



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Lillo Crespo, M. Enfermería Transcultural Aplicada al Proyecto Plan de Choque Intereuropeo-Holandés en Alicante. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0119.php>

ENFERMERIA TRANSCULTURAL APLICADA AL PROYECTO PLAN DE CHOQUE INTEREUROPEO-HOLANDES EN ALICANTE.

Estudio sobre la satisfacción del paciente holandés y la competencia cultural del profesional de Enfermería de la Clínica Vistahermosa de Alicante.

ÍNDICE ORIENTATIVO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:

1.- PRÓLOGO

2.- INTRODUCCIÓN:

2.1.- Justificación del tema

2.2.- Cuestiones de investigación e hipótesis conceptual

2.3.- Objetivos:

2.2.1.- Objetivos Generales

2.2.2.- Objetivos Específicos

2.4.- Estado de la cuestión

3.- MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1.- Bases de datos consultadas y Catálogos bibliográficos

3.2.- Contextualización y ubicación de la investigación

3.2.1.- Naturaleza de la unidad de análisis

3.2.2.- Posición del investigador

3.3.- Población Diana y muestra:

3.3.1.- Tipos de población Diana

3.3.2.- Tipos de muestra

3.3.3.- Criterios de inclusión y exclusión para la muestra real

3.3.4.- Estadística de población

3.3.5.- Cronograma de trabajo

3.4.- Ética de la investigación:

3.5.1.- Consentimiento por parte del Centro Sanitario

3.5.2.- Consentimiento informado del paciente

3.5.3.- Principios filosóficos del proyecto de investigación

3.6.- Encuadre metodológico:

3.6.1.- Tipo de metodología para la investigación

3.6.2.- Método específico empleado

3.6.3.- Paradigma del trabajo de investigación

3.6.4.- Teorías y marcos teóricos empleados

3.6.5.- Instrumentos y técnicas para la investigación

4.- DESARROLLO DEL TEMA:

4.1.- Resultados obtenidos

4.2.- Discusión del tema

4.3.- Conclusiones

5.- BIBLIOGRAFÍA

6.- ANEXOS (I, II, III)

1.- PRÓLOGO

Intentar establecer el balance – siempre provisional – de las conquistas de una disciplina – en este caso Enfermería – y el inventario – en constante revisión – de las cuestiones que el fenómeno de los cuidados deja en suspenso, no necesita una justificación especial. Aunque en cualquier momento de la evolución de la profesión enfermera este proyecto hubiese sido legítimo; es ahora, ante un escenario de intensos cambios y mezclas culturales cuando cobra un interés especial.

Al concebir la idea de este trabajo se ha tenido en cuenta el sentimiento difuso de una necesidad, no únicamente desde el punto de vista del profesional de Enfermería, sino también desde la perspectiva del receptor de los cuidados. El profesional de los cuidados no se contenta ya con hacer Enfermería, sino que se interroga acerca de las condiciones bajo las que se elaboran sus investigaciones, sobre la pertinencia de sus métodos y los fundamentos de sus problemáticas. Quizás este sea el resultado de haber tomado una cierta distancia con respecto a las concepciones totalizadoras del saber enfermero.

Para prevenir la tentación que acompaña con frecuencia a la elaboración de una memoria de lo conseguido, es necesario recordar –con la finalidad de no caer en la

vanidad de centrar la atención únicamente en resultados y conclusiones- que la Enfermería es una ciencia del hombre, y por lo tanto a disposición y en beneficio del hombre.

La Enfermería, por tanto y como aquí se demuestra, hace un buen papel en lo tocante a metodología, elaboración conceptual, formulación de hipótesis, argumentación, incluso en la construcción de modelos y producción de teorías al menos locales; en resumen, en lo tocante al control de la científicidad.

Es conveniente detenerse en el título y subtítulo de la obra que asocia los términos clave de su esencia: transculturalidad, satisfacción y competencia cultural. Estos conceptos hacen referencia a una sociedad global donde toma parte importante la creciente diversidad de individuos que circulan por los centros sanitarios.

Lo cierto es que los profesionales de la salud necesitan expandir su visión del mundo y explorar esa diversidad cultural desde una perspectiva global con la finalidad de satisfacer las necesidades no sólo físicas y psíquicas sino también socioculturales de los consumidores de los cuidados.

Es obvio que Enfermería al demostrar un interés activo en cuanto al aprendizaje de nuevos conceptos culturales también aumenta su respeto y sensibilidad por la diversidad, minimiza su potencial a la hora de infringir determinadas normas culturales, mejora el proceso de cuidar y beneficia las relaciones laborales entre individuos de culturas similares o completamente diferentes.

Por lo tanto, este trabajo se engloba en un marco social que asume una futura sociedad sin fronteras donde los consumidores de los sistemas sanitarios se mueven dentro de una red multicultural con innumerables matices y normas, asumidos todos ellos tanto por el consumidor como por el propio profesional que dispensa los cuidados en salud.

Cualesquiera que sean las dificultades inherentes a un proyecto como éste que quiere ser a la vez humano, orientativo y crítico, se piensa ofrecer al lector una suma enfermera de calidad seguramente perfectible, pero con una concepción totalmente nueva, de tal manera que al caminar por estas páginas pueda estar seguro de encontrar al hombre: al profesional de los cuidados y al que los recibe.

Manuel Lillo Crespo

2.- INTRODUCCIÓN

2.1.- Justificación del tema

Las listas de espera referentes a cuidados en salud no urgentes, en procesos quirúrgicos ambulatorios, así como en terapias o pruebas diagnósticas de diversa índole representan una de las problemáticas en los sistemas sanitarios públicos de países europeos tales como el sistema sanitario español, alemán, holandés o británico (MARTI, 2002). Es en algunos de estos países donde se han pretendido reducir las listas de espera empleando los servicios de las instituciones privadas, sin embargo el volumen que estos centros privados pueden soportar no es suficiente para cubrir las expectativas de los centros públicos. Otra de las estrategias políticas que han llevado a cabo algunas de estas naciones es la de trasladar a grupos de pacientes a otros centros –instituciones privadas concretamente- de países vecinos que también forman parte de la Unión Europea. Algunos países como España intentan solventar actualmente la situación problemática del fenómeno “lista de espera” desde dentro de sus fronteras, mientras que otros como Gran Bretaña, Alemania u Holanda contemplan en sus políticas sanitarias la opción de un Sistema de Salud fuera de sus fronteras y centrado en la reutilización de los recursos sanitarios dentro de su propio continente. Casos significativos dentro de esta problemática son como se viene diciendo los de:

- Gran Bretaña donde ya se han comenzado a realizar planes de choque sanitarios intereuropeos, favoreciendo la comparación entre sistemas sanitarios y donde se han

replantado la información al paciente y la mejora de la asistencia (BERMAN & HIGGINS, 2002). A su vez, las políticas sanitarias contemplan el que se compartan determinadas unidades específicas –como los servicios de radiodiagnóstico y medicina nuclear- para rentabilizar el sistema (KUNKLER, 2001).

- Alemania donde algunas compañías ofertan la posibilidad de realizar intervenciones a sus asegurados fuera de sus fronteras (PAYNE, 2001).

- Holanda donde la sanidad privada no puede hacerse cargo de determinadas intervenciones y comienza su andanza dentro del fenómeno de los planes de choque sanitarios dentro de la Unión Europea (UE) en cooperación con países como Bélgica o actualmente, España.

Los órganos que conforman la Unión Europea –La Comisión Europea, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea- se encuentran frente a una de las cuestiones de actualidad en materia de salud (HERMANS, 2000) y que se centra en la mejora de la calidad de los servicios a partir de la disminución y erradicación de dichas listas. Las reformas en las recién creadas leyes de la UE y a partir de las Leyes de Maastrich abogan por un consentimiento explícito en lo referente a planes de choque internacionales dentro de las Eurregiones –tal y como se denomina en la Comisión Europea y en el Tribunal de Justicia de la UE a los estados o naciones que conforman la UE-. Ante unas reglas que hasta el momento sólo han matizado el panorama político y económico del problema de las listas de espera, se hace necesaria una clara gestión desde todos los ámbitos de la salud y por supuesto de los cuidados que se le ofertan a los pacientes desplazados a otros centros en otros países y con culturas totalmente distintas.

Para ello se debe contar con la opinión de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de cuidar, así como de aquellos pacientes sometidos a las nuevas redes de asistencia, no únicamente desde el punto de vista diagnóstico y del tratamiento o intervención quirúrgica, sino también desde la perspectiva de la salud como algo psicosocial, procurando en todo momento la satisfacción del paciente y también del profesional autóctono.

Como se ha mostrado hasta el momento cada vez son más los europeos que reciben tratamientos médicos y atención sanitaria fuera de sus propios países de procedencia. Este fenómeno afecta a campos

como el de las migraciones entre países –movimientos fuera de las fronteras-, la atención médica complementaria y los tratamientos preautorizados.

Centrando algo más el tema que a este trabajo compete, desde el año 1998 cada vez son más las clínicas privadas holandesas que han aparecido con la finalidad de hacer frente al grave problema de las listas de espera de la sanidad pública. Las leyes y la Justicia Europea han permitido esta situación siempre y cuando repercuta en el bienestar social y no se perjudique al paciente, es decir, que los centros sean de calidad para el mismo (BROUWER & HERMANS, 1999).

Actualmente en España nos encontramos ante el primer caso de Plan de Choque sanitario de un país de la UE como es el caso de Holanda. Desde hace dos años la Clínica Vistahermosa de Alicante, propiedad de la compañía ASISA, viene realizando un programa en el que se intervienen a este tipo de pacientes procedentes de Holanda de cirugía traumatológica. Se trata de una experiencia pionera dentro del ámbito sanitario español. Hasta el momento parece que esta nueva modalidad de atención internacional y dentro de la UE sólo se ha caracterizado por su efectividad a la hora de reducir el problema de las listas de espera de los países que la conforman, sin embargo este objetivo parece haber eclipsado otros como el de la satisfacción del paciente ante el nuevo sistema sanitario o la competencia del profesional ante pacientes de otras culturas. Actualmente son 148 los pacientes holandeses pertenecientes al plan de choque que durante dos años han pasado por las instalaciones de la Clínica Vistahermosa y se han observado situaciones comprometidas derivadas del choque cultural que se ha dado en cuanto a las necesidades básicas y ámbitos de la vida cotidiana (LILLO, 2003c). Los profesionales sanitarios de los cuidados se ven obligados a tratar con estos pacientes sin conocer las características de su cultura de procedencia, así como el mismo paciente quien debe adaptarse a hábitos, costumbres y situaciones completamente desconocidas para él.

Los últimos análisis de las tendencias migratorias en diversos países de la Comunidad Europea (OCDE, 1998) y en España (PAJARES, 1998; Instituto de Estudios Transnacionales, 1997) alertan sobre la necesidad de desarrollar políticas adecuadas para hacer frente a las nuevas

situaciones, de forma integral, de colectivos de inmigrantes que van a necesitar un importante apoyo educativo y sociosanitario en el que la enfermería transcultural debe desempeñar un papel de primer orden. Uno de los problemas que acechan de forma especialmente preocupante en este contexto inmigratorio es el conflicto intercultural de forma que se deben activar las conciencias para no acabar practicando una enfermería parcelada por grupos culturales (BARBADILLO, 1997; CALVO, 1997; ESPADA, 1997; VV.AA., 1997). Sin duda alguna la sociedad española y también la europea debe prepararse para una convivencia plural. Pero la convivencia multicultural implica cuidados especiales (KRISTEVA, 1991).

España, país que se presenta a la recién estrenada Unión Europea como una nación de servicios y donde el turismo parece ser una de sus principales fuentes de ingresos se enfrenta actualmente a un nuevo fenómeno sociocultural: “los planes de choque intereuropeos”. Los sistemas sanitarios españoles llevan años haciendo frente a una realidad que ha ido en alza como es la presencia de extranjeros en el sistema sanitario español, de hecho mas de la mitad de municipios con un 25% de extranjeros esta en la provincia de Alicante. Sin embargo los servicios de salud todavía continúan trabajando de la misma forma y no existen protocolos, publicaciones ni siquiera se han hecho nuevos planteamientos acerca de dicha diversidad cultural en la comunidad científica. Los estudios pasan por ser principalmente poblacionales y demográficos y en su defecto tocan el tema de la Inmigración desde la perspectiva del Trabajo Social. Un estudio del INE desvela que los principales destinos que la población extranjera elige para su residencia son, en líneas generales, poblaciones turísticas localizadas en el Mediterráneo o Canarias –con británicos y alemanes en su mayoría- poblaciones que necesitan mano de obra agrícola, ubicadas fundamentalmente en Almería y Murcia – marroquíes, predominantemente- y pequeñas poblaciones del interior, donde la minoría extranjera esta en función de la primera comunidad que se asienta allí. En los últimos

años, en toda la costa mediterránea española, ha habido un aumento muy importante de la población del centro y del norte de Europa tanto como residentes durante todo el año como de no residentes, es decir, turistas o que ocupan un período vacacional (y que también son susceptibles de ingreso hospitalario). En concreto en la provincia de Alicante encontramos grupos numerosos de escandinavos en la comarca de la Marina Alta (sobre todo en Alfaz del Pi) e ingleses en Torrevieja. El grupo que nos ocupa comprende a holandeses en su mayoría. Estos grupos de población suelen estar jubilados y la edad media está por encima de los 60 años. Todo esto tiene como consecuencia que el número de hospitalizaciones de estas personas vaya en aumento. Para este grupo, la costa levantina se encuentra entre sus preferencias a la hora de disfrutar de sus vacaciones, por lo que también el número de hospitalizaciones de no residentes es considerable (LILLO, 2003c).

Como se demuestra el sistema sanitario alicantino se encuentra mas que acostumbrado a trabajar con usuarios procedentes de culturas totalmente diferentes y sin embargo todavía no se ha puesto manos a la obra en cuanto al estudio de la satisfacción de este tipo de pacientes, su calidad, sensibilidad cultural de los profesionales que les atienden, competencia cultural, así como el universo de los valores y creencias.

2.2.- Cuestiones de investigación e hipótesis conceptual

Las cuestiones de investigación que meticulosamente se detallan a continuación surgen de una idea nacida de la propia experiencia profesional del investigador principal –como profesional de enfermería-, fruto de las observaciones cotidianas dentro del contexto de la investigación –concretamente en la Clínica Vistahermosa de Alicante- y con la población escogida –es decir, holandeses pertenecientes al plan de choque holandés-. Aunque también sería lícito partir de una hipótesis conceptual sintética donde se planteara la problemática a estudio –como ya se hizo en la Justificación del tema- y que podría ser: “existe un choque cultural entre los pacientes holandeses pertenecientes al Plan de Choque sanitario intereuropeo y los profesionales de enfermería de la Clínica Vistahermosa donde se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas con las que se pretende disminuir la lista de espera holandesa, hecho que está relacionado con la falta de conocimientos por parte del profesional acerca de otras culturas –sensibilidad cultural-, el caso omiso que se da a la satisfacción de las necesidades del paciente extranjero y la falta de competencia cultural y adaptación de los profesionales de los cuidados a estos nuevos pacientes” puesto que representa una idea basada en un conjunto de conocimientos plausibles acerca del problema observado; para describir el camino a seguir del proyecto de investigación se plantearon cuestiones

de investigación que permitieran plantear el trabajo de forma más analítica y a su vez, clarificadora. La redacción de la pregunta se desglosó en 3 partes más específicas de forma que permitieran ser contestadas en un proyecto de investigación concreto. Las cuestiones de investigación de las que partimos son:

- ¿Cuál es el perfil o características culturales del paciente perteneciente al Plan de Choque sanitario holandés en lo que se refiere a sus necesidades básicas?
- ¿Se siente satisfecho este paciente con los cuidados que le aporta el profesional de enfermería de acuerdo con estas características culturales que le son propias?
- ¿Cómo se sienten los profesionales de los cuidados con respecto a este nuevo tipo de pacientes y concretamente con respecto a esas necesidades?

Haciendo uso de su propiedad analítica y como nos muestran las cuestiones, pretendemos descubrir clases o perfiles de personas, cosas o eventos y definir las propiedades que caracterizan a cada uno de ellos. Se generan así categorías y se analiza cómo se relacionan (FERNÁNDEZ DE SANMAMED, 1995) en cuanto a la satisfacción y las características de la competencia cultural. Tras la formulación de las preguntas de investigación, se toman decisiones previas sobre la estrategia a seguir en el estudio (FERNÁNDEZ DE SANMAMED, 2000).

Podemos afirmar que se trata de unas cuestiones de investigación realizables, es decir que pueden ser contestadas con el desarrollo de un plan de trabajo real, interesantes para los profesionales de la salud, la comunidad científica, los políticos y la sociedad en general; novedosas puesto que inducen a nuevos descubrimientos y aportan resultados y conclusiones útiles; éticas ya que se pueden contestar observando los principios morales y éticos aprobados por la comunidad internacional; relevantes para los conocimientos profesionales y científicos, así como para la orientación de futuras líneas de investigación;

a su vez en las preguntas se plasman las verdades teóricas en las que se argumentan y la secuencia racional de su planteamiento (MORSE, 1995).

