

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/15



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería
GRADO EN ENFERMERÍA
CURSO 2014-2015

*Modelo Transcultural de los Cuidados
Enfermeros: hacia el cuidado integral,
individualizado y universal*

Autora: Olcese Zulueta, Claudia

Tutor: Frutos Martín, Manuel

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de algunas personas, quienes de una manera u otra han colaborado para que llegase a término. Así, el reconocimiento a su desinteresado esfuerzo es obligado.

Quisiera expresar en primer lugar mi más sincera gratitud a Manuel Frutos Martín, mi tutor de TFG, por su constante ánimo, sus comentarios y la ayuda prestada en todo momento.

A María y a Marina, las amigas que realmente me ha regalado la carrera.

A mi madre y a mi hermana Alejandra, mis compañeras de vida, por estar siempre ahí prestándome su apoyo y ayudándome en esta y otras muchas tareas.

A mi padre.

A Iñaki, por su ayuda durante todo el proceso y sus continuas palabras de ánimo y cariño.



ÍNDICE	PÁG
1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. EL CUIDADO Y LA CULTURA: UN BINOMIO INTERRELACIONADO.....	5
3.2. ESPECIFICIDADES CULTURALES Y RELIGIOSAS DEL CUIDADO.....	6
3.3. CORRIENTES Y MODELOS DE LOS CUIDADOS TRANSCULTURALES	7
4. MARCO EMPÍRICO	12
4.1. OBJETIVOS.....	12
4.2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
4.3. RESULTADOS.....	17
4.4. DISCUSIÓN.....	22
4.5. ANÁLISIS DAFO.....	24
5. CONCLUSIONES	25
6. BIBLIOGRAFÍA	28
7. ANEXOS	30

1.- RESUMEN

En este trabajo abordamos el nivel de desarrollo del modelo de los cuidados enfermeros fundamentado en la consideración de la **especificidad cultural** de cada persona, siguiendo el principio de respeto a las características individuales y a la exigencia básica de la profesión de enfermería de prestar una atención integral; es decir, atendiendo a las áreas biológicas, psicológicas y socio-culturales de la persona-familia y/o comunidad.

En una primera parte se aborda un análisis y revisión sobre el nivel de desarrollo de los cuidados transculturales en la práctica de enfermería y los modelos más representativos, así como los elementos destacados en los que se fundamenta la actividad enfermera centrada en el respeto y competencia cultural.

En la segunda parte de este Trabajo Fin de Grado se hace un estudio de campo con profesionales de enfermería en las áreas en las que hemos encontrado colaboración, y con compañeras/os de la propia facultad. El objetivo es identificar el nivel de intervención profesional en los dilemas del cuidado vinculados a los aspectos culturales relacionados con la salud y la actividad sanitaria, así como el reconocimiento de modelos profesionales que referencian los cuidados transculturales de Enfermería.

Concluimos este TFG con un análisis DAFO de la situación y la propuesta de alternativas que defienden la importancia de atender las necesidades de todas las personas desde la perspectiva de la competencia cultural.

Palabras clave: Cuidados, cultura, enfermería transcultural, modelos enfermeros.

2.- INTRODUCCIÓN:

Los grandes cambios socioculturales derivados de la globalización creciente a todos los niveles y de los movimientos migratorios de las personas, que se dan de forma especial en nuestro país al ser uno de los principales puntos de paso de África hacia Europa, convierten a España en un país receptor de inmigrantes de diferentes culturas y religiones.

Todos estos movimientos migratorios, como afirman Bonill y Celdrán (2012), hacen de la sociedad actual "*una sociedad compleja, diversa y rica en matices culturales*" en la que se hace imprescindible la necesidad de instaurar los cuidados

desde una perspectiva transcultural. Este enfoque permitirá orientar los cuidados de enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones y así, ofrecer un cuidado integral e individualizado a cada paciente creando una relación de empatía con él.

La población espera que los profesionales de la salud en general, y de enfermería en particular, entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida, para lo que es imprescindible disponer de conocimientos y competencias capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

Leininger (1994), reforzando este razonamiento, establece que la omisión de las creencias, valores y ritos del paciente puede ocasionar problemas de salud que conciernen directamente al trabajo enfermero, por lo que es necesario tener conocimiento de las diferencias culturales para poder realizar unos cuidados culturalmente competentes y sensibles.

La profesión de Enfermería tiene una amplia experiencia en adaptar sus servicios a las necesidades y al contexto donde trabaja, propiciando en su actividad una relación empática con los pacientes-usuarios. Sin embargo, en algunas ocasiones se producen verdaderas barreras culturales que son un serio obstáculo para un cuidado integral y efectivo.

La teoría de acción y el modelo de cuidados transculturales propuesto por Madeleine Leininger constituyen una importante aportación. Este modelo ayuda a los profesionales de enfermería a descubrir cuidados culturalmente específicos para personas de culturas diversas y de esta forma, poder proporcionar un cuidado culturalmente adecuado. Si estas proposiciones y objetivos se mantienen, los pacientes no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural y el etnocentrismo, las cuales pueden desembocar en conflictos culturales entre pacientes y profesionales.

En el campo de la enfermería, para que se lleve a cabo en la práctica ese respeto reclamado a todos los colectivos que integran la comunidad actual, es necesario profundizar en el conocimiento de la comunidad y comprender que es imposible respetar sin conocer. Sólo así se podrá practicar eficazmente la enfermería transcultural.

3.- MARCO TEÓRICO:

3.1 El Cuidado y la Cultura: un binomio interrelacionado.

El concepto de **cultura** desde un punto de vista antropológico viene definido por diversos autores, entre los que encontramos a Taylor (citado por Bonill y Celdrán, 2012), que en el año 1871 la define como *“Ese todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, ley, costumbre y otras aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”*.

Purnell, citado por Osorio y López (2008), afirma que: *“la cultura hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión del mundo y sus decisiones. Esos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad”*

Para el ensayista Eugenio D'Ors, citado por Baliñas (2004), la cultura es *“la suma de significaciones, acontecimientos y figuras que, dentro de lo histórico, se destacan con un doble valor de universalidad y de perennidad”*.

Leininger (2002), introduce el término cultura formando y liderando en la década de los 50 el campo de la enfermería transcultural. Define la cultura como: *“las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción”*.

El cuidado es el fundamento de la profesión de enfermería, y aunque se ha identificado con diferentes significados, posee como argumento común su carácter de interacción entre seres humanos. Leininger (2002) define el cuidado como: *“lo que permite asistir, sostener, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, basadas en la cultura, de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para mejorar su modo de vida o ayudarles a afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad”*. Como afirman Ibarra y Siles (2006), **cuidar** implica comprender y ello, necesariamente, incluye un proceso de empatía, identificación y proyección; además

como fenómeno humano, el cuidado tiene la dimensión de la intersubjetividad, la cual precisa apertura, simpatía y generosidad.

