



ANÀLISI DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN INFERMERIA: VALIDACIÓ DE L'INSTRUMENT CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT

Laia Raigal Aran

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Anàlisi de la competència cultural en infermeria: Validació de l'instrument Cultural Competence Assessment

LAIA RAIGAL ARAN



TESI DOCTORAL

2018



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 466

E-mail: sdInfern@urv.cat

La Dra. Carme Ferré Grau i el Dr. Àngel Belzunegui Eraso, professors titulars de la Universitat Rovira i Virgili,

CERTIFIQUEN:

que aquest treball, titulat "Anàlisi de la competència cultural en infermeria: validació de l'instrument Cultural Competence Assessment", que presenta la Sra. Laia Raigal Aran per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat i que compleix els requeriments per a la seva presentació pública.

Tarragona, 22 de novembre de 2018

Dra. Carme Ferré Grau

Dr. Àngel Belzunegui Eraso

Laia Raigal Aran

**Anàlisi de la competència cultural en infermeria:
Validació de l'instrument Cultural Competence Assessment**

TESI DOCTORAL

Dirigida per la Dra. Carme Ferré Grau i Dr. Àngel Belzunegui Eraso

Departament d'infermeria



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2018

A la Maite i al Manel, els meus pares

A la Judith, la meva germana

I al Nil, el meu company de vida

I a tota la meva família

Pel vostre suport i estima incondicional

Reconeixents i agraïments

La tesi, aquí està. El fruit o el «fill» (com algú diu), que ha gestat durant aquests anys a base d'esforç i sacrifici. Plantejament rere plantejament; discussions i reflexions sobre que seria o quina utilitat tindria tot plegat; xerrades i debats donant toms sobre el tema; sense oblidar aquells moments d'histèria quant els anàlisis feien de les seves, plantejant nous dubtes i interpretacions. Moments molt diversos, però tots ells essencials en el resultat final d'aquesta tesi.

Molts m'heu acompanyat al llarg d'aquest camí i heu estat participants d'aquests múltiples moments anteriorment esmentats. Alguns més puntuals que altres, però tots ells significatius, i que no puc evitar unes llàgrimes mentre els repasso: fruit d'un sentiment de gratitud. SINCERA GRATITUD a amics, companys i familiars que m'heu acompanyat en aquest camí.

En primer lloc, volia fer una menció especial a la persona, que per sort o destí, va anar a topar amb mi com a directora de treball final de màster. Recordo amb tendresa aquelles xerrades d'hores al Fe, on vas fer créixer el meu interès en investigació. Les teves paraules d'ànims les sento ressonar sempre que em ve algun moment d'incertesa. Gràcies Dra. Anna Borrueu Llovera, afectuosament Anna, que et desitjo el millor en la teva nova etapa.

En segon lloc, però no per això menys important, a qui m'ha acompanyat dia rere dia en aquest camí. Una persona que m'ha donat suport incondicional durant tot aquest temps. Amb qui sens dubte, no podia haver arribat fins aquí sense el seu suport. Múltiples noms podria utilitzar per referir-me a tu, derivats de la relació i afecte que em anat construint al llarg d'aquest temps que em treballat juntes. Gràcies Dra. Carme Ferré Grau, per la teva guia, suport i amistat. He après i gaudit moltíssim treballant al teu costat, i espero seguir-ho fent.

I com oblidar al Dr. Àngel Belzunegui Eraso. M'has ofert els teus consells i recomanacions, ja no només en l'elaboració d'aquest treball, sinó en el meu camí. Gràcies per el teu suport i recolzament. Per mi, és molt valuós.

Gràcies al Dr. Carlos Sequiera, que em va obrir les portes a Portugal. M'has ofert oportunitats que he aprofitat i gaudit. Admiro l'equip de persones amb les que treballes i amb qui he tingut el plaer de treballar-hi.

No puc deixar-me persones, doctors i doctores, doctorands i doctorandes, que he conegut en aquest camí, que de forma puntual, m'han anat oferint consells i recomanacions que m'han servit de molt. Gràcies a la Rosa, el Gerard, la Carmeta, l'Estrella, la Jael i altres.