2.3.- Objetivos

2.3.1.- Objetivos generales

- Analizar el choque cultural que se produce entre los hábitos y costumbres – es decir, las repercusiones socioculturales- de los extranjeros holandeses no residentes en Alicante incluidos en el proyecto sanitario “Plan de choque europeo” –centrándonos tanto en el paciente como en el acompañante / familia- y los hábitos y costumbres propios del sistema sanitario al que acuden – en este caso la Clínica Vistahermosa de Alicante-.
- Analizar la práctica clínica de los cuidados desde la perspectiva interpretativa de los extranjeros centroeuropeos para identificar posibles problemas o situaciones susceptibles de mejora que a su vez nos ayuden a conocer y comprender el perfil sociocultural de este tipo de paciente.
- Analizar los niveles de satisfacción que esta población tiene en relación a determinados patrones de salud.
- Conocer la percepción que los profesionales de los cuidados tienen con respecto a estos pacientes y a su propia actitud o competencia con las costumbres y hábitos de estos.

2.3.2.- Objetivos específicos

- Establecer prioridades en cuanto a los criterios que deben mejorarse en la atención de Enfermería hacia pacientes de otras culturas.
- Analizar los posibles problemas que nos aparezcan durante la evolución del trabajo.
- Aportar ideas a la hora de implantar medidas nuevas para la satisfacción del cliente extranjero.
- Analizar los posibles cambios que haya podido experimentar la población diana dentro de sus costumbres y hábitos diarios durante su estancia en Alicante, desde una perspectiva cultural.
- Identificar los procesos o vías que se desprenden de este fenómeno de “interculturalidad”.
- Conocer cuáles son los factores que intervienen en la asimilación de determinados tipos de comportamientos y tradiciones; como por ejemplo: creencias, alimentación, patrones de descanso, religión, ecología, economía, tecnología, condicionamientos biológicos, etc...
- Analizar la interrelación social entre la población diana y la población alicantina de origen –especialmente los trabajadores del ámbito sanitario-, en cuanto a patrones y hábitos, desde la perspectiva antropológica.

2.4.- Estado de la cuestión

Se procedió a la realización de este trabajo de investigación debido a la falta de proyectos realizados con este tipo de población –europeos pertenecientes al plan de choque intereuropeo, concretamente holandeses- y desde esta perspectiva metodológica –metodología cualitativa donde se funde la Enfermería y la Antropología-. Existen ensayos realizados desde la cultura norteamericana con otras poblaciones de inmigrantes –como los procedentes de: Méjico, Filipinas, Vietnam, China, India, Irán, Alemania, Turquía y Egipto, principalmente- (PURNELL, 1998) pero no desde la cultura española con el resto de Europa.

En los años 60 las enfermeras y otros teóricos del campo de la salud comenzaron a desarrollar, principalmente en EEUU, modelos conceptuales y teóricos con la finalidad de atender, planificar e implementar intervenciones culturalmente competentes. Desde aquel momento, unos cuantos trabajos y teorías acerca del tema de la multiculturalidad se comenzaron a emplear en el terreno de la practica profesional. Cada una de estas teorías tiene sus propias ventajas –como procurar experiencias favorables para el profesional, fomentar la discusión, formar mentes abiertas y el pensamiento critico abstracto- pero también sus inconvenientes principalmente la falta de operabilidad y de incorporación dentro del grupo de tareas diarias en la practica profesional.

Algunas de las teorías y modelos conceptuales mas populares dentro de los estudios transculturales son: el Modelo “Sunrise” de Leininger que fue diseñado para Enfermería (LEININGER, 1988) y el Murdock’s Outline of Cultural Material que se creo para la atención comunitaria (MURDOCK, 1971). El modelo de Tripp-Reimer, Brink y Saunder es mas especifico para enfermería (TRIPP-REIMER, 1984); el modelo de Giger y Davidhizar se emplea para algunas subespecialidades enfermeras (GIGER & DAVIHIZAR, 1991); el modelo de Fong emplea a su vez el modelo CONFER (estilo de comunicación, orientación, nutrición, relaciones familiares, creencias en salud, educación y religión) el cual da una lista de siete áreas para comenzar a trabajar con el paciente (FONG, 1985); y el modelo CampinhaBacote que puede emplearse en diferentes disciplinas y que incluye al conocimiento cultural, preocupación por la otra cultura, la habilidad cultural y el deseo de trabajar con otra cultura (CAMPINHABACOTE, 1991). Otros modelos culturales van dirigidos hacia el fenómeno de la interculturalidad y su aprendizaje, conocimientos y el hecho de enfrentarse con el estrés transcultural, el rol del profesional que afronta una situación de este tipo y en especial el modelo de desarrollo de la sensibilidad intercultural (PAIGE, 1986). Resulta muy novedoso y amplio el modelo de Competencia cultural de Purnell por su aplicación dentro del campo de la salud y dirigido no únicamente a Enfermería sino también a otros profesionales sanitarios y de las ciencias sociales (PURNELL, 1998) o el modelo de Papadopoulus aplicado a la competencia cultural de los trabajadores de un centro de Salud Mental británico y donde se incluyen algunas técnicas como la Escala Visual Análoga o las Encuestas cerradas (PAPADOPOULUS, 2002).

Se puede afirmar que existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de

manera específica y practica la forma en que los extranjeros perciben un sistema sanitario que no es el suyo. Tan sólo se ha podido encontrar uno (TEIL, 1997) y que concluye que estos conflictos suelen estar originados más por causas institucionales que por las diferencias culturales. Con lo que respecta a los centroeuropeos, los trabajos son escasos pero hay que destacar el de Steckler (PURNELL & PAULANCA, 1998), aunque sólo trate a los inmigrantes-residentes alemanes de Estados Unidos, y no hable en concreto de su percepción del sistema sanitario ni de su satisfacción (STECKLER, 1998).

Es licito que destaquemos también a autoras expertas en temas de Competencia Cultural –otro de los puntos que toca el trabajo- como Afaf Meleis y Rachel Spector. La Competencia Cultural como conocimiento aplicado a la Enfermería será uno de los temas de investigación mas significativos para las próximas décadas y el desarrollo de su teoría representa el camino de progreso hacia la consecución de unos cuidados de calidad. De hecho, son los cuidados culturalmente competentes los que definen actualmente los derroteros de la Enfermería Avanzada en el campo de la investigación de tipo cualitativo (LILLO, 2003b). Resultan interesantes los trabajos teóricos sobre competencia cultural donde se exponen los componentes del modelo de cuidados culturalmente competentes: conocimiento, sensibilidad y colaboración (MELEIS, 1996; LIPSON, 1989; SPECTOR, 1996; LILLO, 2003b), así como aquellos específicos de poblaciones donde destacan autores de la talla de Larry Purnell y Paulanka en su aplicación del Modelo Purnell a 16 grupos de inmigrantes –vietnamitas, turcos, portorriqueños, polacos, indios Navajos, mejicanos, coreanos, judíos, japoneses, italianos, irlandeses, iraníes, hindúes, haities, griegos, alemanes, franco-canadienses, filipinos, egipcios, cubanos, chinos, brasileños, nórdicos-europeos, árabes, indios apaches, africanos y amish- (PURNELL, 1998), Dula Pacquaio con sus trabajos sobre colectivos poblacionales como los homosexuales y sus implicaciones en salud (PACQUIAO, 2001), Rick Zoucha y Marilyn Douglas con numerosos estudios sobre la población mejicana en EEUU (ZOUCHA, 1998) y las ya mencionadas Afaf Meleis con sus trabajos sobre la mujer de otras culturas y su integración en la sociedad norteamericana y Rachel Spector –todos ellos aparecen en la Bibliografía y han realizado sus trabajos sobre competencia cultural con inmigrantes en EEUU-. Aun así todos estos trabajos versan sobre inmigrantes ya instalados en el país de acogida –en este caso EEUU- pero ninguno define una situación o fenómeno sociocultural nuevo donde los extranjeros no se instalen sino que permanezcan en otra nación diferente a la suya durante un periodo corto de tiempo y no lo hagan primariamente por razones turísticas sino por temas sanitarios como ocurre en los planes de choque intereuropeos.

Por otro lado, la satisfacción de los pacientes es un tema que ha cobrado un creciente interés, especialmente en la última década. Al evaluar la satisfacción obtenemos una forma de medir resultados, de evaluar las consultas y las pautas de comunicación, nos ayuda a saber cuál es la percepción que tienen nuestros clientes de nuestro trabajo, es decir, nos ofrece un feed-back que nos permite escoger entre diferentes alternativas en la organización y provisión de cuidados de salud (FITZPATRICK, 1991).

La satisfacción refleja el punto de vista del cliente y una gran parte de lo que hemos logrado finalmente (LILLO, 2003a). En cualquier caso el concepto de satisfacción es muy complejo de definir puesto que tiene un componente muy grande de subjetividad (WILLIAMS, 1994), pero es esta subjetividad la que nos interesa conocer. De hecho hay una falta de validez en la mayor parte de los trabajos que han empleado métodos cuantitativos, principalmente por esta indefinición (AVIS, 1995; MERKOURIS et al, 1999; SITZIA, 1999). Aunque esta indefinición ha sido en parte intencionada ya que proviene de los gestores y auditores de salud, desde su perspectiva, con el consiguiente sesgo (SITZIA y WOOD, 1997). Por otra parte los trabajos de naturaleza cualitativa que ayudan desde la práctica a rellenar este vacío son escasos; si bien una gran parte de estos están realizados por enfermeras (THOMAS y BOND, 1996). No se han podido encontrar trabajos prácticos que traten el tema de la satisfacción en pacientes extranjeros.

Resumiendo podemos decir que no existe ningún otro trabajo en los catálogos bibliográficos que trate a los pacientes de los planes de choque intereuropeos desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural y concretamente desde temáticas como la satisfacción o la competencia cultural. El fenómeno de los planes de choque entre las Eurregiones solamente aparece reflejado en la literatura como un problema político, legal y económico o simplemente como un hecho descrito pero no analizado

específicamente (MARTI, 2002; BERMAN & HIGGINS, 2002; PAYNE, 2001; HERMANS, 2000; BROUWER & HERMANS, 1999).

3.- MATERIAL Y METODOS

3.1.- Bases de datos consultadas y Catálogos bibliográficos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos informatizadas MEDLINE, CINAHL, CUIDEN, CUIDATGE, IME, BDIE, Biblioteca Cochrane, Health Star y algunas de las bases de las AETS, así como los fondos informatizados del Journal of Transcultural Nursing combinando los descriptores anglosajones: qualitative research, patient satisfaction, transcultural, cross-cultural, culture, patient waiting list, Holland y anthropology; y los descriptores en castellano: estudios cualitativos, satisfacción del paciente, transcultural, multicultural, cultura, lista de espera, plan de choque, Holanda y antropología. A partir de esta se puede afirmar que existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de manera específica la forma en que los extranjeros perciben un sistema sanitario que no es el suyo, de forma práctica (LILLO, 2003e).

También se consultaron los fondos bibliográficos de la Biblioteca del Colegio de Abogados de la provincia de Alicante especialmente el apartado sobre Legislación en la Unión Europea y algunas de las sentencias relacionadas con la Salud Pública del Tribunal de Justicia europeo, así como el catálogo bibliográfico de la Universidad de Alicante –relacionado con Enfermería Fundamental y con Antropología de los Cuidados- y de forma completa el de las Revistas Cultura de los Cuidados e INDEX. Es necesario aclarar que la información sobre la estadística poblacional así como algunas de las variables de la muestra se obtuvieron de las bases de datos del Departamento de Extranjeros de la Clínica Vistahermosa.

3.2.- Contextualización y ubicación de la investigación

3.2.1.- Naturaleza de la Unidad de Análisis

Contextualización sobre la Clínica Vistahermosa a través de parámetros empleados por las Ciencias Sociales en el estudio de las culturas de empresa (LILLO, 2002b). Se pretende obtener una visión esclarecedora acerca de la situación actual – en el momento en que se realizó el trabajo – dentro de la entidad hospitalaria.

La Clínica Vistahermosa, ambiciona ser uno de los mejores hospitales de la provincia de Alicante, situada en una de las zonas de máximo desarrollo, tiene una excelente comunicación con la ciudad, así como con el resto de otras vías importantes.

Desde 1.990 entra a formar parte del grupo ASISA (que a su vez cuenta con una red de 15 Clínicas propias). Este hospital cuenta con 100 camas, 6 boxes de U.C.I, 3 camas de observación, 8 quirófanos, 2 de Partos, 1 quirófano de Endoscopia, y un área completa de Oftalmología que incluye 2 quirófanos. Área de Reproducción Asistida, Neurofisiología, Rehabilitación y una unidad completa de Radiología que incluye TAC y Resonancia Magnética.

Todas sus instalaciones han sufrido una importante remodelación para adaptarlas a las necesidades actuales y además dotándolas de los últimos avances en tecnología.

En cuanto a recursos humanos, en el año 1.990 su plantilla estaba formada por 180 personas en la actualidad contamos con 300 profesionales.

Asimismo, al comienzo de curso elaboramos un programa docente que desarrollamos en nuestro Salón de Actos, donde se imparten cursos de reciclaje, monográficos, clases de diferentes materias para alumnos de la Universidad Miguel Hernández, e incluso cursos de doctorado (Especialista en Biología de la Reproducción).

Mantenemos un convenio de colaboración con la Universidad de Alicante, Escuela de Enfermería, tanto a nivel de prácticas incentivadas para alumnos de pregrado, así como de proyectos de investigación con el Departamento de Enfermería..

Mantener un buen nivel de docencia es uno de nuestros principales objetivos, tanto para el personal médico, como de enfermería, auxiliar, etc.

Contamos con una Comisión de Docencia, desde donde se canalizan numerosos trabajos de investigación que son presentados a Congresos, publicados en revistas especializadas y apoyamos la asistencia a Jornadas o Congresos de interés científico para nuestros profesionales.

En este apartado se ha procedido a la recopilación de toda la información posible, a partir de la observación directa dentro del Servicio y siguiendo una Guía de análisis propia, válida para el estudio de una institución o empresa, con los puntos que a continuación se especifican y que son propios de la Antropología que estudia el campo del Trabajo y la Empresa –estos puntos pueden resultar útiles para el estudio sociocultural de cualquier organización / institución / empresa sobre la cual se pretenda llevar a cabo una Contextualización investigadora (LILLO, 2002b):

FUNDACIÓN Y EVOLUCIÓN

En el año 1991 la Clínica Vistahermosa, ubicada en la ciudad de Alicante (España) fue adquirida por la Compañía de Seguros sanitarios ASISA. Hasta el momento y desde los años 60, la Clínica Vistahermosa había sido dirigida por

inversores particulares, sacada a delante por las manos de una orden religiosa como la “Siervas de Jesús”. Durante todos aquellos años, la Clínica tuvo una imagen de Hospital privado materno-infantil, siendo muy poco conocida por el resto de servicios que ofertaba a la comunidad. Con la compra en 1991, los nuevos directivos se plantean cambiar esa imagen de clínica-paritorio y darle un nuevo talante, con nuevas tecnologías y más personal, además mejor preparada, así como las últimas técnicas dentro del panorama sanitario. El primer servicio que se pensó en ampliar y reformar fue el de Críticos y es ya en 1999 cuando la Unidad de Cuidados Críticos pasa de tener 3 camas a tener 6 con aparataje mucho más moderno y avanzado, lo cual permite una mayor actividad en los quirófanos a su vez.

LAS RELACIONES JERÁRQUICAS Y GESTORAS

Los valores directivos que nos encontramos son:

- Directores: de Administración, Personal, Médico y Enfermería.
- Supervisores: de cada una de las plantas o unidades.
- Los médicos dependen directamente del director médico, mientras que la plantilla de Enfermería, auxiliares de enfermería, así como celadores, dependen directamente de la directora de enfermería.
- El personal subalterno depende del director administrativo y de personal, quien también se ocupa de la gestión económica de la clínica.

COHESIÓN Y CONFIGURACIÓN CORPORATIVA

El valor compartido por toda la institución es claramente y tratándose de una clínica privada el de: “el paciente es lo primero”. Para la clínica, el paciente es observado como un cliente que paga un seguro y que podría dejar de pagarlo en

cualquier momento. El que el paciente pague o se borre del seguro dependerá de lo satisfecho que quede tanto él como su familia. En el caso de los pacientes pertenecientes al Plan de Choque intereuropeo-holandés existe un convenio o negociación con la Sanidad Holandesa y tras asentar los pilares de este tipo de fenómeno sociosanitario tras algo mas de dos años la empresa comienza a plantearse temas de satisfacción y calidad hacia este nuevo tipo de paciente.

COMUNICACIÓN

El personal de la Unidad de Cuidados Críticos al igual que el resto de personal de la Clínica tienen sus propios supervisores de planta o unidad, aunque pueden dirigirse directamente a los directores de: Administración, Personal, Enfermería y Medicina. Estos directores suelen estar asequibles por el hospital para comprobar el buen funcionamiento de las instalaciones y el personal, con lo cual siempre están a disposición del resto de personal.

DISPOSICIÓN ESPACIAL INTERNA

El edificio consta de 4 plantas y el servicio donde se aloja a los pacientes holandeses pertenecientes al Plan de Choque se encuentra en la planta segunda. Existe una conexión entre este servicio –segunda planta-, Urgencias y los quirófanos para conseguir una mayor comodidad del usuario.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La clínica Vistahermosa se encuentra situada en la Avenida de Denia o Carretera de Valencia, en un lugar estratégico de entrada a la ciudad de Alicante, pero no excesivamente alejada de ella, lo cual facilita el acceso de las ambulancias y de los

particulares al centro de la ciudad, periferia, así como a otros pueblos de alrededor debido a que existen entradas y salidas de la autovía muy cercanas a ella.

