

EUI Gimbernat

Treball de Final de Grau

Tutor: Imad El Bouchaibi Daali



Projecte d'estudi d'investigació: Avaluació de les actituds dels professionals d'Infermeria d'Atenció Primària de Catalunya envers al usuari d'origen immigrant

Marcel Lahoz de la Morena

Marc Torres Ricarte

4rt Infermeria

Menció en Innovació i Gestió de la Diversitat en Infermeria

21 de Maig de 2014

Índex

Pàgines

Abstract	2-3
Introducció	4
Justificació	5
Marc Teòric:	6-30
1. Situació Sociodemogràfica de la població estrangera de Catalunya.	6-7
1.1. El fenomen migratori.	8-9
2. L'usuari d'origen immigrant.	10-13
2.1. Mites del concepte immigrant en la societat.	10
2.2. L'immigrant i la Infermeria comunitària.	10-11
2.3. El dol migratori.	11-12
2.4. Síndrome d'Ulisses.	12-13
3. El professional d'Infermeria.	14-19
3.1. Prejudicis.	14-15
3.2. Actituds del professional d'Infermeria.	15-17
3.3. Barreres en un entorn multicultural.	17-19
4. Atenció Primària.	20-21
4.1. L'immigrant en l'Atenció Primària.	20
4.2. Funció de la infermera en l'Atenció Primària.	20-21
5. La Infermeria Transcultural.	22-30
5.1. La competència cultural.	25-29
5.2. Investigació i la Infermeria Transcultural	29-30
Objectius i Hipòtesis.	31
Metodologia.	32-36
Discussió.	37
Conclusions.	38
Bibliografia.	39-41
Annex.	42-46

Abstract

L'actual fenomen migratori viscut a Catalunya durant els darrers anys ha creat un entorn multicultural als Centres d'Atenció Primària, fet que provoca que els professionals d'Infermeria hagin d'afrontar nous reptes per a donar una atenció adequada al usuaris d'origen immigrant. A partir d'aquesta situació, s'ha elaborat un projecte d'investigació, on l'objectiu principal és avaluar les actituds dels professionals d'Infermeria de Catalunya envers als usuaris d'origen immigrant. Per aconseguir els objectius es duu a terme una investigació de caràcter quantitativa i exploratòria, utilitzant com a instrument d'avaluació un qüestionari autoadministrat que dona resposta als objectius plantejats prèviament. Dotant-nos d'informació específica que es veu traduïda amb que és imprescindible dotar als futurs professionals d'Infermeria de formació específica en competència cultural. De la mateixa manera que, la Infermeria Transcultural obtingui un rol de lideratge en la gestió de la diversitat cultural present en els Centres d'Atenció Primària de Catalunya amb major nombre d'usuaris d'origen immigrant.

Paraules clau:

Cultura, immigrant, infermeria, atenció primària, actituds, estereotips.

The actual migration phenomenon in Catalonia during these last years have produced an intercultural context on the Primary Healthcare centres, which results into an effort for Healthcare givers professionals, nurses in our study case, to give an appropriate attention to immigrant origin users. As a result, a research project has been made to assess the attitudes of nursing professionals in Catalonia towards immigrant users. This objective could be achieved by making a quantitative and explorative investigation, using a self-administered questionnaire as an evaluation instrument, which will give answers to our objectives. Providing specific information which is translated by saying that is essential to equip with specific training in cultural competence to future nursing professionals. In the same way, to get a Transcultural Nursing leadership role in the management of cultural diversity present in primary care centres in Catalonia with the largest number of users of immigrant origin.

Key words:

Culture, Immigration, Nurse, Primary healthcare, attitudes, stereotypes.

Introducció

Catalunya ha experimentat durant aquestes últimes dècades una creixent arribada de població immigrant, que deixen el seu país d'origen per trobar una millor qualitat de vida, en altres llocs on l'economia és més forta. No obstant, la crisi econòmica que viu el país ha provocat una lleu aturada del creixement dels fluxos migratoris a Catalunya, ja que les oportunitats d'aconseguir un lloc de treball a Catalunya cada cop són més difícils i escasses.

El moviment migratori ha comportat que cada cop més hi hagi més convivència amb diferents cultures i, per tant, cada cop es facin més presents les relacions interculturals en l'àmbit social i laboral. És aleshores on han anat apareixent barreres que dificulten i obstaculitzen les relacions interculturals entre persones. Aquestes dificultats són plasmades i donen lloc a la formació de "ghettos", en l'àmbit social, i una tendència a la discriminació i infravaloració de la persona estrangera, en l'àmbit laboral, donant com a resultat la creació de contractes laborals amb condicions salarials precàries. A més, a aquestes barreres se sumen les dificultats de vida diària o d'adaptació que pateix la mateixa persona immigrant.

Aquest conjunt de circumstàncies influeixen en l'estat de salut de la persona immigrant i és per això que els Centres d'Atenció Primària (CAP) acostumen a ser la seva porta d'entrada al sistema sanitari, a on concretament, la Consulta d'Infermeria (CI) esdevé un dels principals espais on s'evidencien els primers xocs culturals. Per tant, és important avaluar les barreres detectades i els requeriments que generen les pròpies relacions interculturals als professionals d'Infermeria Comunitària alhora de donar atenció a la població immigrant.

Justificació

Donades les desigualtats existents en que es troben les persones immigrades durant la integració social i laboral al nou país d'arribada, és necessari investigar sobre els comportaments dels professionals de la salut envers al pacient immigrant. En concret, les infermeres d'Atenció Primària de Catalunya, que és la primera porta d'entrada al sistema sanitari i a on hi ha major afluència d'immigrants.

Per poder aportar una aproximació a la realitat del que viu la persona immigrant dins l'àmbit de la salut, cal analitzar la sensibilitat cultural del professional d'Infermeria, i alhora, trobar les mancances que poden tenir en les relacions interculturals amb l' objectiu principal d'avaluar el comportament del personal d'infermeria de AP de Catalunya envers a usuaris d'origen immigrant. D'aquesta manera, es permetrà reflexionar sobre les necessitats de formació específica que manifesten els professionals de la salut, i així poder millorar la qualitat assistencial envers al pacient immigrant en els Centres d'Atenció Primària davant de les dificultats d'integració existents.

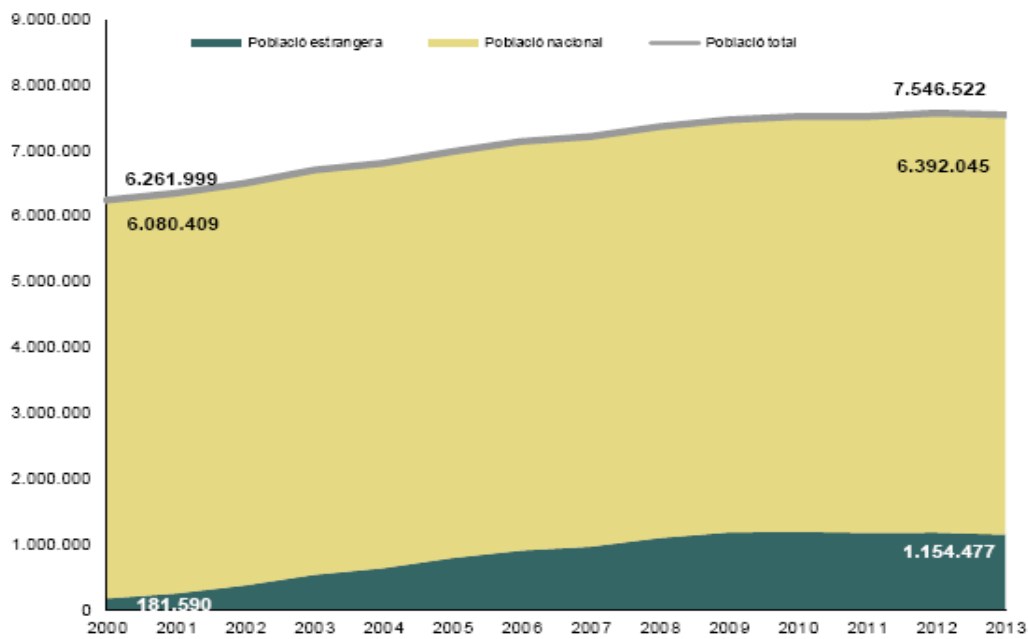
Marc Teòric

1. Situació Sociodemogràfica de la població estrangera a Catalunya

Durant els darrers anys, Catalunya ha experimentat un augment de la població estrangera degut a l'actual procés de globalització. Fet que comporta una sèrie de processos migratoris que han evidenciat una sèrie de canvis demogràfics. Actualment, aquests canvis representen un repte per a les polítiques sanitàries, sistemes de protecció social i, en concret, per a les disciplines que donen servei als immigrants. D'aquesta manera, és imprescindible obtenir coneixement de la situació demogràfica de Catalunya per tal d'adequar les avaluacions corresponents de la investigació que es vol dur a terme.