També volia agrair als companys de la universitat, qui sou responsables també del meu camí com a professors meus que vau ser fa uns anys. Per les breus xerrades quan aneu a imprimir, i les vostres paraules d'ànims i suport quan em veieu atrafegada amb la tesi. Gràcies.

I companyes que he pogut conèixer en aquests inicis d'investigació i docència: Dra. Teresa Lluch, Dra. Dolors Miguel i d'altres grans persones que tan savis consells m'heu donat i he escoltat amb gran devoció. Gràcies per creure en mi i ensenyar-me tant.

No puc oblidar una part molt important d'aquest camí, un lloc que ha representat molt per mi tot i que fa uns mesos que no hi sóc. El Pius Hospital de Valls, gràcies. Gràcies que m'heu fet créixer com infermera, ja des de les pràctiques als meus inicis en el món laboral: Montses, Annes, Rosa, Pepa, Maite, Cristines, Núries, Sandra i podria seguir. A totes, gràcies! I l'Anna Ollé i Montse Pié. A l'Anna per creure en mi i donar-me inquietuds en la millora de la pràctica infermera. I a la Montse, per donar-me suport en aquest camí.

Aprofito per agrair a tots els meus amics, que sempre s'han interessat per la meva feina i m'han ofert suport moral quan més ho requeria. Per ser-hi sempre, inclús després de períodes en que desconnectava del món real. Gràcies Irene, Ari, Anna, Eva, Laura, Ruben, Kiko, Núria i altres.

Aquesta tesi, no hagués tingut sentit per mi sense el suport i l'estima de la meva família, i en especial, dels meus pares i de la meva germana. No tinc paraules per expressar tot el que sento. Gràcies mama per les ales i casquets voladors que tan ens han servit per tirar endavant. A tu papa, per el teu suport i reconeixement incondicional. A tu Judith, per la teva col·laboració directe en aquesta tesi. En poc, et tocarà a tu. Ah, i no em puc oblidar del Bruc!

I finalment, moltíssimes gràcies a tu, Nil. Per la teva comprensió i paciència. Per estar sempre quan et necessitava i sentir-te tan a prop tot i estar tant lluny. Gràcies i mil gràcies més per ajudar-me en aquest camí i a fer-ho tot més fàcil. T' que ni t'ho imagines.

Índex

ÍNDIX DE TAULES	19
ÍNDIX DE FIGURES	22
LLISTA D'ABREVIACIONS I SÍMBOLS	24
RESUM	27
RESUMEN	35
ABSTRACT	43
INTRODUCCIÓ	51
1. MARC TEÒRIC	59
1.1. EL FENOMEN DE LA DIVERSITAT CULTURAL: IMPLICACIONS I REPTES	61
1.1.1. <i>CONTEXTUALITZACIÓ: MIGRACIÓ I SALUT</i>	61
1.1.2. <i>PARADIGMES I DIFERENTS CONCEPCIONS DE CONTACTES INTERCULTURALS</i>	68
1.1.3. <i>PRINCIPALS BARRERES EN EL PROCÉS TERAPÈUTIC INTERCULTURAL</i>	71
1.1.4. <i>ASSUMPCIONS PRÀCTIQUES DAVANT LA DIVERSITAT CULTURAL</i>	74
1.1.5. <i>REFLEXIÓ DE LA SITUACIÓ ACTUAL EN COMPETÈNCIA CULTURAL EN SALUT A ESPANYA</i>	81
1.2. LA CONSTRUCCIÓ DEL CONCEPTE DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL	83
1.2.1. <i>EL CONCEPTE</i>	83
1.2.2. <i>UN RECORREGUT PELS MODELS TEÒRICS DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL</i>	86
1.2.3. <i>RESUM DE LES COHESIONS CONCEPTUALS QUE CONFORMEN LA COMPETÈNCIA CULTURAL</i>	104
1.3. L'AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL	108
1.3.1. <i>REVISIÓ DELS INSTRUMENTS DE MESURA DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL</i>	108
1.3.2. <i>ANTECEDENTS EN L'ÚS DE L'INSTRUMENT CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT</i>	113
1.3.3. <i>EXPERIÈNCIES FORMATIVES AMB L'INSTRUMENT CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT</i>	122
2. JUSTIFICACIÓ	127
2.1. EL «PERQUÈ» D'AQUESTA INVESTIGACIÓ	129
2.1.1. <i>LA JUSTIFICACIÓ</i>	129
2.1.2. <i>POTENCIAL D'INVESTIGACIÓ</i>	132
3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	135
3.1. OBJECTIUS	137
3.1.1. <i>OBJECTIU GENERAL</i>	137
3.1.2. <i>OBJECTIUS ESPECÍFICS</i>	137
3.2. HIPÒTESI	138