LA IMAGEN EXTERNA

En la actualidad el símbolo de la Clínica es el de la compañía de seguros sanitarios ASISA, quien la adquirió en 1991. Al lado del nombre de Clínica Vistahermosa sigue apareciendo una cruz representada en azul al igual que el resto del nombre. Dentro del patrimonio de ASISA existen varias clínicas y centros sanitarios distribuidos por toda la geografía española, sin embargo, la clínica Vistahermosa goza de un valor patrimonial consistente en el edificio principal situado en la Avenida de Denia o Carretera de Valencia – es la clínica propiamente dicha y aquí se encuentra la unidad de cuidados críticos – y el ambulatorio de la calle Serrano en pleno corazón de Alicante capital – centro ambulatorio con asistencia in situ y a domicilio que también fue adquirido por ASISA -. La clínica suele editar una revista donde se plasman todos los avances que se han ido produciendo a lo largo del tiempo con fotografías de las nuevas instalaciones y explicación de las nuevas técnicas que se practican en la institución. También en esta revista aparecen otras clínicas, como la de Denia, que pertenece a ASISA. En cuanto a la indumentaria, la plantilla suele utilizar el pijama blanco y la bata.

LA PROYECCIÓN SOCIAL

Actualmente el peso económico de la empresa es mayor desde 1991, año en que la Clínica fue adquirida por ASISA – Compañía aseguradora. El 90% de los usuarios de los servicios de la Clínica, pertenecen a este tipo de seguro y el 10% restante corresponden a: otros seguros del panorama nacional, conciertos con compañías

aseguradoras extranjeras, conciertos con la seguridad social y particulares, así como el convenio con la Sanidad Holandesa. Hoy por hoy, la Clínica Vistahermosa responde a un modelo a seguir por el resto de Instituciones de carácter privado, ya que goza de las mejores y más avanzadas instalaciones dentro de la provincia de Alicante. Su ubicación y su fama como Clínica privada materno-infantil han hecho que Vistahermosa forme parte de la cultura alicantina, con una imagen de “clínica maternal” que ha ido evolucionando hasta actualmente cuando se la reconoce como una “clínica de reconocido prestigio en Alicante para extranjeros”.

MOMENTO DEL CICLO VITAL

Se encuentra en una fase de Madurez, ya que la cultura se ve obligada a innovar. Se trata de una cultura estable y asentada, pero en estos momentos precisaba de un reequilibrio. Se glorifica el pasado, especialmente de qué manera se consiguieron los éxitos, lo cual supone una fuente de autoestima y de defensa. Se genera un movimiento de inercia, es decir, todo se debe realizar de la misma manera, con los procedimientos habituales, aunque con una mejora tecnológica.

FUERZAS INTERNAS DE CAMBIO

La organización del servicio ha experimentado en la actualidad un cambio, aumentando sus potenciales de servicios, lo cual se debe a:

- Una buena actitud y predisposición de los trabajadores, que potencia, a su vez, la subcultura identitaria de los profesionales de Enfermería del servicio.
- Un aumento y mejora en la Tecnología aplicada a los cuidados.

- Una acertada Política de empresa, ya que incentiva no sólo al trabajador, sino que también atrae a más clientes debido a la mejora en las prestaciones.

- El cumplimiento con los objetivos organizacionales de mejora continua en las áreas asistenciales.

FUERZAS EXTERNAS DE CAMBIO

Que podemos agruparlas en:

- Económicas: existe un buen remanente económico para llevar a cabo las reformas internas y externas.

- Tecnológicas: existe la posibilidad de mejorar las instalaciones de los servicios con los últimos adelantos.

- Políticas: no se plantea ningún problema de tipo político debido a su carácter privado.

- Sociales: supone una mejora para el grueso de clientes de esta institución y en sí para la Provincia de Alicante.

3.2.2.- Posición del investigador principal dentro del contexto

La posición del investigador principal dentro de la Clínica Vistahermosa de Alicante resulto ser bastante ventajosa puesto que se trataba de un profesional de Enfermería – D.U.E. del Servicio de Urgencias y Observación de la misma, con lo cual conocía la situación que venia planteándose desde hacia algo mas de dos años, conocía el plan de desarrollo y funcionamiento de todo lo correspondiente al Plan de Choque Intereuropeo y sin embargo no tuvo contacto directo con los pacientes, desde el punto de vista profesional, única y exclusivamente en lo relativo a la investigación –a la hora de realizar las entrevistas y entregar los cuestionarios-. A su vez resulto mucho mas sencillo el hecho de salvar determinados sesgos de tipo jerárquico (CHAN, 2001) puesto que ni los pacientes ni los profesionales en ningún momento tuvieron reparo en expresar sus opiniones –además se les aseguro la privacidad y secretismo de todo lo que allí contaran siempre y cuando así lo desearan-. Ni siquiera los informadores clave se sintieron en la tesitura de contestar de maneras prefijadas ya que la comunicación en todo momento se dio de igual a igual, es decir, de compañero a compañero o en el caso de los pacientes holandeses, de los pacientes a un individuo que en el día a día no tenia contacto sanitario con ellos.

3.3.- Población diana y Muestra

3.3.1.- Tipos de población diana:

Derivadas de las cuestiones de investigación encontramos dos tipos de población que representan los papeles principales para el desarrollo del proyecto:

- Por un lado tenemos a los pacientes extranjeros elegidos, es decir, aquellos pacientes pertenecientes al plan de choque sanitario holandés.
- Por el otro aparece el personal de la institución, concretamente el profesional de los cuidados.

Es en este proyecto de naturaleza enfermera y antropológica donde se plantea la interpretación que otros hacen de la categoría del otro en los diferentes niveles en que sitúan su lugar e imponen su necesidad (AUGÉ, 2001). Esta interpretación podríamos contextualizarla en la relación entre paciente extranjero y profesional de los cuidados, donde ambas figuras se observan mutuamente y al mundo que las rodea. Sobre esta población valoraremos la experiencia del hecho social aplicado a los cuidados, experiencia de una sociedad precisamente localizada en el tiempo y en el espacio, pero también de un individuo cualquiera de esa sociedad –teniendo en cuenta que ese individuo no es cualquiera, sino que se identifica con la sociedad de la cual no es sino una expresión- (GARCIA, 1995).

En este apartado se muestra la preocupación del equipo investigador por situar el objeto empírico de la investigación, por evaluar su representatividad cualitativa, es decir

por establecer si lo que vale para un grupo vale también para otros, no solamente a nivel microscópico, en cuanto al paciente del plan de choque sanitario holandés; sino también en el nivel macroscópico, en cuanto al paciente del plan de choque europeo y por supuesto, no sólo para el profesional de enfermería que trabaja con los holandeses, sino también para aquel que trabaja con cualquier tipo de paciente extranjero.

3.3.2.- Tipos de muestra

Se refiere al subconjunto representativo de una población, seleccionada definiendo dos aspectos básicos, su tamaño o poder y su representatividad. La razón por la cual se ha decidido utilizar una muestra poblacional –debido a que la base poblacional es pequeña y se emplean todos o casi todos los informantes de la población– se basa en la mayor accesibilidad, la obtención de resultados rápidos, más baratos, más exactos y menos heterogéneos, por lo que el estudio será más eficiente. Los tipos de muestra que encontramos son:

- 30 pacientes extranjeros holandeses (muestra real) pertenecientes al plan de choque sanitario holandés de los 106 (muestra teórica) que visitaron la Clínica Vistahermosa en el período 2002-2003.
- 3 profesionales de Enfermería de los 9 que hacen el total de la plantilla de la unidad donde ingresan estos pacientes extranjeros.

Puesto que se trabaja con una metodología cualitativa, la selección de los participantes no fue aleatoria, sino que se buscó a aquellos que mejor aportaron información (FERNÁNDEZ DE SANMAMED, 1995). Así, el poder y el valor de la muestra en este estudio con metodología cualitativa depende no del tamaño sino de la capacidad de mostrar la diversidad del hecho estudiado –saturación de la información–, es decir, recoge la mayor cantidad posible de visiones, de forma que refleje toda la amplitud del fenómeno (BUNGE, 1976). Para la captación de la población se dispuso de la aprobación por parte de la institución y de la ayuda de los informantes privilegiados (PLA, 1999) que en este caso fue la persona encargada del Departamento de Extranjeros y un estudiante de la Diplomatura de Técnicos en alimentos de la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

En líneas generales podemos decir que el estudio cumple los criterios exigidos para el muestreo en la investigación cualitativa; por una parte de conveniencia –el muestreo se realizó de la forma más apropiada posible para el objetivo del estudio- y por otra de suficiencia –el conjunto de información obtenida es completa-

3.3.3.- Criterios de inclusión y exclusión para la muestra real

PACIENTE EXTRANJERO

A.- Criterios de inclusión: Los pacientes que se recluten para este estudio serán aquellos que:

- 1) Sean del género masculino o femenino.
- 2) Tengan la nacionalidad holandesa.

- 3) Hayan vivido en el país –Holanda- al menos 15 años de su vida.
- 4) Se identifiquen a si mismos con la nacionalidad holandesa.
- 5) Sea capaz de hablar y entender alguno de los idiomas en los que se presentará la información para la recogida de datos: castellano, inglés, alemán y holandés.
- 6) Hayan tenido contactos previos con el sistema sanitario de su propio país.

B.- Criterios de exclusión: Se considerarán estos a todos aquellos criterios que pudieren anular alguno de los criterios de inclusión, anteriormente citados.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (Criterios de inclusión y exclusión)

Con respecto a los profesionales, únicamente se eligió a 3 personas de la plantilla de Enfermería –D.U.E.- de la 2ª planta –unidad donde ingresan los pacientes holandeses-, concretamente enfermeros/ as que pasasen por todos los turnos –mañana, tarde y noche- y que conociesen el proyecto Plan de Choque intereuropeo-holandés desde el principio.

3.3.4.- Estadística de población

ESTADISTICA DE PROGRAMA DE PLAN DE CHOQUE HOLANDES PERIODO 2001

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
JUNIE 01	Hoogendorp	MUJER	1952	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Ombelect-Vos	MUJER	1944	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Van de Ven	MUJER	1967	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Taal-Vrolijk	MUJER	1938	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Bannink-Breugen	MUJER	1931	Knie /Rodilla
JUNIE 01	De Haas-Nienhuis	MUJER	1930	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Den Tex	VARON	1937	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Pijpers	VARON	1937	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Benne	VARON	1922	Knie /Rodilla
JUNIE 01	Van de Helm	MUJER	1929	Knie /Rodilla

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
JUNIO	VARON	3	10
	MUJER	7	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
AGUST 01	PCM Van Veen	VARON	1945	Knie /Rodilla
AGUST 01	Den Dulk	MUJER	1962	Knie /Rodilla
AGUST 01	De Vries	MUJER	1947	Knie /Rodilla
AGUST 01	Van Tielenburg	MUJER	1936	Knie /Rodilla
AGUST 01	Staats	VARON	1947	Knie /Rodilla
AGUST 01	Van de Bosch	VARON	1949	Knie /Rodilla
AGUST 01	Triesscheijn	MUJER	1956	Heup/Cadera
AGUST 01	Van Hout	MUJER	1952	Knie /Rodilla
AGUST 01	Paanakker	VARON	1934	Knie /Rodilla
AGUST 01	Van den Sloot	MUJER	1945	Knie /Rodilla
AGUST 01	Speel	VARON	1945	Heup/Cadera
AGUST 01	Plug	VARON	1931	Knie/Rodilla
AGUST 01	Steijn	MUJER	1936	Knie/Rodilla
AGUST 01	Freelink	MUJER	1936	Knie/Rodilla
AGUST 01	Sinke	MUJER	1943	Knie/Rodilla
AGUST 01	Vogelaar	MUJER	1942	Knie/Rodilla
AGUST 01	Triesscheijn	MUJER	1956	Heup/Cadera

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
AGUST	VARON	6	17
	MUJER	11	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
SEPT.01	Cras	VARON	1927	Heup/Cadera
SEPT.01	Zandbergen	MUJER	1945	Heup/Cadera
SEPT.01	Praktiek	VARON	1931	Knie/Rodilla
SEPT.01	Hendriks	MUJER	1930	Heup/Cadera
SEPT.01	Spiering	VARON	1931	Heup/Cadera
SEPT.01	Aschomoneit	MUJER	1926	Knie/Rodilla
SEPT.01	Hoogendonk	VARON	1931	Knie/Rodilla
SEPT.01	Breederveld	MUJER	1937	Knie/Rodilla
SEPT.01	Piek	VARON	1938	Knie/Rodilla
SEPT.01	Pijpers	VARON	1937	Knie/Rodilla
SEPT.01	Van Rossum	VARON	1948	Knie/Rodilla
SEPT.01	Scheenloop	VARON	1946	Knie/Rodilla
SEPT.01	Van de Stap	VARON	1947	Knie/Rodilla
SEPT.01	Stolk	MUJER	1949	Knie/Rodilla
SEPT.01	Van Zijl	VARON	1924	Knie/Rodilla

*** RESUMEN MENSUAL:**

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
SEPT	VARON	10	15
	MUJER	5	

ESTADISTICA DE PROGRAMA DE PLAN DE CHOQUE HOLANDES PERIODO 2002

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
mar-02	Paanakker	VARON	1934	Knie/Rodilla
mar-02	Verburg Hanselman	MUJER	1935	Knie/Rodilla
mar-02	Freelinkt-hart	MUJER	1936	Knie/Rodilla
mar-02	Van Dijk	VARON	1937	Knie/Rodilla
mar-02	Van Rookhuizen	MUJER	1932	Knie/Rodilla
mar-02	Meijer	VARON	1943	Knie/Rodilla
mar-02	Van de wiel	VARON	1940	Knie/Rodilla
mar-02	Cozijnsen	VARON	1940	Knie/Rodilla
mar-02	Darricarrere	MUJER	1935	Knie/Rodilla
mar-02	Hospes	MUJER	1952	Knie/Rodilla
mar-02	Frederikslust	MUJER	1930	Knie/Rodilla

*** RESUMEN MENSUAL:**

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
MAR	VARON	5	11
	MUJER	6	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
may-02	Esbasch e.m.	MUJER	1926	cadera/heup
may-02	Van de hallen-friebel	MUJER	1930	Knie/rodilla
may-02	Dul van beek	VARON	1949	Cadera/heup
may-02	Wessels	MUJER	1942	Cadera/heup
may-02	Van wel	VARON	1933	Cadera/heup
may-02	de waart westland	MUJER	1925	Knie/rodilla
may-02	nijhof berenschot	MUJER	1941	Cadera/heup
may-02	Van vliet	VARON	1953	Cadera/heup
may-02	Van vliet	VARON	1953	Luxacion
may-02	Jansen kokx	MUJER	1948	Cadera/heup
may-02	Tijn radijman	MUJER	1941	Knie/rodilla
may-02	Buitenhuis	MUJER	1944	Knie/rodilla
may-02	Oldenhof-bakkers	MUJER	1932	Knie/rodilla
may-02	Kamphuis	MUJER	1957	Knie/rodilla
may-02	Ruizendaal	MUJER	1938	Knie/rodilla
may-02	Mulder	MUJER	1945	Knie/rodilla
may-02	Horst huisman	MUJER	1943	Knie/rodilla
may-02	Tuinstra van de hel	MUJER	1933	Knie/rodilla
may-02	Van schieveen-arends	MUJER	1929	Knie/rodilla
may-02	Van den Hul	MUJER	1943	Knie/rodilla

*** RESUMEN MENSUAL:**

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
MAY	VARON	4	20
	MUJER	16	

ESTADISTICA DE PROGRAMA DE PLAN DE CHOQUE HOLANDES PERIODO 2003

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
Enero 03	Sr.Vogels	VARON	1936	PTR D
Enero 03	Sr.Kneijberg	VARON	1951	PTR D
Enero 03	Sra.Dessens	MUJER	1953	PTR I
Enero 03	Sr.Zonnenberg	VARON	1940	PPR D
Enero 03	Sra. Bhattacharyya	MUJER	1950	PPR
Enero 03	Sra. Hellendoorn	MUJER	1937	PPR D
Enero 03	Sr. Van Vlaanderen	VARON	1948	PPR
Enero 03	Sra.Dijkstra	MUJER	1924	PTC
Enero 03	Sra.Fournier	MUJER	1930	Artroscopia

*** RESUMEN MENSUAL:**

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
ENERO	VARON	4	9
	MUJER	5	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
febrero 03	Sra.Turk de Haas	MUJER	1937	ptc d
febrero 03	Sr. Van Kampen	VARON	1939	PTR I
febrero 03	Sr.Van de Meij	VARON	1954	PTC D
febrero 03	Sr.Weijens	VARON	1944	PTR I
febrero 03	Sra.Meijerman-Rijk	MUJER	1928	PTR I
febrero 03	Sra.Tjoelker	MUJER	1952	PTR I
febrero 03	Sr. Van Velzen	VARON	1944	PTR D
febrero 03	Sr.Strik	VARON	1935	PTC D
febrero 03	Sra.Boogaard	MUJER	1953	PTC D
febrero 03	Sr.Ekelschot	VARON	1942	PTC D

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
FEB	VARON	6	10
	MUJER	4	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
marzo 03	Sr. Christiansen	VARON	1923	PTR I
marzo 03	Sra. Sommers	MUJER	1936	PTC I
marzo 03	Sr.Reuter	VARON	1928	PTR I
marzo 03	Sra. Huigen-Peeman	MUJER	1929	PTR D
marzo 03	Sra. W. Vale-stoop	MUJER	1936	Pat.Femoral
marzo 03	Sra. Van Ierland	MUJER	1937	PTR I
marzo 03	Sra. Bergenhenegouwen	MUJER	1947	PTR I
marzo 03	Sra. Vons Otto Mvl	MUJER	1960	PPR I
marzo 03	Sra.Klein Breteler	MUJER	1930	PTR D
marzo 03	Sra. Vd Pol Vroombout	MUJER	1941	PPR

