asignar más mujeres que a hombres a las tareas asistenciales.

Las culturas que dan más importancia a los procesos y tratamientos curativos asignan más hombres que mujeres.

Los individuos que necesitan servicio de cuidados buscan personas de su entorno y luego profesionales si su condición empeora.

Las actividades etnoasistenciales actualizadas que ofrecen beneficios terapéuticos al cliente suelen ser considerados de menor valor por las enfermeras occidentales.

La conducta de cuidados de sustento produce menos actividades destinadas a la curación y más al mantenimiento de la salud.

1. 3 – MÉTODO LÓGICO

Leninger da gran importancia a estudiar a la gente desde su emic, conocimiento local y experiencias utilizando métodos cualitativos para la investigación.

Utiliza la observación participativa para el estudio de la conducta humana. La enfermera a través de la investigación obtiene métodos inductivos, datos descriptivos y documentos de conductas observadas y verificadas de la realidad que revelan la esencia, naturaleza, proceso y atributos de los comportamientos asistenciales y de los cuidados de enfermería terapéutica en una cultura dada. Esto es importante para identificar conocimientos relevantes.

Ella utiliza el método etnociéntífico como instrumento formal y riguroso para el estudio de la enfermería y el fenómeno humano.

“ La ciencia etnológica se ocupa del estudio sistemático del modo de vida de un determinado grupo cultural, afín de obtener una información precisa de los comportamientos de la gente y del modo en que perciben y conocen su universo”.

El método etnológico proporcionan a la enfermeras a conocer significados, explicar y predecir conductas humanas en el contexto de una cultura.

El investigador debe analizar los datos extraídos a partir de los enfoques emic y etic. El análisis emic revela el modo en que una cultura clasifica y recibe su mundo el etic busca rasgos que pueden encontrarse en más de una cultura. Mediante un análisis emic de datos pueden descubrirse rasgos universales.

Fases para la obtención y datos empíricos etnográficos.

FASE I

- 1._ Estudiar y observa los modos de vida.
- 2._ Los rasgos de la estructura social que influyen en el comportamiento.
- 3._ Explicación de valores y creencias incluido salud y enfermedad.
- 4._ Evaluar el sistema de cuidados de salud-enfermedad escuchando, observando y participando. Es importante prestar atención a los sistemas de cuidados tanto populares como profesionales.

FASE II

- 1._ Clasificación de clases de cuidados específicos y generales.
- 2._ Validación de los clases de cuidados.

- FASE III
- 1._ Análisis y verificación de los clases identificados.
 - 2._ Verificación de las hipótesis.

1.4- ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERIA

La lentitud de las enfermeras para valorar y reconocer los factores culturales en la práctica son:

- 1._ Falta de idea acerca de la naturaleza de la antropología ni que al conocimiento antropológico contribuye a la comprensión de las conductas relativas al cuidado de la salud.

- 2._ Los pacientes no ejercían demanda de cobertura de necesidades culturales intimas ni que fuesen reconocidas ni satisfecha.

- 3._ No entendimiento de la antropología para la enfermería.

Leininger considera:

Estamos entrando en una fase de concepto de salud a medida que examinamos el impacto de los factores culturales los comportamientos de salud y de enfermedad. Se ha producido un aumento de las demostraciones de la identidad cultural y crece la demanda de asistencia cultural especifica y de servicios generales de salud. El mundo es profundamente pluricultural y es esfera de los profesionales una respuesta a la diversas necesidades culturales de los clientes.

Ella sugiere que hay una necesidad urgente de que las enfermeras se preparan en el aspecto de los cuidados culturales para los cuidados de enfermería.

4.7.2 – MARIE FRANÇOISE COLLIERE

PROMOVER LA VIDA

Debemos tener en cuenta que los cuidados no fueron fruto de un oficio y menos de una profesión. Eran acto de cualquier persona para asegurar a otra todo lo necesario para la continuidad de su vida, en relación de la vida del grupo.

Por tanto, cuidar y vigilar representan un actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y repatriar la vida del grupo.

Servir es la base de la enfermería; servir a los enfermos es lo que da sentido a la práctica de enfermería, lo que la orienta y lo que dará o guiará su actitud.

La enfermería es la que ayuda a la curación y cuya aparición de ser un sosiego. Por ello ella debe de estar convencida de:

- a) La sala de un hospital es el santuario de sufrimiento.
- b) El enfermo no es un caso interesante sino un ser humano que sufre y que espera mucho de los que lo cuidan.
- c) Se ha venido para servir.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige situarlos dentro del contexto que le da todo su sentido, su significado real: “ el contexto de la vida o del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en su existencia.

CUIDAR.

Es ante todo un acto de vida, un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, es un acto de reciprocidad que se da cualquier persona que requiere ayuda para asumir sus necesidades.

Existen dos tipos de naturaleza diferentes:

- 1) Cuidados de costumbre y habituales en inglés “CARE” (to care = cuidar de, ocuparse de....) estos están relacionados con las funciones de conservación continuidad de vida.
- 2) Cuidados de curación en inglés “CURE” (to cure: curar, tratar, suprimiendo el mal...) estos están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Las primeras representan todos los cuidados permanentes y cotidianos cuya única función es mantener o sea reaprovisionarla de energía (alimentos), de calor, de luz, de naturaleza afectiva. Estos están basados en los hábitos, costumbres y creencias. Es la constitución de una cultura del grupo que determina lo bueno y lo malo para conservar la vida. (beber, comer, lavarse, moverse, levantarse, la relación con otras personas....etc).

Los segundos garantiza la continuidad de la vida o sea intentan superar los obstáculos o trabas, como el hambre, la falta de recursos, la enfermedad, el accidente, la guerra, etc...su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella, atajar sus causas. Cuando desgraciadamente prevalece el cure sobre el care, se aniquilan todas las fuerzas vivas de las personas todo aquello que le hace ser, y ello lleva a un deterioro irreversible.

En las sociedades occidentales sobre todo es más acentuada esta ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno. Ya que las técnicas de investigación está más centrada en la

enfermedad y menos en las causas relacionadas con la forma de vida, condiciones y deseo de existir.

Por lo tanto al individuo se lo aísla cada vez más de su entorno, de su grupo e incluso de si mismo como persona ya que el objeto de la curación es la función orgánica o mental aislada de su todo.

Por ello, es muy importante diferenciar de la naturaleza de estos dos tipos de cuidados ello nos hace llegar a la encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones no solo con respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino al conjunto de la acción sanitaria y social. La relación entre estos dos tipos de cuidados deberían de ser constantemente objeto de discernimiento respecto a las situaciones que precisan que se dan cuidados. Y los cuidados de enfermería menos que ninguno pueden eludir las elecciones sino al contrario deben ser integrantes de ellas.

Haciéndose más médicos, los cuidados de enfermería han perdido de vista todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser. Y nos podemos olvidar el paradigma de Edgar Morin “ le paradigme perdu: la nature humaine”, París 1973, los cuidados de enfermería no pueden olvidar que su única finalidad es permitir a sus usuarios desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de funciones alteradas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta.

Sin cuidar no se puede limitar a tratar la enfermedad, es muy importante preguntarse cuales son los elementos que pueden contribuir a establecer el proceso de los cuidados de enfermería,

siempre partiendo de situaciones vividas por persona que requieren cuidados y teniendo en cuenta la naturaleza de estos.

Los elementos que constituyen los cuidados de enfermería siguen siendo desconocidos. Nightingale F, notes on Nursing cualquier trabajo llevado a cabo por un oficio o profesión es una operación, un proceso de transformación de diferentes elementos con la ayuda de instrumentos para conseguir un objetivo. Todo trabajo es un encuentro con lo desconocido que se puede producir gracias al dominio de los elementos y a los datos conocidos y la comprensión de la forma en que interfieren. Los cuidados de enfermería proceden de un encuentro entre dos o más seres vivos que detectan ambos los elementos del proceso de cuidados.

Son un proceso de elucidación \longleftrightarrow acción entre los dos interlocutores sociales con competencia dirigidas a encontrar su forma de relación a partir de un entorno, recursos y capacidades. Identificar pues el trabajo de enfermería es identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados especificar a los conocimientos recurridos, tecnología utilizada, creencias y valores sobre los que se basan la presentación de estos.

Si no cuidar empieza a ser un acto de flexión de las necesidades vitales y la búsqueda de respuesta que hay que dar es necesario apelar a conocimientos diversos para percibir los signos del proceso salud-enfermedad y poder comprender su significado con respecto a la persona que los vive en su contexto de vida y sus actividades.

Para descubrir, entender y comprender los que nos dicen las personas que solicitan cuidados, es necesario:

VOLVER A APRENDER A VER- capacidad de descubrir multitud de pequeños signos que transmite la

persona a sí como signos que provienen de su entorno social. Todo ello nos dará gran cantidad de información que se traducen por signos de desamparo, soledad, alegría, tristeza, penuria económica y social, satisfacción, placer, deseo, etc...

Como dice Edward May, saber ver y dejarse guiar por el sentido de la vista aprendiendo a leer al lenguaje no verbal el lenguaje silencioso.

VOLVER A APRENDER LOS LENGUAJES COLOQUIALES: las personas cuidadas y familiares tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación y del límite de las informaciones que comparten con los cuidados. Los usuarios de cuidados son la primera gente de discernimiento y la puesta en marcha, de los cuidados. Ellos son los que están en posición del hilo conductor (significado y dirección). Hace falta que el personal de enfermería sea capaz de captar, comprender y relacionar la información recibida para desarrollar una capacidad de reflexión sobre dicha información emitida por los usuarios de cuidados y serán capaces de utilizarla.

Es evidente que el proceso salud-enfermedad o sea vida-muerte no se podrá comprender si se atribuye un solo factor, si se aleja de factores de orden cultural, social y económico que actúan como redes de influencia. Los cuidados de enfermería están marcadas por las concepciones, las creencias y los valores con que están vinculadas tanto los que quieren cuidados como las que lo procuran. Todo ello bajo la influencia del conjunto de valores predominantes transmitido por el sistema social. Por ello es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su

naturaleza, las formas en que se transmiten y se modifican para a si tomar conciencias de la variedad de creencias y valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismo.

