



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Transculturalidad en los cuidados de
salud mental**

Revisión bibliográfica

Alumno: Mario Cañada Sánchez

Tutora: Dra. D^a Fermina Alonso del Teso

Julio, 2016

ÍNDICE:

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	1
2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	2
3. MATERIL Y METODOS.....	11
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	13
5. CONCLUSIONES.....	28
6. BIBLIOGRAFÍA.....	29
7. ANEXOS.....	33

1. RESUMEN Y ABSTRACT:

La Enfermería Transcultural es el área de estudio de la enfermería que combina sus propios saberes con los de la antropología, introduciendo los valores, creencias y modos de vida de los pacientes en la práctica del profesional de enfermería, para así brindar unos cuidados culturalmente competentes. M. Leininger, Larry D. Purnell, y otros autores, han creado distintas teorías y modelos mediante los cuales incorporar los cuidados culturales a nuestra práctica diaria y así cuidar de los pacientes de manera holística, individualizada y universal, pues todos los seres humanos partimos de la misma base, pero todos somos diferentes entre nosotros.

Hay que tener en cuenta los factores culturales no solo cuando el paciente está hospitalizado, también es su día a día, pues debido a la gran diferencia entre los factores culturales de los inmigrantes y la sociedad autóctona del país donde residen, estos pueden llegar a ver sobrepasada su capacidad de adaptación y padecer el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, también llamado Síndrome de Ulises.

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de dar a conocer la enfermería transcultural y su importancia, así como el uso de sus modelos y teorías. Esta revisión se ha llevado a cabo desde diciembre de 2015 a junio de 2016, utilizándose en total 28 documentos obtenidos mediante la búsqueda en bases de datos y revistas electrónicas.

PALABRAS CLAVE: Enfermería transcultural, Madeleine Leininger, Cuidados culturales, Síndrome de Ulises, Modelo del Sol Naciente y Migración.

2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Justificación:

Desde siempre me ha gustado viajar y aprender idiomas, conocer nuevas culturas y aprender qué nos hace tan diferentes los unos de los otros. Desde que empecé a tener uso de razón mis padres y demás personas me han dicho que tengo facilidad para adaptarme a mi entorno; y dado que estudio enfermería, me pareció interesante ver cómo, como futuro enfermero, me puedo adaptar a distintos modos de trabajar según la cultura, estilo de vida, religión y otros factores importantes para el paciente que esté a mi cargo.

Asimismo, a base de realizar mis prácticas del grado en distintos hospitales y centros asistenciales en la ciudad de Palencia, he observado ciertos comportamientos o comentarios, por parte del personal sanitario, de rechazo hacia pacientes de distinta raza o estilo de vida. Comentarios como “vigila tus cosas y no las pierdas de vista” (refiriéndose a una paciente gitana) o “Mira a ver que quiere el inglesito este” diciéndolo con tono de mofa (Hablando de un paciente que hablaba en inglés y, dado que tenía problemas para entender lo que pasaba, preguntaba mucho).

Pienso que la enfermería, ya que estamos en contacto con una gran cantidad de personas distintas, ha de ser una profesión de tolerancia, respeto y predisposición por aprender de los pacientes a cómo trabajar con ellos, pues los cuidados de enfermería no son generales y válidos para todo el mundo, ya que algo como es que me den de cenar carne de cerdo me parece, a mí, algo completamente normal y saludable, mientras que a un paciente judío no le parecerá bien ni saludable, pues entienden la carne de cerdo como impura.

Actualmente, vivimos en la era de la globalización, por lo que cada vez más las distintas culturas y estilos de vida se están mezclando, y nos vamos a tener que enfrentar y adaptar en nuestro trabajo a pacientes que por “a” o por “b”, van a ser distintos y no van a aceptar, entender o querer distintos cuidados que queramos brindarles.

Introducción:

La migración es una constante en la naturaleza humana, los distintos países y poblaciones se han desarrollado gracias a ella y al contacto entre diferentes culturas que esta implica. Desde los inicios de la humanidad, el ser humano ha sido un ser migratorio; ya desde las primeras culturas cazadoras, pasando por la sociedad industrializada hasta la actual era de avances en informática y transporte. Las personas, gracias a su capacidad de adaptación y supervivencia, han buscado desde el principio de los días la manera de mejorar sus condiciones de vida, lo que ha llevado a la gente a viajar y buscar nuevos lugares con mejores y mayores prestaciones.¹

“Todos los seres humanos son migrantes con un origen común. Por obra de los desplazamientos que los expusieron a diferentes factores biológicos y les indujeron a adoptar diferentes modos de vida, las diversas razas humanas sufrieron modificaciones mínimas en el curso de los tiempos prehistóricos y los históricos, pero en conjunto su constitución genética sigue siendo casi la misma que hace decenas de miles de años.”² Esto quiere decir que todos los humanos partimos de una base común, que las diferencias existentes entre unos y otros han surgido gracias a que nuestros antepasados prehistóricos viajaron, emigraron, lo que les expuso a diferentes factores a los que debieron adaptarse.

La migración se define por múltiples factores: el desarrollo económico y sus disparidades, las tendencias demográficas, la existencia de redes migratorias, el acceso a la información, la facilidad de viajar existente en la actualidad, los conflictos armados, el deterioro del medio ambiente y violaciones de los derechos humanos, etc. Los cambios en estos factores pueden ser de forma gradual o brusca y conllevando cambios en el comportamiento migratorio.³

Al igual que otros flujos, ya sea monetario o comercial, los flujos de ideas e información, la creciente ola de personas que cruzan las fronteras es uno de los indicadores más fiables de la intensidad de la globalización así como una variable importante en la evolución de las sociedades y las economías.³

Hoy en día, la migración se ha convertido en un proceso de rutina para las personas que desean mejorar sus condiciones de vida y encontrar una mayor seguridad.³

Según la Real Academia Española (RAE), migración se define como: “desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales”⁴. Esta definición tiene una doble dimensión:

1. Emigración: “Acción y efecto de emigrar”⁴

- Emigrar: “Dejar o abandonar una persona, familia o pueblo su propio país con ánimo de establecerse en otro extranjero”⁴

2. Inmigración: “ Acción y efecto de inmigrar”⁴

- Inmigrar: “Llegar a un país para establecerse en él los naturales de otro. Se usa especialmente hablando de los que forman nuevas colonias o se domicilian en las ya formadas”.⁴

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), migración tiene otra definición. “*Migration is the movement of a person or group of persons from one geographical unit to another across an administrative or political border, wishing to settle definitively or temporarily in a place other than their place of origin.*” (Migración es el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica a otra a través de un frontera administrativa o política, deseando asentarse definitiva o temporalmente en otro lugar distinto de su lugar de origen)³. Esta definición es más extensa y precisa que la de la RAE, pues habla de fronteras y de la temporalidad de la migración, no de un simple desplazamiento geográfico.

Los flujos migratorios pueden ser vistos como una oportunidad de la que obtener beneficios o como un problema:

- Se entiende la inmigración como una oportunidad debido a que puede repercutir de manera muy beneficiosa para todas las partes implicadas. Por una parte, aquellos que huyen de su país de origen lo hacen esperando encontrar un empleo y unas mejores condiciones de vida en el país de destino. Por otra parte, El país de destino puede beneficiarse, por ejemplo, porque los inmigrantes aceptan trabajos que mucha gente, autóctona del país, no quiere

aceptar, además, al estar en edad reproductiva, colaboran al crecimiento de la natalidad.