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
MAR	VARON	2	10
	MUJER	8	

ESTADISTICA DE PROGRAMA DE PLAN DE CHOQUE HOLANDES PERIODO 2003

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
Abril 03	Jig Ofermans	VARON	1927	PTR D
Abril 03	Staal-Spaans	MUJER	1934	PTR I
Abril 03	Van Duin De Jong	MUJER	1934	PTC D
Abril 03	Coolwijk	VARON	1959	PTC D
Abril 03	Neeleman	MUJER	1942	PTC I
Abril 03	Krieger-Neervoort	MUJER	1952	PTC D
Abril 03	Sra. De regt	MUJER	1932	PTC D
Abril 03	Sr.Hegt	VARON	1931	PTC D
Abril 03	Sra. Boele	MUJER	1921	PTR D
Abril 03	Sr. Schrama	VARON	1943	PTC I
Abril 03	Sra. Sleuterberg	MUJER	1924	PTR I
Abril 03	SR.Tossijn	VARON	1934	PTR I
Abril 03	SR. Warmenhoven	VARON	1943	PTR I
Abril 03	Beukelaar	VARON	1930	PTR I
Abril 03	Van de Mark	VARON	1956	Artroscopia
Abril 03	Smit de meij	MUJER	1929	PTR D
Abril 03	Scheenloop	VARON	1946	PTR I
Abril 03	Buhler	VARON	1933	PPR D
Abril 03	Klerk Mulder	MUJER	1940	PTC D
Abril 03	Baakelaar	MUJER	1955	PTR
Abril 03	Den Toom	VARON	1940	PTR D
Abril 03	De Heer	VARON	1938	PPR D
Abril 03	De rigter	VARON	1931	PPR
Abril 03	de kuber	MUJER	1933	Artroscopia

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
ABRIL	VARON	13	24
	MUJER	11	

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
Junio 03	Scheffer-Krijgsman	MUJER	1922	PTR D
Junio 03	Sanden vd broek	MUJER	1926	ptc D
Junio 03	Bellm brummer	MUJER	1928	PTR D
Junio 03	Van Zuilen Verboom	MUJER	1920	PTC I
Junio 03	Baksteen van breda	MUJER	1933	PTR D
Junio 03	Van esch-Bogaers	MUJER	1949	PTC D
Junio 03	Dekker-schoon	MUJER	1932	PTR I
Junio 03	Witkamp-van Hal	MUJER	1949	PTC D
Junio 03	Van de Burg-Wijnbergen	MUJER	1939	PTR D
Junio 03	Van Leeuwen	MUJER	1948	PTC
Junio 03	De haas-Bakker	MUJER	1947	PTR I

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
JUNIO	VARON	0	11
	MUJER	11	

ESTADISTICA DE PROGRAMA DE PLAN DE CHOQUE HOLANDES PERIODO 2003

MES	PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	DIAGNOSTICO
Julio 03	Steenweg	VARON	1928	PTR I
Julio 03	Varekamp	VARON	1937	PTR I
Julio 03	Groenendijk-donders	MUJER	1936	PPR I
Julio 03	VD waals	MUJER	1957	PTR I
Julio 03	Haak-Stootman	MUJER	1954	PPR I
Julio 03	Kneijber	VARON	1951	PTR D
Julio 03	Van Vliet	VARON	1935	PTR D
Julio 03	Boers Weerwag	MUJER	1930	PPr D
Julio 03	Hiemstra	VARON	1943	ptr d
Julio 03	Van Langeveld	MUJER	1937	PTR D
Julio 03	Anton Peels	VARON	1934	Artroscopia
Julio 03	Vermeulen	VARON	1938	Artroscopia
Julio 03	Van Gasteren	MUJER	1941	PTR I
Julio 03	Van Schaik-Koppers	MUJER	1931	PTC I
Julio 03	Olsthoorn	MUJER	1944	PTC I
Julio 03	Nikoley	VARON	1945	PPR
Julio 03	Helder- vd elst	MUJER	1937	PTC I
Julio 03	Beckingham	MUJER	1951	PPR I

* RESUMEN MENSUAL:

MES	SEXO	Nº PACIENTES	TOTAL PACIENTES
JULIO	VARON	5	11
	MUJER	6	

Como se puede ver, el total de pacientes holandeses -aquí se encuentra representada el 100% de la población a estudio- que han acudido a la Clínica Vistahermosa durante el periodo de tiempo 2001-

2003 ha sido de 148 tal y como se muestra en las tablas. Concretamente, durante el periodo de estudio 2002-2003 la población recibida por la Clínica Vistahermosa procedente de Holanda fue de 106 individuos.

La información que se detalla en estas tablas fue cedida por el Departamento de Extranjeros para su uso en este trabajo y de ellas podemos deducir:

- Existe un numero superior de mujeres que de hombres en el computo total de pacientes atendidos en el plan de choque, aunque hubieron meses concretos en los que el numero de hombres supero al de mujeres.
- Las intervenciones traumatológicas que se han estado practicando son: prótesis de rodillas, prótesis de caderas, artroscopias, patología femoral y luxaciones –mostradas aquí por orden del numero de incidencias de mayor a menor-.
- Las edad media calculada para la población total es de 55 años aproximadamente, ya que la persona mas longeva nació en 1921 y la mas joven en 1967.

3.3.5.- Cronograma de trabajo

El proyecto se llevó a cabo comenzando en enero de 2002 y finalizando en Septiembre de 2003. En este período de tiempo podemos destacar las siguientes etapas:

- Una primera etapa de búsqueda bibliográfica, consenso en cuanto a las teorías y modelos a emplear para la investigación, así como de observación y recopilación de datos sobre el contexto de estudio.
- Una segunda etapa de consenso en cuanto a los instrumentos a utilizar, determinación de la población diana, así como directrices a seguir y recursos disponibles.
- La tercera etapa donde se llevó a cabo el trabajo preliminar dentro del campo de estudio.
- Una cuarta etapa de evaluación de la información, análisis y determinación de los resultados.
- La quinta etapa sirvió para localizar mas y nueva información que posteriormente se añadió a los resultados hallados.
- La sexta y ultima etapa fue la de extraer conclusiones con todo el groso de información tanto del trabajo preliminar como del trabajo de profundización posterior.

3.5.- Ética Investigadora

El objetivo fundamental de este apartado es mostrar las consideraciones que desde la perspectiva ética se han tenido en cuenta dentro del proyecto de investigación que se presenta y concretamente en relación con aquellos que intervienen en el mismo –como el propio investigador, el equipo investigador, los responsables del centro sanitario donde se lleva a cabo dicho proyecto, los pacientes y los profesionales- así como en la complejidad que acontece acerca del papel que juega la investigación en Enfermería a la hora de adentrarse en el terreno de los cuidados multiculturales como es el caso que ahora nos compete. Para tratar este apartado de forma esclarecedora se ha clasificado la información en los siguientes puntos:

3.5.1.- Consentimiento por parte del centro sanitario:

Llegados a este punto se hace necesario comentar la aprobación expresada por parte de los responsables del Centro Sanitario donde todo el trabajo de investigación se llevó a cabo. Para ello se contactó con la Dirección de la Clínica Vista hermosa – concretamente directores: médico y de enfermería- y con la comisión de docencia e investigación en Enfermería. Todos los cargos mencionados manifestaron su aprobación e interés en el trabajo y facilitaron desde el principio la tarea a realizar, facilitando recursos de tipo material, informático, estadístico, a nivel de traducción e interpretación; así como a los propios pacientes y el lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas con todos los participantes. Para su aprobación se presentó un resumen del trabajo, estructura del proyecto en sí y se hizo especial hincapié en el apartado de la ética investigadora hacia los pacientes, mostrando así un consentimiento informado así como los principios ético-filosóficos que acompañan a este tipo de trabajos.

3.5.2.- Consentimiento informado del paciente:

Aunque los procedimientos de investigación clínica son muy parecidos en todo el mundo, las diferencias culturales, tan presentes en este trabajo, inciden de manera importante en la comunicación entre el profesional sanitario, en este caso el profesional de Enfermería, y el paciente (GONZÁLEZ-MORO, 2002). Para salvaguardar estas posibles barreras culturales desde una perspectiva propia de la Ética investigadora se empleó una Hoja de Consentimiento Informado traducida al holandés donde se informaba a cada uno de los pacientes participantes en el trabajo sobre las condiciones del mismo especificando: código del paciente, nombre y apellidos de la /s persona /s que informan, nombre del procedimiento que se va a realizar, descripción de las consecuencias seguras del procedimiento, descripción de los riesgos típicos del mismo, descripción de los riesgos personalizados, declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, manifestación del paciente de estar satisfecho con la información recibida, fecha y firmas del profesional que informa y del paciente. La lectura de dicha hoja así como la explicación

de la misma al paciente fue llevada a cabo por el informante privilegiado que en este caso se trataba de la relaciones públicas del centro de acogida –de nacionalidad holandesa y residente en España desde hace años-, puesto que fue la persona más cercana al grupo de holandeses y que por razones de idioma también la que más se comunicó con ellos. El proceso detallado de presentación de la hoja de Consentimiento Informado fue el que se muestra a continuación:

A.- Presentación de la hoja de consentimiento:

- a.- Se aportó una copia de la hoja de consentimiento al participante.
- b.- El investigador leyó la hoja de consentimiento informado al participante o dejó que lo hiciera él /ella mismo /a, según creyó que era más apropiado.
- c.- Se dio suficiente tiempo para pensar y para leer la hoja.
- d.- Se les permitió tiempo para la discusión acerca de la naturaleza y características de la participación.
- e.- Se les preguntó si tenían alguna cuestión que hacer, y se contestó a sus preguntas de forma completa y precisa.
- f.- Cuando ya no hubieron más preguntas y el participante potencial accedió a tomar parte del estudio, se le preguntó si había firmado la hoja del consentimiento informado.
- g.- El investigador presente también firmó el consentimiento informado como testigo.

B.- Reproducción y distribución de las hojas de consentimiento informado:

- a.- Se hicieron dos copias de esta hoja.

b.- Se puso una de estas copias en la documentación propia del participante.

c.- Se dio una copia al participante para que tuviera una referencia.

d.- Se puso la hoja original en la carpeta o sobre con la información del estudio.

Esta copia original se guardó en la oficina central para el estudio de investigación siempre en lugar cerrado.

C.- El contenido de la Hoja era el siguiente:

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INVESTIGADOR / TESTIGO PRESENTE:

Apreciado paciente,

estamos llevando a cabo una investigación para identificar posibles problemas o situaciones susceptibles de mejorar en la atención de enfermería que recibe durante su estancia en la Clínica Vistahermosa. También intentamos aportar ideas a la hora de implantar medidas nuevas para la satisfacción del cliente extranjero.

Usted ha sido seleccionado como un posible participante de este estudio. Si desea participar ,se le pedirá que conteste unas preguntas, cuya formulación le llevará aproximadamente 50 minutos.

Le garantizamos que todo aquello que diga o comente quedará en la más estricta confidencialidad y anonimato. Le pedimos por tanto que exprese sus respuestas con la mayor sinceridad.

Los datos que obtengamos serán tratados y analizados de forma grupal y en ninguno de los casos se revelará su identidad ya que tendrán asignados unos códigos numéricos.

Si lo desea podrá conocer los resultados, una vez finalizado el estudio, poniéndose en contacto con el investigador del proyecto: D. Manuel Lillo Crespo, así como con la colaboradora e intérprete Katja Smudden.

Atentamente,

Investigador o testigo:

Fecha:

Firma del participante:

su firma indica que usted ha leído y comprendido la información que se la ha proporcionado y que ha decidido voluntariamente participar en el estudio.

3.5.3.- Principios éticos del proyecto de investigación:

A continuación se muestran los principios filosóficos que guían la investigación y la práctica de los cuidados dentro de la perspectiva cultural. Puesto que estamos descubriendo con este tipo de estudio a una cultura diferente de la propia, no debemos descuidar la reflexión filosófica sobre los valores que lo guían en el proceso de inmersión (ROBISON & THORNE, 1988).

Tres principios filosóficos guían este trabajo de investigación con otras culturas:

- a) Respetar la igualdad de las culturas.
- b) Reconocer las diferencias culturales.
- c) Respetar la dignidad del ser humano.

Por una parte a) y b) contienen las diferentes situaciones de cuidados y cultura que pueden presentarse. Lo complicado es el trabajo constante de vigilarse uno mismo para observar la aplicación de esos principios. Para cuidar a pacientes de otras culturas hay que desarrollar el esmero de cuidar universalmente, de sentirse capaz de identificar a cualquier ser humano porque es humano. Se cuida el patrimonio de la humanidad cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los seres humanos de cada cultura incluyendo la propia. Los pacientes de la propia cultura son cuidados de manera uniforme, como se ha enseñado durante la formación y esta mirada cambia cuando descubre uno la importancia de la cultura del otro (ROHRBACH-VIADAS, 1997).

Respecto a c), el concepto de dignidad humana es, pues, un derecho fundamental que abarca considerar que el “hombre es un fin en sí mismo y no puede ser utilizado nunca como un medio” (KABACOZ, 1982). El investigador que cause daños y perjuicios materiales o morales a un paciente, puede incurrir en responsabilidad penal y se hace a su vez responsable civil para reparar la falta (VALLS, 1996). Por tanto todo investigador debe tener en cuenta el derecho al respeto a “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de su personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás” (Art.10.1 de la Constitución Española).

3.6.- Encuadre metodológico

3.6.1.- Tipo de metodología para la investigación

El tipo de metodología elegida para este trabajo de investigación fue la metodología cualitativa, ya que se trata de la investigación de un fenómeno particular –en este caso el fenómeno sociocultural que conlleva el plan de choque intereuropeo holandés en Alicante- realizada con profundidad y de una forma holística –característica propia tanto de las ciencias sociales como de la Enfermería en si misma- a través de la recogida de información narrativa valiosa usando un diseño de investigación flexible (POLIT & HUNGLER, 1997).

Podemos afirmar que se trata de un estudio cualitativo porque promueve el propósito de estudio a través de la identificación, descripción, exploración y explicación del fenómeno estudiado y ya que resulta útil a la hora de describir el fenómeno desde la perspectiva emic (FIELD & MORSE, 1985).

3.6.2.- Método específico empleado en la investigación

Dentro de la metodología cualitativa empleada para la investigación podemos encuadrar este trabajo en el Método Etnoenfermero el cual fue desarrollado y presentado por Madeleine Leininger en los años 60. Leininger definió la etnoenfermería como “el estudio, documentación y análisis, desde una perspectiva local o emic, del punto de vista de las personas, las creencias y las prácticas sobre fenómenos potenciales o actuales de cuidados de enfermería dentro de una cultura particular para generar conocimiento enfermero” (LEININGER, 1990). El método Etnoenfermero de Leininger comparte elementos comunes sugeridos en los tres métodos cualitativos: etnografía, fenomenología y teoría fundamentada (ZOUCHÁ, 1999). El propósito por el cual este estudio emplea el método de investigación Etnoenfermero es el de instituir un método de descubrimiento emic abierto para explicar y estudiar los fenómenos relacionados con la diversidad de culturas y universalidad en los cuidados como ocurre en el shock cultural que aparece entre la población holandesa del plan de choque intereuropeo y los profesionales de los cuidados de la Clínica Vistahermosa de Alicante.

3.6.3.- Paradigma en el que se engloba el trabajo

El trabajo puede englobarse dentro del contexto del Paradigma Sociocritico donde el profesional de enfermería se considera agente de cambio sociosanitario ante una situación o fenómeno sociocultural nuevo, es decir, es del profesional de los cuidados de donde parte la idea de realizar el trabajo de investigación y con la finalidad de que pueda ser empleado por otros profesionales de enfermería (SILES, 1996). Dentro de esta interrelación, el paciente holandés es considerado como el sujeto implicado en su propio proceso de cambio de estado de salud y satisfacción de necesidades y el concepto de salud se convierte en un concepto positivo cuya reelaboración queda sujeta al mismo sujeto. Este tipo de paciente comienza a cuestionarse, a partir de este trabajo, una serie de aspectos psicosociales como su propia satisfacción en cuanto a necesidades básicas, la competencia cultural del profesional y los cuidados en general que recibe de un profesional de otra cultura y con hábitos y costumbres diferentes.

El encuadre dentro del paradigma sociocritico genera la construcción de conocimientos tales como: la enfermería como construcción social y sanitaria –no solamente sujeta a los aspectos físicos y materiales del cuidado-, la dialéctica generada por la subjetividad y la construcción de nuevas realidades que aparecen de una sociedad en constante e intenso cambio. Se hace evidente el hecho de que para construir ese conocimiento debe hacerse uso de una investigación crítica, con estudios de contextos personales y sociales, con el compromiso de los profesionales de los cuidados para solucionar este tipo de problemas y poniendo siempre a los sujetos –en este caso pacientes- por encima de los métodos (SILES & GARCIA, 1995).

El tener como referente del trabajo de investigación este tipo de paradigma sirve para modificar la práctica clínica de forma teórica y práctica, para enfocar la Enfermería hacia un intervencionismo en la práctica social y antropológica del sujeto y centrar el proceso de toma de decisiones en capacidad crítica (SILES, 1997).