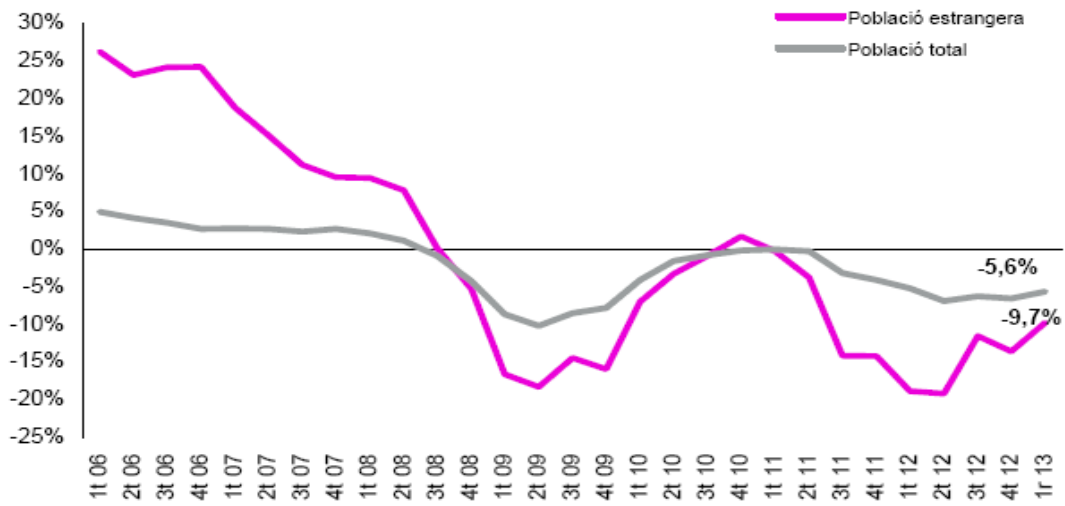
Segons el padró continu, l'1 de Gener de 2013 la població estrangera disminueix en un 2'7% en relació a l'any anterior i passa a representar un 15'3% de la població total de Catalunya. Amb això, la població estrangera arriba a correspondre una xifra de 1.154.477 persones dins del total de la població de Catalunya (7.546.522 persones). La població estrangera activa és de 616.000 persones, on hi ha immigrants ocupats i en l'atur. D'una banda, els ocupats han experimentat una reducció del 9'7% en relació a l'any anterior, quedant-se amb una xifra de 357.900 persones i representant el 12'9% de l'ocupació catalana total. D'altra banda, 258.100 persones immigrants es troben a l'atur i representen el 28'6% de l'atur total a Catalunya (1). Durant el 2013 s'ha pogut evidenciar que la crisi econòmica en que es troba el país i la manca d'ofertes de contractes laborals trenca amb un progressiu creixement de la població estrangera d'anys d'evolució. Aquest fet, ha modificat el perfil de l'usuari d'origen immigrant. Dins del 15'3% de la població estrangera de Catalunya, les nacionalitats amb més població són: Marroc (20'2%); Romania (8'9%); Equador (4'5%); Itàlia (4'2%); Xina (4'2%); Bolívia(4'2%); Pakistan (4%); la resta de nacionalitats es trobarien per sota del 4%(2).

Figura1. evolució de la població de Catalunya des del 1 de Gener del 2000 fins al 1 de Gener de 2013.



Font: Idescat (Padró continu)

Figura 2. Variable interanual de la població ocupada de Catalunya des del 1r trimestre de 2006 fins el 1r trimestre 2013.



FONT: EPA (INE i Idescat)

1.1 El fenomen migratori

Per a comprendre la vivència del procés migratori de la persona immigrant, cal entendre les causes que provoquen el fenomen migratori des d'una perspectiva global, coneixent quines són polítiques sanitàries i polítiques de protecció social que s'apliquen per a afavorir la integració de la població estrangera. El fenomen migratori a l'Estat Espanyol es pot entendre per causes externes i internes (3). Les primeres vindrien determinades per la creixent integració dels mercats de béns, serveis i capitals a escala mundial (responsable de l'augment dels fluxos migratoris) i població estrangera que té com a objectiu el clima i les diferents oportunitats acadèmiques que presta el país. Les segones farien referència a la població que segueixen el factor *push-pull*, és a dir, persones que emigren de les zones rurals a les ciutats amb l'objectiu d'augmentar les seves oportunitats laborals. Aquest context resulta un incentiu que anima a africans, llatinoamericans i asiàtics a plantejar-se un projecte d'emigració degut a l'estancament econòmic, inestabilitat social i política dels països d'origen. Els sistemes de protecció social s'han trobat amb una sèrie de factors relacionats amb els fluxos migratoris que s'afegeixen i agreugen la difícil situació econòmica en la que es troba el país. Aquests factors serien: balanç negatiu entre costos de la demanda de serveis per part de la població immigrant i la seva contribució a les raques de l'estat; potencial de pèrdua de legitimitat del sistema de protecció social per la creixent heterogeneïtat de la població; possibles competències per recursos entre autòctons i immigrants, particularment en comunitats amb alta densitat de població immigrant, com seria el cas de Catalunya. Fet que ha incentivat que fos la única comunitat autonòmica d'Espanya que disposa d'un pla específic per a l'atenció a l'immigrant (4), el qual vol adequar el servei de l'Atenció Primària a les necessitats de la població i millorar l'accessibilitat en els diferents àmbits de la salut. Aquest pla reforça el Pla estratègic de ciutadania i integració i garanteix el dret a la salut segons l'article 43 de la Constitució espanyola, el qual reconeix com a titulars del dret de protecció a la salut i a l'atenció sanitària a la següent població (5):

- Tots els espanyols i els ciutadans estrangers sota els termes que estableix l'article 1.12 de la Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, dels drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social.
- Els nacionals dels Estats membres de la Unió Europea amb drets derivats del dret comunitari europeu i dels tractats i convenis que s'hi subscriuen per l'Estat espanyol.
- Els nacionals d'Estats no pertanyents a la Unió Europea, que tinguin els drets que els hi reconeguin les lleis, els tractats i convenis subscrits.

2. Immigració i salut

2.1. Mites del concepte immigrant en la societat

Per tal d'entendre el posicionament de la persona immigrant com a usuari dels serveis de salut de Catalunya, tal i com assenyalen Fuertes i Martín Laso, la salut del immigrant és sovint diagnosticada a partir de paràmetres analítics (a estadístiques), i això indueix a error, ja que els factors culturals de la persona afecten molt a la percepció de salut. Mantenint-se la creença popular de que els immigrants gasten molt en sanitat, veiem que diversos estudis mostren que el pacient immigrant acut poc a consultes de medicina d'atenció primària i ho fan majoritàriament quan el procés de malaltia és avançat, fet que provoca pensar que el pacient immigrant té problemes de salut més greus que els espanyols (6,7).

Del concepte de malaltia també s'assenyala que els immigrants no venen malalts a Espanya, sinó que emmalalteixen un cop aquí degut a les seves dures condicions de treball i a les condicions d'hàbitat en que viuen (7). Les malalties endèmiques del país d'origen dels immigrants són les menys freqüents entre el grup de malalties que presenten a Espanya, i la majoria dels cassos es dona en joves que han viatjat al seu país d'origen a veure la família.

2.2. El pacient d'origen immigrant i la Infermeria Comunitària

En l'àmbit de la Infermeria Comunitària és important tenir una visió psicosocial a l'hora valorar i planificar les intervencions en el pacient immigrant. I així, poder evitar que les persones que viuen un procés migratori quedin exclusivament sotmeses a les condicions jurídiques-administratives i socioeconòmiques. D'aquesta manera, cal comprendre el concepte d'immigrant com a una persona que experimenta un punt d'inflexió en la seva vida, portant a la persona a experimentar un procés psicosocial de gran pes dins la seva. La visió psicosocial es basa en considerar a la persona, els seus orígens que

composen la seva identitat i determinen els seus ideals i les pràctiques quotidianes (8). El procés migratori comporta un desarrelament de la família, cultura, estil de vida, idioma, clima, menjar, etc. Aquestes modificacions requereixen un procés d'adaptació i un canvi del rol social en el nou país (9).

Els centres d'atenció sanitària acostumen a ser un dels primers llocs que la persona immigrant sol·licita atenció, per tant, els professionals de salut han d'intervenir amb un enfocament psicosocial que el permeti poder valorar, depenent de les circumstàncies, el difícil procés d'adaptació que es troba la població estrangera. El desarrelament comporta o pot comportar a una sèrie de simptomatologies de caire depressiu agrupades al que es coneix com a dol migratori, que pot ser detectat per a professionals de la salut o poden ser les mateixes persones que detecten un malestar general que justifiqui, segons la gravetat de la simptomatologia, la visita a serveis d'urgències o d'atenció primària. Per això és important que els professionals sanitaris desenvolupin un enfocament psicosocial per tal d'identificar les necessitats d'aquestes persones, poder detectar i tractar un procés de dol migratori, evitant les complicacions que podria haver-hi si afavorís a la formació d'un dol inhibit.

2.3. El dol migratori

El dol migratori és el procés que viuen algunes persones en el moment en que es desvinculen de la seva cultura. Per tal d'identificar-lo (10), és important conèixer les seves característiques principals, que són:

- dol parcial: l'objecte de pèrdua no desapareix per complet i hi ha la possibilitat d'un retrobament.
- dol recurrent: el dol apareix de forma repetitiva quan hi han contactes per via telefònica, Internet, retorns al país d'origen, visites de familiars o amics, etc.
- dol múltiple: el dol ve determinat per la gran quantitat de pèrdues que comporta el desarrelament (pèrdua de la família i amics, la cultura, la llengua, la terra, el nivell social...).

- ambivalència contínua: la persona experimenta moments de satisfacció degut a aconseguir adaptar-se progressivament, però en ocasions sent nostàlgia que acaben resultant emocions d'alegria i tristesa alternades.
- transgeneracional: consisteix en el traspàs de les estratègies d'afrontament adquirides vers al desarrelament entre les diferents generacions que componen la família.