- La inmigración puede ser entendida como un problema porque puede provocar en el país de acogida casos de xenofobia y racismo, o rechazo por los hipotéticos efectos negativos de la inmigración, cómo menores oportunidades de empleo para la gente autóctona del país, pérdida de ciertas tradiciones, inseguridad ciudadana, etc.¹

España a lo largo del siglo XX sufrió un retraso industrial en comparación con los países del centro de Europa y EEUU, lo que hizo que fuese un país emisor de emigrantes que servían como mano de obra barata para estos países y para Latinoamérica. En la década de los años 50, el modelo socioeconómico español sufrió grandes cambios. El gobierno franquista olvidó el modelo socioeconómico autárquico a favor de su incorporación en el mercado capitalista internacional gracias a las ayuda de EEUU. Durante este periodo España se desarrolló industrial y económicamente a un ritmo muy veloz, se registró una mejora del nivel de vida general; aunque esto no hizo que se frenasen los flujos de emigración internacional. En la década de los 50 el destino principal era América, flujo que se redujo la mitad en los años 60 y casi desapareció en los 70, a partir de la década de los 60 tuvieron un mayor auge los destinos a países de Europa como: Suiza, Alemania y Francia.^{1, 5}

En 1986 España se incorporó a la Unión Europea (UE), lo que hizo que fuese, por su situación económica y geográfica, una importante puerta de entrada para inmigrantes, sobre todo, procedentes de África, Latinoamérica, Asia y Europa del este. Desde principios de la década de los 80 España pasó de ser un país de emigrantes a ser un país al que la gente emigraba.¹

En la actualidad, en España, según datos del 31 de diciembre de 2015, hay 4.982.183 inmigrantes viviendo con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Un 57.7% (2.873.554) de extranjeros están incluidos dentro del Régimen de Libre circulación UE, mientras que el 42.3% restantes (2.108.629) se incluyen en el Régimen General.⁶

El número de residentes en España se situó en 46.423.064 habitantes a 1 de julio de 2015, según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) ⁷. De estas cifras, haciendo un simple regla de tres, se deduce que en España, aproximadamente, un 10% de los residentes son inmigrantes con certificado de registro o tarjeta sanitaria en vigor. En esta cifra no se incluyen todos aquellos inmigrantes que han llegado a nuestra tierra de forma ilegal y que están residiendo en ella en situación irregular.

España es un país receptor de emigrantes, sobre todo, de Rumania, Marruecos, Reino Unido, Italia o China. Uno de cada dos inmigrantes residentes pertenece a alguna de esas nacionalidades. Estas nacionalidades representan el 49,4% del total de extranjeros en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor.⁶

NACIONALIDADES	Nº DE PERSONAS A 31-12-2015
Rumania	979.245
Marruecos	766.622
Reino Unido	286.012
Italia	234.274
China	196.648
Bulgaria	186.837
Ecuador	175.350
Alemania	153.381
Portugal	148.028
Francia	132.046
Colombia	128.766
Bolivia	106.223
Polonia	93.119
Ucrania	83.489
Pakistán	71.093
TOTAL	4.982.183

Tabla 1. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31-12-2015. Nacionalidades principales.⁶

En la tabla 1 se puede apreciar las diferentes nacionalidades a las que pertenecen los extranjeros residentes en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor y el número de extranjeros que hay residiendo de dichas nacionalidades (esta tabla no incluye datos de aquellos extranjeros que se encuentran en nuestro país de forma irregular). Son quince nacionalidades distintas, lo que implica distintas culturas, tradiciones y modos de vida. El contacto entre las diferentes culturas conlleva unos cambios, tanto en la cultura autóctona del país como en la del extranjero.

Este proceso de cambio se llama Aculturación. “La aculturación comprende todos aquellos fenómenos que resultan cuando grupos que tienen culturas diferentes entran en contacto directo y continuo, con lo subsiguientes cambios de la cultura original de uno o de ambos grupos”.⁸

Debido a este proceso de aculturación y su efecto en la sociedad nació la necesidad en enfermería no ofrecer los mismo cuidados generales a todo el mundo, pues si cada uno de nosotros es distinto y de una cultura distinta, ¿por qué habríamos de recibir todos los mismos cuidados? A esta pregunta intenta darle respuesta la Enfermería Transcultural (de ahora en adelante ETC).

Con los años la enfermería ha cambiado y evolucionado. Este enorme cambio se debe a todos los sucesos políticos, económicos y sociales derivados de la 2ª Guerra Mundial, pues hicieron que los enfermeros tuvieran que tratar con a una población cada vez más heterogénea. Debido a esta heterogeneidad surgió, en EEUU de los años 50, la “enfermería transcultural”, una mezcla de conocimientos entre enfermería y antropología.⁹

La ETC según su creadora, Madeleine Leininger, es 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 muerte”. Esta teoría está basada en la íntima unión de los conceptos de cultura y cuidados, en la mezcla de la antropología y la enfermería.^{8, 10, 11}

Cada vez es más común que el profesional de enfermería se encuentre en la situación en que tenga que tratar con un paciente de otro país, con otra cultura y/o otras costumbres. “Éste cúmulo de culturas y subculturas, puede originar barreras culturales entre el profesional y el paciente, dando como resultado cuidados deficientes o de calidad dudosa” ¹², por esto es tan importante enfocar los cuidados desde el punto de vista cultural del paciente, entendiendo su concepto de salud y enfermedad con el objetivo de conseguir una mejor relación enfermero – paciente.⁹

¿Qué es cultura? “Cuando un antropólogo habla de cultura no se refiere al conjunto de saberes académicos sino a otra cosa. Son muchas las definiciones que se han dado de la cultura. [...] No obstante la cultura es algo que trasciende al hombre y lo comprende, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad”.⁹

¿Qué son los cuidados? Según Madeleine Leininger son: “La esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte”¹⁰

La combinación de estos dos conceptos ha permitido crear prácticas mediante las que conocer, entender y cuidar a individuos de otras culturas o de la misma, centrándose el profesional de enfermería en la cultura y en los cuidados de las personas. Proporcionar cuidados culturalmente apropiados y seguros marcará la diferencia para que las personas mejoren, permanezcan enfermas o empeoren.⁹

Para facilitar que los profesionales de enfermería desarrollasen estrategias o planes de cuidados para distintas culturas, M. Leininger creó el Modelo del Sol Naciente (ANEXO 1). “El modelo del sol naciente significa simbólicamente los conocimientos de la disciplina de enfermería que se elevan y se reconocen cada vez más claramente. La parte superior del modelo puede ser una guía en la práctica diaria y es esencialmente de gran ayuda durante el trabajo de investigación de campo. La parte inferior del modelo muestra la práctica enfermera de manera más específica, y siguiendo este esquema, una vez que los cuidados culturales y la visión del mundo del grupo cultural estudiado se conocen,

los cuidados enfermeros se transforman en la unión de los sistemas genéricos y de los sistemas profesionales. Los cuidados enfermeros son una mezcla de estos dos sistemas”.¹³

Como se menciona anteriormente, enfocar los cuidados desde el punto de vista transcultural es muy importante, pues vivimos en una sociedad multicultural. Vivimos junto a un gran número de inmigrantes que viven acorde a sus religiones, estilos de vida y normas sociales

La inmigración conlleva una serie de grandes cambios y dificultades, convirtiéndose así en un factor de riesgo para el desarrollo de patologías de salud mental. Se trata de un fenómeno estresor de gran intensidad y repercusión que depende de la situación del inmigrante con su grupo de origen cultural y de cómo reaccione la sociedad autóctona ante él.¹⁴ Emigrar nunca ha sido tarea fácil, pero en la actualidad para los inmigrantes que llegan de manera irregular, se está convirtiendo en un proceso con unos niveles de estrés tan grande, que superan su capacidad de adaptación, lo que hace que estas personas sean susceptibles de padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, o también llamado Síndrome de Ulises en honor al héroe griego de mismo nombre que sufrió grandes e incontables dificultades y peligros lejos de sus seres queridos.¹⁵

El síndrome de Ulises se trata de una patología psiquiátrica que se caracteriza por un lado, porque la persona padece unos determinados factores estresantes y, por otro, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (depresión, ansiedad, somatizaciones, etc.).