3.6.4.- Teorías y Marcos teóricos empleados

El grueso del trabajo se centra principalmente en la teoría que Larry D. Purnell defiende dentro de su denominado Modelo Purnell de Competencia Cultural. Este Modelo se desarrolló en 1995 y es un ejemplo de modelo con la posibilidad de ser empleado por todos los profesionales de la salud, ya que se trata de una conceptualización de múltiples teorías administrativas, antropológicas, sociológicas, anatómicas, fisiológicas, biológicas, psicológicas, religiosas, históricas, lingüísticas y nutricionales. La filosofía personal del autor mantiene la postura de que todos los profesionales de los cuidados necesitan conocer o tener información sobre la cultura de aquellos a los que se les administran los cuidados con la finalidad de aportar unos cuidados con los que el usuario se sienta satisfecho, es decir, unos cuidados culturalmente competentes y congruentes (PURNELL, 1998). El desarrollo del modelo constituye un acercamiento etnográfico que promueve la comprensión cultural de situaciones humanas durante periodos de salud-enfermedad, ya que enfoca los aspectos étic y emic mediante las percepciones y opiniones del paciente, la familia y la comunidad.

El diagrama o estructura del Modelo de Purnell es un círculo con un margen periférico que representa a la sociedad global, un segundo margen que representa a la comunidad, un tercero que representa la unidad familiar y el interno que nos muestra al individuo en sí. Se divide el interior del círculo concéntricamente en 12 dominios culturales y sus conceptos. Los dominios tienen flechas

bidireccionales las cuales indican que cada dominio conduce y se afecta por todos los otros dominios. El centro del Modelo esta vacío ya que representa aspectos desconocidos sobre el grupo cultural. A lo largo del fondo del modelo se aprecia una línea dentada que representa el concepto de cultura-conciencia. Esta no es lineal y se refiere principalmente al profesional del cuidado de salud, aunque también en esta línea no-lineal, según su fase de competencia cultural, puede representarse una organización. Para cada grupo de individuos sometido a estudio se aceptan una serie de características primarias –nacionalidad, color de piel, edad, raza, genero y afiliación religiosa- y secundarias –estado socioeconómico, experiencia en el ejercito, creencias políticas, estado paternalista, orientación sexual, tiempo fuera del país de origen, razones de la migración, nivel de educación, ocupación, residencia urbana, residencia rural, características físicas, estado de matrimonio, asuntos de genero- de diversidad (PURNELL, 1999). El Modelo se centra, para su evaluación posterior, en 3 dimensiones diferentes: a) razonamiento critico, b) descripción de experiencias personales y c) aplicación realizada en la practica (ANEXO III).

El Modelo de Purnell resulta muy flexible ya que se puede ampliar o disminuir la cantidad de información que se desea del paciente. Así, para el desarrollo del trabajo de investigación que ahora se expone se eligieron como **CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS** las siguientes **VARIABLES**: la fecha de la entrevista (día/mes/año), el lugar de la entrevista, género, el estado civil, la edad, la fecha de nacimiento, personas que le acompañan en España, el tipo de trabajo que realiza habitualmente, personas a su cargo (en cuanto a cuidados se refiere), formación académica, cómo calificaría su nivel socioeconómico, años vividos en su país de referencia, religión/creencias, nº veces que había estado anteriormente en contacto con el sistema sanitario español, nº de veces en contacto con el sistema sanitario de su propio país, así como animales domésticos que tiene a su cargo (ya que estos suponen una responsabilidad y requieren unos cuidados). Por otra parte y en cuanto a los **12 DOMINIOS** de los que nos habla el modelo –herencia, comunicación, roles y organización familiar, asuntos de trabajo, ecología biocultural, comportamientos de alto riesgo, nutrición, embarazo y practicas de nacimiento, rituales de la muerte,

espiritualidad, practica de cuidados de la salud, proveedor del cuidado de la salud- para el presente trabajo se escogieron 5 DOMINIOS centrados principalmente en los PATRONES DE SALUD básicos: alimentación/ nutrición, descanso, higiene, idioma/ comunicación, intimidad. Todos ellos serian equivalentes a los siguientes DOMINIOS de Purnell: comunicación, nutrición, practica de cuidados de la salud y espiritualidad. Como se demuestra hasta el momento, el Modelo de Competencia Cultural de este autor resulta muy flexible de acuerdo a las necesidades de cada estudio. Resulta comodo con este Modelo hacer un planteamiento de Cuestiones de investigación y elegir los puntos del mismo donde se quiere incidir. Además los CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA de Purnell: sociedad global, comunidad, familia y persona; también quedan representados en este estudio, concretamente a nivel: comunitario –o de relación con los profesionales de Enfermería mientras están hospitalizados-, familiar – de acuerdo al rol que juega la familia y según nos cuentan los mismos pacientes y los informadores clave- y a nivel personal –mediante la evaluación de la satisfacción que sobre los DOMINIOS elegidos tienen y la relación de la información conseguida con las VARIABLES o CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS-.

En la practica clínica el Modelo es flexible con un alto grado de fluidez entre dominios y niveles. Actualmente el cuidado de la salud hace énfasis en el equipo sanitario que puede beneficiarse de un modelo que apropiado y aceptable por la multidisciplinariedad que provee al personal. Son los profesionales de los cuidados en salud quienes pueden evaluar, planear, e intervenir de manera competente en una cultura y tienen oportunidades para mejorar la salud de la persona, de la familia o de la comunidad. El modelo puede guiar el desarrollo de herramientas, estrategias

planificadas e intervenciones individuales que pueden encauzar el desarrollo continuo del modelo y las teorías.

En el terreno de la investigación, esta teoría puede ser probada por varios cauces de la metodología cualitativa de la investigación. El hecho de usar dominios seleccionados, conceptos seleccionados dentro de cada dominio y características primarias y secundarias en la investigación cualitativa, extiende, define y refina al Modelo con entrevistas dentro de la etnografía y/ o estudios en grupos culturales específicos, de individuos o comparaciones de conductas y comportamientos transculturales. Se ha usado el Modelo para guiar la recopilación de los datos e investigación por estudiantes de tesis doctorales, disertaciones científicas y proyectos eruditos en los EEUU, Brasil y Centroamérica.

Otra de las teorías a la que también se hace referencia en este trabajo aunque mucho mas brevemente es la teoría sobre Tradiciones de salud de Rachel Spector (SPECTOR, 1999) donde se describen las tradiciones relacionadas con el mantenimiento, protección y restauración de la salud física, mental y espiritual en un estructura de 9 dimensiones interrelacionadas –creencias y practicas para el mantenimiento de la salud, creencias y practicas para la protección de la salud y las actividades para la restauración de la salud-. Aunque no vamos a profundizar en este Modelo es necesario que hagamos referencia a su apartado de EVALUACIÓN de toda la información conseguida y del propio profesional de Enfermería, donde se plantean unas cuestiones para el mismo que fueron empleadas y adaptadas a este trabajo e investigación, concretamente durante las entrevistas abiertas y en profundidad con los profesionales de Enfermería. Las cuestiones son:

-¿Estoy abierto/ a a la comprensión de la forma en que las tradiciones de SALUD del paciente son diferentes de las mías?

¿He prestado suficiente atención a la comunicación con los pacientes con habilidades limitadas en el lenguaje?

¿He implicado de forma beneficiosa a la familia del paciente en el proceso de enfermería de Cuidados culturales?

¿Estoy incorporando las creencias y practicas tradicionales de salud en los cuidados de enfermería?

¿La relación terapéutica con el paciente es culturalmente sensible y culturalmente apropiada?

Las respuestas a estas preguntas que aparecen en las entrevistas a los profesionales de los cuidados de la 2ª planta (3 profesionales entrevistados) se muestran en el apartados NIVEL COMUNITARIO de los Resultados.

Otra de las teorías que se pretendió que aparecieran como “alma mater” de todo este trabajo de investigación, que lo ha guiado desde sus comienzos hasta la actualidad y que define los pasos a seguir en un futuro es el Modelo de Competencia Cultural de Dula Pacquiao (PACQUIAO, 2003), el cual se basa en los siguientes puntos:

Este modelo reconoce que la competencia cultural es adaptable en varios niveles, no está limitada al profesional únicamente sino también a la organización sanitaria y a la comunidad. He notado que aunque un profesional sea culturalmente competente, éste suele encontrar una fuerte resistencia en la organización y la comunidad.

Este modelo es la síntesis de las ideas de otros autores y tiene tres asunciones principales:

- 1.- los seres humanos tienen un derecho a que se tomen decisiones éticas culturales y competentes.
- 2.- la competencia cultural ocurre en tres niveles: el profesional sanitario, la organización y la comunidad / sociedad.
- 3.- se necesitan tres niveles de asistencia cultural: paciente/ familia, organizacional y comunitario.

En el continuo de los derechos humanos, el profesional sanitario y la organización deben tener la flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades de un paciente occidental quien valora la autonomía individual, la autodeterminación y la parte biomédica así como a las necesidades de un paciente que cree en la figura del grupo o familia, en el holismo y en las terapias alternativas.

3.6.5.- Instrumentos y Técnicas para la investigación

La información se recogerá directamente de los participantes que superen el criterio de inclusión y que consientan expresamente formar parte del estudio. Esta información se recopilará empleando los siguientes instrumentos y pautas de entrevista:

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Este cuestionario ha sido diseñado para obtener información útil para describir el perfil de los participantes en el estudio: edad, género, lugar de nacimiento, estatus socioeconómico... Las variables mencionadas se utilizarán para describir las características de los participantes y con la finalidad de determinar su relación con variables dependientes e independientes. Al comienzo de cada cuestionario se especificará el país de procedencia (al que más tarde se le asignará un código de identificación, con la finalidad de poder agrupar y analizar la información más fácilmente) que en todos los casos es HOLANDA. Además deberá constar la fecha de la entrevista (día/mes/año), el lugar de la entrevista, género, el estado civil, la edad, la fecha de nacimiento, personas que le acompañan en España, el tipo de trabajo que realiza habitualmente, personas a su cargo (en cuanto a cuidados se refiere), formación académica, cómo calificaría su nivel socioeconómico, años vividos en su país de referencia, religión/creencias, nº veces que había estado anteriormente en contacto con el sistema sanitario español, nº de veces en contacto con el sistema sanitario de su

propio país, así como animales domésticos que tiene a su cargo (ya que estos suponen una responsabilidad y requieren unos cuidados).

Mas tarde, en el apartado RESULTADOS se mostrara un resumen de las características o Perfil demográfico de estos pacientes, a partir de la información obtenida con estas variables y posteriormente se relacionaran algunas de ellas con determinados patrones de salud o DOMINIOS.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LOS CUIDADOS QUE DESEMPEÑA ENFERMERÍA

Este protocolo se desarrolló para determinar la percepción que los extranjeros centroeuropeos hospitalizados en España tienen acerca de la atención que reciben de los profesionales de enfermería, así como las estrategias y recursos empleados para afrontar el shock cultural que se da en la mayoría de los casos. Esta entrevista constará de 20 preguntas. Las respuestas a las preguntas se apuntarán en el espacio dejado para tal fin en la hoja de entrevista que se creo. Las entrevistas serán llevadas a cabo por el investigador principal y el personal cualificado en la lengua de origen de los pacientes y que se supone punto de referencia para estos dentro del sistema sanitario. Las cuestiones que forman parte de la entrevista son:

¿En relación a sus creencias religiosas, considera que fueron respetadas y cubiertas suficientemente?

¿Influyó la actividad de Enfermería a la hora de descansar o dormir?

¿Se sintió mal por no tener la suficiente intimidad en sus necesidades íntimas?

¿Le resultó difícil tener que amoldarse a una dieta española?

¿Hubiera modificado en su mayor parte los horarios: comida, sueño, etc...?

¿considera que su familia estuvo también bien atendida?

¿cómo definiría la dieta que se le administró?

¿a qué productos le costó más acostumbrarse?

¿considera que los cuidados sobre su higiene personal fueron adecuados?

Es importante destacar que para la realización de cada formulario (incluyendo todos los instrumentos) se empleó una media de 40 minutos. Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares neutros, normalmente en algún despacho de la Unidad de Hospitalización –2ª planta- y nunca dentro de la habitación.

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD/ INFORMACIÓN QUE APORTAN LOS INFORMADORES CLAVE

Se refiere a la información de más que puedan aportar aquellos colaboradores dentro de la realización del trabajo. Referido al interés mostrado por los extranjeros, aquellos puntos que los instrumentos de medida no tocan y que los pacientes comentan, la extensión de algunos de los pacientes en alguna pregunta concreta, sucesos, eventos o situaciones que los extranjeros manifiesten al margen de lo estipulado en las entrevistas. Esta información se puede recopilar mediante un diario de campo o a través de entrevistas sucesivas con los informadores clave. En este caso se llevó a cabo una entrevista en profundidad con los informadores clave:

- Informadora clave A: que se trataba de la jefa del Departamento de Extranjeros y que es la persona a la cual recurren siempre los holandeses cuando existe algún problema. A su vez, es de origen holandés y ejerce de interprete con estos pacientes.
- Informador clave B: se trataba en este caso de un estudiante de la Diplomatura de Técnicos en Alimentos de la Universidad Miguel Hernández de Alicante,

quien realizo una encuesta de satisfacción sobre el servicio de dietética y entre toda la muestra encuestada habían pacientes holandeses.

La información que ambos dos aportaron fue útil, especialmente para definir el papel del familiar/ acompañante, así como comprender mejor determinadas situaciones de shock cultural.

Las entrevistas a los informadores clave se calcularon en 120 minutos y se llevaron a cabo en un despacho de la Clínica Vistahermosa. Para ello únicamente se les pidió que hablasen sobre este tema. En la entrevista solo estuvieron presentes el informador clave –cada uno por separado- y el investigador principal.

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD/ INFORMACIÓN QUE APORTAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Para ello se eligió a 3 profesionales de Enfermería –D.U.E.- de la 2ª planta de los 9 que hay en plantilla y se llevaron a cabo 3 entrevistas en profundidad de 90 minutos aproximadamente en la sala de Enfermería de dicha unidad y en la Cafetería de la clínica. Se eligió a estas 3 personas por tratarse de personal que cubre la mañana, la tarde y la noche, que conocen el servicio y a los pacientes holandeses desde que se hizo el convenio con su sistema de salud. Se decidió parar de hacer entrevistas a otros profesionales de la unidad puesto que se considero que la información ya estaba saturada y que mucha información se repetía en las 3 entrevistas. Algunas de las preguntas que se emplearon durante la entrevista fueron:

- ¿Se siente abierto/ a a la comprensión de la forma en que las tradiciones de salud del paciente son diferentes a las suyas?
- ¿Ha prestado suficiente atención a la comunicación con los pacientes?
- ¿Ha implicado de forma beneficiosa a la familia del paciente en el proceso de enfermería?
- ¿La relación terapéutica con el paciente es culturalmente sensible y culturalmente apropiada?

Todas estas cuestiones pertenecen a la puesta en practica de la autoevaluacion que Rachel Spector recomienda a los profesionales de los cuidados para conocer su actitud en cuanto a los cuidados culturales (SPECTOR, 1999). Además también se les pregunto sobre los cuidados en cuanto a la alimentación, comunicación, higiene, descanso e intimidad.

4.- DESARROLLO DEL TEMA A ESTUDIO

4.1.- Resultados

En cuanto a la presentación de los resultados cabe aclarar que se hizo por grupos denominados NODOS correspondientes a cada uno de los DOMINIOS con los que se trabajó –alimentación, descanso, comunicación, higiene e intimidad-, siguiendo el Modelo de Competencia Cultural de Purnell –donde se destacan 12 dominios para trabajar con los usuarios de los sistemas de salud-. Dentro de cada NODO – correspondiente a cada DOMINIO- se diferenciaron 3 NIVELES: individual -del paciente-, familiar y comunitario –referido a su interrelación con los profesionales de Enfermería del centro-. Mientras que en los NIVELES FAMILIAR y COMUNITARIO se presentaron los resultados directamente, en el NIVEL INDIVIDUAL se hizo otra categorización interna diferenciando entre las denominadas CATEGORÍAS: satisfacción y relación con las variables. Como instrumento para presentar los resultados y analizar la información se empleó el programa informático NUDIST- con la finalidad de esclarecer el método analítico cualitativo y ayudar a su entendimiento-. Por lo tanto, la estructura que veremos –en la presentación de resultados- para cada uno de los DOMINIOS elegidos sería la siguiente:

NODO A: Dominio elegido para el estudio

- NIVEL INDIVIDUAL

CATEGORÍA I: Satisfacción del paciente

CATEGORÍA II: Relación de la información individual con las variables

- NIVEL FAMILIAR
- NIVEL COMUNITARIO

Para cada uno de los NODOS se utilizó toda la información obtenida de las investigaciones llevadas a cabo entre los años 2002 y 2003, tanto de la investigación preliminar como de la profundización posterior.

Antes de comenzar mostrando la información conseguida para cada uno de los NODOS, se hace necesaria la presentación de los datos demográficos obtenidos acerca de las variables empleadas de forma general para toda la muestra estudiada.

DATOS DEMOGRAFICOS GENERALES SOBRE LA MUESTRA

La información que a continuación se presenta nos da una idea sobre el perfil de los pacientes que conformaban la muestra del trabajo de investigación y nos facilitan la comprensión y entendimiento de toda la información que a partir de ahora aparecerá:

- El porcentaje de hombres entrevistados fue del 18%, mientras que el 82% restante eran mujeres.
- El 73% de la muestra fueron pacientes de origen étnico holandés mientras que el 27% restante aún siendo residentes en Holanda tenían otras procedencias étnicas como: Tailandia, India y Polinesia. Estos últimos contaban con más de 20 años residiendo en Holanda.
- En cuanto a la religión, el 36% se consideraron católicos, el 26% cristianos reformistas y el resto (38%) se consideraron dentro del grupo de ateos y no contestan.
- El 97% de los entrevistados contaba como mínimo con educación básica o media (2 de los cuales tenían estudios superiores), mientras que el resto decían no tener estudios coincidiendo con los holandeses de diferente origen étnico.