Ambos conceptos interactúan en una simbiosis que son el fundamento de los modelos de actividad profesional de la enfermería orientados hacia una práctica culturalmente competente.

3.2 Especificidades culturales y religiosas del cuidado.

En la tabla 1 seleccionamos algunas especificidades relacionadas con el cuidado de la salud y atención a ciertas necesidades básicas que por motivos principalmente fundamentados en las creencias y prácticas religiosas requieren una atención diferente.

Tabla 1: Cuidados específicos orientados a las distintas creencias religiosas	
Budistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prefieren manejar el dolor mediante técnicas de meditación y relajación antes que el uso de analgésicos. ▪ En la nutrición evitan los productos de carne animal. ▪ El proceso de muerte y de atención al fallecido son muy importantes al considerarse el tránsito a otra vida. Se debe minimizar las interacciones con el paciente y evitar quitarles los adornos que la familia les haya puesto. ▪ No son partidarios de la donación de órganos, al considerar que en el cuerpo permanece el espíritu del ser fallecido.
Católicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la salud sexual y reproductiva se posicionan en contra del uso de anticonceptivos. ▪ Se atiende al proceso de muerte con ritos de depuración del alma y el perdón mediante la extremaunción. ▪ Establece procesos de ayuno y restricción a productos cárnicos en fechas especiales del año.
Testigos de Jehová	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No admiten tratamientos que impliquen la recepción de sangre de otras personas, aunque ello sea imprescindible para mantener la vida. ▪ Ante el rechazo al tratamiento en personas con incapacidad de juicio y de toma de decisiones (menores de edad) se debe consultar la práctica sanitaria con el Comité de Ética del Centro.
Judíos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realiza la circuncisión a edad temprana a los niños varones (8 días del nacimiento). ▪ Tienen una dieta específica de acuerdo a los preceptos de su religión (dieta Kosher). Según ésta no se puede mezclar en una comida la carne con productos lácteos, estando excluidas una serie de carnes que consideran impuras (cerdo y sus derivados, conejo, etc.) e igualmente limitan ciertos pescados y mariscos de su dieta. ▪ No pueden desarrollar ninguna actividad el día festivo religioso (sábado), excepto dar a luz o la lactancia materna.
Musulmanes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cuanto a las necesidades relacionadas con la intimidad del cuerpo (higiene, eliminación, etc.) son muy pudorosos, rechazando la desnudez y manipulación del cuerpo. Deben ser atendidos por personas del mismo sexo cuando sea posible. ▪ Tienen restricciones alimenticias, rechazando la carne de cerdo y sus derivados (embutidos, etc). ▪ Los varones a corta edad son circuncidados.

Además de estos cuidados básicos de las distintas orientaciones religiosas, existen otros cuidados culturales que se relacionan con procesos específicos como los cuidados en el trabajo del parto, cuidados del recién nacido, cuidados postmortem, etc.

3.3. Corrientes y modelos de los cuidados transculturales.

La enfermería transcultural, según Fornons (2010), pretende “*facilitar una asistencia sanitaria multicultural segura y eficaz*”. Los profesionales de enfermería, según esta orientación transcultural del cuidado, deben actuar de forma individualizada a unos requerimientos condicionados por creencias y valores culturales y étnicos diversos en cada paciente. Una de las propuestas más representativas de este modelo ha sido aportado y liderado durante estos últimos 60 años por Madeleine Leiniger (1925-2012).

Esta autora introduce el término “cultura” en la disciplina enfermera fundando la teoría de la enfermería transcultural a principios de la década de los años 50. Obtuvo un doctorado en antropología cultural y social (Leno, 2006).

Según Leininger (1999) al hacerse el mundo más diverso y complejo impera la necesidad de entender y conocer a las personas que hablan y se comportan de otro modo. En palabras de la autora: “*las enfermeras tenemos un rol único para conocer y entender a estas personas y a sus familias cuando son cuidadas. De todas maneras, necesitamos estar preparadas para ser competentes en el cuidado de personas de diferentes creencias y maneras de vivir. Es un imperativo para las enfermeras si queremos realizar nuestra función con efectividad y conocimiento en el siglo XXI*”.

Por ello, creó el campo de estudio y trabajo de la **enfermería transcultural** (en adelante ETC) que fue creciendo por todo el mundo, aunque lentamente hasta la década de los 80 ya que resultaba un campo muy nuevo para las enfermeras.

Leininger señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la enfermería y la antropología. De la unión de estas dos ciencias surge una de las grandes áreas de la enfermería: **la enfermería transcultural**, tema que abordó en su primer libro “Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend”, en el que sentó las bases de su teoría (Leno, 2006).

Leininger (1999), define la ETC como *“el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”*.

En esta línea, su teoría surge de la unión entre cultura proveniente de la antropología y cuidados provenientes de la enfermería. Sostiene que *“los cuidados son la esencia y acto diferenciador de la enfermería...aquello que permite asistir, sostener, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, basadas en la cultura, de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para mejorar su modo de vida o ayudarles a afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad”* y que esta teoría *“ayuda a guiar a las enfermeras en el descubrimiento de nuevos conocimientos, y a hacer afirmaciones, tomar decisiones y realizar acciones que son beneficiosas y significativas para las personas que cuiden”* (Leininger, 1999). Es decir, ayuda a la enfermera a conocer cuidados culturalmente adecuados para personas de culturas diversas.

Si estos objetivos se cumplen el paciente no experimentará situaciones negativas como el etnocentrismo o imposición cultural.

Según la RAE el etnocentrismo hace referencia a la *“tendencia emocional que hace de la cultura propia el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos, razas o sociedades.”* Es decir defender la cultura y la raza propia como superior a las demás.

El etnocentrismo puede llevar a la imposición cultural que se refiere según Leininger a la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto al ser humano.

La misma autora tenía la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientación a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan (Fernández M.L.).

Debido a esto en la década de 1960, Leininger desarrolló métodos de etnoenfermería para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de la enfermería transcultural. Asimismo, en 1970, creó el Modelo del Sol Naciente o *“Sunrise”* para describir los elementos fundamentales de su teoría.

El Modelo del Sol Naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental.