A més, és important sumar una psicoanàlisi a l'enfoc psicosocial amb la fi de facilitar el procés d'adaptació i integració de l'immigrant. L'aculturació és l'estratègia utilitzada per l'immigrant durant aquests processos. Si l'immigrant es troba amb greus dificultats per adaptar-se al nou entorn podria aparèixer l'anomenat estrès aculturatiu (11), que és provocat per la gestió ineficaç del dol migratori i pot anar acompanyat de trastorns de l'estat de l'ànim i processos d'ansietat d'intensitat severa. Els professionals d'Infermeria Comunitària disposen d'un entorn favorable per a detectar l'estrès aculturatiu. Davant d'aquesta situació la persona immigrant desenvolupa unes estratègies concretes, que es poden presentar de les següent maneres:

- Integració: l'individu és capaç de mantenir la cultura d'origen al mateix temps que adopta la nova cultura.
- Assimilació: l'individu adopta la cultura nova en detriment de la cultura d'origen.
- Separació: l'individu conserva la cultura d'origen i rebutja la nova cultura.
- Marginació: l'individu abandona tota la identitat cultural.

2.4. Síndrome d'Ulisses

Les complicacions esmentades anteriorment poden veure's agreujades degut a la cronificació de l'estrès aculturatiu, donant pas a l'aparició de l'anomenat Síndrome d'Ulisses (12), que fa referència a l'hereu grec, el qual va haver d'afrontar nombroses adversitats llunys dels seus pares. Aquest síndrome consisteix en un cúmul d'estrès i diferents dols relacionats amb el

desarrelament que causen un trastorn emocional sever a l'immigrant i desencadena una clínica psiquiàtrica concreta: tristesa, plor, sentiment de culpa, idees de mort, nerviosisme, preocupació generalitzada, cefalea, irritabilitat, insomni i fatiga. De fet, segons Achotegui (13), en un estudi que avalua i compara les cefalees en pacients immigrants amb síndrome d'Ulisses i pacients immigrants amb altres diagnòstics, evidencia que el 56'4% dels pacients amb síndrome d'Ulisses presenten cefalea crònica i mentre l'altre grup resulta un 36'4%. D'aquesta manera, es pot destacar que una manifestació típica d'aquest síndrome és la cefalea crònica. Per tant, és important que els professionals de la salut puguin entendre que darrere de la persona immigrant hi ha un conjunt de processos adaptatius que conformen el procés migratori i poden significar difícils adversitats per la persona. En l'àmbit d'Atenció Comunitària és fonamental obtenir coneixement de les manifestacions principals que ens poden conduir a la detecció de possibles complicacions relacionades amb un procés d'adaptació ineficaç per part del pacient immigrant.

3. El professional d'Infermeria i Diversitat cultural

3.1. Prejudicis

Segons la *Real Academia Española* quan busquem el significat de prejudici obtenim dos resultats: “1. *M. Acción y efecto de prejuzgar. 2.m. Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal*” (14).

Partint d'aquesta definició doncs, ja podem esperar que els prejudicis no ens ajuden al tracte amb el pacient, i així ho enfoquen Moreno, Gentil i Antonín i Tomás-Sábado, en els seus estudis (15–17). Parant atenció amb la definició anterior i analitzant-la, corroborem el ja esmentat d'aquests autors, “*opinión previa*”, opinió ja inculcada a partir dels nostres pares, familiars, amics, premsa, societat, etc (15,17), un cúmulo d'estímuls exteriors que ens bombardeja constantment amb connotacions que ens donen una visió, probablement errònia, del que realment succeeix amb el col·lectiu que volem tractar.

Continuem amb la definició de la RAE, “*por lo general desfavorable*” i “*acerca de algo que se conoce mal*”. Dos conceptes importants, negativitat de la conducta i falta de coneixements del subjecte al qual se li te perjudicis. Com és possible que integrem dintre d'uns coneixements prefixats i probablement erronis a una persona que ni la coneixem, que mai em tingut contacte amb ella? Doncs bé, el motiu principal és el nostre rol a dins de la societat, en la qual ens deixem portar, sent submisos al que ella espera de nosaltres. Ella espera que nosaltres no acceptem al altre, al diferent que s'escapa de la normalitat; té por del canvi, de que li canviïn les estructures i hagi de començar de nou un procés que ha trigat dècades a construir. I nosaltres, al no voler ser part dels estranys, acceptem, sent cruels amb els que ens rodegen i amb nosaltres mateixos.

Així doncs, els prejudicis ens classifiquen la gent que ens rodeja, crea un estereotip que ens definiran “*ipso facto*” com és i com es comporta una

persona. Un estereotip és doncs un concepte prefixat, simple i homogeni el qual té un procés final, no accepta contestació (16).

Què passa amb els estereotips doncs? Inclouen a tota un grup de membres dins d'una creença falsa plantejada per la societat i accentuada pels mitjans de comunicació. Redueix a grups de persones a la homogeneïtat, sense possibilitat d'existència de diversitat en el grup estudiat. Mentre que alhora assumim que la nostra societat és variada i complexa. Tendeixen a ser connotacions negatives que ens emboiren la visió, sense deixar-nos veure que hi ha darrere seu. Els estereotips els creem pels altres, condició pel qual nosaltres no ens veiem afectats per tal (16).

Ara bé, com afecten els estereotips a infermeria. És cert que ens regim pel contracte bioètic de salut universal, però no estem absents de tals normes socials. Per tant serà una barrera que haurem de trencar per tal d'assolir la màxima competència cultural, terme que treballarem més endavant.

3.2. Actituds del professional d'Infermeria

Definir unes actituds en concret del professional d'infermeria és una tasca difícil, ja que no hi ha una taula concreta que mostri específicament les actituds o prejudicis, i cada individu per si mateix defineix i es planteja com és la seva visió respecte al pacient immigrant. No obstant, si que hi ha aproximacions, actituds que es repeteixen bastant en la majoria de casos, majoritàriament racistes.

La majoria dels professionals d'infermeria es mostren oberts a respectar la cultura del immigrant tant a dins com a fora l'àmbit assistencial. Però, tot i que es creu majoritàriament que el procés d'integració dels immigrants a la cultura s'ha de fer des de part dels autòctons, hi ha encara una part gran en quant a percentatges que creu que són ells els que han de fer l'esforç només. Per altra banda, es veu positiva la interculturalitat com a eina per a créixer com a persona i tenir més coneixement del món que ens rodeja. Com a crítica personal, es reconeix que al immigrant se'l utilitza sovint com a mà d'obra barata.

Per altra banda però, es veuen defectes en el procés migratori. Així doncs, es relaciona l'augment de l'activitat criminal en el nostre país amb l'augment de la taxa d'immigrants, i es creu majoritàriament que aquells immigrants que delinqueixen haurien de ser deportats al seu país d'origen. Certament hi ha una por al col·lectiu immigrant, ja que s'afirma que la població i fins i tot professionals de la salut intenten evitar el entrar en contacte amb l'immigrant (6,17,18).

Una limitació important a destacar en aquest apartat és la dificultat en trobar específicament les actituds laborals, les que es duen a terme durant la pràctica assistencial. Els diversos articles comunicaven els prejudicis dels professionals, però estava més enfocat al seu dia a dia fora l'àmbit sanitari.

La relació que s'extreu de les taules avaluadores realitzades als professionals de la salut amb la seva forma d'actuar davant del pacient és enfocada a través de com els prejudicis ens afecten a la nostra forma d'actuar. Veient el procés emocional, es veu com els pensaments previs a l'acció induiran la nostra manera d'actuar o al judici de valor final de l'acció. Primer de tot hi ha la percepció del estímul, que precipitarà les nostres emocions, després una avaluació del estímul, a on es produeix una activació emocional. Seguidament ja vindrà el canvi fisiològic, que prepara al organisme per fer una resposta motora als estímuls rebuts. Aquesta resposta s'accionarà, però vindrà determinada pels sentiments subjectius, és a dir, els nostres judicis de valors i la semblança d'aquell estímul a altres ja viscuts determinaran el moviment que farem, duent així a la conclusió que els prejudicis que tinguem nosaltres, aquests judicis de valor, faran que les nostres accions es vegin afectades negativament i hi hagi una acció més evasiva, sense gaudir del que fas (19).

Per sort, a les enquestes realitzades, pocs professionals deien que tractaven diferent al col·lectiu immigrant, però tot i això cal tenir-ho present, ja que la gent a la teòrica mai vol semblar racista perquè és mal vist, però a la pràctica molts cops no és igual. En aquest sentit, s'entén com a racista a la persona que té una actitud defensiva i/o discriminatòria respecte a categories socials que tenen un origen territorial i ètnic específic (20).

També, cal tenir present que tot professional sanitari es regeix segons el codi bioètic de prestació de la cura de la malaltia i cuida de la salut a nivell

universal, sense diferenciar entre sexes ni races. I també que el cuidar en aquest cas és una professió, és a dir que cal buscar l'excel·lència sempre del que fas dintre l'àmbit laboral. Això fa que el professional expressi que atent al immigrant sempre, però només pocs accepten que els seus prejudicis afecten als seus actes.

3. 3. Barreres en un entorn multicultural

El concepte de salut del immigrant varia segons la cultura del qual procedeixi, no obstant, és diferent al concepte de salut del món occidental. I cada cultura valorarà més uns aspectes de la seva salut que uns altres, així com poden ser més desconfiats a la utilització de la medicina occidental o veure-la com a una divinitat.

La religió va molt lligada a la salut com en el cas dels musulmans, que entenen la malaltia com a càstig diví. La cultura llatina dóna molt més importància a l'exploració física, proves complementàries i ús de les tecnologies per a trobar la causa de la malaltia. I els africans de vegades no toleren gaire bé les extraccions de sang ja que les relacionen amb les pràctiques màgiques del xaman del poble (7).