- Todos los entrevistados comentaron tener un nivel económico medio/ alto.
- El 45% de los participantes comentaron tener animales domésticos en casa.
- En cuanto a la edad media y el genero podemos afirmar que la muestra resulta representativa de la población a estudio, puesto que también hay mas mujeres que hombres y la edad media se encuentra entre 55 y 60 años.

RESULTADOS POR NODOS O DOMINIOS

NODO A/ Dominio ALIMENTACIÓN

NIVEL INDIVIDUAL

CATEGORÍA I: Estado de satisfacción

En líneas generales, el 85% se quejó del tipo de comidas, de los alimentos en sí, la preparación y presentación de los mismos, así como de los horarios establecidos para estos.

CATEGORIA II: Relación con las variables

- ETNIA: Las personas que provienen de otras culturas diferentes a la holandesa son más receptivas con la dieta española. Especialmente aquellos que han tenido que adoptar otros tipos de religión diferentes a la suya original y se han tenido que amoldar, aun viniendo de otras culturas originarias al prototipo de vida de la familia holandesa. Algunos destacan algún producto como el pan y el pescado pero se amoldaron bien a los horarios y a la dieta, en general.

- **GÉNERO:** Fue mucho más difícil para los hombres acostumbrarse al tipo de dieta – especialmente al aceite, a los sabores y a las texturas-, refieren que está sosa y fría. No se acostumbran a los horarios. Es curioso destacar que todos eran hombres casados. Las mujeres por otra parte resultan ser mucho más permisivas y aunque plantean algunos problemas o críticas, la calificación final es positiva y la califican de buena o muy buena.
- **RELIGIÓN:** La religión que prima es la cristiana católica. Es curioso observar como el ateo expone mucho mas abiertamente sus quejas y criticas hacia lo que le gusta o disgusta, mientras que el católico aunque expone sus quejas de forma menos rotunda y blanda, finalmente da una valoración positiva.
- **ESTADO CIVIL:** Se observa una cierta homogeneidad en aquellas mujeres casadas y con hijos / sin hijos. Sólo se quejan de los horarios pero argumentan que se acostumbraron muy bien. Hacen valoraciones positivas de la dieta en general, mientras que las viudas y los hombres casados son más críticos y plantean más problemas.
- **ANIMALES DOMÉSTICOS:** La gente que no tiene animales domésticos fue la que planteó menor número de problemas con la dieta e hizo un valoración muy positiva de la misma.
- **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** No resultó valorable puesto que el 100% de los participantes definieron su situación como desahogada y adecuada, donde sus ingresos se adecuaban a sus gastos y sin embargo aun perteneciendo todos a un mismo grupo –desde el punto de vista del nivel socioeconómico- la dispersión de la información en las respuestas fue muy variada.
- **NIVEL DE FORMACIÓN ACADEMICA:** La gente con estudios superiores suele hacer valoraciones mucho más positivas de la dieta, argumentan mucho más su críticas en comparación con la gente que tiene una educación básica y ninguna y que se ha dedicado más a las tareas del hogar. La gente con mayor formación también parece estar mas abierta a probar cosas nuevas.

NIVEL FAMILIAR

El papel que en el caso de la ALIMENTACIÓN se le otorga a la familia o acompañante del paciente holandés por parte de los profesionales e informantes clave es:

- Muchas veces cuando el paciente no come –sea por las razones que sea- es el familiar el que prueba las comidas.
- En general al familiar/ acompañante le suelen gustar mas los productos españoles y esta mas abierto a probar platos distintos.
- El familiar/ acompañante se encuentra mas satisfecho con respecto a la alimentación que la institución les proporciona que el propio paciente.
- Se amoldan muy bien a los nuevos horarios de alimentación. De hecho se han acostumbrado perfectamente a los horarios del servicio de Cafetería del centro y prácticamente no ha habido problemas por parte de la familia/ acompañantes en este aspecto.
- En el caso de que el paciente necesite ayuda para poder alimentarse, no se prestan como ayuda, esperan que el personal lo haga.

NIVEL COMUNITARIO

El personal de enfermería refiere que los pacientes consideran los siguientes puntos:

- Las bandejas, según el paciente, no siempre esta higiénica, en cuanto a platos y cubiertos.
- Parece que no les gustan las bandejas y los platos con que se les sirven las comidas.

- Se quejan de que a veces transcurre mucho tiempo hasta que se les recoge la bandeja.
- Les gustaría que el personal les diese mas explicaciones en cuanto a lo que les están sirviendo.
- No están nada de acuerdo con la temperatura a la cual se les sirve la comida pero no entienden que algunos platos deben servirse así, como por ejemplo el gazpacho andaluz que siempre comentan que esta frío.
- En ocasiones no les parece agradable el olor y sabor de los alimentos ya que resultan nuevos para ellos.
- No suelen quejarse de la cantidad de comida que se les sirve.
- En ocasiones piden cosas que no se corresponden con su dieta prescrita y no entienden que no se les pueda dar.
- No consideran suficiente la variación de los menús.
- En los desayunos agregarían zumos y yogur.
- La comida les parece suficiente aunque un poco tarde.
- En la cena añadirían mas frutas
- En general siempre comentan que todo estuvo bastante bien y parece que el servicio de dietética aprueba el examen holandés.
- Los profesionales sienten que este es uno de los temas que menos controlan en cuanto al paciente holandés. Tienen la sensación de que no suelen acertar con ellos y no comprenden lo que les gusta y lo que no. No se sienten culturalmente competentes en general con el tema de la alimentación puesto que además no pueden explicarles en su idioma las características de cada plato y la forma en que debe comerse. Comprenden que los pacientes no se sientan satisfechos ya que ellos tampoco se sienten satisfechos con su propia situación porque no saben

como deberían solventarlo. En este caso se unen dos aspectos fundamentales que son: la alimentación y la comunicación, donde la comunicación se convierte en el principal obstáculo para que el paciente se sienta satisfecho con la alimentación.

NODO B/ Dominio DESCANSO

NIVEL INDIVIDUAL

CATEGORÍA I: Estado de satisfacción

Mientras que el 55% de los participantes no refieren tener algún problema al respecto, encontramos opiniones dispersas en el 45% restante haciendo referencia al ruido -“escándalo”- de los profesionales, a los horarios establecidos de sueño y a las interrupciones debidas a la administración de medicación.

CATEGORÍA II: Relación con las variables

- ETNIA: Aquellos de procedencia no holandesa en general no se quejaron de este patrón, aunque en un caso se manifestó que no era el lugar más adecuado para las curas de sueño. No se sintieron estorbados pero tampoco lo definirían como un lugar de paz y relajación. Son los holandeses los que más se quejan de esto, aunque hay discrepancias entre los que se quejan y los que nada en absoluto. Los que se quejan lo achacan a mucho ruido con la administración de la medicación.

- **GENERO:** Son los hombres los que más se quejan achacando mucho ruido y la manera en que la actividad de Enfermería les influía a la hora de dormir. En cuanto a las mujeres no hubo ningún problema, no se quejan en general pero aún así una nombra lo de las curas del sueño y otra que al entrar para hacer su trabajo le despertaban. La mujer parece ser mucho mas comprensiva con estas situaciones que el hombre y convierte las quejas que hace el hombre en sugerencias o puntos a mejorar.

- **RELIGIÓN:** Existe una gran diferenciación en cuanto a la religión, puesto que los casos que más se quejaban de este patrón pertenecían a grupos religiosos completamente diferentes como: los reformistas, católicos, ateos o sin religión.

- **ESTADO CIVIL:** Aquellos que estaban casados parecían quejarse mucho mas y planteaban mas problemas que el resto con respecto a los horarios de la medicación en la noche, mientras el resto comento de forma anecdótica el alto tono de voz de la cultura española.

- **ANIMALES DOMESTICOS:** Resulto curioso descubrir que aquellas personas con animales domésticos en casa, que habían cuidado hijos y que viven con su esposo/ esposa se sentían mas molestos que el resto con las posibles molestias durante las horas de sueño.

- **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Aunque ya hemos visto que la muestra es muy homogénea en este aspecto, podemos decir que existe una gran dispersión de la información en cuanto al patrón de descanso y sueño y el nivel socioeconómico.

No podríamos afirmar por la información obtenida y hasta el momento que el nivel socioeconómico sea representativo en su relación con el patrón descanso.

- **NIVEL DE FORMACIÓN ACADEMICA:** Aquellas personas con estudios superiores e incluso que han ejercido profesiones con mayor responsabilidad son las propensas a quejarse de cualquier problema, ruidos, voces durante su descanso, mientras que la figura del ama de casa holandesa es la que menos pone problemas en este DOMINIO.

NIVEL FAMILIAR

Este quizás sea uno de los DOMINIOS en los que mas interviene la familia, ya que muchas veces es el propio familiar/ acompañante el que se queja y no el paciente. Debemos tener en cuenta que este familiar acompaña al paciente durante todo el día incluso en la noche –ya que se les acomoda en habitaciones dobles- y es probable que su propia necesidad de descanso y privacidad haga que se vuelvan participes de determinadas quejas como la administración de medicación en la noche. Sin embargo, no plantean ningún problema en cuanto al tono de voz español e incluso les suele parecer gracioso. Esta situación hace cuestionar el hecho de que en algunos casos sea el propio paciente el que exprese quejas que realmente tiene el propio familiar.

NIVEL COMUNITARIO

En muchas ocasiones son los mismos profesionales los que se quejan o manifiestan estar hartos de que pongan tantos problemas con la administración de

medicación en el turno de la noche. Aceptan el que digan que los españoles tienen el tono de voz más fuerte pero manifiestan que la medicación nocturna está pautada por sus mismos médicos y que ellos no pueden hacer más que entrar con mucho cuidado de no hacer ruido en cada una de sus habitaciones. Los profesionales también argumentan que no estaban acostumbrados a este tipo de quejas o problemas por parte de los pacientes y que por gusto no entran a las habitaciones a determinadas horas. Con respecto a estas situaciones los profesionales piensan que ellos no pueden hacer más y que no se trata de ser más o menos sensibles con la cultura de los holandeses. Manifiestan que son los pacientes los que deben adaptarse a estas situaciones y que no es cuestión de competencia cultural, sino de sentido común y adaptación.

NODO C/ Dominio IDIOMA Y COMUNICACIÓN

NIVEL INDIVIDUAL

El 95% de los entrevistados comentan el problema de la diferencia de idiomas. A su vez destacan este problema como algo común ya que el profesional no habla holandés pero ellos tampoco pueden comunicarse en castellano. Se destacó como positivo el hecho de que los profesionales intentasen hacerse entender y como negativo el que algunos ni siquiera hablasen en inglés. Por otra parte, el 100% destacaron que podían expresarse con toda naturalidad y dirigirse tanto a los profesionales hombres como mujeres, sin excepción y con total accesibilidad. Se sintieron cómodos al dirigirse a los profesionales de enfermería. Nos encontramos pues con un punto donde parece

existir una cierta equidad de pensamiento, es por ello por lo que no resulta adecuado el relacionar este sentimiento con las variables ya que la información es siempre la misma.

NIVEL FAMILIAR

En todo momento la familia manifestó por varias vías que se sintieron, aun no hablando el mismo idioma, bien atendidos y que se les entendía. Cuando abandonaron el centro siempre se agradeció el esfuerzo del personal –algunos ya entienden algo de holandés y hablan algunas palabras- y sobre todo el Trabajo del Departamento de Extranjeros, así como traductores e interpretes. Siempre hubo alguien dispuesto a escucharles.

NIVEL COMUNITARIO

Los profesionales han manifestado que nunca ha habido ningún problema con el tema del idioma aunque de buenas a primeras pareciese un tema complejo. Parece que existió una buena comunicación no verbal y en cuanto a la verbal se hizo lo que se pudo según nos cuentan los profesionales. Aun así no parece, en absoluto, que este sea el punto mas importante a mejorar para que se sientan mas satisfechos ya que ellos mismo también piensan que deberían hacer algún curso o procurar conocer algunas palabras básicas. Con respecto a este punto, los profesionales siempre se han considerado culturalmente competentes ya que desde el primer momento se han hecho entender y han empleado el lenguaje no verbal y los gestos para comunicarse. Refieren que son ellos los que han hecho el esfuerzo desde el principio y el paciente ha sabido agradecerse.

NODO D/ Dominio HIGIENE

NIVEL INDIVIDUAL

En cuanto a la Higiene el 91% no presenta ningún problema, excepto en algún caso que referían que el personal resulta inaccesible y poco comunicativo durante las higienes. Esto ocurrió especialmente en el caso de la paciente de Indonesia. En cuanto a la familia, no suele participar en los momentos de higiene. En este caso no podemos plantear una diferenciación de resultados en base a las variables puesto que todas las respuestas fueron similares y no hubo quejas ni problemas en este punto excepto el comentario de la paciente holandesa que había nacido y vivido su infancia en Indonesia y que podríamos pues hacer referencia a una incidencia en la VARIABLE ETNIA.

NIVEL FAMILIAR Y COMUNITARIO

La única información que tenemos con respecto a la familia en este NIVEL es que no suelen participar y ayudar en la Higiene de su acompañante. De hecho, el personal refiere que no entienden esa actitud de alejamiento y lo achacan a dos posibles razones: por un lado porque puede que piensen que están molestando mientras los

profesionales realizan la higiene o porque aun siendo familia o muy allegados piensan que es una situación de intimidad del paciente y prefieren retirarse. En este punto los profesionales refieren que no han tenido que adaptarse en nada al paciente con respecto a su Higiene, ya que han continuado haciendo lo mismo que hacen con los pacientes autóctonos, es decir, una higiene con respeto y profesionalidad.

NODO E/ Dominio INTIMIDAD

En cuanto a la Intimidad, el 100% destacan que sintieron sus necesidades de intimidad colmadas, destacando lo respetuoso que fue el personal y lo discretos, especialmente en las necesidades mas intimas. Sobre este NODO no se consiguió mas información puesto que la valoración fue 100% positiva. Este tipo de pacientes no parece haber manifestado otro tipo de necesidades: espirituales, de compartir sentimientos con el personal... Podría tratarse de una característica cultural el hecho de no expresar determinados sentimientos, además de que ya venían acompañados por una familiar o acompañante que se le presupone las funciones de confidente y por un periodo de tiempo limitado con lo que se marchan cuando comienzan a tener confianza con los profesionales. No podemos hacer clasificación por variables puesto que las respuestas fueron unánimes. Por otra parte el personal no suele comentar nada al respecto de este tema puesto que consideran que su forma de actuar siempre es respetuosa hacia la intimidad de cualquier paciente, no solo de estos sino también con los autóctonos.

Como se puede observar, en el apartado RESULTADOS se han debido modificar algunos aspectos estructurales de acuerdo a los cambios y reorganización de la información obtenido. Han sorprendido algunos resultados, especialmente la cantidad y calidad de información, no solo por parte del paciente sino también del profesional y los informadores clave, en algunos DOMINIOS y NIVELES concretos y la carencia en otros. Ha quedado claro cuales son los DOMINIOS conflictivos o susceptibles de mejora ya que además las percepciones de todos los grupos apuntaban siempre hacia los mismos puntos –ha existido consistencia interna por parte de: pacientes, profesionales e informadores clave-. Al margen de los resultados presentados, se ha recopilado mas información dentro de las VARIABLES o en las entrevistas con los informadores clave que aquí no se ha reflejado pero que podrían dar luz a otros posibles trabajos, dentro de la misma metodología, aunque tratando PATRONES DE SALUD o DOMINIOS diferentes.

4.2.- Discusión del tema

Es necesario recalcar que las expectativas de casi la mitad de los pacientes se vieron superadas. Este es un punto determinante para nuestra valoración como positiva de la satisfacción. Las expectativas están consideradas como el factor principal que influye en la satisfacción de las personas (SITZIA & WOOD, 1997; BOND & THOMAS, 1992). Por lo tanto esto nos hace presuponer que las expectativas de los clientes eran inferiores a lo que se les ofertó finalmente.

Los aspectos relacionados con el descanso son uno de los apartados en los que las diferencias culturales han podido influir más. La diferencia en cuanto al tono de voz, los horarios de medicación, la hora de comenzar el descanso y su duración pueden haber sido importantes. A este respecto no se puede influir mucho en cuanto a la organización. Sinceramente no creemos, ni esperamos que en estos países no se administre medicación a medianoche, cuando sea necesaria. Sin embargo sí se puede explicar desde el ingreso cuáles son las rutinas que se llevan a cabo de forma habitual y su porqué, con el fin de que se entienda que es importante para su recuperación y que no les coja desprevenidos.

En sistemas tan multiculturales como el de Estados Unidos la comunicación con pacientes de diferentes culturas y de diferentes idiomas supone un gran problema (LUCKMAN, 1996), tanto para los profesionales como para los pacientes. En nuestro contexto también hemos detectado esta dificultad, al no verse reflejadas las medidas tomadas por la clínica (intérpretes de diferentes idiomas, el conocer idiomas como criterio para la contratación de enfermeras...), directamente en este apartado, aunque pensamos que si estas no se hubiesen tomado, las respuestas positivas a los otros apartados habrían disminuido. Con la

comunicación todos los esfuerzos son necesarios pero siempre insuficientes.

No podemos obviar la existencia de ciertas características de los pacientes que podrían haber influido de cara a mejorar su satisfacción como es el hecho de que no fuese una población joven o el sesgo de gratitud (SITZIA & WOOD, 1997). Sin embargo la clase social o el nivel de educación podrían haber influido de forma negativa a priori, cosa que no ha sucedido. Consideramos, de todas formas que la muestra es demasiado pequeña y homogénea como para poder extraer datos significativos, en cuanto a la influencia de estas características.