El modelo consta de cuatro niveles, siendo el primero el más abstracto y el cuarto el menos abstracto. Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para proporcionar cuidados culturalmente coherentes (fig.1):

- Nivel uno:
Representa la visión del mundo y los sistemas sociales.
- Nivel dos:
Proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud.
- Nivel tres:
Proporciona información acerca de los sistemas enfermeros que actúan dentro de una cultura.
- Nivel cuatro:
Determina las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; según Leininger, en este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros coherentes culturalmente e identifica tres modos de actuaciones y decisiones enfermeras: preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.
 - 1) La preservación de los cuidados culturales hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan al cliente, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.
 - 2) La acomodación de los cuidados culturales se refiere a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
 - 3) La remodelación de los cuidados culturales hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos y satisfactorios. (Leno D, 2006)



Figura 1: Representación gráfica del Modelo del "Sol Naciente" de M. Leininger.
 Extraído de: <http://cuidadocolectivos.blogspot.com.es/2015/02/22-teoria-de-la-transculturalidad-de.html>

Tras los pasos de Madeleine Leininger otros muchos autores han investigado y desarrollado el campo de la enfermería transcultural.

Podemos destacar las aportaciones de:

- Rachel E. Spector, con su modelo de herencia cultural y tradiciones de salud se adentra en el estudio de la diversidad cultural para ver en qué medida un estilo de vida está influenciado por una cultura. Esta autora entiende la salud como el equilibrio entre la familia, la comunidad y la naturaleza, y la enfermedad supone el desequilibrio entre ellas. (Bonill y Celdrán, 2012; Muñiz, 2014).

- El Modelo de Josepha Camphina-Bacote constituye una guía para prestar una atención eficiente y culturalmente adecuada en la práctica diaria. Esta autora marca cuatro fases por las que hay que pasar para ofrecer unos cuidados de calidad:
 - Conciencia cultural (conciencia de uno mismo como sujeto cultural).
 - Conocimiento cultural (conocimientos y prácticas de una variedad de grupos).
 - Habilidades culturales.
 - Encuentro cultural.

- El Modelo de Juliene Lipson considera que el cuidado culturalmente coherente debe contemplar tres factores además de la persona o grupo cultural, que son:
 - El contexto de la persona (la cultura del sistema de salud y la del sistema social).
 - El componente objetivo (las características culturales y socioeconómicas de la persona y su comunidad).
 - El componente subjetivo (la enfermera debe evaluar sus valores culturales, prejuicios y formas de comunicación de cara a mejorar el cuidado).

Bonill y Celdrán, (2012) y Muñiz (2014), citan entre otras muchas referentes de los cuidados transculturales a Jody Glittenberg, Joyce Newman Ginger y Ruth Davidhizar, Margaret Andrews y Joyceen Boyle, Irena Papadopoulus, Cecilia Rohrbach, Dula Pacquiao, Geri Ann Galanti, Larry Purnell y Marianne R.Jeffreys entre otros.

4.- MARCO EMPÍRICO

La segunda parte de este TFG se fundamenta en un estudio de campo que pretende conocer cuál es el nivel de conocimiento y de aplicación de los cuidados transculturales en la actividad diaria de la enfermería especializada de los centros hospitalarios de Valladolid y, a partir de los resultados y discusión de los mismos, realizar un análisis DAFO de la situación y aportar unas propuestas que potencien en el futuro inmediato la mejora en la atención integral e individualizada de las personas de distintas culturas que precisen de cuidados de enfermería.

4.1. Objetivos:

4.1.1. Objetivo general.

- Evaluar el conocimiento y la aplicación del modelo transcultural en los cuidados de enfermería hospitalarios, es decir, evaluar en qué medida se tiene en cuenta la cultura de cada persona al prestar cuidados de enfermería para garantizar una atención integral.

4.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar las demandas diferenciadas culturalmente ante los servicios de atención sanitaria.
- Analizar los modelos de la práctica profesional que facilitan la administración de cuidados culturalmente competentes.
- Conocer las dificultades y factores que inciden en el cuidado de los pacientes de diferentes culturas y valores.
- Determinar el nivel de aplicación de cuidados transculturales en las unidades de trabajo de atención especializada de Valladolid.

4.2. Material y Métodos:

4.2.1. Diseño del estudio

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, hemos optado por la realización de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

4.2.2. Fenómeno o problema de estudio:

Conocimiento y aplicación del Modelo Transcultural en los cuidados de enfermería de atención especializada (hospitalaria) de Valladolid y problemas definidos en los cuidados a las personas de las distintas culturas.

4.2.3. Población y muestra de estudio¹:

En nuestro estudio, la población es el conjunto de profesionales de enfermería comprendidos entre los 21 y los 65 años que trabajan en hospitales de Valladolid y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid de cuarto curso de Grado.

Nuestra muestra está constituida por 38 profesionales de enfermería de los Hospitales: Clínico Universitario y Universitario Río Hortega de Valladolid que ejercen su profesión en distintos servicios hospitalarios, con una edad comprendida entre los 21 y los 65 años y por 12 estudiantes de 4º curso de Grado en Enfermería.

La selección de la muestra se ha realizado al azar, entre los profesionales que voluntariamente han manifestado su deseo de participar y que desarrollan su actividad en los servicios en los que hemos realizado las prácticas clínicas y con compañeros de estudios que han manifestado alguna experiencia en la relación con personas de distintas culturas. No se ha seguido el rigor de representatividad estadística de la muestra (Argimon y Jiménez, 2004), dadas las dificultades iniciales para la obtención de los permisos para pasar el cuestionario y el escaso tiempo para el desarrollo del TFG.

4.2.4. Instrumento de medida:

Cuestionario autogestionado, de elaboración propia atendiendo a los objetivos del estudio, con 22 ítems propuestos por la autora del trabajo a falta de instrumentos validados relacionados con el tema de estudio.

¹**Población:** Juntando las definiciones de Levin y Rubin y de Cadenas podríamos decir que una población es el conjunto de todos los elementos objeto de nuestro estudio, que presentan una característica común y acerca de los cuales intentamos sacar conclusiones. (Aveledo y Carbonell, 2012).

Muestra: Se trata de una pequeña parte de la población a estudiar que constituye una representación significativa de las características de esa población. A partir de esta muestra se sacan conclusiones que pueden referirse a la población de referencia. Es el conjunto de personas sobre el que realizamos el estudio.

La encuesta en sus 22 preguntas (abiertas y cerradas) incluye variables sociodemográficas, laborales y de interpretación de las diferencias culturales en la aplicación de los cuidados de enfermería.

4.2.5. Validación instrumental.

Una vez elaborado el instrumento de medida de nuestro estudio (cuestionario de recogida de datos) hemos realizado una validación del cuestionario que se ha basado fundamentalmente en la realización de una *prueba piloto* con una muestra de estudiantes de enfermería del cuarto curso.

Siguiendo las recomendaciones de Delgado, et al (2005), realizamos el pilotaje del cuestionario final para su validación con una muestra parcial. Con este pilotaje del instrumento elaborado (cuestionario) pretendemos comprobar:

- La adecuación de las preguntas.
- El nivel o grado de comprensión, por parte de los participantes, del contenido de cada una de las preguntas.
- Las cuestiones/preguntas que ofrecen mayores problemas.
- La existencia de rechazo a alguna de las preguntas o la falta de preguntas relevantes que se considera necesario incluir.
- El tiempo necesario para la correcta cumplimentación del cuestionario.
- La valoración global del cuestionario por parte de los participantes.