L'atenció idònia al pacient immigrant no serà possible sempre que ens quedem sense superar les barreres que ens separen de cada cultura. Però per superar-les és necessari que les identifiquem i aprenguem a acceptar-les i conèixer amb elles. Aquestes barreres estan molt ben estudiades per diversos autors com Fuertes i Martín, Moreno, Ibarra i Siles, Daali i Smith (7,15,21–23).

Barrera Cultural:

Cada cultura té les seves normes o condicions que vol seguir, i comunament succeeix que quan es troben dues cultures diferents, una no acostuma a acceptar les condicions de l'altra. Això portat al món de la salut suposa entendre que els conceptes de salut i malaltia són diferents en les diferents cultures, fent així que cada cultura doni una importància específica a cada un dels elements que la conformen. Per tant, el que nosaltres puguem

considerar una malaltia molt fraudulenta, per altres cultures potser no té la importància que li donem, o a la inversa, potser símptomes que per altres cultures són molt importants, nosaltres els banalitzem; conduint a les conseqüències negatives en salut que això comporta. O també poden desconfiar de la medicina occidental i és completament raonable i acceptable, però no hi ha una correlació o no intenten correlacionar la nostra medicina amb les altres (7,22,23).

Per altra banda, les diferències culturals sovint ens desagraden; rituals, consciència de la salut, etc. xoquen amb la nostra manera de ser i actuar, fet que ens molesta ja que no segueix la nostra doctrina. La solució del problema aleshores passa per intentar canviar la seva cultura en comptes d'entendre-la, i si no ho aconseguim, deixem pas a que els prejudicis recorrin els nostres pensaments i paraules.

Barrera idiomàtica:

Aquesta juga un paper primordial en el procés d'atenció al pacient; és de calaix que si una persona no entén la teva llengua i tu no saps parlar la seva l'emissor no rebrà la informació com cal. Conseqüentment, tota la informació oral que li hagi transmès no tindrà el resultat final de prevenció de la malaltia o cura de la salut (15).

Així doncs, els malentesos entre pacient-professional es fan visibles quan no es segueix la pauta prescrita, hi ha empitjorament de malalties a priori fàcils de solucionar, hi ha enuig del pacient perquè se'l tracta com a nen petit quan el professional explica les coses lentament i amb to cansat, etc. La barrera idiomàtica comporta també que el pacient immigrant hagi d'anar a consulta acompanyat del seu fill/a per a que li faci d'intèrpret, cosa que no millora el problema, ja que la complexitat de la informació rebuda pot ser difícil per l'enteniment d'un nen (23).

Barreres ocultes:

Els prejudicis fixats per la nostra societat o també anomenades interferències emocionals, són una barrera important en aquest àmbit, ja que

tot i seguir un codi bioètic, aquestes idees estan tant gravades a la nostra mentalitat que l'excel·lència de la tècnica es pot posar en dubte (7,15).

Finalment, la desconeixença del procés migratori del immigrant per part del professional pot dificultar la interpretació dels símptomes, i l'enteniment de com se sent la persona que està sent atesa, d'això parla El Bouchaibi, en el seu article en el que anomena o identifica com a necessari el model de Giger i Davidhizar de 7 factors que interfereixen en la salut del immigrant de cada cultura i que cal tenir present (21,23,24). Aquests són:

- Orientació en el temps. Fa referència a la importància que li donen les cultures al temps, mentre que unes valoren més el futur, d'altres ho fan més del passat, i finalment altres del present. Això té importància per la salut quan volem planificar intervencions d'infermeria.
- Espai personal i territorialitat. Fa referència a l'ocupació del espai personal en la interacció entre persones. Així doncs, persones amb un espai personal gran evitaran trobar-se amb altres que el tinguin més petit.
- Comunicació. És la forma verbal i no verbal de comunicar-se per cada cultura.
- Organització social. Fa referència a estructures familiars, jerarquies, organització de la societat i a com aquesta organització pot afectar a una persona a entrar en el sistema de salut d'un país.
- Variables biològiques. Cada ètnia té les seves afinitats cap a certes malalties, i les seves resistències.
- Costums de menjar i alimentació. Tenen un fort impacte emocional i social.
- Control del entorn. Fa referència a quina posició té l'home en la natura, si ha de ser superior, igual, etc. El seu impacte recau en la importància que té aquest factor en la vivència de la malaltia per part del pacient.

4. Els Serveis d'Atenció Primària de Catalunya

4.1. L'immigrant en l'Atenció Primària

L' Atenció primària és una àrea del sistema sanitari que pretén com a objectius generals la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. És una institució que conforma el primer dels tres nivells assistencials del nostre país a on es dóna resposta a afectacions de la salut lleus, derivant al malalt segons el grau de complexitat als diferents especialistes del àmbit hospitalari.

A atenció primària es troben treballant multidisciplinàriament metges de família, pediatres, infermeres, treballadors socials i tècnics no sanitaris. Aquests conformen un nucli d'atenció personalitzada al pacient al qual li faran un seguiment durant tota la seva vida. Atenció primària es correlaciona molt amb els altres nivells assistencials per tal de garantir una millora de la qualitat assistencial enfocada al pacient.

4.2. Funció de la Infermeria en Atenció Primària

El paper de la infermeria en atenció primària es centra en 4 eixos: el clínic-assistencial (el més conegut), la formació, la investigació i la gestió i organització.

En l'àmbit clínic-assistencial l'objectiu d'infermeria és la cura/promoció de la salut, el rol més autònom del nostre àmbit, i cures de la salut, la vessant més arcaica, la tècnica assistencial, de la qual la societat encara la veu com la única funció d'infermeria. És a dir, tracta tant amb persones sanes com amb persones malaltes.

En aquest àmbit hi trobem:

- L'atenció directa al pacient a la consulta o al seu domicili: es duran a terme activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i cura de la salut a la consulta d'infermeria o al domicili del pacient per impossibilitat de desplaçament cap al centre d'atenció primària.

- L'educació per a la salut de la comunitat: promoure els estils de vida saludables a persones motivades per dur-les a terme.
- La participació comunitària: donar resposta a problemes de salut comunitaris i promoure la salut en aquesta comunitat a través d'activitats dirigides a ells, en forma de xerrades, etc. L'estil més conegut són les xerrades educatives als centres d'educació com escoles o instituts.
- Gestió de casos: planifica i ordena tot el recorregut que una persona ha de fer en el seu procés assistencial, amb l'ajut d'un equip multidisciplinari. És a dir, lidera un equip de diversos professionals de la salut per a garantir una ràpida i correcta atenció al pacient en els diversos nivells assistencials per on passa.

El paper de la formació es basa en la responsabilitat educativa de la infermera, en ajudar a la formació de futurs professionals de la infermeria.

En la investigació la infermera ha de millorar les tècniques que utilitza per a donar una major efectivitat a tals. Això s'ha de fer mitjançant metodologia científica a on ella serà la líder del grup investigador.

Finalment la funció de gestora fa referència a una bona gestió del equip multidisciplinari, bona relació i organització entre ells. Vetllar per l'economia del lloc a on treballa gestionant el material utilitzat i tenir un bon control del registre de dades del pacient per a que no es perdi la qualitat assistencial (7,15).

5. La infermeria transcultural

L'actual context multicultural que impregna els centres d'Atenció Primària de Catalunya i part d'Espanya fa que cada cop siguin més nombrosos els professionals d'infermeria comunitària que es veuen amb dificultats per a adaptar les cures als pacients immigrants, tenint en compte els seus valors i creences. Aquesta necessitat creixent ja va ser detectada als 1970's per Medeleine Leninger, una infermera i antropòloga americana que va concretar les bases teòriques per a l'aplicació de cures d'infermeria a pacient de diferents cultures mitjançant la teoria de "*Cuidados culturales: teoria de la universalidad y la diversidad*". A partir d'aquí va estandarditzar la Infermeria transcultural com a àrea central d'estudi i la va definir com a: cures centrades en la cultura, creences de salut o malalties, valors i practiques de les persones, per ajudar-les a recuperar o mantenir el seu estat de salut vers a les seves discapacitats o de la mort (25).

Per a poder entendre el paper de la Infermeria Transcultural a Espanya, és important considerar els seus orígens en la nostre societat i els actuals fluxos migratoris que van conformant un context de globalització que crea una sèrie de necessitats als professionals de Infermeria de diferents àmbits assistencials.

Des d'un punt de vista històric hi ha un desconeixement general de la Teoria d'universalitat i diversitat de Medeleine Leninger i altres teories relacionades amb la Infermeria Transcultural. De la mateixa manera que, a Espanya en algunes escoles de Infermeria hi ha un gran avenç en aquestes teories i en altres resulta més aviat un àmbit secundari i poc rellevant. Aquestes diferències es poden veure manifestades en la poca retroalimentació entre aquestes teories i la posada a la practica en les cures infermeres. La separació existent entre la infermeria generalista (assistencial) i la infermeria docent (transcultural) és deguda a que, generalment, la primera no ha rebut la formació de la segona i, per tant, la veu com una competència per als "teòrics". Aquest conjunt de circumstàncies ha dificultat la posada a la pràctica dels diferents models de Infermeria Transcultural i Competència cultural. És

important tenir en compte aquest context històric per a entendre la necessitat que hi ha d'unir la infermeria transcultural de l'àmbit docent a l'àmbit assistencial. Una necessitat generada per un context multicultural que impregna les institucions sanitàries del país i, en concret, l'àmbit de l'Atenció Primària (26).