El campo de competencia del cuidado de enfermería se ha dejado desbordar, invadir y más tarde absorber por el campo de la práctica médica o al menos un domino reconocido de la aplicación de cuidados. Florence Nightingale demostró que distribuir medicamentos y curar heridas no basta para asegurar la supervivencia de los enfermos sino que hay que poner en marcha todo aquello que mueve su energía, su potencial de vida. La acción de la enfermera se centra en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad y por otra en todo aquello que revitaliza al ser humano.

CUIDAR NO ES TRATAR: Es importante constatar y asegurarse que para los hombres, el tratamiento ha absorbido y acaparado los cuidados de tal modo que en las instituciones sanitarias, cuidar cubre prioritariamente todo aquello que es el dominio del tratamiento, de la curación, haciendo de menor importancia todos los cuidados habituales fundamentales para mantener la vida y a si mantener la lucha contra la enfermedad.

Cuidar es movilizar todo lo que vive dentro de cada persona, todo lo que lleva vida, toda si vitalidad, se decir, todo su potencial de vida y también toda la vida que tiene en potencia que necesita desarrollarse. Poner en marcha la acción sanitaria es, por lo tanto movilizar todo aquello que la persona pueda hacer por si misma o con ayuda a partir del análisis de su capacidad vital y lo que debe

compensar, en relación al estado de su vida, a si como la que la obstaculiza o le pone trabas.

Cuidar es actuar sobre el poder de existir. El poder de los cuidados de enfermería debe ser liberador ya que:

- Permite a los usuarios utilizar el poder que les queda para movilizar todo aquello de lo que todavía son capaces.
- Devuelve o aumenta el poder de existir, de tener autonomía.(aumenta la capacidad de respuesta, desarrolla las facultades físicas, afectivas y psíquicas).
- Reconoce el conocimiento de las personas cuidadas.
- Permite a los usuarios de cuidados tener un poder terapéutico para los demás.

El poder de los cuidados de enfermería se puede identificar como liberador cuando es creador, cuando estimula o suscita todo aquello que va a permitir la regeneración, el desarrollo de la capacidad de vivir, tanto en la persona cuidada como en el cuidador, ya que ambos participan en un mismo acto de nacimiento o renacimiento de la vida, incluso hasta el umbral de la muerte. Cuidar es ejercer un poder que los usuarios de los cuidados delegan implícitamente, recurren a personas que pueden ejercerles un servicio que pueda así completar o suplir su propia acción.

5 – MARCO PRACTICO

5.1 - HIPÓTESIS

Proporcionar una base de conocimientos de enfermería a fin de lograr una mejor orientación y adiestramiento para que los profesionales asuman el reto de la aplicación de los cuidados de enfermería en el área de la transculturización.

5.2 - VARIABLES

Variable Independiente : Nivel de conocimientos (saber, saber hacer, saber estar y saber ser).

Variable Dependiente : Cuidados de enfermería.

Variable Interdependiente : Experiencia profesional (sexo, edad, nivel de cargo).

5.3 – METODOLOGIA

Volviendo de nuevo, a nuestra perspectiva actual de cómo los cuidados constituyen un fenómeno evasivo que contiene unos conocimientos que pueden proporcionar una base sólida para que el personal de enfermería los utilicen de modo específico y particular para

mantenerla salud, prevenir las enfermedades y curar u olvidar las molestias humanas.

Se ha de buscar un modelo o instrumento para todos los centros hospitalarios que atienden a la población de inmigrantes extranjeros, pero siguiendo unas direcciones estructurales organizacional propia del centro. La posible aceptación de estos modelos o instrumentos por los que los recursos materiales y humanos pueden variar la forma, pero nunca la estructura básica sobre la cual se adaptarán las particularidades específicas de cada centro hospitalario.

Cuando hablamos de seguir una metodología intentamos establecer un objetivo importante inducir a la mejora de la calidad de los cuidados en la atención de enfermería, autentica columna vertebral de este trabajo.

Se realizará un trabajo descriptivo que permitan conocer la dificultad de los profesionales de enfermería de dos hospitales ubicados en una zona con alto índice de inmigración. Hospital Espíritu Santo (Santa Coloma), y Hospital del mar (Barcelona).

Nuestra meta es que al seguir esta metodología se contribuye a una mejor profesionalización y se abre un abanico de posibilidades para incrementar la calidad de los cuidados de enfermería oficiales a la población de inmigrantes teniendo siempre presente que dichos cuidados son la esencia y la dimensión intelectual , unificadora de la profesión de enfermería.

Para ello, se recogio Adhoc a traves de un cuestionario que fue distribuido entre los profesionales (ver anexos) y que fue validado por expertos.

Todo ello nos permitira conocer que aspectos hay que tomar en cuenta para conseguir una capacitación más eficaz para la administración de los cuidados de enfermeria , esto es una señal de “Ruido” de detención

de problemas y facilitar los cuidados y su coordinación , así mismo, debe ser un indicador de calidad que sirva de método valido para modificar actitudes, detectar problemas y hacer recomendaciones.

5.4 – POBLACIÓN

Se ha dirigido el estudio al personal sanitario del Hospital del Mar y al del Hospital del Espiritu Santo dicha población esta constituida por:

Hospital del Mar : Enfermeras 400

Auxiliares 238

Comadronas 17

Medicos 245

Hospital Espiritu Santo : Enfermeras 116

Auxiliares 71

Comadronas 6

Medicos 120

5.5 - MUESTRA

El sistema de muestreo utilizado ha sido probabilistico, aleatorio simple, estratificado y por conglomerados.

5.6 – INSTRUMENTOS

Se realiza una encuesta a través de un cuestionario distribuido a un total de 207 personas estratificadas de la siguiente forma:

Hospital del Mar :

58 Enfermeras

35 Auxiliares

36 Medicos

2 comadronas

Hospital del Espiritu Santo:

18 Enfermeras

11 Auxiliares

19 Medicos

1 Comadrone

Dicho cuestionario fue validado por los jueces siguientes:

Sr. Esteve Pont

Sra. Montserrat Teixidor

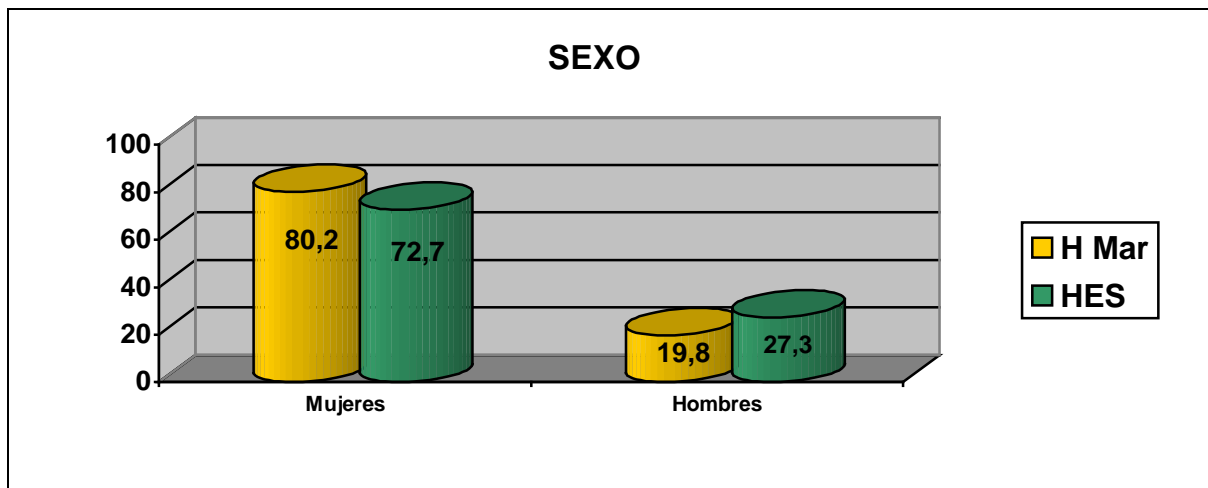
Sr. Jose Tejada

(Se adjunta cuestionario en anexos)

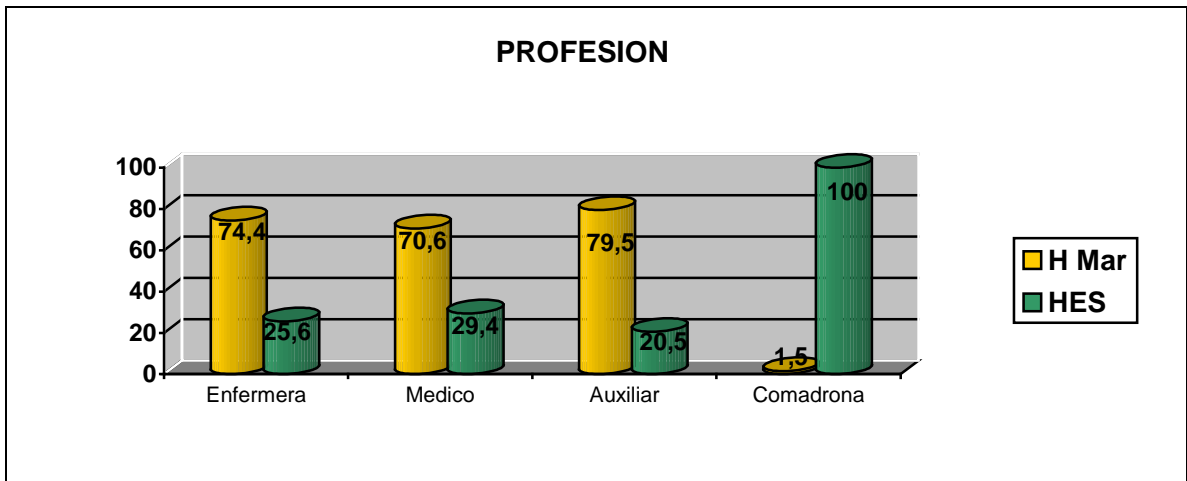
6 – RESULTADOS

Los cuestionarios fueron distribuidos de forma aleatoria en los diferentes servicios de dichos centros obteniéndose un resultado global de 175 respondidos (131 corresponden al Hospital del Mar y 44 al Hospital del Espíritu Santo).