Objetivos:

• **General:**

- Conocer la Enfermería Transcultural y su importancia para los cuidados de enfermería, sobre todo, en salud mental.

• **Específicos:**

- Conocer los distintos modelos y teorías sobre Enfermería Transcultural, y su aplicación a la práctica.
- Conocer los principales factores transculturales que pueden obstaculizar la consecución de unos buenos cuidados de enfermería.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la transculturalidad de los cuidados de enfermería en salud mental. La búsqueda de bibliografía se realizó desde el mes de diciembre de 2015 hasta mayo de 2016.

Se han consultado 2 libros, 5 páginas web oficiales, 3 revistas científicas, 3 monografías de internet, 3 trabajos de fin de grado de enfermería y material audiovisual; así como la bibliografía de los artículos revisados.

Para la búsqueda de documentos se han utilizado varias bases de datos: SciELO, CUIDEN, Dialnet, LILACS, Google Académico y Google. En ellas se usaron palabras clave o descriptores combinados con el operador booleano "AND":

- Enfermería Transcultural
- Enfermería
- Cuidados de enfermería
- Transculturalidad
- Cultura de los cuidados
- Salud mental
- Competencia cultural
- Modelo
- Estrés
- Migración
- Inmigración

Los **criterios de inclusión** que cumplen todos los documentos utilizados son:

- Artículos que hayan sido publicados en los últimos 20 años.
- Artículos que traten sobre los siguientes temas:
 - Enfermería transcultural y la influencia de la cultura en los cuidados de enfermería.
 - Las migraciones y su influencia en la cultura.
 - Salud mental en los inmigrantes.
- Artículos en castellano o inglés.
- Artículos disponibles en texto completo.

- Artículos gratuitos.
- Palabras clave en el título.

Una vez finalizada la búsqueda se analizaron los artículos mediante una lectura crítica para determinar su relación con el tema a tratar.

Para la elaboración final del trabajo no solo se utilizó el material encontrado en las bases de datos, también se utilizó material procedente de páginas web, un diccionario, un libro y revistas científicas.

Las revistas científicas utilizadas son: Cultura de los Cuidados, NORTE de Salud Mental y “ene” revista de enfermería.

En total se han utilizado 28 documentos para la realización de esta revisión bibliográfica.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Brindar cuidados de enfermería a un paciente implica establecer una relación enfermero – paciente, basada en una interacción que requiere preparación, integridad, sensibilidad y competencia cultural. Brindar cuidados culturalmente coherentes y apropiados conlleva aprender sobre la vida del paciente, sobre su cultura, sus sentimientos y preocupaciones, sobre sus conocimientos de salud, enfermedad y muerte, y sobre la comunidad en la que vive.^{12, 16}

La ETC es el área de estudio de los cuidados de enfermería basados en la cultura que fundó Madeleine Leininger en EEUU, en la década de los años 50. Incorpora los valores, modos de vida y creencias de los pacientes al trabajo enfermero, para así ofrecer unos buenos cuidados culturalmente congruentes, apropiados y seguros que permitan al paciente mantener su bienestar, recuperar su salud, superar su discapacidad o afrontar la muerte.^{8, 9, 10, 11, 13, 16, 17}

M. Leininger creó la ETC al verse influenciada por ocho factores que justifican la necesidad de una enfermería centrada en el paciente y su cultura:⁸

1. El gran número de migraciones de gente dentro y/o entre los diferentes países a nivel global. La enfermería transcultural es necesaria debido a la gran diversidad que generan todas las migraciones. Este concepto de diversidad hace referencia a la diferentes razas y nacionalidades, orientaciones sexuales, religiones, creencias, ideologías políticas, estatus socioeconómicos y estilos de vida.
2. Cada vez hay más identidades multiculturales, gente que espera que el personal de enfermería respete y entienda sus creencias, valores y estilos de vida.
3. Los conflictos existentes por el uso de la tecnología a la hora de aplicar los cuidados a una persona (ej.: una transfusión de sangre para un testigo de Jehová).
4. Cada vez más culturas interactúan entre sí, lo que implica que los conflictos culturales existentes en el mundo también repercuten sobre los cuidados.
5. Gran aumento de las personas que viajan, ya sea por ocio o trabajo.

6. Aumento de conflictos legales como consecuencia de la negligencia, del desconocimiento o de la imposición cultural a la hora de brindar unos cuidados.
7. Aumento de los problemas relacionados con el género y el feminismo, demandando que se tengan en cuenta las necesidades de los niños y las mujeres.
8. Necesidad de la comunidad y de los servicios sanitarios de unos cuidados basados en la cultura para diferentes contextos ambientales.

A la ETC, M. Leininger aportó su: “Teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad”. Teoría basada en la unión inseparable de cultura y cuidados para dar vida al concepto de cuidados culturales, y así hacer frente al etnocentrismo del personal sanitario. Este teoría propone que los cuidados de salud, al igual que las personas que tienen características universales y diversas en referencia a su cultura, también tienen semejanzas y diferencias dependiendo del contexto cultural. Estas similitudes y diferencias han de ser identificadas y entendidas por los profesionales a la hora de asistir a estas personas.^{12, 13} “El propósito de la ETC es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo de la ETC proporcionar cuidados culturalmente apropiados. Cuando estas proposiciones y objetivos se mantienen, entonces las personas que cuidemos no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural y otras situaciones negativas”.¹⁰

La ETC no existiría si al tratar a pacientes de diferentes culturas no existiesen problemas o dificultades que impidan lograr los objetivos marcados por el enfermero de manera satisfactoria y que entorpezcan el proceso de recuperación o mantenimiento de la salud del propio paciente. A continuación se expone una lista de los diferentes factores conflictivos que pueden existir:

- Etnocentrismo: Creencia de que los valores, creencias, conocimientos propios y actos realizados son mejores y/o superiores que los de los demás.^{9, 10}

- Imposición cultural: Implantación de los valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando así su libertad sin mostrar respeto alguno.¹⁰
- Lenguaje: Para tratar y cuidar a un paciente correctamente, una comunicación eficaz y clara es muy importante, aún más importante si existe alguna barrera lingüística. Es un factor muy importante ya que puede afectar y dificultar todas las fases del proceso de enfermería.¹⁸
- Racismo: Según la RAE:
 - “Exacerbación del sentido racial de un grupo étnico, especialmente cuando convive con otro u otros.”⁴
 - “Doctrina antropológica o política basada en este sentimiento y que en ocasiones ha motivado la persecución de un grupo étnico considerado como inferior”⁴

Me gustaría destacar cómo se recibe y trata a los inmigrantes en el sistema sanitario puede ser un tema delicado a tratar, pues me he sorprendido de algunas actitudes y comentarios que he presenciado durante los distintos periodos de prácticas con respecto a algún paciente de otra nacionalidad o cultura por parte del personal sanitario docente.

Desde el primer momento en que un paciente es tratado con una actitud racista, se pierde el respeto por el paciente, al igual que éste lo perderá hacia el personal sanitario. En esta situación será muy difícil trabajar, pues si no se establece una buena relación enfermero – paciente, la consecución de los objetivos se verá obstaculizada, si no totalmente incapacitada.