Als anys 50, Medeleine Leninger treballava a una Unitat de Psiquiatria Infantil i va observar que el personal sanitari no coneixia suficient els factors culturals que influïen en l'atenció als pacients. És en aquest instant on neix la inquietud per a crear un model que consideri una visió transcultural en l'atenció al pacient. La teoria de "*Cuidados Culturales: teoria de la universalidad i la diversidad*" està influenciada per una formació complementària a la Diplomatura en Infermeria, es tracta de la influència de dues disciplines: Antropologia i Sociologia. Medeleine Leninger va realitzar estudis complementaris en Humanitats i Filosofia, els quals li van permetre desenvolupar la teoria i impulsar la Infermeria Transcultural. D'una banda, l'Antropologia adquireix dos vessants: la Antropologia Filosòfica i la Antropologia Social i Cultural. La Antropologia filosòfica pretén definir: què és l'home? Ho farà inspirant-se amb definicions fetes per diferents autors, entre altres: Aristòteles, Kant i Hegel. Pel que fa a la Antropologia Social i Cultural, pretén descriure i analitzar la influència de la cultura immersa en un context ambiental determinat. S'inspirarà en quatre corrents determinades: Funcionalisme, Estructuralisme, Particularisme Històric i Marxisme Estructural. D'altra banda, la Teoria de Medeleine no s'inspira en cap teoria Sociològica concreta, però sí que considera alguns conceptes rellevants d'aquesta disciplina. Per tant, tindrà en compte els escenaris de les relacions humanes amb les corresponents regularitats, contradiccions i conflictes que determinen un comportament col·lectiu i, alhora, expliquen la particularitat d'una societat. Amb aquestes dues influències, Medeleine incorporarà una sèrie de conceptes que estructuraran la seva teoria, com ara: diversitat cultural, valors cultural, estils de vida, individu, família, comunitat, cures culturals, etnocentrisme, activitats d'assistència i educació, etc. La teoria es pot visualitzar a través del "*Modelo del Son Naciente*", que consisteix en la visió de l'ésser humà com un ens integral, que no es pot atendre sense tenir en compte la seva procedència

cultural, estructura social i la seva concepció del món. Aquest model està compost per quatre nivells, que van de més a menys abstractes, i són els estàndards a seguir per a la incorporació de la teoria a la pràctica assistencial. El primer nivell consisteix en obtenir una representació de la visió del món i els sistemes socials mitjançant tres perspectives: micro perspectiva (individus d'una mateixa cultura); perspectiva mitja (factors més complexes dins de la mateixa cultura) i macro perspectiva (fenòmens transversal a diverses cultures). El tercer nivell analitza els sistemes genèrics o tradicionals i professionals, els quals actuen dins d'una cultura i identifiquen la diversitat de les cures culturals. En aquest nivell es destaca la intervenció amb un enfocament interdisciplinari per tal de brindar una atenció integral. Per últim, el quart nivell determinarà les decisions i accions de les cures d'Infermeria, les quals es basa en una atenció holística i inclouen la preservació, acomodació i remodelació de les cures culturals (27).

En l'àmbit de la Infermeria, Medeleine Leninger completa l'elaboració de la teoria i estableix uns supòsits principals que reafirmen la importància de la cultura en la salut. Aquests són els següents (28):

- Les cures són universals i varien d'una cultura a una altre.
- Les cures són essencials per a naixement, desenvolupament, supervivència i mort de l'ésser humà.
- Les cures són la essència de la Infermeria.
- Les cures tenen dimensions biofísiques, culturals, psicològiques i ambientals.
- Els actes d'infermeria són transculturals i exigeixen la identificació de infermer/a - pacient.
- Els estils, funcions i reptes varien segons l'estructura social i els valors de cada cultura.
- L'autocuidatge varia d'una cultura a una altre i d'un model d'atenció a un altre.
- La manifestació de conductes, creences i pràctiques de les cures és essencial per a l'avenç del cos del coneixement de la Infermeria.
- La Gestió de les cures és una pràctica d'arrels culturals i requereix el coneixement de la cultura per a la seva eficaç aplicació.

- No hi ha curació sense cures però si cures sense curació.
- La Infermeria és una professió humanística i científica amb la finalitat d'atendre a tots els professionals.
- A totes les cultures hi ha pràctiques diferents a altres cultures.
- Les cures d'Infermeria beneficioses i saludables cobreixen les necessitats culturals.
- Quan les cures d'Infermeria no concorden amb valors i estils de vida, mostraran conflictes culturals, insatisfacció i preocupacions ètiques i morals.

5.1. La competència cultural

La labor de Medeleine Leninger en la Infermeria Transcultural i les aportacions d'altres autors permeten disposar de la Competència Cultural com a eina fonamental per a la solució de les dificultats generades pel “*shock*” cultural i la gestió de les diversitats culturals presents en les consultes d'Infermeria. A part de Medeleine Leninger, diferents autors han elaborat models més específics centrats en la competència cultural i l'holisme, amb la finalitat de dotar als professionals d'infermeria dels coneixements suficients per a saber gestionar amb eficàcia les relacions interculturals que esdevenen en les consultes d'infermeria. D'aquesta manera, cal destacar els models de Purnell, Campinha Bacote i Rachel Spector.

Purnell (29), elabora el Model de Competència Cultural al 1995 perquè creu que tots els professionals de la salut necessiten molta informació general sobre la cultura. Una necessitat detectada a partir de l'observació de que molts destinataris de les cures de salut estan contínuament intentant adaptar-se a una societat canviant, fent esforços per mantenir els seus valors i creences. De manera que, el model consisteix en una aproximació etnogràfica que promou la comprensió cultural de situacions humanes durant períodes de malaltia, manteniment i promoció de la salut. Purnell determina la forma de valorar les influències i la identificació del pacient amb el seu grup cultural a través de les característiques primàries i secundàries de diversitat. Les característiques

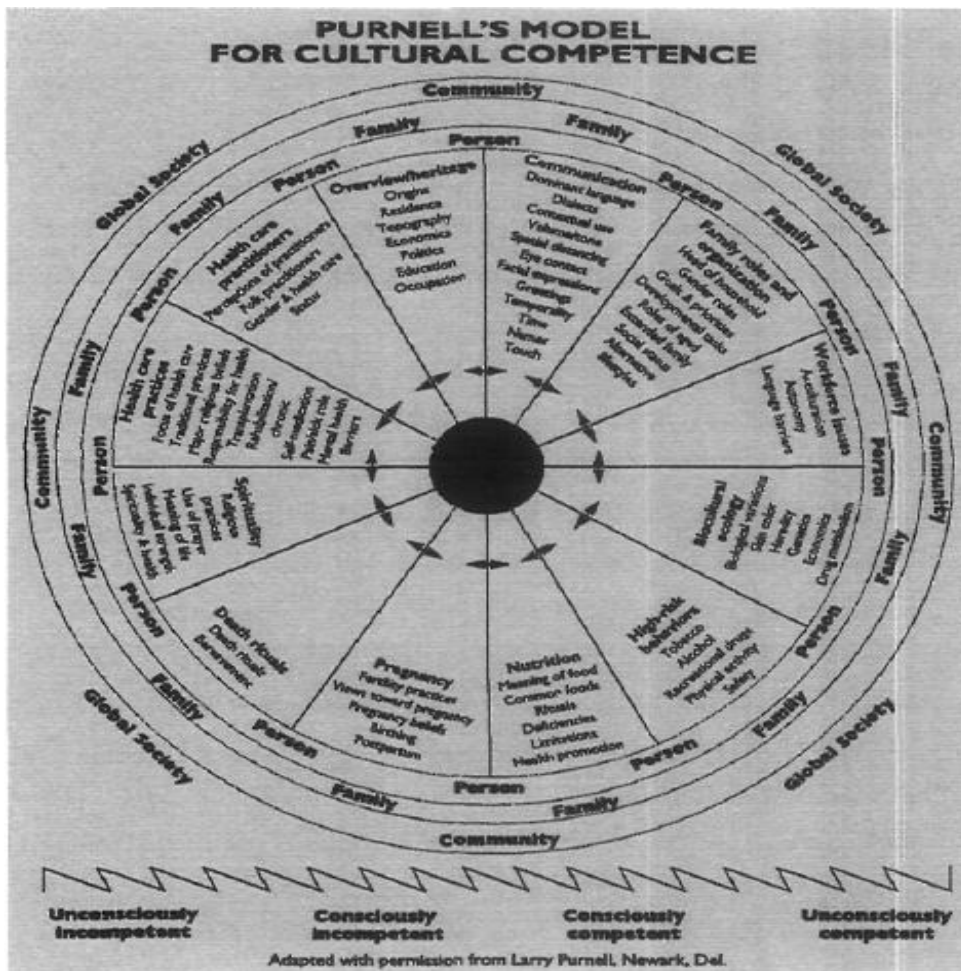
primàries són: nacionalitat, color de pell, raça, edat, gènere i afiliació religiosa. Les característiques secundàries són: estat socioeconòmic, nivell d'educació, ocupació, orientació sexual, temps fora el país d'origen, raons de la migració, assumptes de gènere, estat de matrimoni, característiques físiques i residència urbana contra residència rural.

El diagrama del Model de Competència Cultural de Purnell està compost per 4 marges, 12 dominis i el centre. El centre està buit perquè representa els aspectes desconeguts sobre l'individu o el grup cultural a valorar. Els marges són: societat global, comunitat, unitat familiar i persona. En aquest apartat, afegint-hi el concepte de salut a aquests 4 conceptes esmentats, constitueixen el metaparadigma del Model de Purnell. La societat global és vista com una comunitat gran de persones en contínua multiculturalitat i la comunitat és un grup de gent amb un interès comú. La família és una o més persones que existeix un vincle emocional entre ells i la persona és l'ésser humà que està constantment adaptant-se ambient, des del punt de vista biològic, psicològic i social. El concepte de salut consisteix en estat d'estar sa definit per una persona o grup ètnic, les manifestacions principals seran físiques, mentals i espirituals, les quals actuen constantment amb la família, comunitat i la societat global. Els 12 dominis són els següents: herència, comunicació, rols i organització familiar, assumptes de treball, ecologia biocultural, comportaments d'alt risc, nutrició, embaràs i pràctiques de naixement, rituals de la mort, espiritualitat, pràctica de cures de la salut i proveïdor de cures de salut.

