

### **Cómo citar este documento**

Recuerda Solana C, Riquelme Raya R, Gutiérrez Martínez MM, Martínez Gámez MM, Hidalgo Ruzzante N. Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0634.php>

## **EVALUACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVOS CON MUJERES INMIGRANTES DE HABLA NO HISPANA EN PARTOS**

Recuerda Solana C<sup>1</sup>, Riquelme Raya R<sup>2</sup>, Gutiérrez Martínez MM<sup>2</sup>, Martínez Gámez MM<sup>1</sup>, Hidalgo Ruzzante N<sup>3</sup>.

1. Enfermera. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
2. Matrona del área de Partos. Virgen de las Nieves. Granada.
3. Profesora-Investigadora. Universidad de Granada.

### **Resumen**

Objetivo general: Evaluar la utilización de un pictograma para superar las barreras de comunicación en el proceso de parto de las mujeres inmigrantes de habla no hispana, comparándolo con el uso de la traducción simultánea a través del teléfono (teletraducción).

Objetivos específicos:

- 1) Explorar las dificultades existentes, las necesidades y expectativas del personal de paritorio con respecto a la comunicación que se mantiene con las mujeres inmigrantes durante el proceso de parto.
- 2) Explorar las dificultades encontradas y necesidades no resueltas de las mujeres inmigrantes durante el proceso de parto.
- 3) Evaluar la satisfacción y efectividad del pictograma comparado con la traducción simultánea.

Metodología: Para el objetivo 1 y 2 se plantea un enfoque de tipo cualitativo, mientras que para el 3 es un cuasi-experimental con grupo control.

*Palabras clave:* comunicación, proceso de parto, mujeres inmigrantes.

## Introducción

En la actualidad, la atención sanitaria a las mujeres gestantes en Andalucía es una prestación universal, y las tasas de cobertura son excelentes, incorporando en los últimos años la atención a la creciente población inmigrante<sup>1</sup>. Así, el número de nacimientos en España está aumentando cada año desde 1998, registrándose durante 2008. En 2008 se registraron 518.967 nacimientos, frente a los 466.371 del año 2005 y los 397.632 del año 2000<sup>2</sup>. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), este incremento se debe casi en su totalidad a las madres extranjeras que parieron en España. Del total de nacimientos en 2008 en la provincia de Granada (10.546), 1.349 fueron de madre extranjera, frente a los 812 del año 2005 y los 176 que tuvieron lugar en el año 2002.

Las principales nacionalidades de las madres durante el año 2008, en Granada fueron<sup>2</sup>: Marruecos (310), Rumania (212), Bolivia (132), Rusia (74), Ecuador (63), Colombia (63), Argentina (62) Reino Unido (57) y China (50). Así, se está produciendo una progresiva feminización del hecho migratorio<sup>3</sup>. El motivo principal del desplazamiento de las mismas es, por un lado, la falta de oportunidades de empleo y, por otro, el deseo de mayor igualdad social y de género<sup>4</sup>. Otra situación presente en algunas mujeres es la reunificación familiar, como consecuencia del asentamiento previo de sus maridos/padres que solicitan la llegada de sus parientes más cercanos<sup>3</sup>. Este incremento lleva como consecuencia la aparición de necesidades específicas en atención sanitaria, sobre todo en lo referente a salud sexual y reproductiva<sup>5</sup>.

En este punto, no todas las mujeres inmigradas tienen el mismo perfil frente a las necesidades asistenciales sanitarias. Por ejemplo, en nuestro contexto, los cuidados suponen una responsabilidad naturalizada que concierne sobre todo a las mujeres adultas<sup>6</sup> y, en los últimos años, a mujeres inmigrantes extranjeras<sup>7</sup>. Ellas son los principales colectivos que cuidan asumiendo un mayor coste en su salud, desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad de tiempo y repercusiones económicas<sup>8</sup>.

Así, investigaciones realizadas en países con mayor tradición migratoria, como el Reino Unido o Canadá, reflejan peor salud en población inmigrante, vinculada a condiciones socioeconómicas deficitarias, pero también a la incapacidad de los servicios para adaptarse a las necesidades específicas de este colectivo, idiomáticas y culturales, que actúan como barreras de acceso<sup>9,10</sup>

La mala comunicación entre una usuaria inmigrante o extranjera residente y el personal sanitario puede tener unas consecuencias preocupantes que van a perjudicar directamente a la calidad de la atención, a la salud de las mujeres y a la insatisfacción tanto del/ de la profesional como de la paciente. Algunas de estas consecuencias pueden ser emisión de diagnóstico equivocado o incompleto, pérdida de productividad del personal sanitario, pérdida de confidencialidad de la consulta médica, resistencia de la persona inmigrante a visitar los servicios médicos y aumento del nivel de ansiedad de la usuaria que puede repercutir en un retraso en la curación o en una mala evolución de su proceso<sup>11</sup>.