- Espacio personal e intimidad: Distintos grupos culturales entienden el espacio personal y su territorio de distinta manera. El personal sanitario, para realizar las actividades que necesita llevar a cabo, invade el espacio personal del paciente, sobre todo cuando un paciente está ingresado en el hospital donde el personal de enfermería entrará a su habitación, a su baño, estará cerca de su cama, cerca del propio paciente para poder realizar su trabajo; por ejemplo, algunas actividades de enfermería implican el contacto físico con el paciente, hecho que puede resultar ofensivo y amenazador para ciertos grupos culturales.¹⁸

- Contacto visual: Evitar mirar a los ojos directamente es un signo de respeto en algunas culturas, mientras que en otros, mirarse a los ojos solo se realiza entre iguales, por eso, por ejemplo para los chinos, mirar a los ojos a una autoridad superior es una falta de respeto grave. Si nos encontramos en esta situación, no siempre debemos pensar que al paciente le falta interés u honestidad cuando evita nuestra mirada, sino saber que puede tratarse de otra cosa.¹⁸
- Religión: Según un estudio realizado en Andalucía, la religión es el patrón que más conflictos crea dentro del entorno sanitario. Distintos grupos religiosos no permiten o aceptan ciertos aspectos de los cuidados que podemos ofrecer, por ejemplo:
 - Los budistas no comen carne, por lo que hay que buscar otras alternativas nutricionales para brindarles un buen aporte de proteínas.
 - Los judíos también siguen unas normas dietéticas especiales, la dieta Kosher, por lo que también habrá que adaptar su nutrición a sus normas religiosas. Además, los judíos ortodoxos, los sábados no pueden realizar ninguna actividad.
 - Los musulmanes son extremadamente pudorosos en cuanto a la exploración física, por lo que en muchos casos se negarán a ella, incluso aun cuando quien va a realizar la exploración es del mismo género que el paciente.
 - Los testigos de Jehová no aceptan tratamientos que impliquen el uso de transfusiones de sangre.

Estos ejemplos y más, no son necesariamente conflictos que puedan entorpecer el trabajo de enfermería si se sabe cómo tratarlos, pero sí que hay que prestar especial interés a estos factores, porque si no en algunos casos, el paciente se podrá sentir insultado o poco respetado si no nos esforzamos por adaptarnos a sus normas religiosas.^{19, 20}

En la tabla 2 (ANEXO 2) se han seleccionado algunos cuidados específicos en relación con distintas religiones.

Para evitar que estos problemas puedan surgir y así facilitar la consecución de los objetivos de salud marcados por el paciente y el enfermero y mantener una buena relación enfermero – pacientes, Sol Tarrés Chamarro propone que el personal de enfermería se forme y trabaje desde el relativismo cultural: “La capacidad de comprender las creencias y costumbres de otros pueblos o sociedades desde el contexto de su propia cultura, partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna es superior a otra”. Se trata del concepto opuesto al etnocentrismo.⁹

M. Leininger creó por esta misma razón, evitar situaciones negativas a la hora de tratar y cuidar a pacientes de otras culturas, su Modelo del Sol Naciente (ver Gráfico 1). Se trata de una herramienta cuyo objetivo es facilitar la valoración del paciente haciendo de puente entre los sistemas genéricos o populares (curanderos, etc.) y los sistemas profesionales, permitiendo así tomar decisiones y realizar intervenciones de enfermería, siempre entendiendo a las personas como seres inseparables de su cultura, estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. La finalidad del Modelo del Sol Naciente es permitir que el paciente exprese su opinión, comparta sus conocimientos y nos enseñe sus prácticas culturales para así permitir al personal de enfermería tomar decisiones.^{12, 13, 21, 22, 23}

La Teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de M. Leininger se basa en cuatro principios generales:^{13, 21}

- Los cuidados de enfermería serán distintos de un paciente a otro dependiendo de su cultura, aun así compartirán atributos universales.
- Los distintos modelos de cuidados serán influenciados por las distintas maneras de entender el mundo de las distintas culturas.
- Los sistemas asistenciales genéricos se derivan de las diferentes culturas.
- La ETC tiene tres modos de actuación (en los que se basa el Modelo del Sol naciente):
 1. Cuidados culturales de preservación o sostén: “Se refieren a esas acciones y decisiones profesionales de asistencia, de sostén, de facilitación, o de habilitación que ayudan a la gente de una cultura particular a conservar y/o a consolidar los valores importantes de los

cuidados para mantener el bienestar, recuperarse de la enfermedad, o afrontar las malformaciones y/o la muerte”.¹³ Esto hace referencia a una situación, por ejemplo, en que un paciente necesite que le operen y quiera entrar al quirófano con un amuleto o algún objeto de alto valor sentimental, si el enfermero lo permite, el paciente entrará al quirófano más tranquilo y relajado, además de generar un respeto mutuo por el enfermero, lo que facilitará que el paciente coja confianza. Todo serán beneficios si el enfermero respeta las creencias de paciente.^{13, 21}

2. Cuidados de acomodación o de negociación: “Se refieren a las acciones o decisiones creativas y profesionales de asistencia, de sostenimiento, de facilitación o de habilitación, que ayudan a la gente de una cultura determinada a adaptarse, o a negociar con otros un resultado de salud provechoso o satisfactorio con los profesionales de la salud”.¹³ Estos cuidados hacen referencia a la situación en que la enfermera tenga que modificar los cuidados o negociar con el enfermo y/o su familia para participar en los cuidados, o para realizar la oración o algún rito en condiciones especiales, o mismamente para que la familia pueda traer la comida al paciente del su casa porque la alimentación que se da en el hospital no cumple sus normas culturales. Las peticiones han de ser examinadas para poder adaptar los cuidados, de forma que estos sean correctos y satisfactorios para todo el mundo.^{13, 21}
3. Cuidados de reorientación o de reestructuración: “Se refiere a esas acciones y decisiones profesionales que asisten, sostienen, facilitan, o habilitan ayudando a la gente a reorganizar, o a cambiar de manera importante el modo de vivir por uno nuevo, diferente y satisfactorio para los cuidados de salud y respetando completamente los valores culturales y las creencias del individuo y aun logrando un modo de vida más satisfactorio o saludable que antes que los cambios fueran decididos con el grupo o el individuo”¹³ Para poder realizarlos, el enfermero ha de tener unos amplios conocimientos sobre cultura y cuidados culturales, para poder utilizarlos creativamente y con respeto hacia el paciente y el grupo cultural al que pertenece.^{13, 21}

OTRAS TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL:

- **Modelo de la Competencia Cultural de Larry D. Purnell:** Este modelo promueve la comprensión cultural de situaciones humanas durante períodos de enfermedades, y el mantenimiento y promoción de la salud. Los promotores de cuidados lo utilizan para recoger información acerca de las características del paciente y de su cultura.^{24, 25}

El diagrama del Modelo de Purnell es un círculo (ANEXO 3)²⁶, cuyo exterior del círculo representa a la sociedad global, el primer margen que hace referencia a la comunidad, el segundo representa la unidad familiar y el último margen interno representa a la propia persona, al paciente; estos son los cuatro conceptos del metaparadigma del modelo. Se divide el interior del círculo concéntricamente en forma de 12 cuñas o dominios culturales. Los dominios tienen flechas bidireccionales que indican que cada dominio conduce y está influido por todos los demás dominios. Bajo cada dominio hay unos conceptos concretos. Estos doce dominios son:^{24, 25}

1. Herencia
2. Comunicación
3. Roles y Organización familiar
4. Asuntos de trabajo
5. Ecología biocultural
6. Comportamientos de alto riesgo
7. Nutrición
8. Embarazo y prácticas del nacimiento
9. Rituales de la muerte
10. Espiritualidad
11. Prácticas de cuidados de la salud
12. Proveedor de cuidados de la salud