La prueba piloto se realizó los días 25 y 26 de enero de 2015 con la entrega del cuestionario a una muestra de 12 estudiantes de enfermería de cuarto curso de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

Los resultados fueron satisfactorios, no constatándose problemas con la comprensión ni dobles interpretaciones con los enunciados de las preguntas del cuestionario ni rechazo a ninguna de las cuestiones planteadas.

Se consideró como óptima una dedicación de tiempo de entre cinco y siete minutos para su correcta cumplimentación.

Con el documento resultante (ANEXO 1) se hace una impresión reprográfica de 50 cuestionarios, para pasarlos a los profesionales en los centros seleccionados.

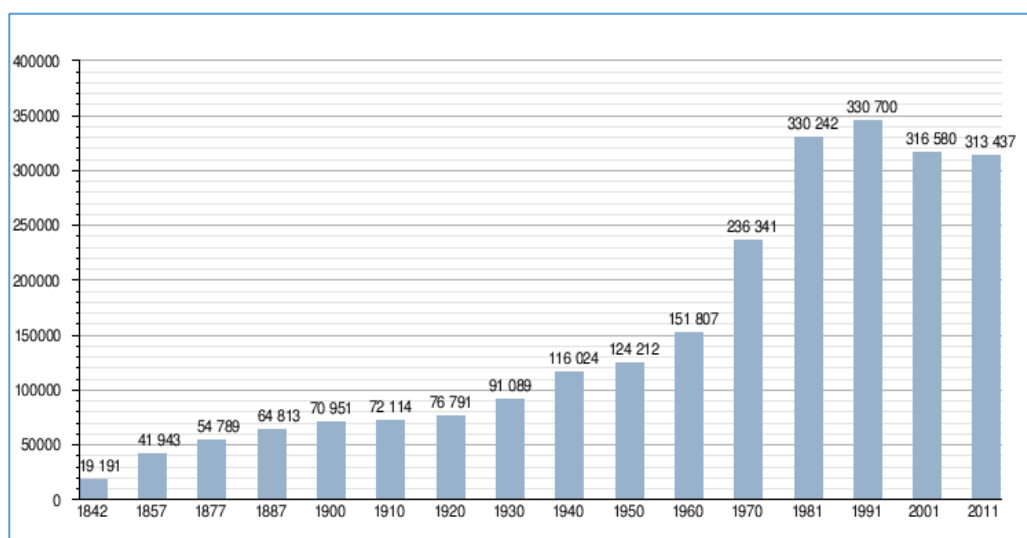
4.2.6. *Entorno social del estudio*

El entorno de la población mayoritaria de nuestro estudio es la ciudad de Valladolid, ciudad española de Castilla y León, situada en el noroeste de la Península Ibérica. Según datos del INE del 2015, cuenta con 307.052 habitantes, de los cuales 15.769 son extranjeros constituyendo un 5,1% de la población.

Las principales nacionalidades de esta población extranjera son:

- Bulgaria (3.696 habitantes - 28,6 % del total de extranjeros).
- Rumanía (2.585 habitantes - 20 % del total de extranjeros).
- Marruecos (2.214 habitantes - 17,1 % del total de extranjeros).

En los últimos años, la ciudad de Valladolid ha ido perdiendo población que se ha trasladado a nuevas áreas residenciales en las afueras de la ciudad sumando un total de 400.000 habitantes. En la figura 2 se plasma un gráfico evolutivo de la población de Valladolid desde 1842 hasta el año 2011.



*Figura 2: Evolución demográfica de Valladolid entre los años 1842 y 2011
Datos del INE*

4.2.7. *Consideraciones éticas*

Toda actividad de investigación debe ubicarse en el marco de un código deontológico, ya que el investigador tiene un compromiso ético con el procedimiento utilizado, las fuentes consultadas y las consecuencias que puedan aparecer a partir de la investigación.

En la *Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico* de la Unesco (1999) se establece que "*Todos los investigadores deberían comprometerse a acatar normas éticas estrictas y habría que elaborar para las profesiones científicas un código de deontología basado en los principios pertinentes consagrados en los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos. La responsabilidad social que incumbe a los investigadores exige que mantengan en un alto grado la honradez y el control de calidad profesionales*".

Este estudio se ha realizado tras cursar la solicitud y documentación requerida al Comité de ética de la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid y recibir su autorización. La encuesta se ha cumplimentado de manera anónima y las respuestas sólo se han utilizado con fines de investigación científica.

4.2.8. Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el Programa de Excel del paquete informático de Microsoft Office 2010.

Inicialmente, se ha realizado un depurado y corrección de posibles datos erróneos, sometiendo posteriormente las variables a las distintas pruebas estadísticas, según los diferentes tipos de medida requeridos.

4.2.9. Bases de datos y fuentes documentales utilizadas

Este trabajo se instrumentaliza con una revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de estudio que se concreta en el análisis de la documentación existente sobre la enfermería transcultural, así como sobre la situación actual en la adaptación de los cuidados hospitalarios a la competencia cultural.

Para conocer el estado de la cuestión, se han utilizado las bases de datos MEDLINE (US NLM : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), EMBASE (<http://www.embase.com>), CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana: <http://www.index-f.com/new/acceso.php>), CUIDATGE (Base de datos de la Universidad de Rovira i Virgili: <http://enfermeria.usal.es/biblioteca/Basespop/>

Cuidatge.htm), DIALNET (Base de datos de la Universidad de La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/>).

Siempre que ha sido posible, se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

4.2.10. *Temporización del estudio: Cronograma de actividades*

Este TFG se ha desarrollado según el cronograma que se establece en la tabla 2.

<i>Curso Académico 2014-2015</i>	Nov.	Dic.	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo
Selección de trabajo y de tutor	X						
Tutela y seguimiento	X	X	X	X	X	X	X
Búsqueda de bibliografía relacionada	X	X	X	X	X	X	
Elaboración y pilotaje de cuestionario		X	X				
Entrega y recogida de cuestionarios				X	X		
Análisis y discusión de resultados						X	X
Redacción del documento escrito							X

Tabla 2: Cronograma de actividades para el desarrollo del TFG

4.3. Resultados:

En este apartado exponemos los resultados obtenidos en las distintas variables del cuestionario utilizado como instrumento de recogida de datos de nuestro estudio con el fin de abordar los objetivos propuestos.

Con el fin de mantener el orden de la estructura del trabajo, reflejamos los resultados siguiendo el orden de las preguntas y variables que de ellas se deducen en los datos recogidos.