En la actualidad las alternativas para solventar las dificultades n idiomáticas son el trabajo con intérpretes profesionales, tele traducción, amigos/as o familiares como intérpretes. Todas éstas tienen inconvenientes, como la pérdida de confidencialidad, la necesidad de concertar citas y el

desconocimiento en muchos casos de la terminología médica por parte del/de la intérprete.

En el ámbito nacional, en Orihuela (Alicante), se estudiaron las dificultades derivadas del desconocimiento de un idioma común en la comunicación durante el parto, concluyendo que el ajuste a la nueva demanda pasa por una formación adecuada que permita mejorar la asistencia, y con ello la calidad laboral de las personas que les atienden<sup>12</sup>.

Un estudio descriptivo, realizado en Sabadell, acerca de las gestantes inmigrantes y la morbilidad neonatal, encuentra que el 83,3 % de las mismas hace 5 años o menos que viven en nuestro país. Este hecho hace que la mayoría de ellas, excepto las procedentes de Latinoamérica, no hablen ni entiendan castellano, por lo que al bajo nivel socioeconómico, se unen dificultades de comunicación y culturales y la necesidad de trabajar con intérprete<sup>13</sup>.

Otro estudio, esta vez de corte cualitativo, en Almería, centrado en las gestantes inmigradas y/o sus familiares concluye que los factores, tanto internos como externos, que condicionan una mayor dificultad y un menor uso y acceso a la atención prenatal por parte de las dichas mujeres, son, entre otros, las barreras lingüísticas<sup>14</sup>. Además, considera necesarias estrategias específicas con la población inmigrada, adecuando la atención sanitaria durante el embarazo a sus necesidades concretas, e introduciendo mecanismos adaptados en la atención (materiales en diferentes idiomas)<sup>14</sup>.

El estudio sobre la calidad de la comunicación con población inmigrante en el Hospital Universitario de Guadalajara ( analiza las posibles soluciones ante las dificultades de comunicación, considerando más relevante el uso de materiales traducidos a las lenguas de los/as usuarios/as, disponer de intérpretes en el centro y, recibir formación sobre aspectos culturales de los/as pacientes. Así mismo, las soluciones consideradas convenientes o preferidas eran disponer de intérpretes externos al hospital o en conversación telefónica, y contar con información sobre las peculiaridades culturales de los/as usuarios/as. Este estudio supuso una experiencia piloto interesante que dio como resultado la publicación de la primera guía multilingüe del grupo: Guía básica multilingüe de atención al paciente (español-árabe, español-búlgaro, español-francés, español-inglés, español-rumano, español-ruso)<sup>15</sup>.

Otro estudio piloto utilizó un pictograma, diseñado y patentado por los autores, para el trabajo con mujeres inmigrantes embarazadas que no hablaban o hablaban muy mal el castellano y acudían al área de consulta de urgencias obstétricas o paritorios de los Hospitales de Ceuta (Ingresa) y Punta Europa de Algeciras (SAS) Aunque obtuvieron muy buenos resultados a la hora de recoger datos para la Historia Clínica, no se comparó la efectividad del pictograma con otros métodos de comunicación<sup>16</sup>.

En cuanto a la literatura extranjera, si bien no disponemos de ningún estudio que compare métodos de comunicación entre gestantes, ni que implemente métodos de comunicación similares al pictograma; contamos con estudios que inciden en la importancia de la comunicación y la superación de las barreras del idioma.

Así, un estudio realizado en Canadá concluye con la necesidad clara de aplicación y evaluación cuidadosa de estrategias para mejorar la comunicación y el entendimiento entre las mujeres inmigrantes y sus proveedores de atención, para garantizar que la atención en el embarazo y el parto se adecúe a

las necesidades particulares de las mujeres, y mejorar así los resultados del embarazo de dichas mujeres inmigrantes<sup>17</sup>.