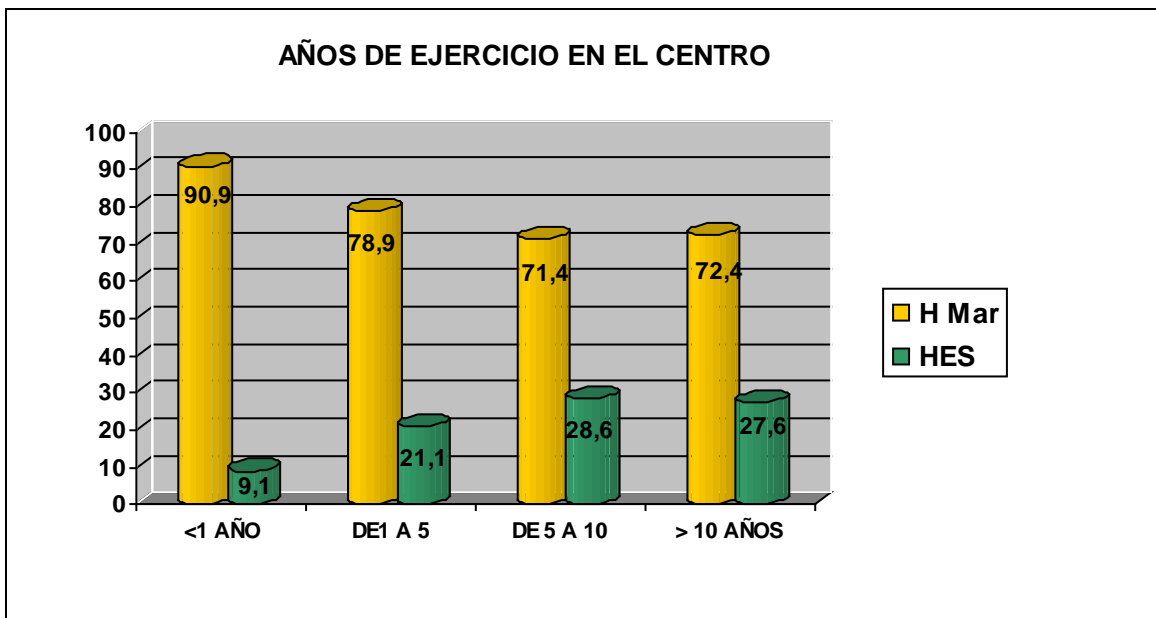
Para el análisis de la información se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) implicando estrategias de análisis descriptivo y obteniendo los siguientes resultados:



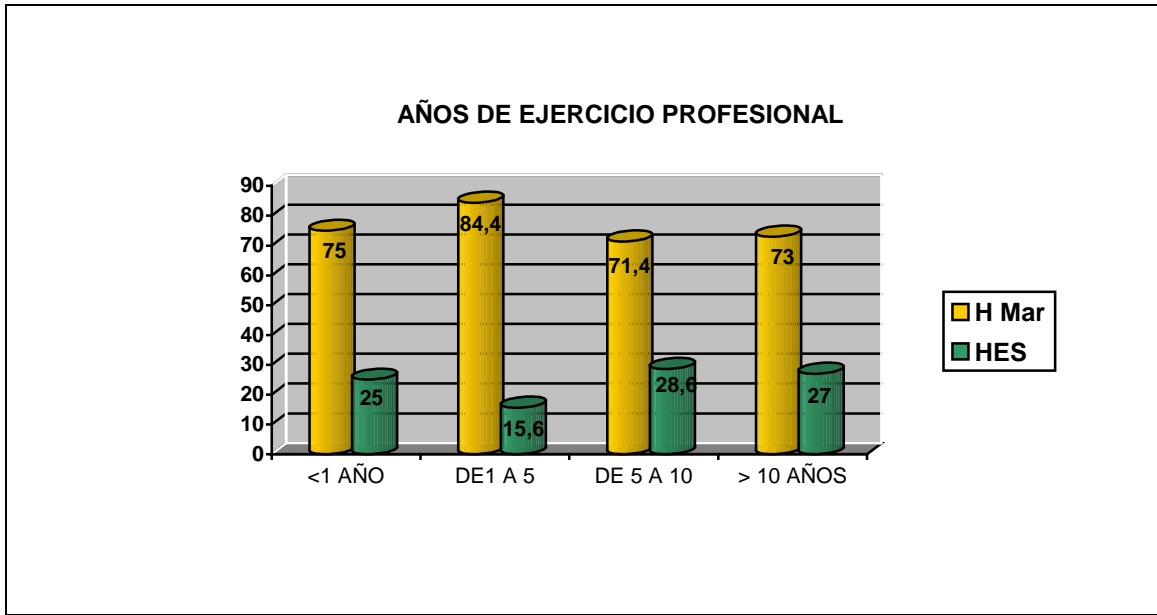
Se observa que en la población sanitaria existe un mayor porcentaje de profesionales de sexo femenino.



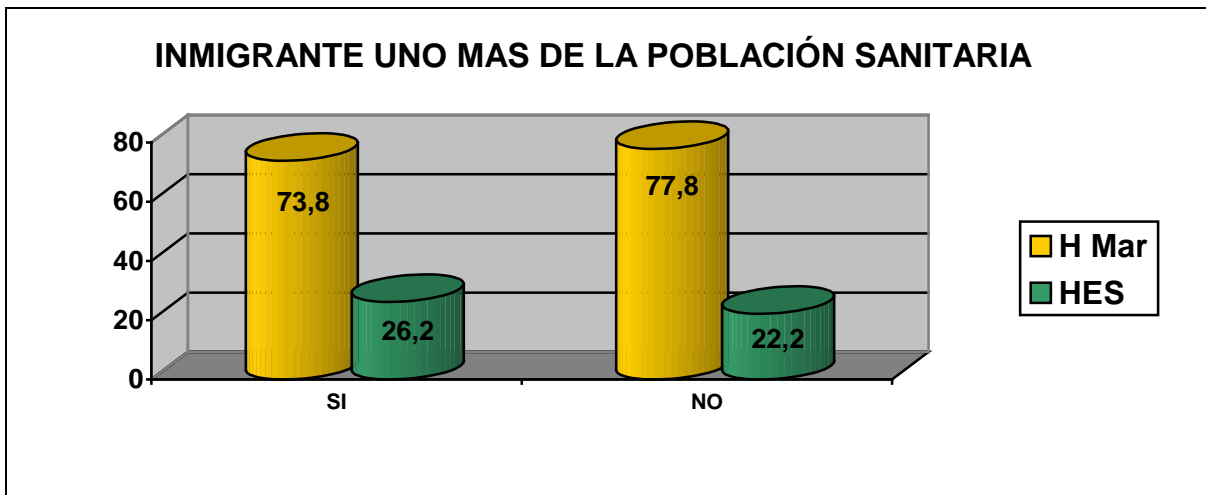
Se observa una favorable respuesta en todos los estamentos dentro de los dos centros hospitalarios.



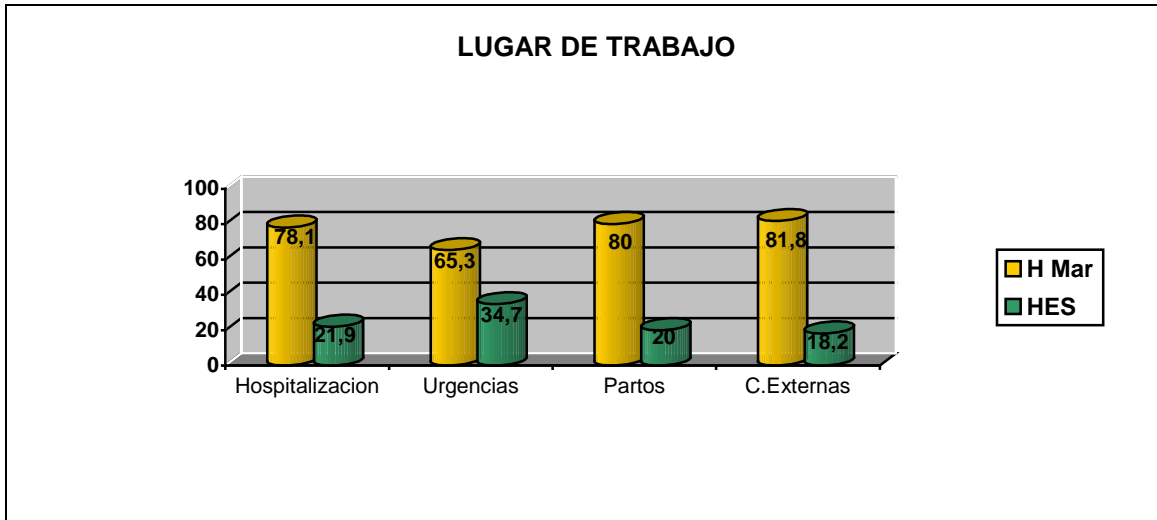
Se observa una mayor respuesta entre los profesionales de una media de uno a diez años de ejercicio profesional.