4.3.1. *Edad*

La edad media de los profesionales participantes en nuestro estudio es de 43,11 años con una DE de $\pm 9,03$.

La media de edad de los estudiantes que han participado en el estudio es de 21,66 años, con una DE de $\pm 0,98$.

4.3.2. Sexo

En nuestro estudio, el 94,7% de los participantes son mujeres y el 5,3% son hombres. En la muestra de estudiantes, el 63,6% son mujeres y el 36,4% son hombres (fig.3)

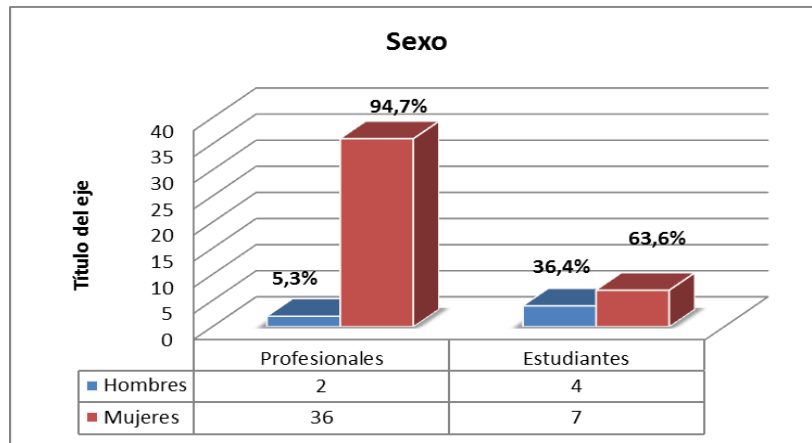


Figura 3: Sexo.

4.3.3. Tiempo de ejercicio profesional

El tiempo medio de ejercicio profesional en la muestra de profesionales de enfermería es de 14,67 años, con una DE de $\pm 9,50$.

4.3.4. Unidad/Servicio de trabajo:

Hemos aglutinado en esta variable (fig. 4), profesionales de servicios médicos (fundamentalmente de la unidad de Digestivo), servicios quirúrgicos (unidades de Cirugía Vascular, Urología, Traumatología, Reanimación, Quirófanos), servicios de materno-infantil (unidades de Pediatría, Neonatos, Maternidad) y servicios especiales (UVI, Salud Mental, Cardiología, Oftalmología).



Figura 4: Unidad/Servicio de trabajo.

4.3.5. Atención a personas de diversas culturas

El total de los participantes en el estudio (100%), tanto de la muestra de profesionales, como de estudiantes de Enfermería, han cuidado y atendido a personas de diferentes culturas.

4.3.6. ¿Se tiene en cuenta la cultura del paciente a la hora de pedir su dieta?

El 94,7% de los profesionales y el 92,5% de los estudiantes tienen en cuenta la cultura y las restricciones cultural-religiosas en la dieta. El 5,3% de los profesionales y el 7,5% de los estudiantes, responden negativamente a esta pregunta.

4.3.7. Dificultades encontradas al cuidar a personas de otras culturas

El 100% de los profesionales y el 85% de los estudiantes participantes en el estudio se han encontrado con dificultades a la hora de prestar cuidados a personas de culturas diferentes. Los problemas más habituales y por orden de importancia son: la lengua, los hábitos de higiene, las normas religiosas, las normas culturales, las normas de convivencia y relaciones sociales, los hábitos nutricionales y otras (fig. 5)

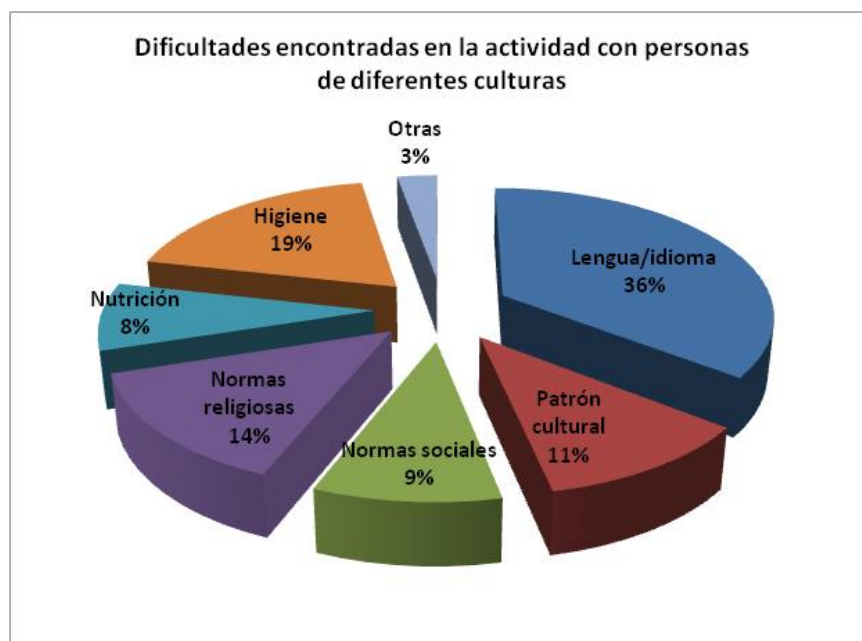


Figura 5: Dificultades encontradas en la prestación de cuidados a personas de culturas diferentes.

4.3.8. ¿Los pacientes de otras culturas deberían conocer el idioma del país para su mejor atención?

El 76,3% de los profesionales opinan que no es necesario que los pacientes extranjeros que demandan atención tengan que conocer el idioma, aunque un 23,7% consideran que sí. El 100% de los estudiantes opinan que no es necesario el conocimiento del idioma por parte del paciente para poder ser cuidado.

4.3.9. ¿La religión del paciente influye en su proceso de salud?

El 84,2% de los profesionales y el 85% de los estudiantes coinciden en la influencia de la religión en la salud. El 15,8% de los profesionales y el 15% de los estudiantes consideran que no tiene influencia.

4.3.10. ¿Se han encontrado con el dilema que supone el rechazo del tratamiento por cuestiones culturales o religiosas?

El 86,8% de los profesionales y solamente el 25% de los estudiantes se han encontrado situaciones de rechazo al tratamiento (transfusión de sangre, toma de fármacos, etc.), por motivos religioso-culturales. A este respecto, el 21% de los profesionales y el 50% de los estudiantes se muestran a favor de respetar la opinión del paciente, el 55,3% de los profesionales y el 16,6% de los estudiantes, se muestran en contra, primando la vida y salud de las personas y el resto (23,7% de los profesionales y 33,4% de los estudiantes) no opinan al respecto.

4.3.11. Tiempo que dedica a los pacientes de la misma o distinta cultura

El 89,5% de los profesionales y el 100% de los estudiantes de enfermería manifiestan dedicar el mismo tiempo a todos los pacientes independientemente de su cultura de origen. El 10,5% de los profesionales de enfermería confirman dedicar más tiempo a personas de distintas culturas.