En otro estudio, realizado en Japón con mujeres procedentes de Filipinas, menciona el problema de las barreras idiomáticas, pero centrándose básicamente en las diferencias culturales. La falta de conocimientos de un idioma común entre madres emigrantes y personal del hospital es la razón por la cual los consejos de salud durante el embarazo y crianza de los hijos/as no se conocen bien o no tienen adhesión por parte de las madres emigradas<sup>18</sup>. Existe, por tanto, la necesidad de una solución a este problema, sea a partir de personal de la salud/ docente angloparlante y materiales disponibles en un idioma común.

En cuanto a estudios sobre población general, y no específicamente en mujeres gestantes, se encuentran estudios realizados sobre población pediátrica, a través de entrevistas a los padres que comparan el trabajo con intérpretes presenciales con el uso del teléfono como instrumento de comunicación<sup>19</sup>; así como otros que comparan la inclusión de personal sanitario bilingüe con el uso de intérpretes<sup>20</sup>.

Otro estudio, esta vez en un Hospital de Copenhague centra su investigación en el personal del hospital y sus experiencias con los/as pacientes inmigrantes como base para las iniciativas educativas<sup>21</sup>.

## **Justificación del estudio**

La presencia de población inmigrante con lenguas y culturas prácticamente desconocidas para el personal que trabaja en los centros sanitarios de nuestro país es un indicativo de problemas en la comunicación que muchos profesionales experimentan día a día<sup>22</sup>.

Atendemos un amplio porcentaje de población de habla no hispana y las barreras de comunicación son grandes. Un porcentaje importante de mujeres son de origen marroquí, las cuales en una mayoría de los casos no desean estar acompañadas por sus parejas por razones culturales<sup>23</sup>. En otras ocasiones son mujeres solas sin familiares que las acompañen.

Actualmente disponemos del servicio de tele traducción, a través de Salud Responde, ofrece un servicio de traducción simultánea en conversación a tres (paciente-traductor/a-profesional sanitario) por vía telefónica. De hecho, desde que se pusiese en marcha para todo el sistema sanitario público andaluz en febrero de 2009, ha sido utilizado en 8.617 ocasiones.

El servicio oferta actualmente un total de 62 idiomas, de los que 33 están operativos las 24 horas del día, todos los días del año, y los 29 restantes en días laborables de 8.00 a 18.00 horas.

Los idiomas más demandados hasta el momento son el inglés (65%), el árabe (10%) y el chino mandarín y el alemán (5,5% y 5,2%, respectivamente), seguidos por francés (4,5%), rumano (3,7%) y ruso (1,4%)<sup>24</sup>.

En este estudio pretendemos comparar un pictograma previamente diseñado e implementado, con el servicio de tele traducción actualmente disponible, en base a conocer las expectativas y necesidades de las usuarias inmigrantes y del personal que las atiende.

## **Hipótesis y pregunta de investigación**

Partimos de algunos supuestos que queremos contrastar, reunidos del estudio aún en desarrollo y de la bibliografía referenciada en éste.

- a) La comunicación eficaz con las mujeres inmigradas, necesaria para mantener un diálogo permanente en el que se intercambia información tanto de la gestante como del personal de la unidad de Partos, es básica para garantizar la seguridad de las gestantes inmigrantes. La barrera idiomática es uno de los aspectos a considerar en estas mujeres, junto con la cultural.
- b) El personal que atiende a esta población tiene dificultades, debida a las diferencias lingüísticas y necesita material de apoyo.
- c) Las gestantes inmigradas tienen necesidades no resueltas relacionadas con los problemas de comunicación con el personal que las atiende.
- d) La gran mayoría de las veces las gestantes acuden al paritorio solas, o con una persona que no es útil como traductor, con lo que es necesario encontrar un sistema de comunicación alternativo que nos sea útil y sea de fácil uso.

## **Objetivos**

General: Evaluar la utilización de un pictograma para superar las barreras de comunicación en el proceso de parto de las mujeres inmigrantes de habla no hispana, comparándolo con el uso de la traducción simultánea a través del teléfono (teletraducción).

Objetivos específicos:

- 1) Explorar las dificultades existentes, las necesidades y expectativas del personal de paritorio con respecto a la comunicación que se mantiene con las mujeres inmigrantes durante el proceso de parto.
- 2) Explorar las dificultades encontradas y necesidades no resueltas de las mujeres inmigrantes durante el proceso de parto.
- 3) Evaluar la satisfacción y efectividad del pictograma comparado con la traducción simultánea.

## **Metodología**

Se plantea una investigación que se llevará a cabo en dos fases. Consideramos que un enfoque de tipo cualitativo es el más adecuado para abordar los objetivos 1 y 2.