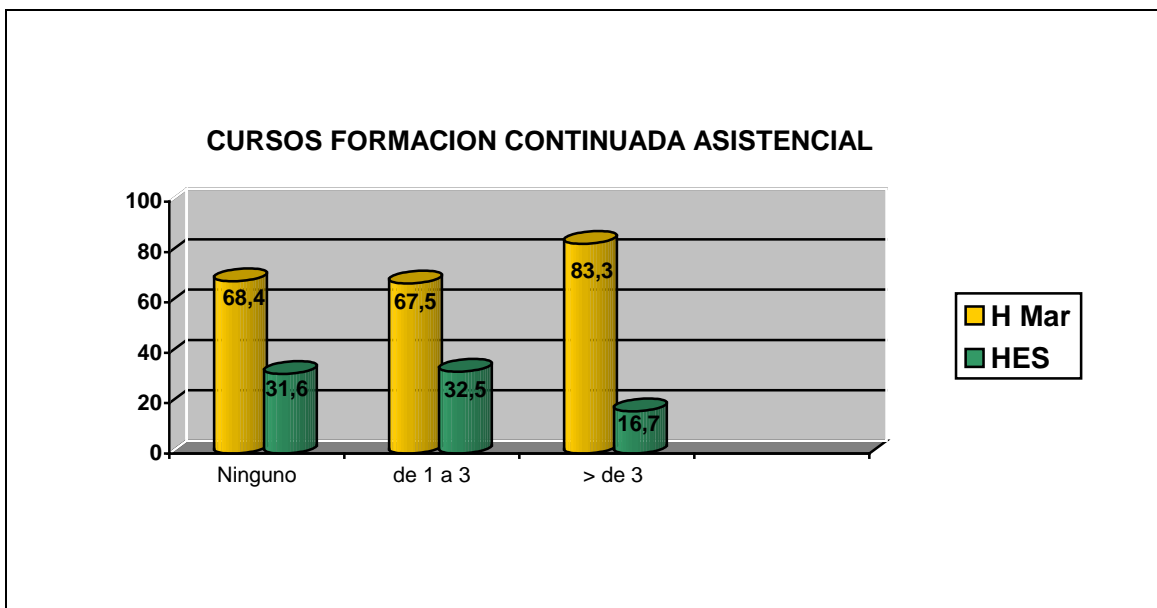
El personal sanitario que observamos tiene mayor inquietud sobre el tema es el lleva de uno a cinco años de ejercicio.



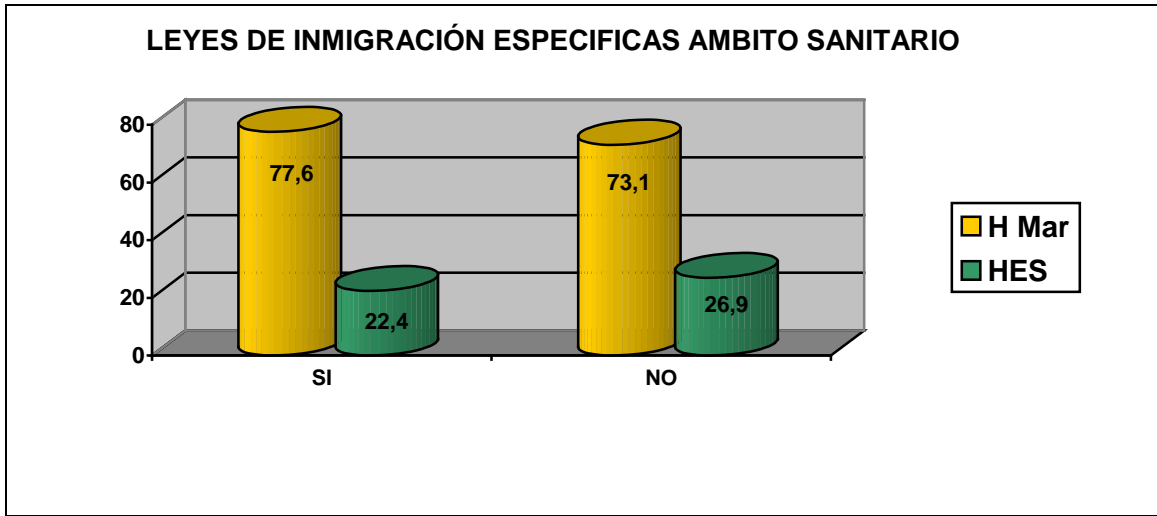
En general se observa que no es considerado como uno más de la población sanitaria.



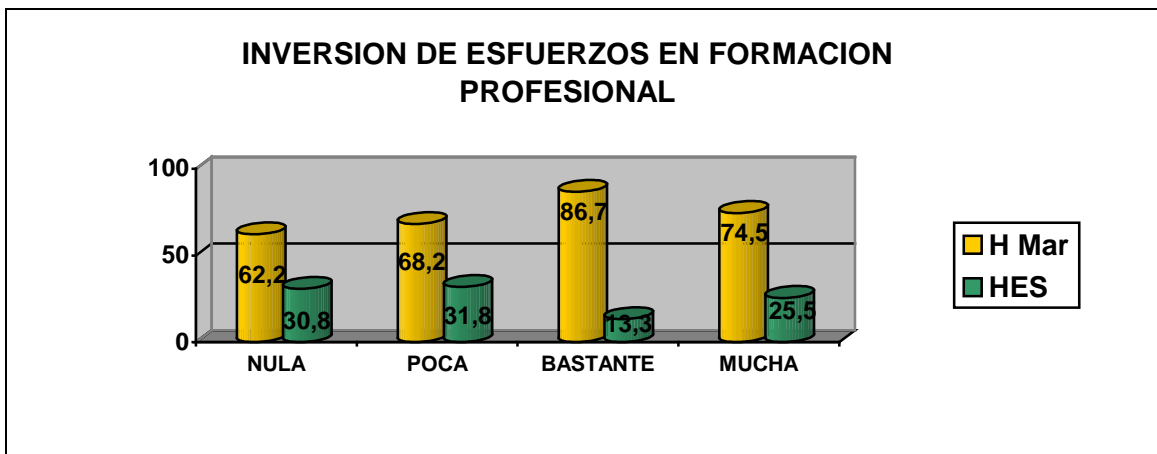
Se observa una mayor asistencia a población inmigrante en los servicios de consultas externas y sala de partos.



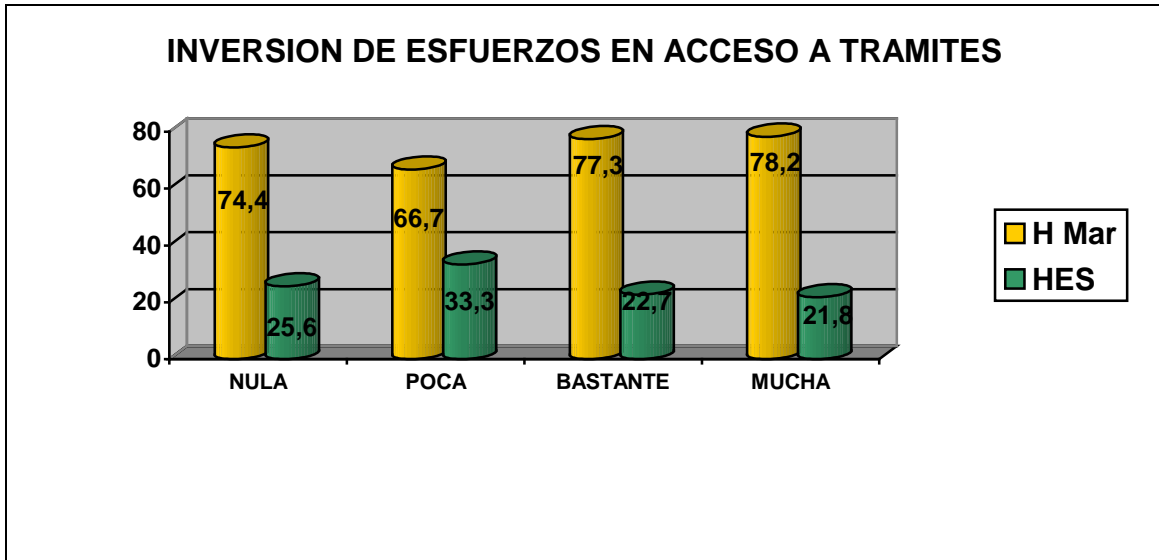
Se observa un gran interes por parte del personal sanitario destacando profesionales medicos y de enfermeria.



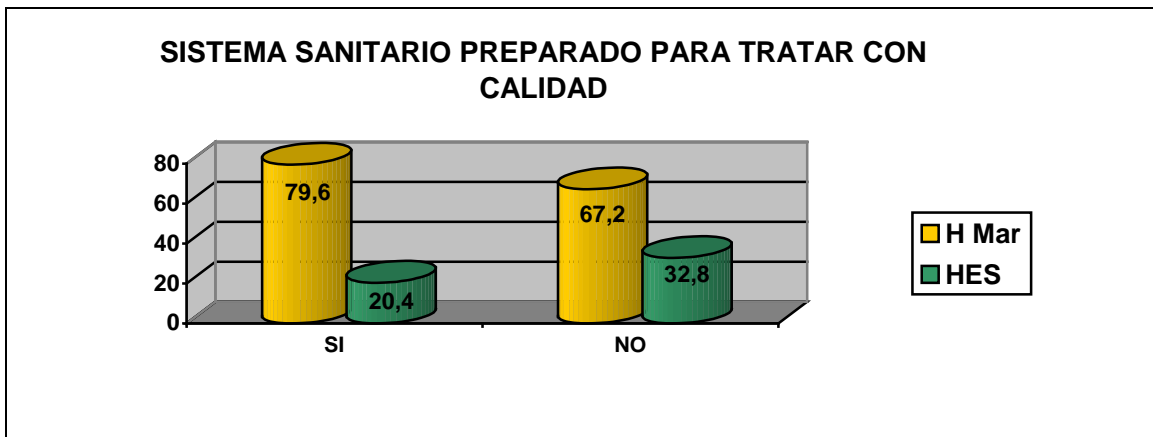
Se observa que los profesionales si consideran que las leyes sobre inmigración son suficientemente específicas.