Debajo del diagrama hay una línea serrada que representa al proveedor de cuidados y su competencia cultural. Purnell entiende la competencia cultural como algo no lineal que avanza y retrocede según el proveedor de cuidados obtiene nuevos conocimientos y habilidades al tratar con personas de distintas culturas, también es entendida como la adaptación de los cuidados de manera coherente con la cultura del paciente.^{24, 25}

Además de los doce dominios, el modelo también valora una serie de características, primarias y secundarias, que determinan la diferenciación entre la persona y la cultura dominante.^{24, 25}

- Características primarias:
 - Nacionalidad
 - Color de piel
 - Genero
 - Raza
 - Edad
 - Afiliación religiosa
- Características secundarias:
 - Estado socioeconómico
 - Nivel educativo
 - Experiencia en el ejercito
 - Ocupación
 - Creencias políticas
 - Residencia urbana contra residencia rural
 - Estado paternalista
 - Orientación sexual
 - Características físicas
 - Estado de matrimonio
 - Tiempo fuera del país de origen
 - Asuntos de genero
 - Razones de la migración (Sojourner, inmigrante o estado indocumentado)

Este modelo trabaja bajo dieciocho asunciones que se han de tener en cuenta antes de utilizarlo:^{24, 25}

1. Todos los proveedores de cuidados de la salud requieren información sobre diversidad cultural y de los conceptos acerca del metaparadigma de la sociedad global, la comunidad, la familia, la persona, y la salud.
2. Las culturas solo son diferentes, no hay una mejor que otra.
3. “Hay similitudes del centro con todas las cultoras.”
4. Hay diferencias entre las culturas y dentro de cada una de ellas.
5. Las culturas cambian con el tiempo.
6. Las características primarias y secundarias determinan cuanto de diferencia uno de la cultura dominante.
7. Si los pacientes se les da la opción de participar y participan en los cuidados, se mejorarán los resultados de salud.

8. La cultura tiene una gran influencia sobre cómo uno se ve a uno mismo y la respuesta ante los cuidados de salud
 9. Los individuos y familiares pertenecen a varios grupos culturales.
 10. Todo individuo tiene derecho a ser respetado por su singularidad y herencia cultural.
 11. Los proveedores de cuidados necesitan tanto información general como específica acerca de la cultura del paciente para así poder brindar unos cuidados sensitivos y competentes.
 12. Los proveedores de cuidados son quienes han de evaluar, planear e intervenir para que se adapten y mejoren los cuidados brindados a un paciente de una determinada cultura.
 13. El aprendizaje de las culturas se puede desarrollar de muchas formas, pero la más eficaz es entrar en contacto con otras culturas.
 14. Los prejuicios y los sesgos se pueden disminuir con comprensión cultural.
 15. Para que los cuidados sean eficaces, estos han de reflejar la comprensión de los valores, creencias, actitudes y la visión del mundo de diversas poblaciones y modelos de aculturación individuales.
 16. Diferencias en cuanto a raza y cultura necesitan intervenciones diferentes.
 17. Los proveedores de salud se conocerán mejor a ellos mismos a base de aprender sobre su propia cultura.
 18. Profesiones, organizaciones y asociaciones tienen su propia cultura.
- **“National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care” (CLAS)** : Son un conjunto de mandatos, pautas y recomendaciones CLAS emitidas por la Oficina de Salud para las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Su objetivo es informar, guiar y facilitar prácticas requeridas y recomendadas que estén en relación con servicios sanitarios cultural y lingüísticamente apropiados. Estas normas se publicaron en su estado definitivo el 22 de diciembre del 2000 (ANEXO 4) ²⁷

Las 14 normas están organizadas por temas:

- Cuidado de Cultura Competente (Normas 1-3)
- Servicios de Acceso Lingüístico (Normas 4-7)
- Apoyo Organizado para la Competencia Cultural (Normas 8-14).

Dentro de este sistema hay tres tipos de normas de distinta rigurosidad:

- Mandatos CLAS: requisitos federales actuales para todos los beneficiarios de fondos Federales (Normas 4, 5, 6 y 7).
- Pautas CLAS: actividades recomendadas por la Oficina de Salud para las Minorías para ser adoptadas como mandatos por agencias federales, estatales y nacionales acreditadas (Normas 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Recomendaciones CLAS: sugeridas por la Oficina de –salud para las Minorías para la adopción voluntaria por parte de agencias de atención sanitaria (Norma 14).

Los demás autores representativos de la Enfermería Transcultural o utilizan la definición de M. Leininger o dan su propia definición de cultura sobre la que basan su teorías. Es el caso de:

- Dula F. Pacquiao y su Modelo de Toma de Decisiones y Actuaciones Éticas Culturalmente Competentes en los Cuidados.
- El modelo de Josepha Camphina-Bacote.
- Rachel Spector y su Teoría de las Tradiciones Culturales en Salud.
- El Modelo de Toni Trypp-Reimer.

(No se desarrollan estas teorías por la imposibilidad para encontrar bibliografía pertinente sobre el tema).

En Andalucía, en el 2008, se realizó un estudio¹⁹ cuyos objetivos eran:

- Obtener un perfil del paciente inmigrante procedente de países musulmanes, sus problemas y sus causas.
- Ampliar los conocimientos de los profesionales, sobre todo en enfermería, sobre la interrelación de los pacientes musulmanes con nuestro sistema sanitario.

Las conclusiones a las que se llegaron con este estudio fueron que la religión, y la barrera lingüística son los factores que más dificultan una atención sanitaria eficaz, y que la mayoría de los participantes padecían del Síndrome de Ulises.

En este estudio se objetivó la importancia para un paciente musulmán de tener el Corán o apoyo religioso (Imán) a su disposición, como tienen los pacientes católicos, debido a su inexistencia en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria; esto provocó una sensación de desprotección en el 50% de los pacientes participantes en el estudio y ocasionó delirios místicos en un 15% de los mismos.

En cuanto a la barrera lingüística se concluyó que si ya es difícil mantener un diálogo con una persona enferma, es más difícil aun si el idioma de ambos participantes en la conversación es distinto, en este caso el paciente y el personal de enfermería, ya que se puede perder parte de la información con las traducciones o las simplificaciones.¹⁹

Otro de los problemas que se encontró fue que el 66% de los participantes padecían del Síndrome de Ulises. Se trata de un cuadro psiquiátrico que afecta a los inmigrantes cuando los factores estresores que derivan de la migración superan su capacidad de adaptación y supervivencia. Se trata de un problema de salud emergente en los países de acogida de inmigrantes. Este síndrome se caracteriza por la existencia conjunta de cuatro factores estresores y factores potenciadores de los estresores.^{14, 15, 19}

Los cuatro factores estresores ^{14, 15, 19} son:

1. La Soledad: La separación de la familia y los seres queridos a los que no puede traer consigo ni ir a visitarles, ya sea porque su situación económica no les permite tener derecho a la reagrupación familiar o porque se encuentre en situación irregular y al no tener “los papeles” en regla, le sería imposible volver a España.

El sentimiento de soledad lo viven sobre todo por la noche, a la hora de dormir, cuando afloran los recuerdos y las necesidades afectivas.

2. Fracaso: El sentimiento de desesperanza y fracaso aparece cuando el inmigrante tiene dificultades para encontrar trabajo, y si lo encuentra, uno en condiciones de explotación, no dándole oportunidades para obtener “los papeles”. Esto sobre todo le ocurre a aquellos inmigrantes en situación irregular.

Otro enfoque que es interesante valorar es si el inmigrante decidiese regresar a su hogar. El inmigrante regresaría habiendo fracasado lo que en ciertas culturas como las de algunas zonas de África, se entiende que quien ha fracasado y regresa es porque es portador de algún maleficio.