Aquest model és una eina que proporciona molta informació productiva de cara a donar solucions a les necessitats detectades en les consultes d'infermeria. Es tracta d'un model flexible que hi participa tot l'equip de salut en la seva posada a la pràctica. Així doncs, és possible realitzar una actuació interdisciplinària per tal d'avaluar, planificar i intervenir en una cultura de forma competent i poder millorar la salut de la persona, de la família o de la comunitat. El model té una gran acceptació com a eina pedagògica, ja sigui en disciplines de les Ciències de la Salut com de les Ciències Socials. També pot ser útil per l'àmbit de l'administració, on permet avaluar la cultura de les organitzacions i els assumptes culturals entre els professionals. Pel que fa a la investigació, és

un model que ha estat utilitzat com a guia en la recopilació de dades de tesis doctorals realitzades en EEUU, Brasil i Amèrica Central.

Figura nº3. Diagrama del Model de Competència Cultural de Purnell

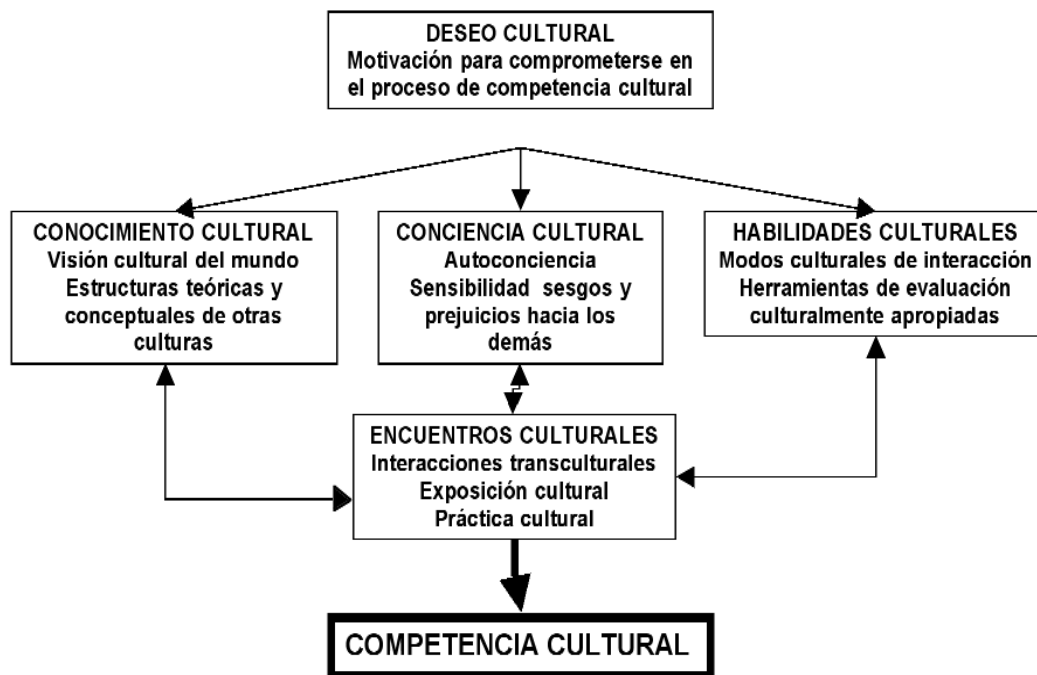


Revista: Cultura de Cuidados

Bacote (30), presidenta de *Transcultural Care Association*, que destaca per l'elaboració del seu model de competència cultural. Bacote defineix competència cultural com el procés en el que els professionals sanitaris s'esforcen per a aconseguir les habilitats que els permetin treballar en un context cultural en un família, individu o comunitat. Per a aconseguir-ho és imprescindible tenir consciència cultural, habilitats culturals i el desig cultural, el qual és imprescindible per a gestionar els reptes interculturals. D'aquesta manera, Bacote identifica un conjunt de dimensions que constitueixen la competència cultural, aquestes són les següents:

- Desig cultural: consisteix en la motivació personal i professional per entre i aprendre de l'altre.
- Coneixement cultural: iniciativa per a buscar informació que permeti obtenir coneixement de l'altre cultura i, per tant, comprendre-la.
- Consciència cultural: consisteix en el respecte i eliminació de prejudicis per poder entendre millor les diferències entre cultures.
- Habilitats culturals: és el desenvolupament de mètodes que permeten captar la visió de l'individu de l'altre cultura per tal de poder dirigir-nos-hi adequadament.
- Trobaments culturals: interacció entre persones de diferents cultures on es coneixerà la idiosincràsia de cada una de les cultures.
- Sensibilitat cultural: consisteix en mostrar confiança, respecte, acceptació, facilitació i negociació. La competència comunicativa transcultural és fonamental per a realitzar unes cures de qualitat i eficaces.

Figura 4. Dimensiones de la competència cultural de Campinha-Bacote



Revista: Intervención Psicosocial (31).

Spector (32), és una professora de “*Boston College School of Nursing*” que va treballar per l’elaboració d’un model “*Cultural Care*”. Spector obté una concepció holística de la salut arrel d’exercir de infermera i professora, on va observar la seva ignorància dels aspectes culturals en relació al concepte de salut. De manera que, defineix la salut com un equilibri de la persona (físic, mental i espiritual) en si mateixa, i amb el món exterior (naturalesa, família, comunitat i metafísica). Aquest canvi de concepció la va portar a escriure el llibre anomenat “*Cultural Diversity in Health and Illness*”, amb l’objectiu de conscienciar al lector sobre les dimensions i complexitats que comporten les cures a pacients que procedeixen d’una altre cultura. El llibre ens parla de 3 conceptes principals: consistència hereditària, model de tradicions de salut i fenòmens de cultures que afecten a la salut. Quan es fa referència a consistència hereditària, vol dir quin grau d’influència a l’estil de vida rep una persona segons una herència consistent (tradicional) i inconscient (moderna o culturitzada). Els model de tradicions de salut correspon al desenvolupament d’un model d’atenció holística i considera tot les accions que fan les persones per a prevenir, protegir, mantenir i restaurar la salut. L’atenció holística contempla un concepte de salut coma un fenomen complexa on hi ha varies dimensions interrelacionades, és a dir, la interacció entre el cos (herència genètica, edat, nutrició i condició física), la ment (processos cognitius, emocions, sentiments, pensaments, records, autoestima i autodefensa) i la espiritualitat (símbols, forces protectores, la gràcia, la intuïció, els somnis, forces innates o metafísica).

5.2. Investigació i la Infermeria Transcultural

És important disposar d’eines com serien els treballs d’aprofundiment en la relació de Salut i Cultura. Els models i teories esmentats permeten ajudar a gestionar models d’atenció sanitària, ajudar a estructurar diferents organitzacions sanitàries i, fins i tot, donar eines a la població per a gestionar la seva pròpia salut. Tal i com s’ha introduït al principi d’aquest bloc del treball, gran part de l’assistència sanitària es troba allunyada d’aquests models i teories , les quals introdueixen les cures culturals com a eina de treball. Aquest fet

dificulta l'adequació de l'atenció sanitària a les necessitats canviants de la població actual, un context en que la població estrangera representa un 15'3% del total de la població de Catalunya (1). Per tant, seria necessari que el sistema sanitari incorporés en la seva estructuració els continguts i criteris que componen les teories i models tractats anteriorment. Per a poder aconseguir que la Infermeria transcultural resulti un factor de pes en la presa de decisions del Departament de Salut de Catalunya és necessari augmentar i millorar la Investigació qualitativa en Infermeria i la Competència Cultural. D'aquesta manera, es pot comptar amb l'interessant concepte de la Col·laboració Cultural (33), que és un mètode d'investigació que incorpora en l'equip investigador als individus del mateix estudi, col·laboradors interns o informadors clau. Aquests donen major credibilitat, sensibilitat i crea una investigació transcultural. Aquest mètode genera dificultats alhora de decidir quins són els informants o col·laboradors del mateix grup cultural que s'està estudiant. Normalment, s'acostuma a escollir els individus representants de cada grup o comunitat o els voluntaris i això pot desplaçar i/o discriminar altres grups minoritaris dins de la mateixa cultura, és a dir, no s contemplarien dones, nens i altres tipus de població vulnerable. Per tal de facilitar i regular la selecció de col·laboradors, Rifkin desenvolupa cinc nivells que estructurin col·laboració amb la comunitat, aquests són:

- 1r nivell: la gent participa de forma passiva.
- 2n nivell: la gent participa de forma activa en el projecte d'investigació, apareixen informadors clau aportant: referències de participants potencials o realitzant el "feedback " de la informació una vegada desenvolupat l'estudi.
- 3r nivell: el grup participa en la implementació del projecte un cop establert l'equip investigador.
- 4rt nivell: el grup participa monitoritzant i avaluant el projecte.
- 5è nivell: el grup col·labora en totes les fases de l'elaboració del projecte, és a dir, des de la hipòtesis de la investigació fins l'anàlisi de la informació tractada durant el desenvolupament del projecte.