4.3.12. ¿Los cuidados de enfermería son iguales en todas las culturas?

El 52,6% de los profesionales y el 100% de los estudiantes consideran que los cuidados de enfermería son diferentes según la cultura en los que se realizan. Entre las diferencias más manifiestas destacan como diversos: la

higiene (40%), la alimentación (35%), los cuidados al recién nacido y durante el parto (15%) y los cuidados en el proceso de muerte y postmortem (10%).

4.3.13. Influencia de los recursos económicos en la atención sanitaria

El total de participantes en nuestro estudio se han decantado por las opciones “bastante influencia” (26,3% de los profesionales y 41,6% de los estudiantes) y “mucho influencia” (73,7% de los profesionales y 58,4% de los estudiantes).

4.3.14. ¿El modelo sanitario Español es bueno en comparación a los del entorno Europeo?

La totalidad de los componentes de nuestra muestra (100%) consideran bueno nuestro modelo sanitario con respecto a los modelos conocidos de la Unión Europea y no les gustaría el modelo norteamericano de sanidad privada.

4.3.15. ¿Considera saludables las técnicas religioso-culturales de la ablación genital femenina y la circuncisión masculina?

El 100% de los participantes en nuestro estudio NO consideran saludable la ablación genital femenina. El 21% de los profesionales y el 25% de los estudiantes justificarían la circuncisión por motivos clínicos rechazando la totalidad otro tipo de motivos. El 92,1% de los profesionales y el 91,6% de los estudiantes no colaborarían en dichas técnicas si se lo solicitasen y el resto no contesta a esta cuestión.

4.3.16. Opinión sobre las medicinas alternativas de amplio uso en Asia o África

El 60% de los profesionales y el 33,3% de los estudiantes se muestran a favor de las medicinas alternativas y/o tradicionales; el 50% de los estudiantes y el 18,5% de los profesionales se manifiestan en contra de dichas terapias y el resto las desconoce (fig. 6).



Figura. 6: Opinión sobre la utilización de medicinas alternativas

4.3.17. ¿Conoce algún modelo de enfermería para atender de manera integral a pacientes de todas las culturas?

El 50% de los profesionales y el 41,6% de los estudiantes manifiestan conocer algún modelo de la práctica del cuidado de enfermería transcultural, el resto desconoce su existencia. De entre los modelos mencionados se marcan: el modelo de Virginia Henderson, el Proceso Enfermero (PAE), el cuidado integral, el cuidado por procesos y el modelo de cuidados transculturales de Madeleine Leininger.

Al margen de este desconocimiento, el 60% de los profesionales y el 83% de los estudiantes consideran de utilidad la utilización de un modelo transcultural en los cuidados enfermeros.

4.4. Discusión

El 94,7% de los profesionales que componen la muestra total de este estudio son mujeres y el 5,3% hombres, porcentaje que según distintos estudios (Consejo General de Enfermería 1998; Párraga 2005), se sitúa dentro de lo que se establece como composición normal de los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización de los centros de atención especializada de España. Tras un amplio análisis de los componentes de los equipos actuales, se concluye que los mismos están compuestos por una población profesional mayoritariamente femenina de entre el 90% y el 95%.

Estos datos adquieren un mayor equilibrio en la muestra de estudiantes (63,6% mujeres y 36,4% hombres). Es de destacar el aumento en el acceso de hombres a los estudios de enfermería, que en nuestro curso académico supera el 25%.

Es importante el hecho de que todos los participantes de nuestro estudio han atendido a pacientes de otras culturas, y que de ellos más del 90% han manifestado que tienen en cuenta las especificidades culturales en los cuidados que se prestan.

Entre las dificultades más habituales encontradas a la hora de prestar los cuidados a pacientes de otras culturas destaca el desconocimiento del idioma, lo que dificulta la interacción y comunicación con el paciente, seguido de hábitos diversos como la higiene, alimentación, relaciones en el proceso de enfermedad, etc.

Nos llama poderosamente la atención que más del 15% de la muestra de nuestro estudio consideran que las normas religiosas no influyen en la salud.

En cuanto al dilema ético del rechazo a la terapia sanitaria por cuestiones religiosas o culturales más del 50% de los profesionales de nuestra muestra lo consideran inoportuno ya que prima la salud y la vida del paciente, mientras que el 50% de los estudiantes son partidarios de respetar la decisión de los pacientes.

En cuanto al Modelo Sanitario Español de sanidad pública es visto como bueno por el 100% de la muestra, rechazándose por la totalidad de los participantes modelos privados como el de los Estados Unidos por discriminatorios y menos propicios para la prestación de cuidados transculturales.

La totalidad de la muestra está totalmente en contra de técnicas culturales relacionadas con la salud por motivos principalmente religiosos (ablación genital femenina y circuncisión masculina), refiriendo exclusivamente la aceptación de la circuncisión por motivos clínicos. Más del 90% no colaborarían en estas técnicas ante la demanda del paciente.

Destaca la aceptación progresiva por los profesionales de Enfermería participantes (60%), de la medicina alternativa, mientras que el 50% de los estudiantes están más a favor de la actuación avalada científicamente, rechazando estas prácticas.

Por último destacamos el gran desconocimiento existente de los modelos enfermeros de cuidados transculturales tanto en los profesionales de enfermería como en los estudiantes, confundiéndolos con otras propuestas y métodos de práctica científica. A pesar de esto se muestran abiertos a su conocimiento y a su utilización para la mejora de los cuidados integrales, individualizados y culturalmente competentes.