Al tratar estos temas transculturales en el ámbito sanitario podemos caer en el error de intentar imponer nuestra cultura, hospitalaria y occidental; o bien hacer que el paciente extranjero se sienta como si no hubiese salido de su país. No debemos ir ni a un extremo ni al otro. Ni se deben adaptar ellos al 100%, ni nosotros. Sus características culturales van a influir en su proceso de enfermedad y de la misma forma en su recuperación y en la forma que viven todo este proceso. El fenómeno que más suele llamar la atención es el del “abandono”, que se suele producir porque la familia considere que quedándose junto al paciente van a influir negativamente en su recuperación, y por el hecho de que se sea menos expresivo al demostrar los sentimientos. Se podría valorar y negociar con los parientes, en qué caso se considera que pueden ser de ayuda.

Tampoco nos debemos dejar llevar por la sensación de que como aparentemente son más calmados, no por ello se preocupan menos por su situación y pueden necesitar apoyo, tanto la familia como el paciente. Habría que reestructurar esta forma “silenciosa” de vivir la enfermedad, por las consecuencias psicológicas negativas que podría acarrear.

Es necesario investigar más a fondo la existencia de enfermedades ligadas a su cultura (alcoholismo, depresión...), para conocer mejor su relación con la patología que les suele traer al hospital con el fin de abordarla de una forma holística, solucionando definitivamente el problema y evitando nuevos ingresos. También se debería trabajar más a fondo el tema de los valores y significados que este grupo concreto le da al concepto de salud y enfermedad para más tarde poder compararlo con los de los profesionales sanitarios que le atienden.

En cuanto a la muestra podemos decir que fue representativa puesto que representa casi al 100% a todos los pacientes que acudieron en el periodo de investigación a la Clínica, tanto en el preliminar como en el trabajo posterior. Además también resulta representativa con respecto a todos los pacientes que habían acudido a la clínica desde que este proyecto comenzó puesto que son algo más de 200 actualmente y en general existe paralelismo en el número de hombres y de mujeres y en cuanto a las edades y el perfil de los pacientes en líneas generales.

Por otra parte la postura del investigador principal fue bastante neutra puesto que conoce la situación, la política adoptada y el funcionamiento ya que es trabajador del mismo centro pero no está en contacto directo con estos pacientes y no representa un cargo que pudiese sesgar la información que tanto los pacientes como los mismos profesionales pudieran darle.

También la información obtenida del personal resultó muy fiable ya que la muestra elegida fue muy representativa y se dejó de entrevistar ya que se encontraba que la información estaba agotada, además la información se la dieron a su mismo compañero, es decir, de igual a igual y con el compromiso de privacidad.

En cuanto al lugar de la entrevista de los extranjeros podemos destacar que se llevó a cabo en una sala neutra también, nunca en las habitaciones de los pacientes o en los despachos de dirección ya que podrían haber sesgado la información recopilada.

Con respecto al personal, las entrevistas fueron más informales y se llevaron a cabo en la sala de enfermería del servicio o en la cafetería del centro, creando así un ambiente distendido y de profesional a profesional.

En lo que respecta al idioma podemos decir que fue el adecuado a cada situación: holandés para los pacientes y español para los profesionales entrevistados. De hecho, en cada entrevista a los holandeses estaba presente el traductor-interpretador –que a su vez se trataba del informador clave- y el investigador principal –más pendiente en todo momento de la comunicación no verbal del entrevistado-.

El trabajo se encuentra muy protocolizado en cuanto a la organización de los datos -

especialmente de los resultados- por lo cual podría reproducirse en cualquier momento, es por ello por lo que se le pretende dar forma de modelo o modelo a seguir.

El trabajo en si resulta adecuado en cuanto a la selección del lugar y la población a estudio ya que se trata del primer proyecto de plan de choque intereuropeo que se da en España.

Otro de los puntos que quedaron muy bien definidos desde el principio y que de hecho han salido reflejados en el estudio es el del contexto cultural de base, es decir, el lugar de hospitalización de los pacientes extranjeros donde existe una subcultura de identidad propia del servicio y que actualmente parece haber asumido en parte el tema de los extranjeros. El trabajo decidió realizarse pasado un prudente periodo de tiempo desde que se comenzó con el proyecto de plan de choque ya que los principios podrían no haber sido representativos por su naturaleza incipiente de choque cultural y adaptación a todo tipo de situación –especialmente por parte del personal-. En el momento en que se decidió a trabajar este tema ya existía una cierta tradición en la 2ª planta con los holandeses y resultaba menos sesgada la información obtenida.

Por otra parte cabe destacar las líneas de investigación que este trabajo abre desde la perspectiva de las políticas sanitarias. Resultaría interesante poder extrapolar dicho trabajo a otros fenómenos sociosanitarios como el de los planes de choque u a otros tipos de plan de choque no solo en España sino en otros países y otros tipos de pacientes tomando como premisas: perfil o características del paciente, satisfacción ante un sistema sanitario nuevo y competencia cultural por parte de los profesionales de los cuidados.

4.3.- Conclusiones

Los pacientes holandeses, con los cuales se trabajó en la muestra, se encuentran en edades superiores a los 55 años, lo cual nos hace presuponer que parten de costumbres y hábitos muy arraigados a la cultura propia. Curiosamente aquellos que menos problemas presentaron eran los que aún procediendo de otros orígenes étnicos (Polinesia, India) residían desde hace más de 20 años en Holanda, ya que aunque han adquirido costumbres de la tierra que les acogió, son mucho más tolerantes con las costumbres de otras culturas como en este caso la española.

Tienen claro que el problema del idioma es común, tanto de ellos como de los profesionales y en algunos casos sugieren que ellos deberían recibir algún curso de idiomas.

Aunque la institución sanitaria elabora un menú común de España, parecen reacios al mismo concluyendo aquí que la situación de verse ingresado o con un problema de salud está reñida con el exotismo de las costumbres típicas de un área cultural diferente a la propia. Sin embargo, es mayor la predisposición de los acompañantes a realizar turismo por la zona y a probar nuevos sabores, productos y platos típicos (LILLO, 2003c).

Es interesante destacar el problema que les plantea determinados patrones culturales como el del tono de voz, ya que el propio español lo consideran como muy alto y escandaloso.

Aunque en general destacan una buena comunicación en todos los ámbitos, parece que durante los momentos de más intimidad como la higiene se acusa más la falta de comunicación por parte de los profesionales.

Desde la perspectiva de la satisfacción también parecen haber quedado satisfechos, en líneas generales, con la atención recibida por Enfermería, especialmente en puntos como:

- El respeto a la intimidad.
- La educación y el respeto mostrado hacia ellos.
- Su interés por hacerse entender y entablar conversaciones aún no hablando el mismo idioma.
- Sin embargo, no parecen tan satisfechos con necesidades tan básicas como los productos presentados en las dietas, la falta de interés demostrada por sus horarios de comidas y descanso.

En definitiva, podemos decir que este tipo de trabajo resulta útil para la aproximación minuciosa a los problemas que los pacientes/ clientes procedentes de otras culturas le plantean a los profesionales de Enfermería en cuanto a sus necesidades, a la organización e incluso a las funciones de los mismos. Es cierto que la aproximación a estos puntos positivos y negativos de la atención ha sido llevada a cabo desde diferentes perspectivas que en conclusión han sido efectivas.

También debemos concluir recalcando que una vez realizado el análisis de la percepción de estos pacientes, interpretamos que la alimentación, el descanso y el idioma son las situaciones susceptibles de mejora de forma más acusada. Sin embargo debemos diferenciar entre lo que consideramos barreras percibidas, en el caso del idioma y factores alterados en el caso de la alimentación y los horarios.

Podríamos decir que si la enfermedad o la situación de ausencia de salud a la que se enfrenta este tipo de paciente supone un cierto riesgo para la vida –ya que esta relacionada con una intervención quirúrgica de alto riesgo y que le condicionara posteriormente- todos los recursos del paciente –a nivel físico, mental, emocional y espiritual- entran en funcionamiento para buscar un equilibrio a todos los niveles en el ser humano y combatir esa situación, por lo tanto parece que al individuo le quedan pocos recursos para aquello a lo que llamamos satisfacción o salud productiva. Es ante estas situaciones donde queda aun mas justificada la actuación por parte de Enfermería al asumir el grosor de procurar que el paciente se encuentre satisfecho ya que este pondrá menos de su parte que en una situación de salud completa –y esta diferencia la vemos con el familiar que les acompaña-. Por lo tanto podemos decir que esa determinación o diferenciación social entre: “la mentalidad del turista”-que en este caso suele quedar representado por la familia- y “la mentalidad del enfermo”-refiriéndonos al paciente en si- no puede desligarse del factor físico del individuo ya que en todos los casos: los individuos-pacientes experimentaban una satisfacción mas baja, además de un menor interés por conocer tradiciones, productos típicos, hábitos nuevos que los individuos-familiares sanos que se presentaron como mas satisfechos y con mayor interés por todo lo propio de Alicante. Además resulta curioso el hecho de que los pacientes una vez abandonan la Clínica por su propio pie comienzan a comportarse como sus familiares, es decir, adquieren esa “mentalidad del turista” de que hablábamos. Es por todo ello que ante una situación como esta nos encontramos ante lo que podríamos llamar “turismo sanitario” que mas tarde se convierte en un “turismo de salud”.

Por lo tanto, nos encontramos con un tipo de paciente que ha visto retrasada su intervención o tratamiento dentro de su propio país por encontrarse en un lista de espera y que se ha enfrentado a una

intervención de riesgo en un país diferente al suyo en todos los aspectos, con costumbres diferentes, idioma, cultura, etc...todo ello le crea una situación de estrés acerca de su salud, su curación y los cuidados. Además nadie le ha contado en su país como iban a ser esos cuidados, únicamente le comentaron acerca de la intervención y del equipo que iba a acompañarle durante la misma –siendo íntegramente holandés, excepto los anestesistas y enfermería- pero nadie le planteo, nisiquiera el mismo como seria el periodo de los cuidados pre y post quirúrgicos y quien se haría cargo de ellos. Este paciente se encuentra confuso ante un menú que no conoce, un idioma que no entiende, unos gestos que no sabe que significan. Enfermería tiene el reto –y este supone el primer paso- de averiguar que ocurre en estas situaciones, de hacer que las necesidades y preocupaciones de estos pacientes sean escuchados y de incluirlas dentro del proceso de información que recibe el paciente además de procurar que se sienta lo mas satisfecho posible ante una situación en la que nisiquiera el mismo se preocupa por sentirse satisfecho.

Por otra parte el paciente holandés cumple el perfil del clásico “paciente sin poder” o “paciente débil” que no protesta y que hace lo que se le dice sin demandar aquello que creen que les corresponde o un nivel mas alto de atención sanitaria. Quizás esto venga relacionado con el hecho de que para expresar algo lo hacen a través de la responsable del Departamento de Extranjeros y raras veces a través del personal –cuando consiguen entenderse- y nunca por ellos mismos. Este proyecto apunta hacia metas exclusivamente humanas dentro de la practica enfermera pero desde una perspectiva antropológica ya que no podemos reducir el tema de los cuidados en salud únicamente al aspecto económico. Esto demuestra que los profesionales de enfermería realizan una tarea inclusive mayor que la de cuidar a los pacientes, ya que juegan importantes papeles en la educación del paciente, la prevención, promoción de la salud y el servicio a la familia y la comunidad. Otro aspecto a destacar es la receptibilidad al cambio por parte de la institución y del propio personal. Parece que el proyecto continua adelante dentro de la Clínica Vistahermosa y las estadísticas lo demuestran, además el personal parece concienciado sobre las necesidades de estos pacientes y en su mayoría conocen algunas palabras que han aprendido del idioma holandés.

El proyecto que aquí se ha expuesto no es mas que un modelo para incluir mejoras dentro del sistema sanitario, sea cual sea su naturaleza y vaya dirigida al paciente que sea. Aunque no se intervino

directamente en la investigación con la familia, aparecen como unos de los actores mas importantes en todo este proceso –y por ello aparecieron en el apartado de Resultados-, quizás sería interesante incluirlos en posteriores trabajos y buscar formas de implicación de estos en los cuidados.

Este trabajo también nos pone de manifiesto un paso hacia un tipo de sistema sanitario universal europeo, donde los paciente puedan circular por las Eurregiones sin grandes problemas de adaptación, donde sean siempre informados y existan unos estándares para con sus cuidados en salud, convirtiéndose en un modelo de sistema sanitario global y común a los intereses europeos.

La existencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en muchas partes del mundo, lo que viene suscitando un profundo y continuado debate sobre las diversas valoraciones que se hace del término multiculturalismo cuando se liga a modelos de sociedad. Nuestra posición es: el multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad observable: la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes.

Una adopción política del término apunta a considerar el multiculturalismo como un ideal a alcanzar –siempre y cuando se convierta en transculturalidad-, lo que nos introduce en el debate de los modelos de sociedad transcultural.

El multiculturalismo no alude tanto a realidades diseñadas desde arriba como a actitudes fomentadas desde la propia sociedad, debiendo estar presente en las mentes de los ciudadanos y expresarse a través de sus conductas. Desde una posición transcultural el debate debe centrarse en la gestión del espacio público para que incluya las realidades culturalmente diversas existentes en el espacio privado. La palabra clave es la *integración* de culturas, aludiendo a un estado que supera las tendencias contrarias a la asimilación y a la segregación de las comunidades culturales.

Desde el punto de vista de la enfermería el multiculturalismo constituye una gran oportunidad para constatar la universalidad de los cuidados y su diversidad de manifestaciones culturales. Es en este hecho que se fundamenta el modelo de Enfermería Transcultural formulado por Madeleine Leininger durante los años sesenta en EEUU: la práctica de los cuidados entre los seres humanos es un fenómeno

universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra; y por su puesto también otros modelos como: el Modelo de Competencia Cultural de Purnell, el Modelo ético de Competencia Cultural de Pacquiao o el de las Tradiciones Culturales de Spector –todos ellos comentados en este trabajo-.

En el caso de los pacientes holandeses en España se ha podido constatar que su concepto de salud es el resultado de una reinterpretación cultural a consecuencia de su integración en la nueva cultura: prevalece una explicación holística basada en los valores de la cultura indígena (entorno, mitología, religión, determinismo, remedios tradicionales, etc) a la que se incorpora el concepto biomédico de la cultura de acogida, que le proporciona recursos sanitarios hasta ahora desconocidos o inaccesibles.

Los problemas de comunicación se agudizan en el entorno hospitalario. La diferencia de cultura aumenta la ansiedad y el recelo de los pacientes en el postoperatorio inmediato, por lo que los pacientes incrementan los efectos secundarios a una intervención, como el dolor o la agitación. La propia población inmigrante ha identificado la falta de escucha activa de los profesionales, como uno de los principales problemas que se encuentran, tras la falta de papeles, el trabajo y la vivienda digna (INDEX, 2003).

En realidad, la atención sanitaria a la población extranjera no presenta aspectos sustancialmente distintos de los que aparecen en la población autóctona, sino que visibiliza las contradicciones de un sistema sanitario excesivamente rígido, así como las dificultades a las que se enfrentan los profesionales sanitarios en su relación diaria con los usuarios.

Es fundamental que las enfermeras sean sensibles a las particularidades de cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud determinan las expectativas de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería. Por otra parte las intervenciones de enfermería que incorporan prácticas específicas culturalmente adaptadas producen mayores satisfacciones en los clientes.

Entre las estrategias que se proponen para abordar los problemas de salud a los que se enfrenta una sociedad multicultural se pone énfasis en la necesaria participación de las enfermeras junto con otros profesionales del ámbito socio-sanitario en el diseño e implementación de programas gubernamentales de

atención a la población inmigrante o extranjera.

Una visión transcultural enfermera posibilitará su integración en los servicios generales del sistema de salud, evitando así el riesgo de crear guetos asistenciales y segregar a estas poblaciones.

Otros recursos metodológicos ampliamente utilizados por las enfermeras y que son especialmente indicados para la valoración de las necesidades de salud de la población inmigrante son algunas técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, investigación participativa, comunicación no verbal, etc), así como el trabajo comunitario, en el seno de las familias, que incluye la potenciación de la figura del mediador cultural como elemento de enlace entre el sistema de salud y los grupos culturalmente diferentes, a quien a la luz de las experiencias descritas es necesario reconocer su papel facilitador de la comunicación, la interrelación y la proximidad humana y cultural.

Desde el punto de vista de la enfermería clínica hemos contemplado una nueva experiencia encaminada a la adaptación de los instrumentos propios del contexto asistencial para mejor resolver las necesidades de las poblaciones culturalmente diferentes, como es la adopción de herramientas de valoración del nivel de adaptación cultural así como los conocimientos sobre la satisfacción y la percepción del paciente sobre aquello que se le ofrece.

En unos momentos en que los sistemas de salud están experimentando procesos de transformación importantes, las enfermeras deben de mantener una actitud activa y participativa para que las propuestas de cambio sean sensibles a la diversidad cultural y responder a los retos de salud de una sociedad cada vez más compleja, para lo cual se debe de promover la formación intercultural a los profesionales de la salud.

Entre todos debemos de aprovechar la oportunidad que la atención a las personas culturalmente diferentes nos ofrece para visualizar las incongruencias de nuestro sistema de salud y lograr así unas instituciones más justas y más saludables para todos.