FASE 1: Estudio de: 1) Necesidades y expectativas del personal y 2) Dificultades y necesidades de las mujeres inmigrantes que han tenido experiencia de parto en nuestro centro.

## OBJETIVO 1 y 2

Diseño: Estudio cualitativo

Participantes en el estudio:

- Personal de paritorio (matronas y auxiliares de enfermería)
- Mujeres inmigrantes de habla no hispana, que durante su estancia en el área de dilatación no sean capaces de expresar sus necesidades y entender nuestras explicaciones debido al desconocimiento de nuestro idioma. No se incluirán las mujeres que tengan como acompañante una persona que posea un conocimiento de nuestro idioma suficiente como para que la comunicación sea eficaz.

Criterios de segmentación:

- Personal de paritorio
  - o Edad: Menores de 50/mayores de 50
  - o Años de ejercicio profesional: menos de 20 años /más de 20 años
- Mujeres:
  - o País de origen: Marruecos/Rumania/Reino Unido/China.
  - o Paridad: Nulípara/múltipara

Cobertura y muestreo:

Se realizará un muestreo no probabilístico intencional, previa segmentación de la población según el grado de adecuación a los objetivos. La captación de los participantes se realizará de forma continua siguiendo como estrategia la comparación constante.

El número de entrevistas para cada perfil lo determinará la saturación de la información, que se produce cuando nuevas entrevistas repiten la información de las anteriores. Se estima un mínimo de 28 entrevistas, dos por segmento, o hasta lograr la saturación de la información o hasta lograr la saturación del discurso.

Dimensiones:

- Dificultades: Las dificultades se expresan, sobre todo, en términos de comunicación ineficaz, tanto por la barrera idiomática como por las diferencias culturales.
- Necesidades: Sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla. En el momento del parto, podrían percibir dolor, frío, el deseo de ser comprendidas, estar acompañadas de que alguien las apoye.
- Expectativas. Cada mujer tiene sus propias expectativas, pero en general, todas desean que durante el proceso no aparezcan complicaciones, que se resuelva lo mejor y más rápido posible y que finalice con el nacimiento de su hijo o hija totalmente sano/a.

Recogida de datos:

Entrevistas individuales. Las entrevistas serán grabadas previo consentimiento de los participantes. Todas las grabaciones serán transcritas a papel para su análisis.

Para todas las entrevistas se seguirá un guión semiestructurado que se irá modificando en base a las dimensiones de análisis que surjan.

La entrevista semi-estructurada se ha elegido como un método ya que es una

forma abierta y dinámica de la realización de entrevistas sobre la base de una guía de entrevista general con los temas que se explican, sin embargo con una flexibilidad que permite nuevas preguntas a tenor de las respuestas dadas por las matronas y enfermeras durante la entrevista<sup>25</sup>.

El análisis del contenido se realizará mediante el programa informático NUDIST-VIVO8.

Para triangular los resultados se compararan los datos de las entrevistas de los distintos segmentos y entre lo manifestado por las matronas y auxiliares. También se triangulará mediante grupos de discusión entre las investigadoras del equipo así como su contrastación y reflexión continua y la revisión de investigadores externos.

FASE 2: Estudio de las mujeres sujeto de nuestra intervención.

OBJETIVO 3.

Diseño: Cuasi-experimental con grupo control

Sujetos de estudios:

Mujeres inmigrantes de habla no hispana que acuden a los servicios de dilatación-paritorio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres inmigrantes que conozcan el idioma español a un nivel adecuado.
- Mujeres acompañadas por un traductor o traductora.
- Mujeres que no sepan leer ni escribir lo suficiente como para rellenar un cuestionario.

En principio, no excluimos a todas las mujeres acompañadas de un familiar que afirme conocimiento del idioma español, ya que nuestra experiencia nos dice que en la mayoría de estos casos, el conocimiento del idioma no es el suficiente como para poder establecer una comunicación eficaz.

Periodo de estudio: Dos años.

Variables:

Dependientes:

- Grado de satisfacción de la madre
- Valoración de la comunicación
- Efectividad de la comunicación

Según fases: dilatación, expulsivo y puerperio inmediato

Independientes:

Del/ de la paciente:

- Edad
- País de origen
- Años de residencia en España
- Acompañada: si/no
- Nivel de estudios: Sin estudios/primarios/medio/superiores

- Número de hijos/as
- Complicaciones obstétricas: si/no
- Enfermedades previas: si/no
- Uso anterior de alguno de los métodos del estudio: traductor/pictograma
- Grado de analgesia (uso de epidural): si/no

Del profesional:

- Edad
- Años de ejercicio profesional
- Sexo

Recogida de datos:

En cuanto a la obtención de datos de las señoras que acuden al paritorio, se dividirán en señoras que usan el sistema de teletraducción (grupo control) y señoras que emplean el pictograma (grupo de intervención). Se les realizará un cuestionario a lo largo de su estancia en paritorio, lo que incluye dilatación, parto y puerperio inmediato.