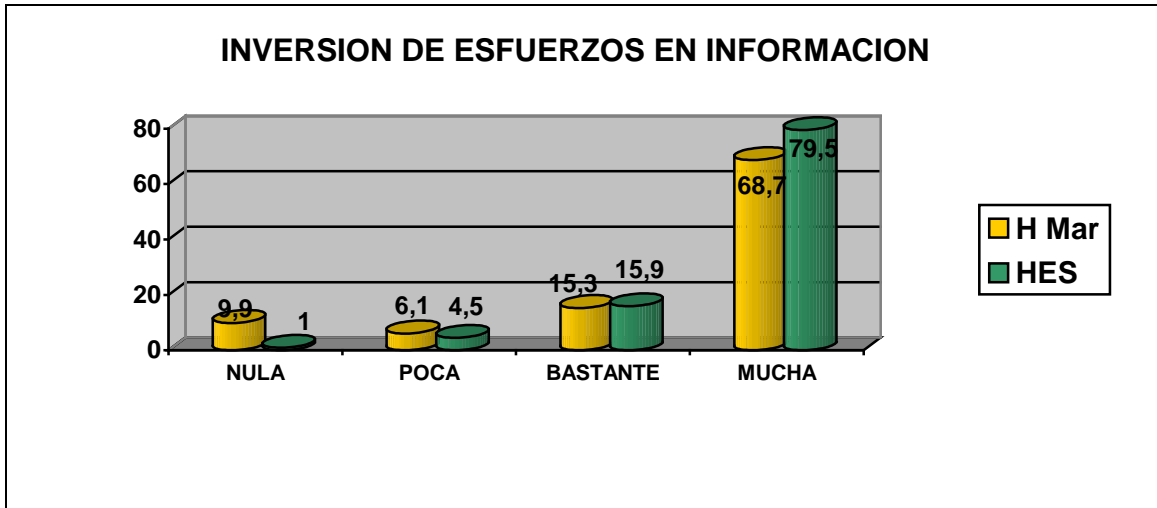
Se observa que en general el personal sanitario considera que existe poca inversión en la formación a los profesionales.



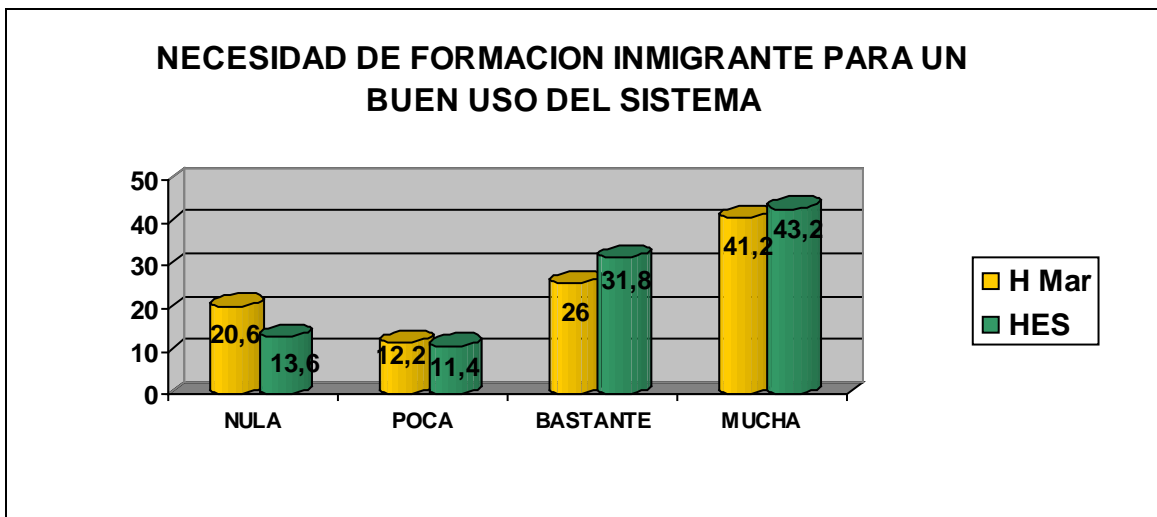
Se observa al igual que en la grafica anterior que los profesionales consideran que existe muy poca inversion en lo referente al acceso a tramites.



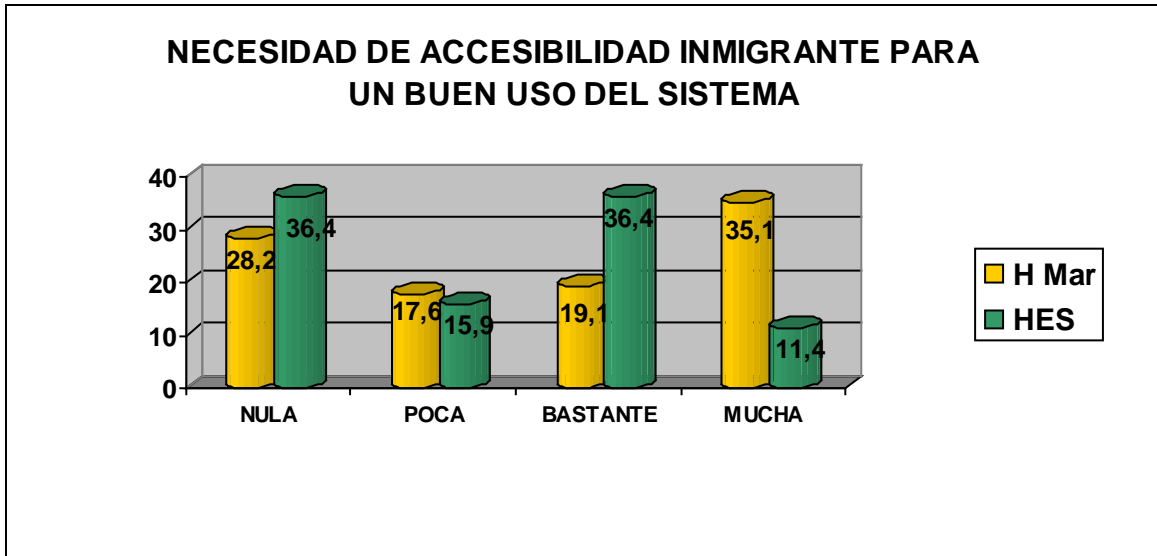
Si consideran los profesionales que nuestro sistema sanitario esta preparado para dicho cambio (siempre que no exista un aumento descontrolado del mismo)



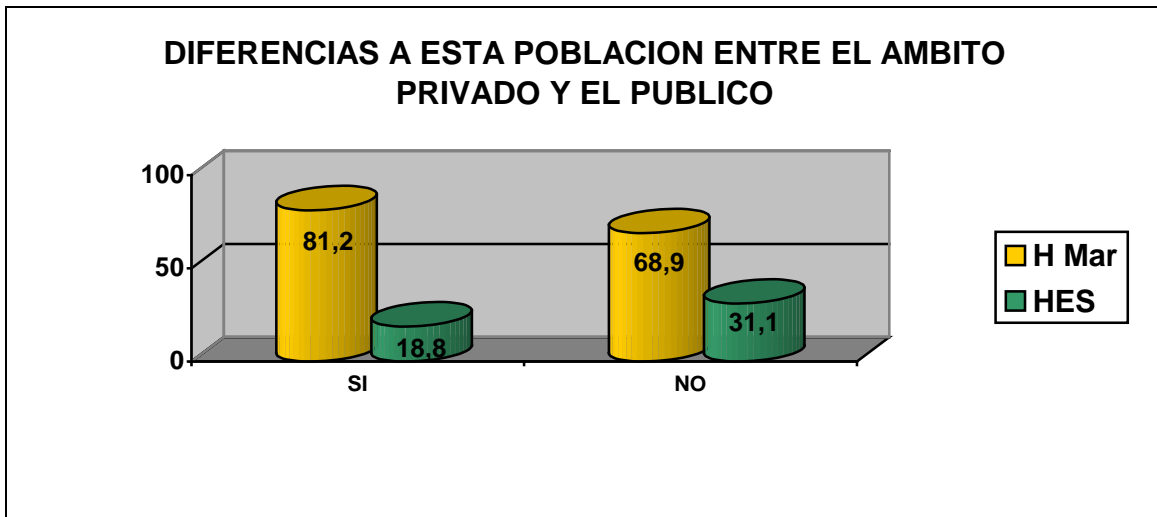
Existe una consideración absoluta de la gran necesidad de inversion en canales de información dinamicos, fluidos y de facil comprensión.



Es observa una respuesta contundente ante la necesidad de una buena formación al inmigrante para que pueda llevar a cabo un buen uso del sistema sanitario.

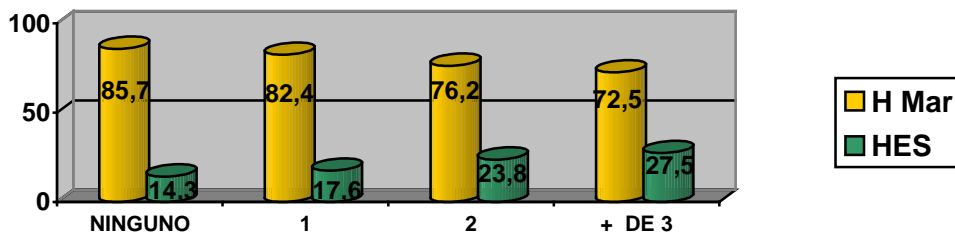


Se observa que no hay ninguna necesidad de mejora en los sistemas de accesibilidad existentes ya que son lo suficientemente practicos para toda la población en general.



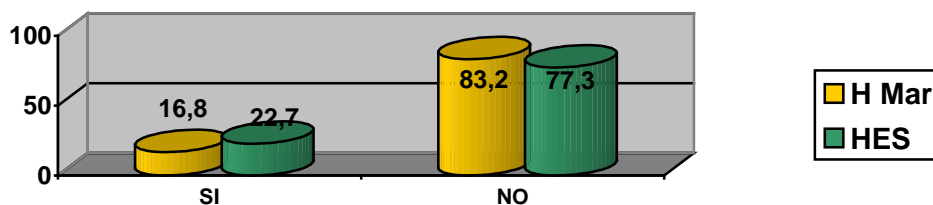
Si se observa que entre el personal sanitario existe una marcada diferenciación de esta población en dichos ambitos.