Objectius i hipòtesis

Principal

Avaluar les actituds del personal d'infermeria d'Atenció Primària de Catalunya envers als usuaris d'origen immigrant.

Específics

- Explorar si les infermeres d'Atenció primària disposen de coneixements de formació específica en competència cultural.
- Analitzar les barreres culturals percebudes per els infermers/eres envers al pacient d'origen immigrant.
- Explorar si els infermers/es utilitzen recursos de suport per a fer front a les barreres culturals percebudes.

Hipòtesis

Els professionals d'infermeria d'Atenció Primària de Catalunya amb formació específica en competències culturals tenen un millor tracte cap als usuaris d'origen immigrant envers als infermers que no disposen d'aquests coneixements.

Metodologia:

Disseny

L'estudi és de caràcter quantitatiu i exploratori.

Subjectes d'estudi

Mostra:

La nostra població diana seran infermers/es d'Atenció Primària de la província de Catalunya, en centres situats en territoris amb una alta taxa de població d'origen immigrant (20% mínim).

Es farà un càlcul mostral de les infermeres per tal de disposar de dades estadístiques que siguin significatives i extrapolables.

Criteris d'inclusió:

- Edat: compresa entre 23-64 anys.
- Sexe: masculí i femení
- Experiència: mínim de 6 mesos d'experiència professional i havent atès com a mínim 1 cop a una persona d'origen immigrant.
- Només infermers/eres d'origen autòcton.
- Infermers/eres que treballin en centres d'AP seleccionats en base al % de població immigrant atesa al centre. (Tal com es detalla en el quadre 1).

Criteris d'exclusió:

- S'exclourà del estudi tot aquell professional que no compleixi els criteris d'inclusió.
- Infermeres amb alts càrrecs allunyades de la pràctica assistencial, com ara bé: supervidores, gerents, etc.

Centres seleccionats

Els centres escollits per a dur a terme el nostre treball han estat seleccionats a partir de les dades sociodemogràfiques de l'any 2013 obtingudes en els espais virtuals o pàgines web "IDESCAT" (Institut Català de la Salut) i "Gencat" (Generalitat de Catalunya). I així, agafant com a referència centres de les quatre províncies de Catalunya. Per tant, tenim escollits dos centres de la província de Barcelona; dos de Girona; un de Tarragona i un de Lleida. Dins d'aquestes províncies, hem triat aquells CAPs situats en espais amb un nombre de població immigrant elevat, no fixant-nos només en el percentatge de la zona estudiada, sinó també en el nombre total d'immigrants residents en aquelles zones (34,35) (Veure quadre 1). Amb això, tenim:

- De la província de Barcelona els CAPs del Fondo (Santa Coloma de Gramanet) amb 120.029 persones immigrants i un 21,89% de població immigrant total, i del Casc Antic (Ciutat Vella) amb 44.587 persones immigrants i 43,15% de població immigrant total.
- De la província de Girona els CAPs de Doctor Jordi Nadal i Fàbregas (Salt) amb 12.713 persones immigrants i un 42% de població immigrant total, i d'Osona (Vic) amb 10.430 persones immigrants i un 25,04% de població immigrant total.
- De la província de Tarragona el CAP de Torreforta – La Granja amb 24.235 persones immigrants i un 18,15% de població immigrant total. Cal anotar que tot i no complir els nostres criteris d'inclusió (20% mínim de població estrangera), és el centre de la província amb una taxa de població immigrant més elevada, i per tant és escollit de referència.
- De la província de Lleida el CAP de Cappont amb 29.491 persones immigrants i un 21,09% de població immigrant total.

Quadre 1: selecció dels CAPs de les 4 províncies de Catalunya

PROVÍNCIA	LOCALITAT	NOM DEL CENTRE	TOTAL POBLACIÓ ESTRANGERA	% DE POBLACIÓ ESTRANGERA
Barcelona	Santa Coloma de Gramenet	CAP el Fondo	120.029	21,89
	Ciutat Vella (Barcelona)	CAP Casc Antic	44.587	43,15
Girona	Salt	CAP Doctor Jordi Nadal i Fàbregas	12.713	42
	Vic	CAP Osona	10.430	25,04
Tarragona	Tarragona	CAP Torreforta – La granja	24.235	18,15
Lleida	Lleida	CAP Cappont	29.491	21,09

Instruments

Per tal d'obtenir respostes als objectius exposats, s'utilitzarà un qüestionari autoadministrat consistent en 21 preguntes tancades englobades en 4 apartats o sectors ben diferenciats.

El qüestionari ha estat dissenyat per saturació teòrica i basant-nos en dos qüestionaris validats, la "Escala de Actitud ante la Inmigración (EAI)" d'Antonín i Tomás-Sábado, i la "Escala de Sensibilidad Cultural" (ESC) de Ruiz-Bernardo (adaptació al castellà de l'escala de Chen i Starosta *Intercultural Sensitivity Scale*). La EAI mesura les actituds de les persones respecte a la persona immigrant, consisteix en 39 preguntes tancades a respondre, cada pregunta té quatre opcions consistents en acord amb la pregunta o desacord. La ESC mesura el grau de sensibilitat cultural de les persones, consta de 24 preguntes tancades a respondre, al igual que la EAI, la ESC es contesta marcant acords i desacords en la pregunta, però dóna la possibilitat de respondre en 5 opcions(17,36).

Prova pilot

Es sotmetrà el qüestionari a una prova pilot amb 20 infermers d'AP amb l'objectiu d'identificar si els subjectes d'estudi entenen les preguntes administrades i el temps que triguen a respondre-les. D'aquesta manera es podrà modificar aquells punts febles que el qüestionari posseeix.

Explotació de dades

Els resultats de les enquestes seran ordenats i gestionats pel programa informàtic SPSS.

Ètica i confidencialitat

Aquest projecte serà sotmès al comitè d'ètica del centre IDIAP Jordi Gol (centre d'investigació en atenció primària).

En aquesta investigació es garanteix la total confidencialitat de dades, en la que no s'identificarà ni sortirà present en l'article cap participant de la investigació tot seguint la actual vigent Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (37). Els únics usuaris que podran veure les dades i interpretar-les serem exclusivament els propis autors del present projecte, sense altres intermediaris, i les dades dels participants tindran un interès exclusivament científic. Presentem també un document de consentiment informat (veure annex) en el que s'informarà del objectiu del treball i al que la persona s'exposa participant en aquest estudi.

Discussió

El professional d'infermeria, encara està poc preparada per a viure en completa cohesió i harmonia amb el col·lectiu immigrant, tal i com hem vist que assenyalaven diversos autors. Es relacionen els immigrants amb augment de la violència i delinqüència en el país, tot mediat pels serveis interactius d'informació via televisió, internet, etc. Junt amb els prejudicis que tenim ja envers a les persones d'origen immigrant, es veu més difícil una adequada normalització del fenomen migratori. Veiem així doncs, com una gran majoria dels professionals enquestats en els estudis es mostren més reacs a tractar amb immigrant que amb persones autòctones (6,7,15–18,22).

Les barreres culturals juguen un paper essencial en el procés d'atenció a la persona d'origen immigrant. Per això s'evidencia també que la falta de competència cultural dels professionals és deguda a que aquests no són del tot conscients de les barreres existents, o com a mínim no es veuen capaços de solucionar els problemes correctament (22).

Vistes les mancances en competència cultural dels professionals d'infermeria, es veu necessari un estudi a nivell català que indiqui quines actituds tenen els professionals d'infermeria de Catalunya i quin nivell de competència cultural tenen ja que ens trobem en una comunitat autònoma amb un percentatge de població immigrant total de 15,1% (1.138.775 estrangers sobre 6.427.689 autòctons), la qual considerem suficientment alta com per veure quin nivell de formació tenim (38).

Les limitacions que obstaculitzen la completa absolució de resultats es veuen traduïdes en vers a falta d'informació específica en actituds dels professionals d'atenció primària de Catalunya, així com verbalització sincera dels prejudicis que puguin tenir. Ja que com bé diu Moreno Preciado existeixen en prejudicis ocults, aquells que no diem per quedar bé amb la societat (15). Altres limitacions que podem trobar són falta de serietat en respondre correctament el qüestionari, o negatives en contestar-lo, cosa que limitaria la nostra mostra.

Conclusió

La realització del projecte junt amb les pràctiques realitzades en l'àmbit de la Infermeria Comunitària ens han permès conèixer amb profunditat la realitat sociodemogràfica del nostre país i quines conseqüències tenen els fluxos migratoris en els Centres d'Atenció Primària de Catalunya amb major aflluència d'usuaris d'origen immigrant. Per a poder elaborar el projecte ha estat necessari un alt nivell d'implicació per tal de desenvolupar un punt de vista multicultural que ens permetés entendre la complexitat de l'actual situació sociodemogràfica i laboral.

D'una banda, podem dir que hem experimentat un aprenentatge professional, obtenint un coneixement científic sobre la Infermeria Transcultural i la Investigació quantitativa de caire exploratori. Motiu pel qual ens resulta un element de motivació per aprofitar aquest aprenentatge i poder ampliar-lo en un futur amb noves investigacions.

D'altre banda, la realització del projecte ha aportat un creixement personal progressiu en termes de sensibilitat cultural i consciència global que potencien les nostres qualitats humanes com a futurs professionals. D'aquesta manera, creiem que és molt important que la professió d'Infermeria adquireixi un paper important en la gestió de la integració dels usuaris d'origen immigrant en el Sector Sanitari.