Se aleatorizará el uso en primer lugar en cada sujeto de uno u otro sistema (teletraducción o pictograma). En cada señora se utilizarán ambos sistemas, ya que de ese modo la misma persona puede establecer una comparación y una preferencia por uno u otro sistema.

Instrumento de recogida de datos:

Se diseñará una plantilla de recogida ad hoc, a partir del artículo "Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. Gasquet I, Villeminot S, Estaquio C, Durieux P, Ravaud P and Falissard B. Health and quality of life outcomes 2004, 2:43.". El cuestionario será traducido a los idiomas: chino, rumano, inglés y árabe.

Descripción de la intervención:

Traducción simultánea:

Protocolo:

El protocolo de actuación para la utilización del teléfono de teletraducción es el siguiente:

Se solicita un teléfono móvil corporativo a través del encargado de turno del centro Hospitalario, el cual lo deja en depósito tras comprobar la identificación del personal encargado de su custodia. A continuación se marca el número de teléfono de Salud Responde, donde el empleado de la centralita le pide al personal su identificación (nombre, apellidos, centro asistencial desde donde solicita el servicio y provincia donde se encuentra el mismo). Después de unos minutos de espera, se le pone en contacto con el traductor o traductora del idioma requerido. Se inicia, pues, una conversación a tres vía telefónica. Este sistema es cómodo, ya que permite que la paciente tenga un servicio de traducción en todo momento disponible y de fácil acceso, ya que el terminal móvil la acompañaría durante todo su proceso.

Otra opción es la utilización de este servicio mediante un terminal fijo, lo que eliminaría el paso de la solicitud de corporativo móvil. Esta opción, en nuestro caso, está desaconsejada, ya que la mujer inmigrante es trasladada en varias

ocasiones de un servicio a otro hasta su alta.( Sala de dilatación, paritorio, Unidad de puerperio inmediato y unidad de hospitalización de obstetricia.)

Pictograma:

Este instrumento se basa en un conjunto de dibujos explicativos, específicos del proceso de Parto, con breves frases, en diferentes idiomas, que se usan para dar información y recabar datos relevantes para la asistencia de las mujeres.

Este pictograma facilita una comunicación básica, pero muy completa. La paciente puede indicar fecha de la última menstruación, rotura de bolsa o presencia de dinámica uterina. También permite dar una serie de mensajes a la mujer durante el parto, de forma que ésta pueda reducir su nivel de ansiedad.

El modelo de pictograma está editado y publicado en cuatro idiomas (inglés, francés, árabe y español) por la Junta de Andalucía, fue pilotado por el grupo que lo diseñó y comenzó a utilizarlo en el Hospital de Ceuta y en el de Punta Europa (Algeciras).

Nuestro grupo de investigadoras introducirá los cambios oportunos en el pictograma, ya que se va a utilizar de forma exclusiva en el área de Partos.

### **Aportaciones de este estudio al sistema sanitario y la salud de la población**

Actualmente se ha aprobado el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, donde queda recogido en el área socio-sanitaria la atención a toda la población inmigrante con independencia de su situación administrativa, especialmente en los dispositivos de atención primaria y de atención especializada, actuaciones centradas en el marco del III Plan Andaluz de Salud.

Con este II Plan para la Inmigración en Andalucía en el área socio-sanitaria, se pretende conseguir, entre otras cosas, capacitar a los profesionales de la salud para una mejor atención al emigrado/a y sus familias y desarrollar una formación e investigación compartida, interdisciplinar e intersectorial a los profesionales de atención primaria y especializada.<sup>12</sup>

Nuestro proyecto incluye el diseño de un pictograma traducido a los idiomas frecuentes de nuestro medio, para facilitar la comunicación en el área de partos entre las mujeres de habla no hispana y el personal que atiende a dichas mujeres en el área de dilatación y partos, principalmente las matronas. Este estudio pretende aportar una nueva forma de comunicación más económica y más concreta, inicialmente en el campo de atención a las mujeres gestantes inmigradas, con objeto de extrapolarla a diferentes servicios sanitarios específicos.