4. METODOLOGIA	141
4.1. DISSENY	143
4.1.1. MÈTODE DEDUCTIU O INDUCTIU?	143
4.2. POBLACIÓ I MOSTRA	145
4.3. VARIABLES	146
4.4. INSTRUMENTS	150
4.4.1. CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT	150
4.4.2. QÜESTIONARI VARIABLES INDEPENDENTS	150
4.4.3. ESCALA DE DESITJABILITAT SOCIAL DE MARLOWE-CROWNE: VERSIÓ BREU (MC-SDS)	150
4.5. DESENVOLUPAMENT DE L'ESTUDI I ANÀLISI ESTADÍSTICA	152
4.5.1. DESENVOLUPAMENT FASE I: PROCÉS D'ADAPTACIÓ CULTURAL DE L'ESCALA ORIGINAL AL CASTELLÀ	152
4.5.2. DESENVOLUPAMENT FASE II: PROCÉS DE VALIDACIÓ DE L'ESCALA I ELABORACIÓ DE LA VERSIÓ FINAL. ANÀLISI ESTADÍSTIC I MÈTRIC	154
4.5.3. DESENVOLUPAMENT FASE III: ESTUDI TRANSVERSAL AMB DISSENY EX POST FACTO DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN PROFESSIONALS D'INFERMERIA	161
4.6. CONSIDERACIONS ÈTIQUES	163
5. RESULTATS	165
5.1. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 1	
REALITZAR L'ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL AL CASTELLÀ DE L'ESCALA CCA	167
RESULTATS FASE I: PROCÉS D'ADAPTACIÓ TRANSCULTURAL DE LA CCA AL CASTELLÀ	169
5.2. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 2	
ANALITZAR LA DIMENSIONALITAT DEL CONSTRUCTE DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL A PARTIR DE L'INSTRUMENT CCA-S I DEFINIR LES SEVES PROPIETATS PSICOMÈTRIQUES	171
RESULTATS FASE II: PROCÉS DE VALIDACIÓ DE L'ESCALA I ELABORACIÓ DE LA VERSIÓ FINAL. ANÀLISI ESTADÍSTIC I MÈTRIC	173
5.3. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 3	
DEFINIR LA VERSIÓ DE LA CCA-S D'ACORD AMB LES PUNTUACIONS FACTORIALS I DIMENSIONS QUE MILLOR EXPLIQUEN EL CONSTRUCTE	189
PUNTUACIONS FACTORIALS I DESCRIPCIÓ TEÒRICA DE LES PUNTUACIONS	191
5.4. RESULTAT RELACIONAT AMB L'OBJECTIU 4	
DETERMINAR SI EXISTEIX VARIÀNCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LES MITJANES DE LA CCA-S EN RELACIÓ AMB SEXE, PROFESSIONI I EDAT.	197

5.5. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 5

ANALITZAR EL CONSTRUCTE DE LA DESITJABILITAT SOCIAL COM UNA VARIABLE DE CONTROL DE LA VALIDESA DE L'INSTRUMENT CCA-S 209

RESUM DELS RESULTATS DE LA VALIDACIÓ I ADAPTACIÓ DE L'INSTRUMENT CCA-S 213

DESCRIPCIÓ DE LA VERSIÓ DEFINITIVA DE LA CCA-S 215

5.6. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 6

IDENTIFICAR L'ACTITUD DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA VERS LA COMPETÈNCIA CULTURAL, FENT ÚS DE LA CCA-S 221