TIENE PROBLEMAS EL INMIGRANTE DENTRO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

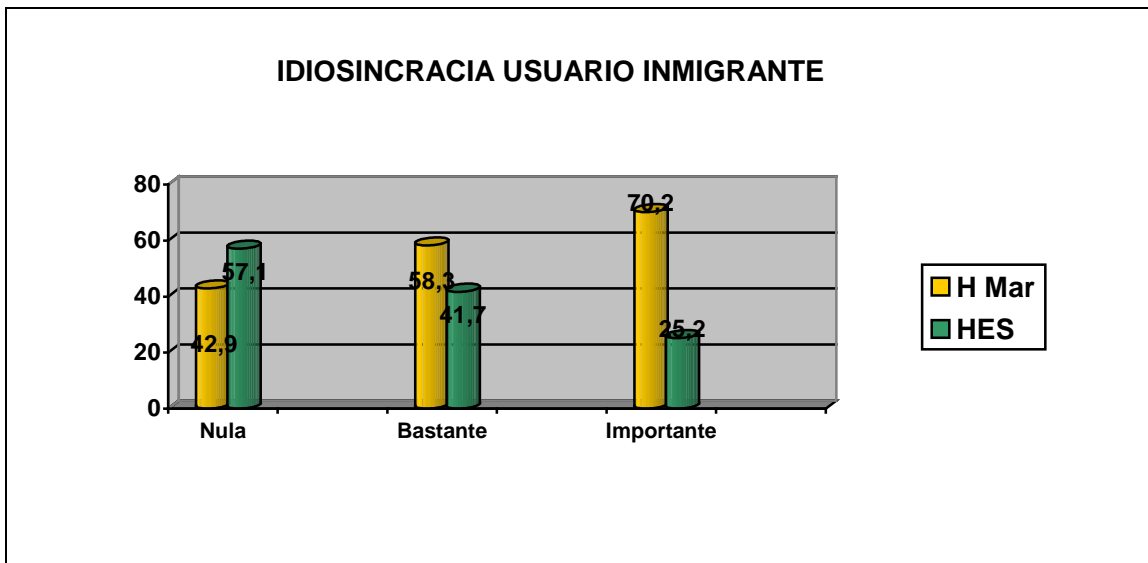


Es evidente que el personal sanitario considera a grandes rasgos que dicha población no tiene ningun problema de asistencia.

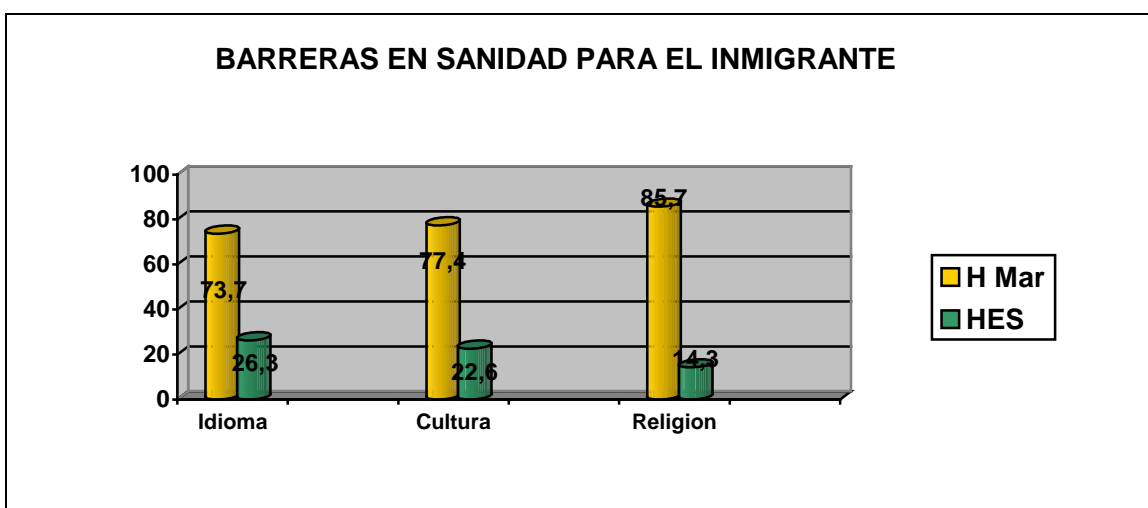
LA POLITICA ESPAÑOLA CONSCIENTE DE LAS NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES EN TRANSCULTURALIDAD



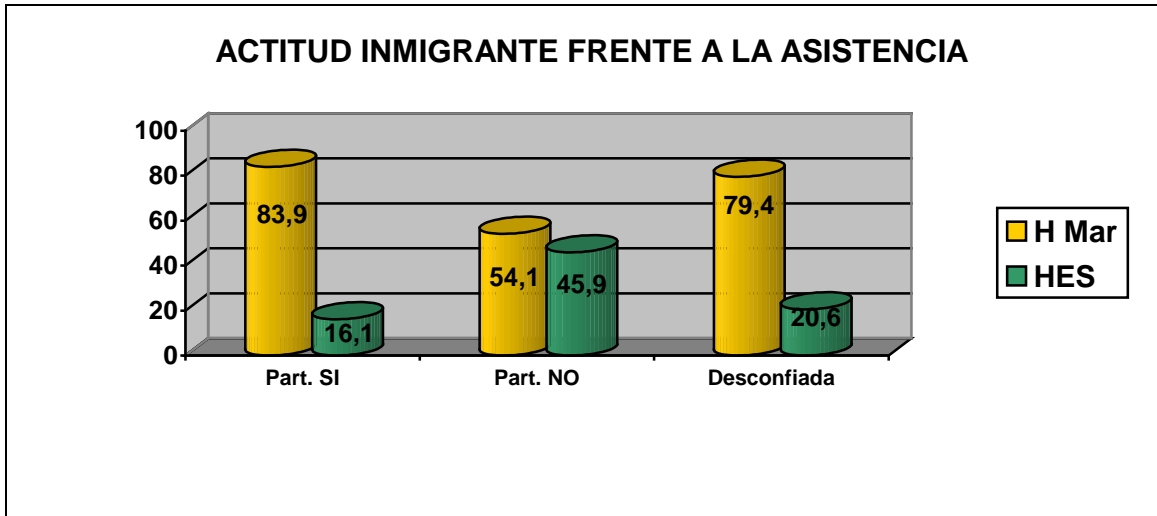
Evidentemente y de forma categorica NO



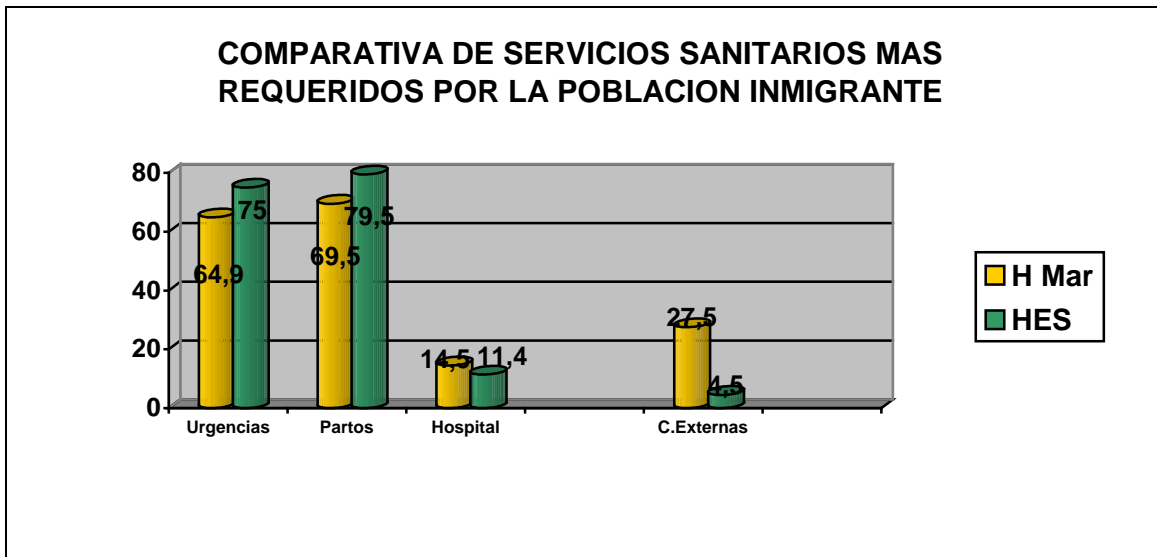
Por lo general conservan en gran medida su propia idiosincrasia.



Las dos grandes barreras observadas para el inmigrante dentro del sistema sanitario son: IDIOMA y CULTURA.

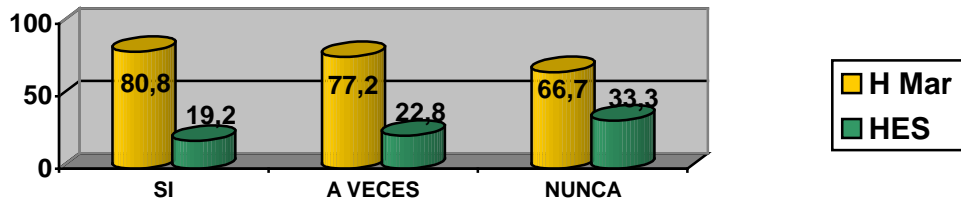


En general se observa una actitud poco participativa y un tanto desconfiada.