## Bibliografía

1. Consejería de salud de Andalucía. Buenas prácticas en atención perinatal: Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla; 2008
2. Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Junta de Andalucía. Sistema de Información Municipal de Andalucía (SIMA). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es:9002/sima/index.htm> [Consultado el 16 de Abril de 2010]
3. Maroto-Vela MC. Problemas sanitarios y sociales de la mujer inmigrante. En: Cruz Roja Española, editora. Granada: Cruz Roja Española; 2004. p. 65-75.
4. Ramírez Bautista, E. Mujeres latinoamericanas en Europa: inmigración, trabajo, género y atención. Comercio exterior, 55: 1050-1061.
5. Consejería de salud de Andalucía. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: 2ª edición. Fundación Progreso y Salud .Consejería de Salud .Junta de Andalucía; 2004.
6. Comas D´Argemir D. Mujer, Familia y Estado de Bienestar. En: MT Del Valle Murga (Ed.). Barcelona: Ariel; 2004. p.187-204.
7. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gac Sanit. 2004; 18:8-15.
8. García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004; 18:132-139.
9. Health Canada. Access to Health Services for Underserved Populations in Canada. "Certain Circumstances" Issues in Equity and Responsiveness in Access to Health Care in Canada.Ottawa: Health Canada; 2008.
10. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. Fam Pract 2006;23:325-48.
11. Santos, A. La emigración en España – Algunos datos para la reflexión (2ª parte). Disponible en: [http://lebab.es/emigracion\(2\).pdf](http://lebab.es/emigracion(2).pdf) [Consultado el 20 de Abril de 2010].
12. Miguel Ibáñez, MP de. Asistencia multicultural. Experiencia en el paritorio durante el año 2002 (Hospital de la Vega Baja, Orihuela). Impacto migratorio y comunicación. Invest & Cuid .2003; 1(2):12-17.
13. Domingo Puigròsa M, Figaró Voltà C, Loverdos Eserverria I, Costa Colomera J ,Badia Barnusella J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2008; 68(6):596-601.
14. Oliver Reche I, Tudela Puertas E, Garrido Berenguel M A, Comino Arroyo E, Ferre Rodríguez J, Moncada Polo A. Dificultades en la adherencia al Programa de Atención Prenatal por parte de las gestantes inmigradas en el Campo de Níjar (Almería). Rev Paraninfo Digital. 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p050.php>>
15. Valero Garcés, C;Taibi, M. Análisis de la interacción comunicativa en contextos institucionales entre proveedores de servicios, usuarios e intermediarios lingüísticos. ORALIA I. 2004; 7: 207-228.
16. Rodríguez Díaz L, Vázquez Lara J M, Santiago Prieto A, Torrecillas Rojas L, Toro Galán A. El pictograma como medio comunicativo ante la diversidad en el lenguaje. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en:

<<http://www.index-f.com/para/n2/147.php>>

17. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier RH, Haelterman E, Martens G, McDermott S, Urquia M, Vangen S. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG*. 2008; 115(13): 1630–1640.
18. Uayan ML, Kobayashi S, Matsuzaki M, Ota E, Haruna M, Murashima S. Mothering and acculturation: experiences during pregnancy and childrearing of Filipina mothers married to Japanese. *Biosci Trends*. 2009; 3(3):77-86.
19. Crossman KL, Wiener E, Roosevelt G, Bajaj L, Hampers LC. Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers. *Pediatrics*. 2010; 125(3): 631-638.
20. Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:187.
21. Nielsen AS, Krasnik A, Michaelsen JJ, Nørredam ML, Torres AM. Hospital staff's different attitudes and experiences with regard to immigrant patients. *Ugeskr Laeger*. 2008 ; 170(7):541-544.
22. Valero Garcés, C., y Taibi M. Análisis de la interacción comunicativa en contextos institucionales entre proveedores de servicios, usuarios e intermediarios lingüísticos. *ORALIA I*. 2004; 7: 207-228.
23. Goberna Tricas J, Viñas Llebot H, Palacio Tauste A, Galí García M, Paulí Cabezas A, Gómez Moreno C. Atención al embarazo en mujeres africanas inmigrantes. Percepción de las matronas de asistencia primaria *Enferm Clin*. 2005; 15:88-94.
24. Boletín IntereS@S. Número 3. Servicio Andaluz de Salud. 2009.
25. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76(5): 423-436.
26. Kristiansen M, Hassani A, Krasnik A. A qualitative assessment of implementing a cross-cultural survey on cancer wards in Denmark – a description of barriers. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:4.