4.5. Análisis DAFO

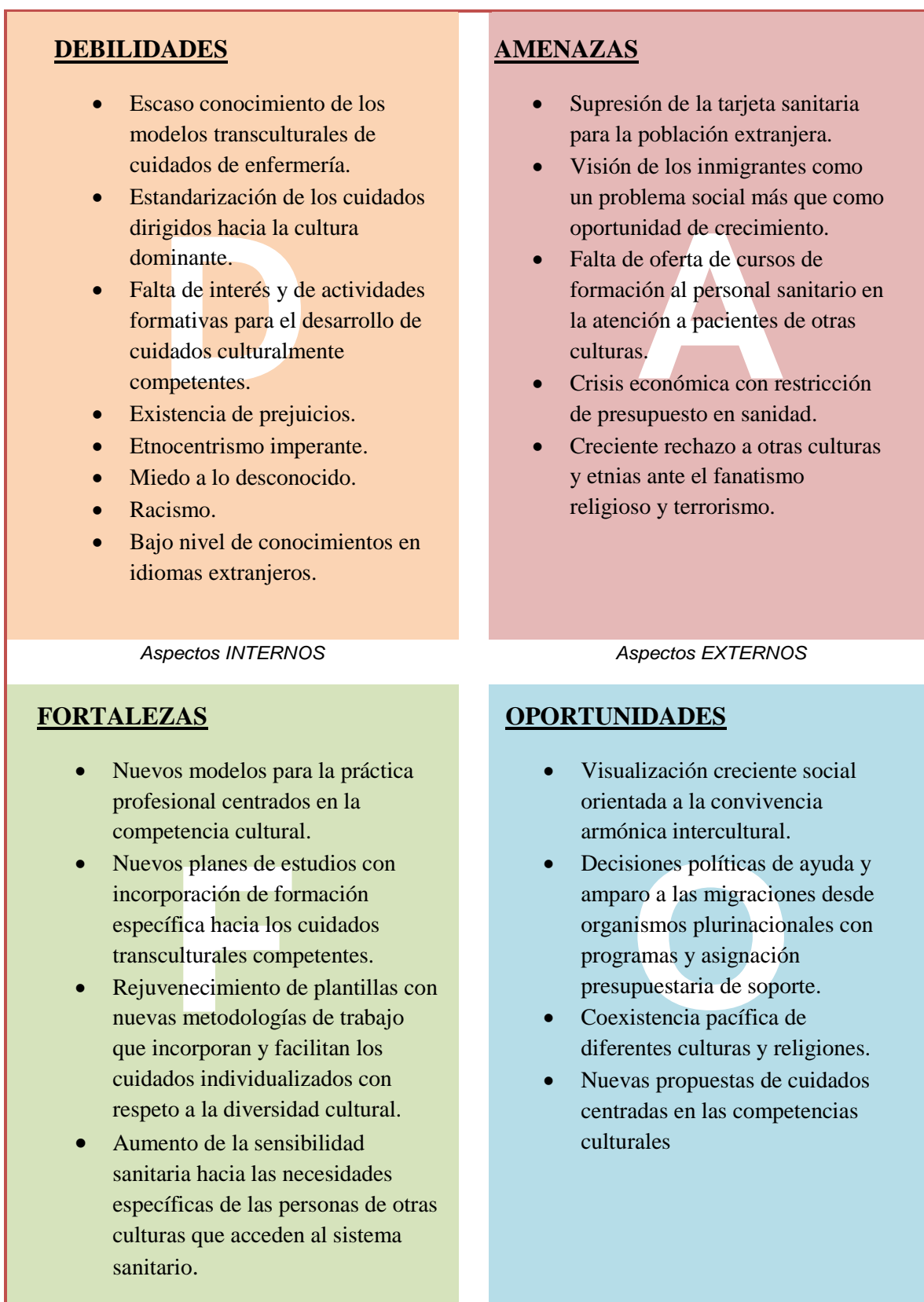


Figura 7: Análisis DAFO de la situación en nuestro estudio de la práctica enfermera con respecto a los cuidados transculturales.

Partiendo del análisis DAFO realizado podemos establecer las siguientes estrategias de mejora:

- Formar a los niños desde pequeños en un mundo multicultural en el que impere el respeto hacia el otro.
- Formación desde niveles iniciales en el conocimiento y valoración de las distintas religiones.
- Incidir en la formación referente al conocimiento y valoración de otras culturas y al desarrollo de la empatía y el respeto hacia lo diferente durante la titulación de Grado en Enfermería, aumentando el número de asignaturas de carácter obligatorio que aborden este tema.
- Apoyo por parte de la universidad a las becas de movilidad para favorecer el encuentro cultural.
- Para acceder al mercado laboral en enfermería se debería contemplar la posibilidad de que todos los graduados tengan un nivel de inglés B2.
- Formación a profesionales de enfermería sobre otras culturas y cuidados culturalmente competentes.
- Para acceder al puesto de trabajo en enfermería debería haber métodos para asegurar que la persona está capacitada para adaptarse a un ambiente multicultural.

5.-CONCLUSIONES

- El importante incremento de los procesos migratorios, entre los que incluimos a los profesionales sanitarios de nuestro país debido a la crisis económica, hace que exista una marcada diversidad cultural y religiosa. Debido a esto, es vital la necesidad de una formación específica de los profesionales de enfermería en cuanto a las creencias y modos de vivir que tienen las culturas para que sea posible desarrollar cuidados culturalmente adecuados.
- Los profesionales de enfermería deben comprometerse a adquirir competencia cultural para ofrecer unos cuidados culturalmente competentes, dejando de lado el etnocentrismo.
- El profesional de enfermería debe perfeccionar sus conocimientos transculturales de manera constante. Si el profesional no está lo bastante

motivado por comprender las creencias que influyen en el proceso de salud de los pacientes, no adquirirá una adecuada competencia cultural. Uno de los mejores métodos para adquirir esta competencia es el "encuentro cultural", ya que compartir y experimentar las vivencias de las personas de otras etnias es una condición indispensable para crear empatía.

- Los requisitos necesarios para la consolidación de los cuidados transculturales en el ámbito de la enfermería son:
 - Conocer y respetar las distintas culturas.
 - Comprender cómo esas diferencias influyen en el proceso de salud de las personas.
 - Entender a las personas sin separarlas de su contexto cultural.
 - Desarrollar habilidades y estrategias para mejorar los encuentros entre culturas.
- La enfermería debe identificar si la creencia o práctica cultural es benéfica, es decir que no representa daño para la vida del paciente; en ese caso puede preservarse. Si por el contrario, puede conllevar un riesgo para la salud o propiciar la enfermedad, se debe negociar un acuerdo con posibilidad de apoyar la creencia, pero ofreciendo educación para la salud sugiriendo una práctica más benéfica. En caso de que la práctica o creencia sea potencialmente dañina, el profesional de enfermería debe tomar una posición firme, explicando los riesgos y ayudando a sustituirla por una práctica más sana, respetando siempre la decisión del paciente.
- De entre las barreras más importantes para la atención integral de las personas de culturas diferentes por los profesionales de enfermería, las dificultades de comunicación y de interrelación por el desconocimiento del idioma es la más destacada.
- En la actualidad una gran mayoría de los profesionales de salud se encuentran en una "ceguera cultural" puesto que no son conscientes de su falta de conocimientos transculturales. Si los profesionales se encuentran motivados por conocer las distintas culturas y ponen en marcha métodos para ofrecer cuidados culturalmente competentes se puede evolucionar hasta una fase de competencia en la que el profesional comienza a tener en cuenta la cultura del paciente. El objetivo que se busca con la puesta en marcha de un modelo transcultural de

cuidados de enfermería es que todos los profesionales lleguen a brindar cuidados enfermeros culturalmente adecuados de manera automática.