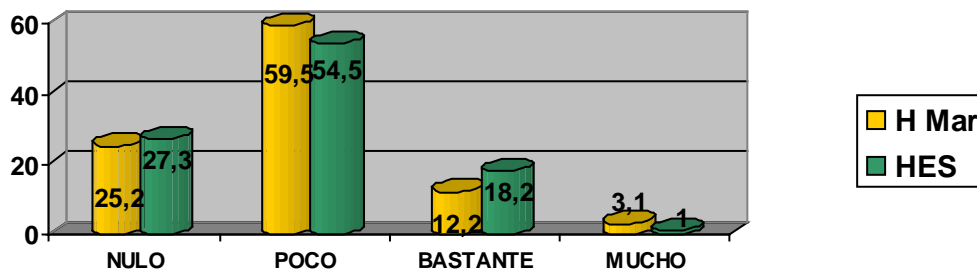
Como en otras graficas ya hemos observado los servicios más requeridos por la población inmigrante son URGENCIAS y PARTOS:

DIFICULTAD ENTRE EL PERSONAL SANITARIO DEBIDO A LAS DIFERENTES OPINIONES EN RELACION AL INMIGRANTE

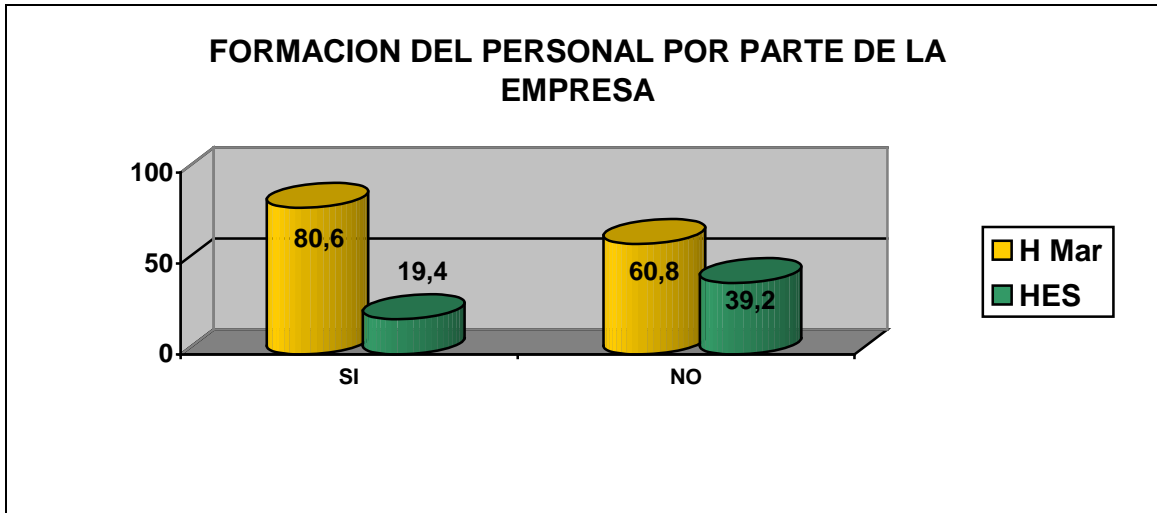


Si se evidencia ciertas discrepancias de opinión entre el propio personal sanitario.

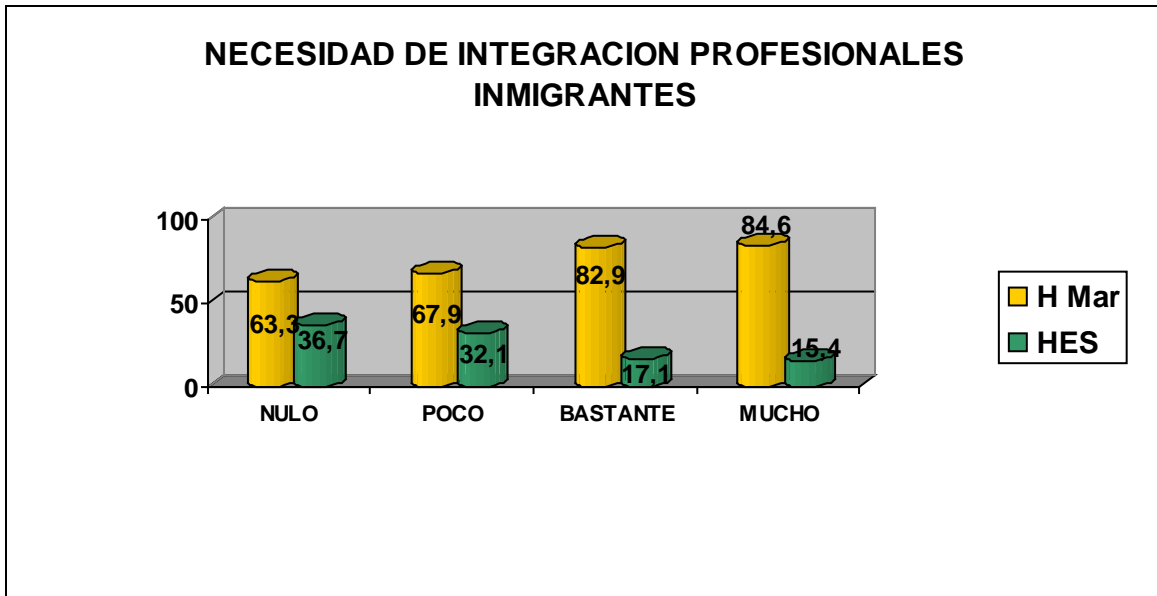
TOMAN MEDIDAS AL RESPECTO LAS DIRECCIONES HOSPITALARIAS



Se evidencia poca preocupación por parte de las autoridades sanitarias en relación al tema.

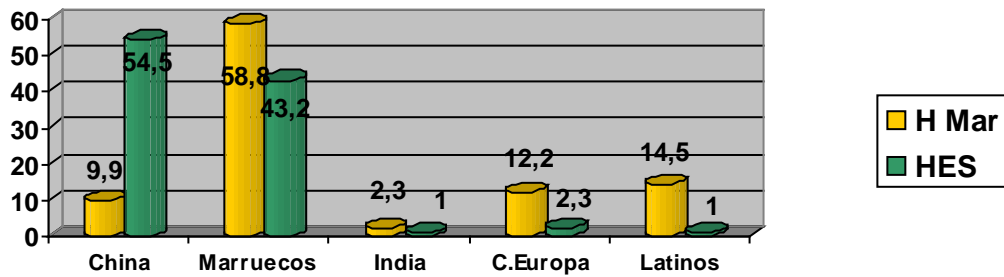


Se observa que en general el personal considera que existe poca oferta de formación por parte de la empresa en relación al tema.



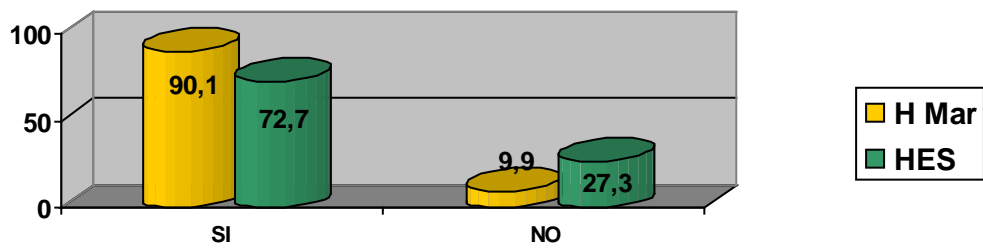
Es evidente que seria de gran ayuda que profesionales sanitarios de otros paises colaborasen con nosotros.

POBLACION INMIGRANTE PREDOMINANTE

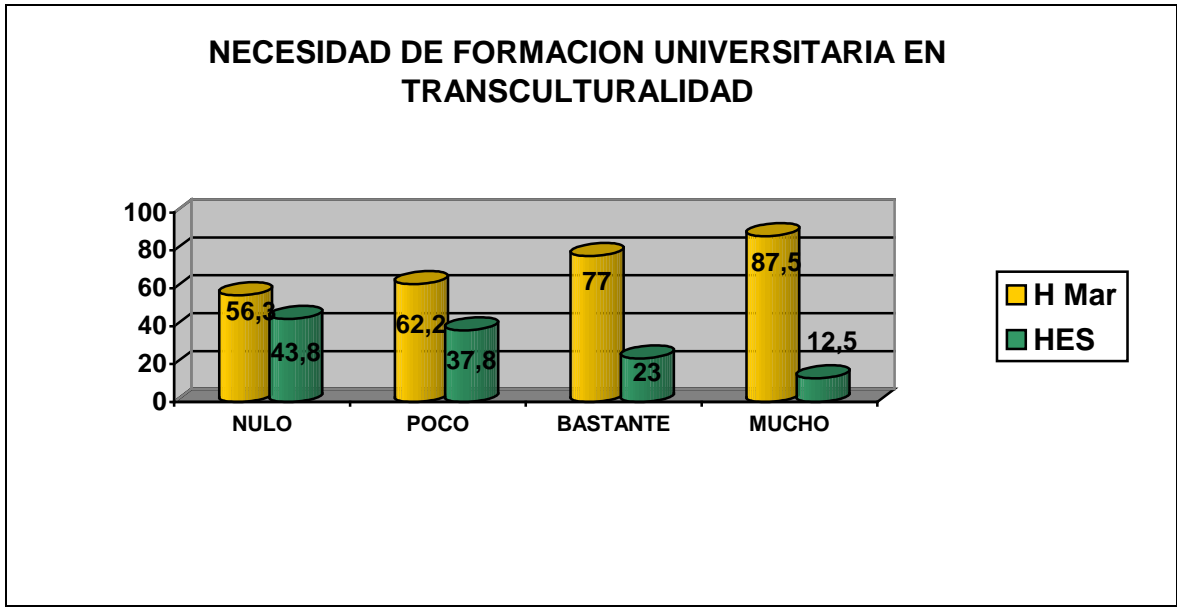


Hasta el momento de este estudio la población que se observa en más predominio es la Marroquí seguida de la china.