Hem pogut veure que hi ha una manca de formació en competències culturals i una tendència al desconeixement de la Infermeria Transcultural en àmbits assistencials. Creiem que la figura de la Infermeria Transcultural hauria de ser molt més present en els programes educatius de les universitats de Infermeria de Catalunya. La nostra proposta és que els futurs professionals d'Infermeria de l'àmbit assistencial disposin de formació específica en competències culturals i promogui la integració de les bases teòriques de la Infermeria Transcultural tractades a les aules de les universitats.

Bibliografia

1. Catalunya G de. Col·lectius socials Butlletí de població estrangera i mercat de treball. 2013;
2. Catalunya G de. Perfils sociodemogràfics dels col·lectius més nombrosos a Catalunya. 2013;
3. Moreno Fuentes FJ, Bruquetas Callejo M. Inmigración y Estado de bienestar en España. Obra Soc la Caixa. 2011;
4. Alonso E, Gómez J, Ros M. Recomanacions per a l'atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris. Inst Català la Salut. 2006;
5. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D. Polítiques sanitàries per a la població immigrant en el context nacional i internacional. General Catalunya. 2007;
6. Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Rodríguez Alonso J, Plaza del Pino MD. Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes. Inquietudes. 2007;(37):33–9.
7. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria The immigrant in primary care consultations. An Sist Sanit Navar. 2006;29.
8. Melero Valdés L. La persona más allá de la migración: Manual de intervención psicosocial con personas migrantes. 2011.
9. Leno González D. Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. Gaz Antropol. 2008;24(1).
10. González Calvo V. El duelo migratorio. Trab Soc. 2005;(7):77–97.
11. Collazos F, Qureshi A, Antonín M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. Papeles del Psicólogo. 2008;29(3):307–15.
12. Achotegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Av en Salud Ment Relac. 2008;7(1):1–22.
13. Achotegui J, Llopis A, Morales MM, Espeso D. Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en

- inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte Salud Ment.* 2012;10(44):34–42.
14. Real Academia Española [Internet]. [cited 2014 May 7]. Available from: <http://www.rae.es/>
 15. Moreno Preciado M. La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras. *Index de Enfermería.* Fundación Index; 2005 Nov;14(50):25–9.
 16. Gentil García I. Enfermería y personas de otras culturas. *Cult los Cuid.* 2006;(19):37–40.
 17. Antonín Martín M, Tomás-Sábado J. Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería . Valoración antes y después del 11-M. *Educ Médica.* 2006;9(1):17–20.
 18. Plaza del Pino FJ. Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el Sur de España. *Enfermería Glob.* Universidad de Murcia; 2012 Jul;11(27):87–96.
 19. Larrea VRZDE, Tejedor B, Mata C. Inteligencia emocional.
 20. Kofi Kambire Ible MÁ. Conceptos de Racismo y Xenofobia dentro de la realidad migratoria con el fin de “Unir sin confundir, distinguir sin separar”. 1983;
 21. El Bouchaibi Daali I. La enfermera transcultural. Una nova competència infermera. *An Med.* 2012;95:160–1.
 22. Ibarra Mendoza TX, González JS. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería.* Fundación Index; 2006 Mar;15(55):44–8.
 23. Smith LJ. Barriers to Immigrant Health Care: A Needs Assessment for Scott County, Minesota. University of Wisconsin-Stout; 2005.
 24. Tortumluoglu G. The implications of transcultural nursing models in the provision of culturally competent care. *Icus Nurs Web J.* 2006;(25):1–11.
 25. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cult los Cuid.* 1999;(6):5–12.
 26. Chamizo Vega C. La enfermería transcultural en España. *Cult los Cuid.* 2005;(18):19–23.

27. Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostiguín Meléndez RM. Madeleine Leininger : un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Univ ENEO-UNAM*. 2007;4(2):26–30.
28. Gimeno J, Mataix M, Meléndez Y. Diversidad cultural, nuevo reto para los cuidados de enfermería. p. 1–80.
29. Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cult los Cuid*. 1999;(6):91–102.
30. Marrero González CM. Competencia cultural . Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Rev Enfermería*. 2013;7(2).
31. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social The Cultural Competence and the Human Provision of Services. 2006;15:331–50.
32. Spector R. Enfermería de cuidados culturales. *Cult los Cuid*. 2002;(11):5–10.
33. Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Domínguez Santamaría JM, Galao Malo R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index de Enfermería*. Fundación Index; 2004 Jun;13(44-45):47–50.
34. Idescat. Institut d'Estadística de Catalunya. Pàgina principal [Internet]. [cited 2014 May 7]. Available from: <http://www.idescat.cat/>
35. Generalitat de Catalunya (www.Gencat.cat) [Internet]. [cited 2014 May 7]. Available from: <http://www.gencat.cat/>
36. Ruiz-Bernardo MP. Revisión lógica y empírica para la adaptación de un cuestionario de sensibilidad intercultural. *Fòrum Recer*. 2013;(17):381–402.
37. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. 2011;
38. Catalunya G de. Població empadronada a Catalunya. 2014.

Annex

Consentiment informat

El qüestionari que contestarà a continuació és un document de suport a la investigació que drem a terme dos estudiants de l'Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat per el TFG del grau d'infermeria. Aquesta investigació ***té com a objectiu principal explorar els coneixements i les actituds dels professionals d'infermeria d'Atenció Primària de Catalunya envers al tracte amb la persona d'origen immigrant atesa a la consulta d'infermeria.***

Amb la firma d'aquest document vostè es presta voluntari/a a participar en aquesta recerca i tenint el dret a retirar-se del mateix en qualsevol moment. De les dades obtingudes de caràcter personal tenen només la finalitat d'utilització per raons científiques, en cap cas les seves dades seran exposades en el treball ni en els documents utilitzats ja que se li adjudicarà una numeració, sense possibilitat que se li pugui identificar la seva participació.

Aquest document es regirà amb l'actual vigent Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Els únics intèrprets i lectors dels resultats serem exclusivament els investigadors, sense intermediaris. investigació, i a la de les vostres dades personals introduïdes.

Jo _____ em presto de forma voluntària a participar en l'estudi "Actituds dels professionals d'infermeria d'Atenció Primària de Catalunya envers a la persona immigrant" i a permetre l'ús de les meves dades personals per caràcters purament científics.

Signatura del participant,

Data:

Qüestionari d'avaluació de la Competència Cultural en Professional d'Infermeria de l'Atenció Primària

Les següents 21 preguntes formen part d'un qüestionari dissenyat per a la realització d'un projecte d'investigació que avalua la competència cultural dels professionals d'Infermeria de Catalunya. La seva participació no li suposarà més de 10 minuts i generarà coneixement científic que permeti l'assoliment dels objectius establerts en el nostre projecte d'investigació.

Nº de codi:

Edat	
Sexe	
Experiència professional en l'àmbit sanitari (anys)	
Experiència professional a l'Atenció Primària (anys)	
Lloc de treball actual en Atenció Primària	

Sector 1: Infermeria comunitària i usuaris d'origen immigrant.

Alguna vegada has tractat amb usuaris d'origen immigrant a la Consulta d'Infermeria?

Si No

Els CAPs acostuma a ser la porta principal de la població estrangera en els serveis de salut de Catalunya. Creu que els professionals d'infermeria ho tenen present durant l'atenció sanitària?

Si No

Creu que els professionals d'Infermeria tenen dificultats per gestionar les relacions interculturals a la Consulta d'infermeria?

Si No

Sector 2: Actitud i mites en l'atenció a l'usuari d'origen immigrant.

Creu que s'ha estigmatitzat l'usuari d'origen immigrant com a pacient hiperdemandant i de tracte difícil?

Si No En cas afirmatiu, com s'ha estigmatitzat l'usuari d'origen immigrant?.....

Creu que l'atenció a usuaris d'origen immigrant considera una visió biopsicosocial?

Si No

Creu que l'usuari d'origen immigrant segueix les recomanacions d'educació per a la salut que es donen a la Consulta d'Infermeria?

Si No

Creu que els immigrants porten malalties del seu país d'origen?

Si No

Li costa més acceptar opinions de persones d'origen immigrant que de les autòctones?

Si No

Tendeix a evitar situacions que exigeixen relacionar-te amb persones d'origen immigrant?

Si No

Sector 3: Barreres en l'atenció a l'usuari d'origen immigrant.

Cultural:

Creu que el concepte de salut és el mateix en totes les cultures?

Si No

Creu que hi ha relació entre la religió i la salut?

Si No

Creu que en l'atenció a l'usuari d'origen immigrant la cultura autòctona s'imposa la cultura estrangera.

Si No

Acostuma a haver-hi xocs culturals que dificulten el feed-back entre l'usuari d'origen immigrant a la Consulta d'Infermeria?

Si No

Idiomàtica:

És capaç de dialogar i entendre't amb un usuari de diferent cultura i llengua?

Si No

Creu que és molt freqüent la necessitat de la intervenció del mediador cultural?

Si No

Perjudicis:

Ha sentit desconfiança, inseguretats, por, incomoditat o nerviosisme a l'hora de tractar amb usuaris d'origen immigrant?

Si No

Les relacions interculturals a la Consulta d'Infermeria resulten experiències estressants per al professional d'infermeria o per a l'usuari d'origen immigrant?

Ambdós?

Si No En cas afirmatiu, per a Infermeria o per a l'usuari?.....

Sector 4: Infermeria transcultural.

Coneix els conceptes que rodegen l'àmbit de la Infermeria Transcultural?

Si No

Creu que és necessari que els professionals d'Infermeria tinguin sensibilitat cultural en l'atenció als usuaris d'origen immigrant?

Si No

Creu que la formació específica en competència cultural, que facilitat la gestió de les relacions interculturals amb usuaris d'origen immigrant, és insuficient o desconeguda?

Si No

Coneix o disposa de formació específica en competències culturals?

Si No