3. Lucha por la supervivencia: El inmigrante, sobre todo aquel que vive en una situación extrema, lucha por sobrevivir. Hay dos grandes áreas:

- a. Alimentación: En muchos casos los inmigrantes tiene verdaderos problemas para encontrar comida que se adapte a sus culturas, o no tienen el poder económico suficiente como para realizar todas las comidas necesarias al día, lo que desemboca en una situación de malnutrición. También hay que tener en cuenta a aquellos inmigrantes que sí tienen una fuente de ingresos suficiente como para sobrevivir, pero que deciden enviar la mayoría de sus ingresos a su familia en su país de origen, dejándole con apenas nada para alimentarse correctamente, por lo que tienden a alimentarse a base de comidas de baja calidad, altas en grasas saturadas y con bajo índice de proteínas.

b. Vivienda: Incluso los inmigrantes en situación regularizada, con una fuente de ingresos estable, tienen dificultades para encontrar un hogar. Esto se debe a los prejuicios y al racismo, hecho que se ha visto enaltecido últimamente en referencia a la población musulmana por los atentados realizados en nombre de la religión por ISIS, el DAESH, etc.

Los que más sufren a la hora de encontrar una vivienda digna son los inmigrantes en situación irregular, pues tienen que depender completamente de otra persona, lo que conlleva el riesgo de sufrir abusos. No es raro encontrarse con casos de hacinamiento en viviendas de inmigrantes, o casos de personas que viven en la calle.

4. Miedo: Miedo a lo desconocido, pues los inmigrantes que vienen no saben qué situación se van a encontrar, miedo a que se abuse de ellos, miedo al racismo, la xenofobia y a la violencia.

Hay que destacar otros dos casos. Primero el miedo físico, que sienten los inmigrantes que llegan en situación irregular, en relación con las condiciones en que viajan (pateras, camiones, etc.); y segundo, el miedo que sienten los hijos de los inmigrantes “sin papeles” cuando estos se retrasan unos minutos al llegar a casa, llegando a pensar que les han deportado y que se quedarán solos.

La combinación de estos cuatro factores es la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés crónico y múltiple. Estos cuatro factores estresores son potenciados por:

- Multiplicidad: No es lo mismo padecer uno de los estresores que varios a la vez, pues se potencian entre ellos.
- Cronicidad: No es lo mismo sufrir situaciones de estrés durante días o semanas, que hacerlo durante meses o años, pues el estrés es acumulativo. Muchos de los inmigrantes sufren situaciones de esta índole durante años.
- Intensidad y relevancia: No es lo mismo el estrés resultante de estar en época de exámenes o el que produce una gran carga laboral, que el producido por la soledad afectiva o el hecho de estar siempre alerta por si te expulsan del país.

- Ausencia de sensación de control
- Ausencia de apoyo social o dificultad para acceder a él. Sobre todo de aquellos en situación irregular.
- Factores estresores clásicos de la migración (cultura, idioma, religión, etc).
- Síntomas derivados del estrés
 - Área depresiva:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza ▪ Llanto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Culpa ▪ Ideas de muerte
--	--
 - Área de la ansiedad:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión y nerviosismo ▪ Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupaciones excesivas y recurrentes ▪ Irritabilidad
---	---
 - Área de la somatización:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea ▪ Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Molestias osteomuscular
---	---
 - Área confusional:
 - Sensación de fallo de la memoria
 - Sensación de estar perdido

Cómo se ha mencionado antes en varias ocasiones, uno de los mayores obstáculos que hay que superar a la hora de atender y cuidar de un paciente de otra cultura es la barrera lingüística. Me gustaría destacar la importancia del Servicio de Teletraducción, que dependiendo de la comunidad autónoma corre a cargo de los propios servicios sanitarios o a cargo de una empresa ajena. Esta es una herramienta que permite a los profesionales sanitarios un intercambio de información eficaz con el paciente que hable otro idioma, del cual no se tenga conocimiento. El profesional sanitario tan sólo tiene que realizar una llamada para establecer la comunicación con el centro de llamadas, donde un equipo de intérpretes profesionales efectúa la teletraducción de la conversación entre el profesional y el paciente, en tiempo real.

Este servicio ha supuesto una enorme mejora de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben todos aquellos residentes extranjeros que desconozcan el castellano y utilicen un idioma que los profesionales, a su vez, desconozcan. El servicio funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, ayudando a superar las barreras lingüísticas y culturales.²⁸

5. CONCLUSIONES:

Las distintas teorías y modelos de Enfermería Transcultural son guías que nos ayudan a brindar unos cuidados culturalmente adecuados.

Los factores transculturales más conflictivos a la hora de tratar con o a un paciente son la religión y el idioma.

La Enfermería transcultural ha de ser el fundamento en que basar los cuidados que brindemos a nuestros pacientes.

En la literatura científica no existen, aun, resultados sobre la aplicación práctica de los modelos de Enfermería Transcultural.

6. BIBLIORAFÍA

1. González López J R, Lomas Campos M^a M, Rodríguez Gázquez M^a A. Evolución de la migración en Europa y España durante los siglos XX y XXI. Rev Cuid 2010; 1 (1): 73 – 81.
2. Dubos R. El delicado equilibrio entre el ser humano y la Naturaleza. Rev Envió. 1999 [25 – 05 – 2016]; 212. Disponible en: <http://www.envio.org.ni/articulo/978>
3. Organización Internacional para las Migraciones. World Migration Report 2003: Managing Migration. Challenges and Responses for People on the Move. Ginebra; 2003.
4. Diccionario de la Lengua Española. 21^aed. Madrid: Espasa Calpe S.A; 1994.
5. Colectivo IOÈ. Inmigrantes, Trabajadores, Ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España. Valencia: Universidad de Valencia; 1999.
6. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio Permanente de la Inmigración. Extranjeros residentes en España a 31 – 12 – 2015. Principales resultados. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2016.
7. Instituto Nacional de Estadística, INE. Cifras de población a 1 de julio de 2015. Estadística de migraciones. Primer semestre de 2015. Datos provisionales [monografía en internet]. INE; 4 Dic 2015 [acceso 03 May 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np948.pdf>
8. Galao Malo R, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I, Mora Antón, M^a D. ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Evidentia 2005 enero-abril; 2(4).
9. Tarrés Chamarro S. El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología. May 2001; 17(15).
10. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los cuidados. 1999; (6).

11. Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm [Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Jun 13]; 19(2-3): 172-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es.
12. Ibarra Mendoza T X, Siles González J. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2006 [citado 2016 Jun 13]; 15(55): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es.
13. Rohrbach Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. Cultura de los cuidados. 1998; (3).
14. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (1): 63-75.
15. Anchótegui Loizte J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). NORTE de Salud MENTAL. 2004. (21): 39-52.
16. Llanes Betancourt C. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Jun 15]; 28(3): 195-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300004&lng=es.
17. Pértiga Andía EM, López Rouco M, Hospital Moreno A, Baonza García S. Efectividad de un programa formativo en enfermería transcultural sobre aspectos de la salud mental en hijos de inmigrantes entre 12 y 17 años diagnosticados de Síndrome de Estrés por traslado. NURE Inv. (Revista en Internet) 2010 Ene-Feb (16 Marzo 2016); 7 (44). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyenftrans44.pdf
18. Navarro Aranda N. Integración social: Multiculturalidad y Salud [Trabajo de Fin de Grado]. Almería: Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. División de Enfermería y Fisioterapia; 2013.