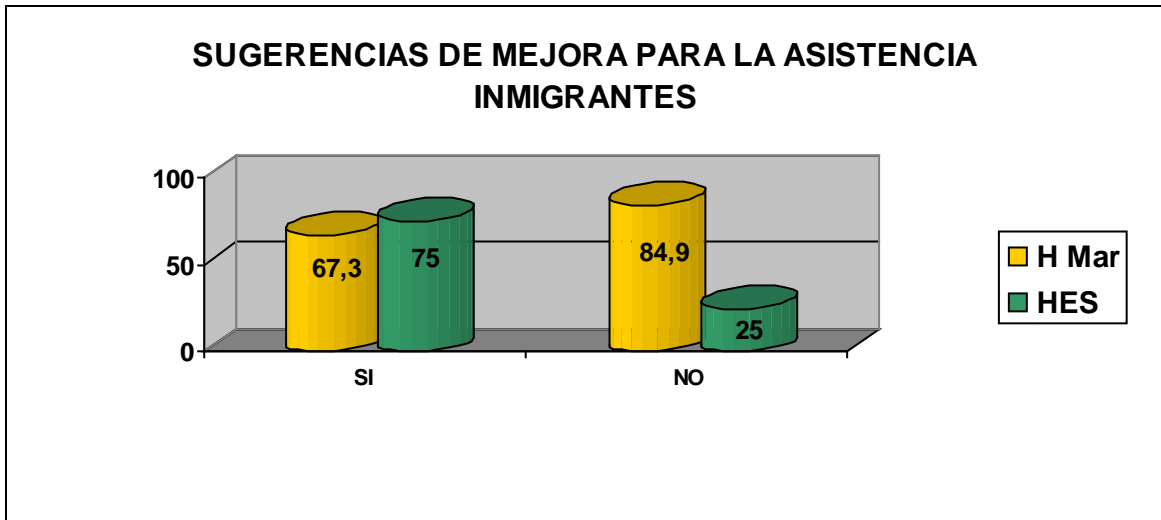
INCREMENTO DE LA INMIGRACIÓN EN EL FUTURO



Si en general el personal sanitario considera que estamos en el inicio de un gran cambio.



Es muy importante la formación del personal universitario en transculturalidad para poder enfrentar con éxito el cambio.



En general el personal ha dado bastantes opiniones e ideas que reflejamos en las conclusiones.

7 – CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

Después de analizar los datos obtenidos queremos destacar:

- 1 – El inmigrante no se siente integrado dentro de nuestro sistema sanitario.
- 2 – Es necesaria la inversión de más recursos en la formación de los profesionales y en la información al inmigrante.
- 3 – Existe una falta importante de concienciación por parte de las autoridades, de la preparación del personal sanitario desde su base (ESCUELAS) para poder hacer frente a este fenómeno.
- 4 – El personal sanitario en general está muy convencido de: **PARA CUIDAR HAY QUE CONOCER**

8 – PROPUESTAS

- 1 – Una formación transcultural antropológica del personal sanitario para poder mejorar la calidad asistencial.
- 2 – La integración de profesionales de otros países nos facilitaría el conocimiento y la comprensión de otras culturas en el ámbito de la atención.
- 3 – La integración de personas (mediadoras) de los países de origen.

9 – NUEVA LINEA DE INVESTIGACIÓN

Nuevo estudio en otras zonas para determinar si estos resultados son extrapolables.

10- BIBLIOGRAFÍA

1) Cealia Reohrbach- Viadcs:Revista de enfermería y humanidades. 1982 nº 3. “ Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros” (Pág.. 41-51).

2) Ann Marriner: Modelos y teoría de enfermería 1998 Ediciones rol, (Pág.. 125-139).

3) M.Carrithens,¿ Por que los humanos tenemos cultura ? (1995) Editorial Alianza “(Pág..220-240)

4) Cliffard Geertz: La interpretación de las culturas 1995

- Sección: humanidades. Editorial. Gedisa (Pág..19-40). (Pág..43-59). (Pág. 60-83). (Pág. 214-218).

5) J.Joseph Pujadas : “ Etnicidad. Identidad cultura de los pueblos” (1993)Editorial Eudema (Pág. 29-34).

6) Marie- Françoise Colliere: “PROMOVER LA VIDA” (1993)

Traducción Loreta Rodríguez Méndez

Editorial McGRAW-HILL / INTERAMERICANA

7) Ann Marriner Tomey // Martha Raile Alligood : MODELOS Y TEORÍA DE ENFERMERÍA” (1999)

Editorial Harcout Brace

8) Suzanne Kerovac: EL PENSAMIENTO ENFERMERO (1996) Editorial Masson (Pag 45 – 56)

9) Teixidor M. Revista: Metas de Enfermería (Julio-Agosto 2006) : “La Europa de la salud”.(Pag 61 – 67)

ANEXOS

POBLACIÓN: Personal sanitario Hospital del Mar i Hospital Espíritu Santo.

Hospital del Mar:

Enfermeras = 400

Auxiliares = 238

Comadronas = 17

Médicos = 245

Hospital Espíritu Santo:

Enfermeras = 116

Auxiliares = 71

Comadronas = 6

Médicos = 120

CATEGORIAS: Enfermeras, Auxiliares, Comadronas y Médicos.

MUESTREO : El sistema de muestreo sera probabilistico aleatorio simple,estratificado y por conglomerados. Se revisaran un total de 207 cuestionarios distribuidos de la siguiente forma:

Hospital del Mar: 58 enfermeras 35 auxiliares, 36 medicos y 2 comadronas

Hospital Espíritu Santo: 18 enfermeras, 11 auxiliares,19 medicos y 1 comadrona.

CUESTIONARIO :

“ Dificultades de la atención hospitalaria a los usuarios emigrantes”

Identificación:

1 - Edad_____

2 - Sexo

2.1 Mujer

2.2 Hombre

3 - Profesión

3.1 Enfermera

3.2 Médico

3.3 Auxiliar

3.4 Comadrona

4 - Años de ejercicio en el centro

4.1 Menos de un año

4.2 de 1 a 5 años

4.3 de 5 a 10 años

4.4 más de 10 años

5 - Años de ejercicio profesional

5.1 Menos de un año

5.2 de 1 a 5 años

5.3 de 5 a 10 años

5.4 más de 10 años

6 - Cursos de formación continuada asistencial

6.1 Ninguno

6.2 de 1 a 3 (sí es el caso enumerar título del curso)

6.3 más de tres (sí es el caso enumerar título del curso)

7 - Lugar de trabajo

7.1 Hospitalización

7. 2 Urgencias

7. 3 S. Partos

7. 4 C. Externas

1- ¿ El inmigrante cree que es uno más de la población en la atención sanitaria?

1.1 si

1.2 no

2 - ¿Crees que las leyes sobre la inmigración en el ámbito sanitario son lo suficientemente específicas?

1.1 si

2.2 no

3 - ¿Crees que nuestro sistema sanitario está preparado para tratar con calidad a esta población?

3.1 si

3.2 no

4 - En que crees que debería invertir esfuerzos para conseguir una asistencia de calidad a este tipo de población?

4.1 Formación Profesionales 0 1 2 3

4.2 Acc.Tramites 0 1 2 3

4.3 Información a los inmigrantes 0 1 2 3

(Escala del 0 al 3 por importancia)

5 - ¿ Que crees que necesita el inmigrante para hacer buen uso de nuestro sistema sanitario?

5.1 Formación 0 1 2 3

5.2 Información 0 1 2 3

5.3 Accesibilidad 0 1 2 3

(Escala del 0 al 3 por importancia)

6 - Enumera cuales son los 3 problemas que crees más importantes contra los que se enfrenta en este momento el inmigrante dentro de nuestro sistema sanitario

6.1-

6.2

—

6.3

—

7 - ¿Crees que existen diferencias en la asistencia a esta población entre el ambito de la sanidad publica y la privada?

7.1 **si**

7.2 **no**

En caso afirmativo enumera cuales.

8 - ¿Crees que la politica española es consciente de las necesidades de los profesionales en el ámbito de la transculturalidad?

8.1 **si**

8.2 **no**

9 - ¿ Crees que es importante conocer la idiosincrasia del usuario inmigrante para poder dar una respuesta adecuada?

0 1 2 3 4 5

(valoración del 0 al 5 por importancia)

10 - ¿ Qué problemática cree usted que es, la barrera más importante para la atención sanitaria al inmigrante?

10.1 **Idioma**

10.2 **Cultura**

10.3 **Creencias religiosas**

11 - ¿ Cómo clasificaría la actitud del paciente con respecto a la asistencia?

11.1 **Participativa**

11.2 **No participativa**

11.3 **Desconfiada**

12 - ¿ Cree que las actitudes del paciente inmigrante favorecen o no la buena relación entre el personal y el mismo?

12.1 **Sí**

12.2 **a veces**

12.3 **nunca**

13 - A su criterio, cuales son los servicios sanitarios en la actualidad más requeridos por la población inmigrante.

13.1 Urgencias: 0 1 2 3

13.2 S. Partos 0 1 2 3

13.3 Hospitalización 0 1 2 3

13.4 Consultas Externas 0 1 2 3

(dar puntuación del 0 al 3)

14 - Observa dificultades entre el personal sanitario de una unidad a causa de las diferentes opiniones con relación a la atención de los usuarios inmigrantes.

- 14.1 Sí
- 14.2 a veces
- 14.3 nunca

15 - ¿ Cree que seria conveniente una preparación previa y responsable por parte de la empresa al personal de los servicios?

- 15.1 si
- 15.2 no

16 - ¿ Cree que las diferentes direcciones hospitalarias están tomando medidas al respecto?

- 16.1 Nada
- 16.2 Poco
- 16.3 Bastante
- 16.4 Mucho

17 - ¿Crees que es importante la integración de profesionales inmigrantes en nuestro sistema sanitario para mejorar nuestras dificultades actuales?

- 17.1 Nada
- 17.2 Poco
- 17.3 Bastante
- 17.4 Mucho

18 - En su centro hospitalario. ¿Cuál es la población inmigrante que predomina en demanda de asistencia?

- 18.1 China
- 18.2 Marruecos
- 18.3 India
- 18.4 Centro Europeos
- 18.5 Latino americanos

19 - ¿ Cree usted, que la inmigración incrementará en el futuro y por ello deben buscarse alternativas para mejorar la atención sanitaria de dicho colectivo?

19.1 **si**

19.2 **no**

20 - ¿ Cree que es necesario e importante incluir dentro de la formación universitaria de los diferentes profesionales en sanidad, conocimientos en transculturalidad?

20.1 **Nada**

20.2 **Poco**

20.3 **Bastante**

21.4 **Mucho**

21 - Que sugerencias darías para mejorar la actuación asistencial de los profesionales sanitarios con relación al usuario inmigrante.