- En palabras de Edgar Morín: *"La Educación del futuro debe ser una enseñanza fundamental y universal centrada en la condición humana. Estamos en la era planetaria y los seres humanos donde quiera que estén, están embarcados en una aventura común. Es preciso que se reconozcan en su humanidad común y, al mismo tiempo, reconozcan la diversidad cultural inherente a todo lo humano"*.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Alligood MR, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. (8ª edic.) Barcelona: Elsevier España; 2014.
2. Almendros A. Claves para atender a un paciente según su religión. 2015. [En línea] consultado el 10 de abril de 2015. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/enfermeria-intercultural/>
3. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
4. Aveledo VE, Carbonell C. Universidad Católica Andrés Bello. Facultad de Humanidades y Educación. [En línea]. Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS3897.pdf>
5. Baliñas C. Enciclopedia de la cultura española. Editora nacional. Madrid 1965. [En línea]. Consultado el 10 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/ece/e20629.htm>
6. Bonill C, Celdrán M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. Index de Enfermería [IndexEnferm] (edición digital) 2012; 21(3). Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n3/7896.php>.
7. Consejo General de Enfermería. Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid: Organización Colegial de Enfermería; 1998.
8. Delgado M, Llorca S, Domenech JM. Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estéticos. Barcelona: Signo; 2005
9. Eumed.net. Enciclopedia virtual. La gestión del conocimiento como ventaja competitiva para las agencias de viajes y turismo. Capítulo III. “Metodología de la investigación”. [En línea]. Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/zll/metodologia-investigacion.html>
10. Fernández ML. Bases históricas y teóricas de la enfermería. Tema 11. Modelos y teorías en enfermería. Modelo de Madeleine Leininger. Universidad de Cantabria. [En línea]. Consultado el 5 de abril de 2015. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28IV%29.pdf>
11. Ibarra TX, Siles J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. Index de Enfermería [IndexEnferm] (edición digital) 2006; 55. Consultado el 27 de abril de 2009. Disponible en: /index-enfermeria/55/6274.php
12. Leininger M, Mc Farland MR. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice. USA: Mc Graw-Hill, 2002.

13. Leininger M. Nursing and anthropology: Two worlds to blend. Columbus: Greyden Press; 1994.
14. Leininger M. Revista “Cultura de los cuidados”. Año III. Nº 6. (2 semestre 1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Universidad de Alicante. ISSN 1138-1728 [En línea]. Consultado el 29 de abril de 2015. Disponible en : <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/76/151>
15. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Hospital Comarcal Ciudad de Coria, Cáceres. Gaceta de Antropología, 2006 [En línea]. Consultado el 20 de abril de 2015. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
16. Muñíz Toyos N. Cuidados Enfermeros y Coherencia Cultural ENE, Revista de Enfermería. v. 8, n. 1, may. 2014. ISSN 1988-348X. [En línea]. Consultado el 20 de Marzo de 2015. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs>
17. Osorio MB, López AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index de Enfermería (edición digital) 2008; 17(4). Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6757.php>
18. Pardo KY, Guevara IV. Teoría de la transculturalidad de Madeleine Leininger. Colectividad: Salud y Sociedad. Universidad de los Llanos: Colombia [en línea]; feb. 2015. Consultado el 4 de abril de 2015. Disponible en: <http://cuidadocolectivos.blogspot.com.es/2015/02/22-teoria-de-la-transculturalidad-de.html>.
19. Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.
20. Real Academia Española. [En línea]. Consultado el 10 de mayo de 2015. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=etnocentrismo> ; <http://www.rae.es/>

ANEXO 1: CUESTIONARIO

Conteste sinceramente a las siguientes preguntas. Le garantizamos la privacidad de los datos y el anonimato del cuestionario. La información reflejada en sus respuestas, será exclusivamente utilizada para el estudio sobre los modelos transculturales de enfermería en la atención especializada.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo:

Hombre Mujer

2. Edad: _____

3. Tiempo de ejercicio profesional (en años) _____

4. Unidad/servicio de trabajo _____

5. En el tiempo que lleva ejerciendo como profesional de enfermería, ¿ha atendido a personas de culturas distintas a la suya?

- Sí
- No

6. ¿Tiene usted en cuenta la cultura de un paciente a la hora de pedir su dieta?

- Sí
- No

7. ¿Se ha encontrado con dificultades de entendimiento a la hora de hacer su trabajo con estas personas?

- No

Sí

¿Cuáles?

- Lenguaje/idioma
- Cultura
- Normas sociales
- Normas religiosas
- Nutrición
- Higiene
- Otras _____

8. ¿Considera que un paciente extranjero debe hablar bien el idioma del profesional para poder ser cuidado adecuadamente?

- Sí
- No

9. ¿Cree que la religión del paciente influye en su proceso de salud?

- Sí
- No

10. ¿Se ha encontrado en alguna ocasión con el dilema ético del rechazo al tratamiento por cuestiones religiosas y/o culturales? (ej. Rechazo a transfusión por testigos de Jehová)

- a. Sí
- No

¿Qué opina al respecto? _____

11. ¿Dedica el mismo tiempo a pacientes de su cultura e idioma que a pacientes de otro contexto cultural o país?

- Sí
- No, dedico más tiempo a pacientes de mi cultura.
- No, dedico más tiempo a pacientes de otras culturas.

12. ¿Cree que los cuidados de enfermería son iguales en todas las culturas?

- Sí
- No

13. Indique alguna actividad cuidadora que crea que es diferente en las diferentes culturas:

14. ¿En qué medida cree que los recursos económicos de un país determinan la atención sanitaria?

- Nada.
- Poco.
- Bastante.
- Mucho.

15. ¿Considera que el modelo sanitario Español es bueno con respecto a otros modelos del entorno Europeo?

- Sí
- No

16. ¿Le gustaría adoptar el modelo sanitario americano de sanidad privada?

- Sí
- No

17. ¿Concibe las siguientes técnicas como saludables?:

- Ablación genital femenina: _____
- Circuncisión: _____

18. ¿Qué haría si una persona de otra cultura le pide que realice una de esas técnicas a su hijo/a? _____

19. ¿Qué opina sobre la medicina alternativa muy utilizada en Asia y África?

20. ¿Cree que existe algún método de cuidados de enfermería que sirva para atender de manera integral e individualizada a pacientes de todas las culturas?

- Sí
- No

21. ¿Puede poner algún ejemplo? _____

22. ¿Cree que sería útil su utilización?

- Sí
- No

ANEXO 2: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 26 de febrero de 2015 y vista la solicitud presentada por:

D^a. Claudia Olcese Zulueta, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería y

El tutor del TFG don Manuel Frutos Martín

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG , titulado:
Modelo transcultural de los cuidados enfermeros.

Valladolid, a 7 de abril de 2015

LA PRESIDENTA DE LA COMISION

Fdo. M^a José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423025. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