RESULTATS FASE III: ESTUDI TRANSVERSAL AMB DISSENY EX POST FACTO DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN PROFESSIONALS D'INFERMERIA 223

5.7. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 7

EXPLORAR ELS FACTORS SOCIOPROFSSIONALS QUE ACTUEN COM A PROMOTORS DEL DESENVOLUPAMENT DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL ELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA 235

5.8. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 8

IDENTIFICAR ELS PERFILS DE PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA EN FUNCIÓ DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL I DE LES VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS 261

5.9. RESULTATS RELACIONATS AMB L'OBJECTIU 9

INTERPRETAR LES PUNTUACIONS DELS PERFILS IDENTIFICATS EN L'OBJECTIU 8 297

RESUM AVALUACIÓ DE LA UTILITAT DE L'INSTRUMENT CCA-S 311**6. DISCUSSIÓ 315****6.1. DISCUSSIÓ DELS RESULTATS OBTINGUTS 317**

6.1.1. L'INSTRUMENT CCA-S COM UN INSTRUMENT ADAPTAT I VALIDAT PER AVALUAR LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT 318

6.1.2. DESENVOLUPAMENT DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL: UNA INTERPRETACIÓ TEÒRICA-EMPÍRICA A PARTIR D'UNA MOSTRA D'INFERMERS/ES DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA 324

6.1.2. PROPOSTES DE TREBALL EN LA FORMACIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL ADREÇADA ALS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DEL CAMP DE TARRAGONA 329

6.2. LIMITACIONS I LÍNIES FUTURES DE RECERCA 331

6.2.1. LIMITACIONS I LÍNIES FUTURES DE RECERCA EN RELACIÓ AMB L'OBTENCIÓ DE MOSTRA 331

6.2.2. LIMITACIONS I LÍNIES FUTURES DE RECERCA EN RELACIÓ AMB L'INSTRUMENT 332

6.2.4. LIMITACIONS I LÍNIES FUTURES DE RECERCA EN RELACIÓ AMB LA INTERPRETACIÓ DE LES DADES 333

6.3. IMPLICACIONS A LA PRÀCTICA	334
7. CONCLUSIONS	337
7.1. CONCLUSIONS (CATALÀ)	339
7.2. CONCLUSIONES (CASTELLANO)	342
7.3. CONCLUSIONS (ENGLISH)	345
8. DIFUSIÓ DE LA RECERCA	349
ARTICLES CIENTÍFICS	351
PREMIS	369
PONÈNCIA CONVIDADA	369
COMUNICACIONS I PÒSTERS	370
COL·LABORACIONS DOCENTS	371
MENCIÓ INTERNACIONAL	372
9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	383
ANNEXOS	395
<i>ANNEX I: PERMÍS DE TRADUCCIÓ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT AL CASTELLÀ</i>	397
<i>ANNEX II: GOOGLEFORMS CCA-S, DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES I MC-SDS VERSIÓ BREU</i>	398
<i>ANNEX III: IMATGE DISSENYADA PER ANUNCIAR EL SORTEIG</i>	409
<i>ANNEX IV: VÍDEO DEL SORTEIG REALITZAT</i>	410
<i>ANNEX V: DESCRIPCIÓ DELS ÍTEMS DEL QÜESTIONARI D'ESTUDI</i>	411
<i>ANNEX VI: PERMÍS DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ DE L'IISPV</i>	417
<i>ANNEX VII: PERMÍS DEL COMITÈ DE BIOÈTICA DEL PIUS HOSPITAL DE VALLS</i>	420
<i>ANNEX VIII: ANÀLISIS DE LA DESITJABILITAT SOCIAL EN LES PUNTUACIONS DE LA CCA PER LA MOSTRA RECOLLIDA</i>	421
<i>ANNEX IX: PAÍS DE NAIXEMENT DE LA MOSTRA DE L'ESTUDI</i>	422
<i>ANNEX X: VARIÀNCIA TOTAL EXPLICADA DE LA MOSTRA EMPÍRICA DE L'ESTUDI A PARTIR DE L'AFE</i>	423
<i>ANNEX XI: SUBESCALES DE L'ESCALA ORIGINAL DE LA CCA</i>	424
<i>ANNEX XII: DESCRIPTIUS DELS RESULTATS DE LES PUNTUACIONS DE CCA-S I DE LES DIFERENTS DIMENSIONS SEGONS SEXE, PROFESSION I EDAT</i>	425
<i>ANNEX XIII: GRÀFICS DE DISTRIBUCIÓ DELS CONGLOMERATS D'EDAT SEGONS LA PUNTUACIÓ SEVES DIMENSIONS</i>	430
<i>ANNEX XIV: MAPAMUNDI DELS ORÍGENS MÉS FREQUENTS ATEOS PER LA MOSTRA D'INFERMERS I INFERMERES DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA</i>	434
<i>ANNEX XV: ANÀLISI DE L'ASSOCIACIÓ ENTRE ELS ÍTEMS DE LES DIMENSIONS CA I CS AMB L'ESCALA MC-SDS</i>	435
<i>ANNEX XVI: CARTA DE PETICIÓ DE TREBALL AMB PORTUGAL I CRONOGRAMA</i>	436
<i>ANNEX XVII: PERMÍS DE TRADUCCIÓ I VALIDACIÓ DE L'ESCALA CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT AL PORTUGUÉS</i>	437