El trabajo contesta en todo momento a las preguntas de investigación que se planteaban desde el comienzo del mismo: por una parte, conocemos algo más sobre las características o perfil de este tipo de pacientes, aunque como se dijo en la discusión podríamos ahondar aún más en otros temas, parece suficiente el centrarnos en determinadas necesidades clave para unos pacientes que ingresan para un periodo concreto de tiempo. Por otra parte mediante las técnicas e instrumentos empleados hemos conocido la satisfacción que los paciente referían e incluso se ha cuantificado y por último también hemos sabido lo que piensan los profesionales de los cuidados que diariamente tratan con ellos y como se sienten subjetivamente de adaptados ante dichas situaciones.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Para la presentación de las citas bibliográficas que se muestran a continuación, así como para el estilo de las referencias que a las mismas se hace a lo largo del texto de este trabajo de investigación, se han empleado las normas internacionales elegidas por publicaciones de reconocido prestigio en la Enfermería mundial y concretamente dentro de las Ciencias Sociales como son las Normas o Estilo de Harvard –también denominado sistema autor-fecha-. Las referencias tienen como objetivos, por un lado, dar a conocer los trabajos anteriormente publicados que han servido para fundamentar, apoyar o refutar la información presentada y por otro, dar fiabilidad a la información utilizada documentando el origen de la misma (BOBENRIETH, 1996). Como podrá

comprobar el lector, en las siguientes líneas podrá encontrar referencias a una amplia gama de literatura especializada y científica que va desde los aspectos teóricos y metodológicos hasta las aplicaciones prácticas más específicas dentro de la línea de investigación elegida: los cuidados de enfermería desde la perspectiva antropológica.

ADAM, E.(1982). *Hacia dónde va la enfermería.* Madrid: Ed. Interamericana.

ARQUIAGA, R.(1995). Protocolos. Hasta donde especificar las recomendaciones. *Revista de formación Médica Continuada en Atención Primaria. FMC*, 3(2), 147 – 152.

AUGE, M. (1992). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad.* Barcelona: Antropología, Gedisa ed.

AVIS, M. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2),316-322.

BARBADILLO, P. (1997). *Extranjería, racismo y xenofobia en la España contemporánea. La evolución de los setenta a los noventa.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/ Siglo XXI de España editores, colección monografías.

BERMAN, P.; HIGGINS, J. (2002). Treating patients abroad. Worlds apart. *Health Services Journal*, 112 (5787): 24-26.

BOBENRIETH, MA. (1996). *Partes del artículo científico original.* En BURGOS, R. *Metodología de investigación y escritura científica en clínica.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

BOND, S., THOMAS, L.H.(1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced nursing*, 17, 52-63.

BOYLE, J. (1994). *Styles of ethnography.* En MORSE, JM. (Ed.), *Qualitative health research.* Newbury Park, CA: Sage.

BROUWER, WB.; HERMANS, HE. (1999). Private Clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. *Health Policy*, 47(1):1-17.

BUENO CAMPOS, E.(1994). *La Planificación Estratégica en Hospitales: problemas y enfoques principales.* Barcelona: Ed. M/C/Q.

BUNGE, M. (1976). *La investigación científica.* Barcelona: Ed. Ariel.

CAMPBELL, I.E., LARRIVEE, L., FIELD, P.A., DAY, R.A., REUTTER, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1125-1131.

- CALVO, T. (1997).** *Racismo y solidaridad de españoles, portugueses y latinoamericanos. Los jóvenes ante otros pueblos y culturas.* Madrid:Ediciones Libertarias.
- CHAN, D.S.K. (2001).** Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 447-459.
- COLLIÈRE, M. (1989).** Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol*, 17, 179-180.
- CASABONA, I.; LILLO, M.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003).** Diferencias culturales en una Unidad de Cuidados Críticos. *Aceptado para su publicación 2003 Revista MONITOR de la Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana.*
- CASABONA, I.; LILLO, M.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003).** *Unidad de Cuidados críticos: implicaciones culturales.* Alcira: Ponencia pronunciada durante las Jornadas ASECVAR 2003 en la mesa debate, Hospital de la Ribera, Alcira.
- CAMPINHA-BACOTE, J. (1991).** *The process of cultural competence: A culturally competent model of care.* Wyoming, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- CRIVELLI, L.; ZWEIFEL, P. (1998).** Modelling cross-border care in the EU using a principle agent framework. *Dev Health Econ Public Policy*, 6: 229-257.
- CUERVO, J.; VARELA, L.; BELENES, R. (1994).** *Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias.* Barcelona: Ed. Vicens Vives.
- DEAN, M. (2001).** Alternatives to treatment in the UK. *Lancet*, 358(9280):479.
- ESPADA, ML. (1997).** *¿Europa, ciudad abierta? La inmigración y el asilo en la Unión Europea.* Granada: Instituto Municipal de formación y empleo.
- ESSEN, L.; SJODEN, PO. (1991).** Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11):1363-74.
- FAHRENWALD, NL.; BOYSEN, R.; FISCHER, C.; MAURER, R. (2001).** Developing cultural competence in the baccalaureate nursing students: a population-based project with the Hutterites. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(1):48-55.
- FERNANDEZ DE SANMAMED, MJ. (1995).** Introducción a la investigación cualitativa. *Revista de Formación Medica Continuada en Atención Primaria. FMC.* 1(2):23-28.
- FERNÁNDEZ DE SANMAMED, MJ. (2000).** Adecuación de las normas de publicación en revistas científicas a las investigaciones cualitativas. *DOYMA Atención Primaria Publ.*, 7(25):118-122.

- FITZPATRICK, R. (1984).** Satisfaction with health care. In: Fitzpatrick, R. (Ed.), *The experience of illness*. London: Tavistock..
- FITZPATRICK, R. (1991).** Surveys of patient satisfaction: I- Important general considerations. *British Journal of Medicine*, 302: 887-889.
- FONG, CM. (1985).** Ethnicity and nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 7(3):1-10.
- GARCIA, JL. (1995).** *Como elaborar un proyecto de investigación*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- GIGER, J.; DAVIDHIZAR, R. (1991).** *Transcultural nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- GONZÁLEZ-MORO, LJ. (2002).** *El consentimiento informado*. Madrid: Ed. Medical & Marketing Communications.
- HERMANS, HE. (2000).** Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Khol”. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 6(4): 431-439.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS TRANSNACIONALES (1997).** *Mediterráneo, ¿camino abierto o frontera?*. Cordoba: INET.
- JOVELL, A.J.; NAVARRO, M.D. (1995).** Guías para la práctica clínica. *Revista de Formación Médica Continuada en Atención Primaria. FMC*. 3(2), 152-156.
- KABACCOZ, V. (1982).** *El concepto de dignidad humana*. En VALLS, R (1996). *Ética para Enfermería. Un programa de formación*. Barcelona: Ed. Rol.
- KENNY, C. (2001).** European Health care. Vive la difference?. *Nursing Times*, 97(42):12-13.
- KRISTEVA, J. (1991).** *Extranjeros para nosotros mismos: ¿Será posible la convivencia multirracial en la Europa del siglo XX?*. Barcelona: Plaza & Janes.
- KUNKLER, I. (2001).** Radiotherapy units should be seen as shared resource in EU. *BMJ*, 323 (7319):1004.
- LEININGER, M. (1978).** *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- LEININGER, M. (1988a).** *The essence of Nursing and Health Care*. Detroit, MI: Wayne State, University Press.
- LEININGER, M. (1988b).** Leininger’s theory of nursing: Culture care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4):152-160.
- LEININGER, M. (1991).** *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. Nueva York: NLN National League of Nursing.

- LEININGER, M. (1994).** *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Ohio: Greyden Press (2ª edición)..
- LEININGER, M. (1995).** *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. Nueva York: McGraw-Hill (2ª edición).
- LEININGER, M. (1999).** Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 5-12.
- LILLO, M (2001).** Diario de Campo: Las tribulaciones de un participante observador. *Revista INDEX de Enfermería*, 10 (35).
- LILLO, M. (2002a).** *Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez*. Buenos Aires: CDROM Sociedad NAYA Congreso Virtual 2002.
- LILLO, M. (2002b).** *Subculturas de Identidad en el ámbito sanitario: Enfermería en Intensivos*. Buenos Aires: CDROM Sociedad NAYA Congreso Virtual 2002.
- LILLO, M. (2002c).** Antropología, género y enfermería contemporánea. *Revista ROL de Enfermería*. 25 (12), 56-62.
- LILLO, M; VIZCAYA, F. (2002).** Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: Una aproximación a la Historia y Antropología de los cuidados en la Alimentación. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados* 11(6), 61-65.
- LILLO, M.; CASABONA, I.; GALAO, R.; MORA, MD. (2003a).** Enfermería Transcultural en el contexto de la práctica clínica. 3er Premio de Investigación CECOVA. *Revista de la Comisión de Investigación del Colegio de Enfermería de Alicante*, 1, 1-6.
- LILLO, M.; VIZCAYA, F.; DOMÍNGUEZ, M.; GALAO, R. (2003b).** Investigación cualitativa en Enfermería y Competencia Cultural. *Aceptado para su publicación 2003 Revista INDEX de Enfermería*.
- LILLO, M.; CASABONA, I. (2003c).** El profesional de Enfermería en Cuidados Críticos: subculturas de identidad en el ámbito sanitario. *Aceptado para su publicación 2003 Revista MONITOR*.
- LILLO, M.; VIZCAYA, F.; DOMÍNGUEZ, M; FERRER, R. (2003d).** Síntomas manifestados por mujeres con angina de pecho: un estudio transcultural e internacional. *Revista MONITOR de la Asociación de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana*, 4, 19-21.

- LILLO, M.; CASABONA, I.; MORA, MD.; GALAO, R. (2003e).** La imagen de la Enfermería española en Cuidados críticos vista por los pacientes centroeuropeos. 1er Premio ASECVAR-TD 2003. *Comunicación a las Jornadas ASECVAR-TD/ Hospital de la Ribera (Alcira) 2003. Aceptado para su publicación 2003 en Revista MONITOR.*
- LIPSON, JG.; MELEIS, AI. (1989).** Methodological issues in research with immigrants. *Medical Anthropology*, 12:103-115.
- LÓPEZ ALONSO, SR (2001).** La globalización y la salud en los grupos minoritarios. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los cuidados*, 10(5), 63-71.
- LUCKMANN, J. (1999).** *Transcultural communication.* Albany: Delmar.
- MARTI, J. (2002).** La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros y los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 16(5): 440-443.
- MELEIS, AI. (1992a).** Community participation and involvement: theoretical and empirical issues. *Health Services Management Research*, 5(1):5-16.
- MELEIS, AI. (1992b).** **Cultural diversity research.** En WESTERN INSTITUTE OF NURSING (Ed.). (1992). *Silver threads: 25 years of nursing excellence.* Denver, CO: Western Institute of Nursing.
- MELEIS, AI. (1994).** *International health in a borderless world: Issues in research and ethics.* Chapell Hill, NC: Paper presented for Distinguished Lecture Series in International Health.
- MELEIS, AI. (1996).** Culturally competent scholarship: substance and rigor. *ANS Advanced Nursing Science*, 19(2): 1-16.
- MERKOURIS, A. (1999).** Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7(1):19-28.
- MORIN, E. (1984).** *Ciencia con consciencia.* Barcelona: Anthropos, Editorial del Hombre.
- MORSE, J. (1989).** *Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue.* London: Sage Publications.
- MORSE, J. (1992).** *Qualitative health research.* Newbury Park, CA: Sage.
- MORSE, J.; FIELD, PA. (1995).** *Qualitative research methods for health professionals.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- MURDOCK, G. (1971).** *Outline of cultural materials.* New Haven: Human Relations Area Files.
- OCDE. (1998).** *Tendances des migrations internationales.* Paris: Rapport annuel, OCDE.
- PAIGE, MR. (1986).** *Cross-cultural orientation: New conceptualizations and applications.* Lanham, MD: University Press of America.
- PAJARES, M. (1998).** *La inmigración en España.* Madrid: Icaria.

- PAPADOPOULOS, R. (2002).** *Cultural Competence in Action: working with Mental Health Providers*. Toronto: Lecture, Transcultural Nursing Conference in Toronto.
- PACQUIAO, D.; TATE, D. (2001).** Running head: Prevention of pregnancy among the hispanic. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 9(5):34-44.
- PACQUIAO, D. (2003).** Modelo ético de Competencia Cultural. Ponencia pronunciada en las II Jornadas de Cultura de los Cuidados y traducida por Manuel Lillo Crespo. Aceptado para su publicación en la *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*.
- PAYNE, D. (2001).** German company offers “package deal ops” to Ireland. *BMJ*, 323(7311): 471.
- PERLA, L. (2002).** Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2):60-6.
- PETERS J.P. (1989).** *El Proceso de Planificación Estratégica para hospitales*. Madrid: Ed. Masson.
- PINAULT, R, DABELUY, C. (1989).** *La Planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias*. Madrid: Ed. Masson.
- PLA, M. (1999).** El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24:295-300.
- POPPER, K. (1973).** *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Paidós.
- PURNELL, L.; PAULANKA, B. (1998).** *Transcultural Health Care. A Culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- PURNELL, L.(1999).** El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 91-102. Traducido e interpretado por Manuel Lillo Crespo.
- PURNELL, L. (2000).** A description of the Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (1): 40-46.
- PURNELL, L. (2002).** The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 193-196.
- RICHART, M.; CABRERO, J.; TOSAL, B.; ROMA, MT.; VIZCAYA, MF. (2000).** *Búsqueda bibliográfica en Enfermería y otras ciencias de la salud. Bases de datos en Internet*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- RIFKIN, SB. (1986).** Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning*, 1:240-249.
- ROBISON, J.; THORNE, M. (1988).** *Investigación cualitativa en Enfermería*. En VALLS, R (1996). *Ética para Enfermería. Un programa de formación*. Barcelona: Ed. Rol.

- ROHRBACH-VIADAS, C. (1997).** Philosophical Reflections on Diversity and Universality. A paraître: Journal of Nursing Science. Finlande: Conférence donnée au 23e Symposium de Recherche en Soins Infirmiers Transculturels, Université de Kuopio.
- ROHRBACH-VIADAS, C. (1998a).** Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 3(2), 41-45.
- ROHRBACH-VIADAS, C (1998b).** Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger II (Gráfico explicativo del modelo del Sol Naciente de Leininger). *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 4(2), 34.
- SILES, J; FERNÁNDEZ, P; PÉREZ, R. (1992).** La Enfermería Comparada: un instrumento para canalizar y sistematizar las experiencias y conocimientos de una profesión transnacional. *Revista Enfermería Científica*, 16(19), 124-125.
- SILES, J.; GARCIA, E. (1995).** Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica*, 160: 10-15.
- SILES, J. (1996).** *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica.* Alicante: CECOVA.
- SILES, J. (1997).** Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 4(7): 188-194.
- SILES, J.; GARCÍA, E.; CIBANAL, L; GALAO, R. (1999).** La Enfermería Antropológica y Transcultural en el marco de la educación para el desarrollo. Una perspectiva histórica y epistemológica en el umbral del siglo XXI. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 24-40.
- SILES, J; CIBANAL, L; VIZCAYA, F et al. (2001).** Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: La Antropología de los Cuidados y la Enfermería Transcultural. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 10(5), 72-87.
- SITZIA, J. (1999).** How valid and reliable are patient satisfaction data?. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4),319-328.
- SITZIA, J.; WOOD, N. (1997).** Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science Medicine*, 45(12):1829-1843.
- SOCIEDAD INDEX DE ENFERMERIA (2003).** *Conclusiones sobre las Jornadas Index 2003.* Granada: INDEX.
- SPECTOR, R. (1996).** *Cultural Diversity in Health an Illness.* Stamford: Appleton & Lange.
- SPECTOR, R. (1999).** Cultura, Cuidados de salud y Enfermería. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 66-79.
- SPECTOR, R. (2001).** Heritage Assessment. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 9(5):71-81.
- STECKLER, J. (1998).** *Transcultural Health Care.* Philadelphia: F.A. Davis.
- TEIL, E. (1997).** How outside- feet inside. How do patients from other cultures experience the German

health care system?. *Plege*, 10(4): 193-8.

THOMAS, L. H.; BOND, S. (1996). Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing*, 23:747-756.

TORRA I BOU, JE. (1999). Búsqueda de información científica en Internet. *Mundo Sanitario*, 7(110):15.

TORRA I BOU, JE. (2000). Búsqueda de información científica en Internet. *Mundo Sanitario*, 8(117):15.

TRIPP-REIMER, T.; BRINK, PJ.; SAUNDERS, JM. (1991). *Cultural assessment: content and process*. En SPRADLEY, BW. (1991). *Readings in community health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

VALLS, R. (1984). Importancia de la Ética en Enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 76:46-47.

VALLS, R. (1996). *Ética para Enfermería: un programa de formación*. Barcelona: Ediciones ROL s.a.

VELASCO, H.; DIAZ, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Ed. Trotta.

VISSERS, JM. (1998). Health care management modelling: a process perspective. *Health Care Management Science*, 1(2):77-85.

VVAA. (1997). *Relación entre servicios sociales y sanitarios*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales/ Siglo XXI.

WARD, S. (2000). Overseas care. Shape up or ship out. *Health Services Journal*, 110(5714): 24-26.

WILLIAMS, B. (1994). Patient Satisfaction: A valid concept?. *Social Science Medicine*, 38(4):509-516.

ZOUCHA, R. (1998). The experiences of Mexican-Americans receiving professional nursing care: An ethnonursing study. *Journal of Transcultural Nursing*, 9(2): 34-44.

ZOUCHA, R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en Enfermería. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3):80-90.

6.- ANEXOS

ANEXO I: Diferencias entre Multiculturalismo, Interculturalismo y Transculturalismo (SILES, 2001).

ANEXO II: Modelo del sol naciente de Leininger (ROHRBACH-VIADAS, 1998b)