19. Fernández Oliver A L, Mgueraman Jilali R, Rojas Mata M. Enfermería sin fronteras: enfermería y el paciente musulmán. *Enfermería Docente*. 2011; 94: 16-21.
20. Olzensa Zulueta C. Modelo Transcultural de los Cuidados de Enfermeros: hacia el cuidado integral, individualizado y universal [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería; 2015.
21. Miras Sanpedro C A. Prejuicios y racismo en la atención de enfermería a la población inmigrante en España [Trabajo Fin de Grado]. Jaén: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería; 2015.
22. Pérez Pimentel S. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2009 Dic [2016 Abr 11]; 25(3-4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es.
23. Muñoz Toyos N. Cuidados enfermeros y Coherencia cultural. *ENE, Revista de Enfermería* [revista on-line]. 2014 May [acceso 11 abril 2016]: 8 (1). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/331/html_3
24. Purnell L D. El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados*. 1999; (6).
25. Marrero González C M. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Revista de Enfermería* [revista on-line]. 2013 Ago [acceso 11 abril 2016]; 7(3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
26. Rodríguez G, Muñoz L A, Komura Hoga L A. Cultural experiences of immigrant nurses at two hospitals in Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 Apr [2016 May 15]; 22(2): 187-196. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200187&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2980.2401>.

27. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Executive Summary. EN ESPAÑOL. Washington, D.S: U.S. Department of Health and Human Services; March 2001.
28. Comunidad de Madrid. [página principal en internet]. Madrid: Portal de salud de la comunidad de Madrid; c2016 [actualizado 19 May 2016; citado 24 Jun 2016]. [apor. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142559455512&language=es&page_name=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1142559455512

7. ANEXOS:

ANEXO 1

Modelo del sol naciente de Leininger representando la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad

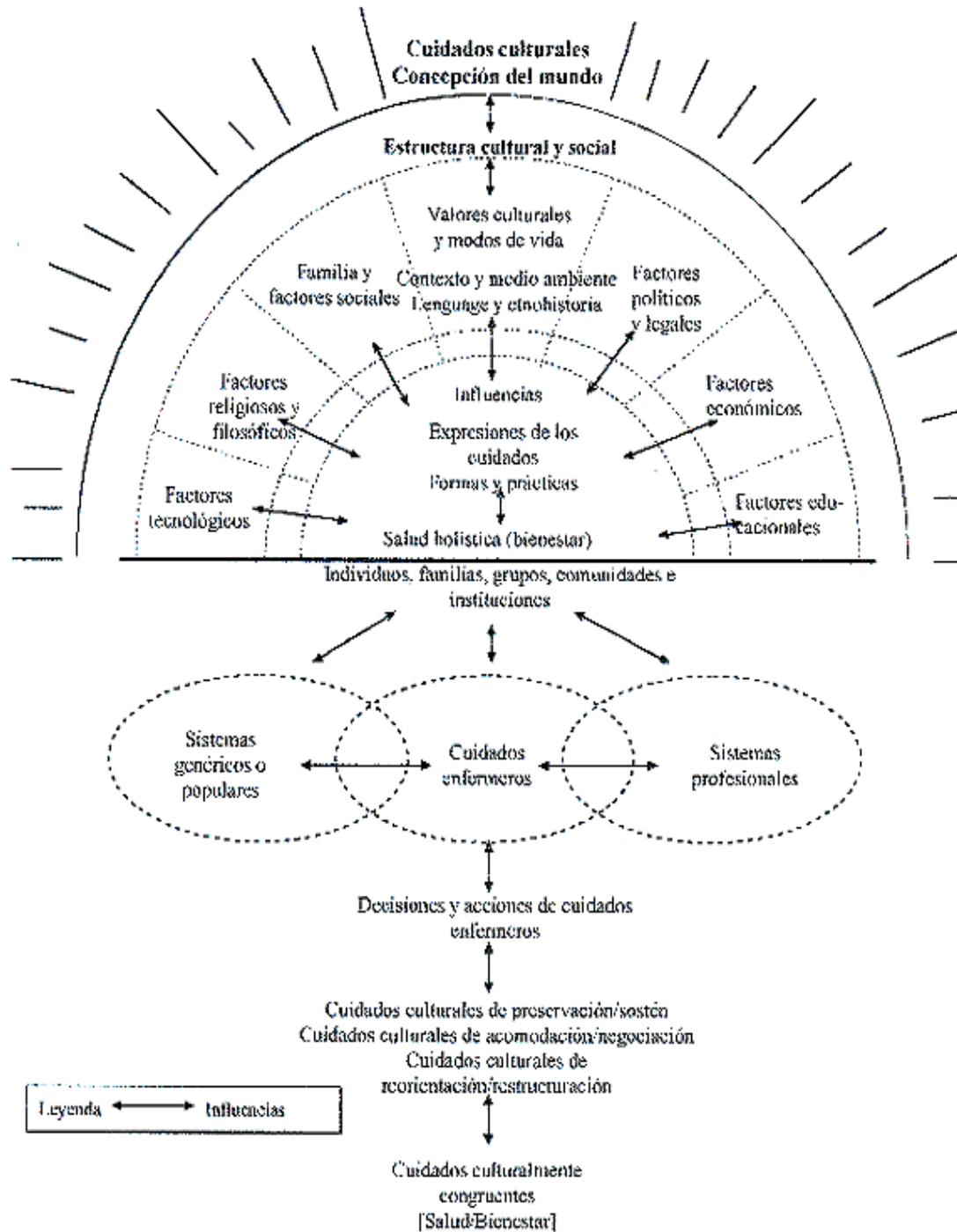


Gráfico 1: Gráfico explicativo del Modelo del Sol Naciente de M. Leininger.¹³

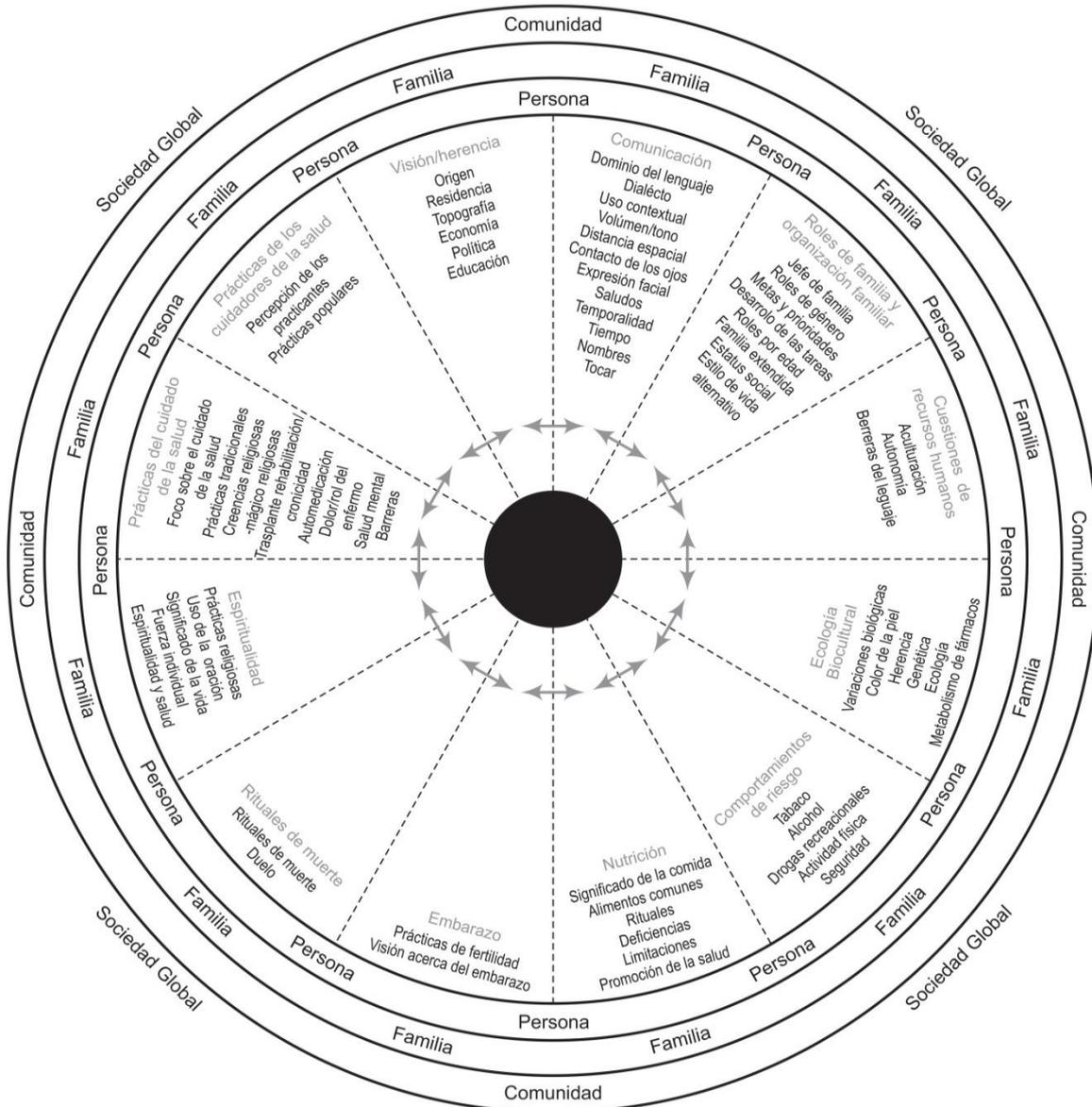
ANEXO 2:

RELIGIÓN	CUIDADOS ESPECÍFICOS
Budistas	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Prefieren manejar el dolor mediante técnicas de meditación y relajación antes que el uso de analgésicos.<input type="checkbox"/> En la nutrición evitan los productos de carne animal.<input type="checkbox"/> 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.<input type="checkbox"/> 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"><input type="checkbox"/> En la salud sexual y reproductiva se posicionan en contra del uso de anticonceptivos.<input type="checkbox"/> Se atiende al proceso de muerte con ritos de depuración del alma y el perdón mediante la extremaunción.<input type="checkbox"/> Establece procesos de ayuno y restricción a productos cárnicos en fechas especiales del año.
Testigos de Jehová	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No admiten tratamientos que impliquen la recepción de sangre de otras personas, aunque ello sea imprescindible para mantener la vida.<input type="checkbox"/> 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"><input type="checkbox"/> Se realiza la circuncisión a edad temprana a los niños varones (8 días del nacimiento).<input type="checkbox"/> 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.<input type="checkbox"/> 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"><input type="checkbox"/> 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.<input type="checkbox"/> Tienen restricciones alimenticias, rechazando la carne de cerdo y sus derivados (embutidos, etc.).<input type="checkbox"/> Los varones a corta edad son circuncidados.

Tabla 2: Cuidados específicos en relación con distintas religiones.²⁰

ANEXO 3

El Modelo de Purnell para la Competencia Cultural



Características primarias de la cultura: edad, generación, nacionalidad, raza, color, género, religión

Características secundarias de la cultura: nivel educacional, nivel socioeconómico, ocupación, estatus militar, creencia política, urbana versus residencia rural, enclave de identidad, estatus matrimonial, estatus de los padres, características físicas, orientación sexual, cuestiones de género, y razón para la migración

- Inconcientemente incompetente: no ser consciente de que uno se carece de conocimientos acerca de otra cultura
- Concientemente incompetente: ser consciente de que uno se carece de conocimientos acerca de otra cultura
- Concientemente competente: aprender de la cultura del cliente, verificando generalizaciones acerca de la cultura del cliente y proporcionando intervenciones culturalmente específicas
- Inconcientemente competente: automáticamente proporcionando intervenciones de cuidado culturalmente congruente a clientes de diversas culturas

Model created by Larry D. Purnell, PhD, RN, FAAN. Reprinted with permission.

Gráfico 2: Gráfico explicativo del modelo de Larry D. Purnell ²⁶

ANEXO 4: NORMAS CLAS ²⁷

Norma 1. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que los pacientes/consumidores reciban por parte de todo el personal asistencia comprensiva y respetuosa, proporcionada de forma compatible con sus creencias y costumbres culturales y sanitarias, y su lenguaje habitual”.

Norma 2. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían llevar a cabo estrategias para reclutar, retener y fomentar en todos los niveles de la organización un plantel diverso y un liderazgo que exprese las características demográficas del área a la que sirven”.

Norma 3. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que el personal en todos los niveles y en todas las disciplinas reciba una formación educacional progresiva en el suministro de servicios cultural y lingüísticamente apropiados”.

Norma 4. “Las organizaciones de atención sanitaria deben ofrecer y proporcionar servicios de asistencia lingüística, incluyendo una plantilla de personal bilingüe y servicios de intérprete, sin costo para los pacientes/consumidores que tengan una capacidad limitada en el inglés, en todos los puntos de contacto, de forma oportuna y durante todas las horas de operación”.

Norma 5. “Las organizaciones de atención sanitaria deben proporcionar a los pacientes/consumidores ofertas verbales y notificaciones escritas en su idioma preferente, informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia idiomática”.

Norma 6. “Las organizaciones de atención sanitaria deben afirmar la capacidad de la asistencia lingüística proporcionada a pacientes/consumidores con capacidad limitada en el inglés mediante intérpretes y plantilla de personal bilingüe. Familiares y amigos no deberían usarse para proporcionar servicios de interpretación (excepto a petición del paciente/consumidor)”.

Norma 7. “Las organizaciones de atención sanitaria deben tener disponibles materiales de fácil comprensión que estén relacionados con los pacientes y fijar carteles en los idiomas de los grupos comúnmente consultados y/o los grupos representados en el área que se sirve”.

Norma 8. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían desarrollar, implementar y promover un plan estratégico escrito que esquematizara claramente los objetivos, políticas, planes operacionales y mecanismos de vigilancia de la contabilidad administrativa para proporcionar servicios lingüísticos apropiados”.

Norma 9. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían realizar auto análisis al principio y durante las actividades relacionadas con CLAS y ser estimuladas dentro de sus revisiones internas, para integrar las medidas que se vinculan con la capacidad cultural y lingüística de los programas de mejora en la ejecución, del análisis de satisfacción de los clientes y de las evaluaciones basadas en resultados”.

Norma 10. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que la información sobre la raza, etnicidad y lenguaje oral y escrito del paciente/consumidor es recogida en los registros sanitarios de los pacientes, incorporados dentro del sistema de información administrativa de la organización y actualizada periódicamente”.

Norma 11. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían mantener un perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la comunidad actualizado, así como la evaluación de necesidades para planificar con exactitud e implementar servicios que respondan a las características culturales y lingüísticas del área de servicio”.

Norma 12. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían desarrollar un interés social de participación y colaboración con las comunidades y utilizar una variedad de mecanismos formales e informales para facilitar la participación comunitaria y del paciente/consumidor en el diseño e implementación de las actividades relacionadas con CLAS”.

Norma 13. “Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que los procesos de resolución de conflictos y perjuicios sean cultural y lingüísticamente sensibles y capaces de identificar, prevenir y resolver conflictos entre diferentes culturas o quejas de pacientes/consumidores”.

Norma 14. “Las organizaciones de atención sanitaria son estimuladas para que pongan con regularidad a disposición de la opinión pública sus progresos e innovaciones con éxito a la hora de implementar las normas CLAS y proporcionar información pública en sus comunidades sobre la disponibilidad de esta información”.