Índex de taules

TAULA 1: EXEMPLES DELS FACTORS I VARIABLES INVOLUCRATS EN EL DESENVOLUPAMENT DE TIPOLOGIES D'INMIGRANT. FONT: WICKRAMAGE ET AL., 2018	62
TAULA 2: TAXA D'IMMIGRACIÓ 2012-2016. PER 1000 HABITANTS. FONT: IDESCAT: COMARQUES, ÀMBITS I CATALUNYA (2017).....	65
TAULA 3: POBLACIÓ ESTRANGERA PER PROVÍNCIES. 2017. CATALUNYA. FONT: IDESCAT	66
TAULA 4: PRINCIPALS ERRORS EN EL PROCÉS TERAPÈUTIC INTERCULTURAL. FONT: SALDAÑA (2001).....	71
TAULA 5: RESUM DELS MODELS EXPLICATIUS REVISATS DE COMPETÈNCIA CULTURAL (1999-2018). RB: REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA; I: INVESTIGACIÓ EMPÍRICA	89
TAULA 6: DIMENSIONS CULTURALS PROPOSADES PER SCHIM I DOORENBOS. FONT: SCHIM I DOORENBOS (2010)	100
TAULA 7: REVISIÓ DELS INSTRUMENTS QUE AVALUEN LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN SALUT O SIMILARS. M=BASAT EN UN MODEL TEÒRIC. V=INSTRUMENT VALIDAT	109
TAULA 8: RESUM DE LES PROPIETATS PSICOMÈTRIQUES DELS INSTRUMENTS CCA I IAPCC. FONT: LIN ET AL. 2017 I SCHEN 2015	112
TAULA 9: QUADRE RESUM DELS RESULTATS DELS ESTUDIS QUE VAN UTILITZAR L'INSTRUMENT CCA.....	120
TAULA 10: ACTIVITATS PROPOSADES PER CAPLAN I BLACK EN LA FORMACIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL (2014)	123
TAULA 11:DESCRIPCIÓ DE L'ORIGEN PER TERRITORI I COMARCA DE LA MOSTRA DE L'ESTUDI.....	146
TAULA 12: VARIABLES INDEPENDENTS DE L'ESTUDI. TIPUS DE VARIABLES I CATEGORIES D'AQUESTES.....	148
TAULA 13: RECOLLIDA DE DADES SEGONS EL PERÍODE	156
TAULA 14: ESTRATÈGIES DE DIFUSIÓ DEL QÜESTIONARI	156
TAULA 15: INTERPRETACIÓ DELS VALORS DE CORRELACIÓ SEGONS SCHOBER ET AL. (2018).....	162
TAULA 16: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DELS ÍTEMS DE LA CCA-S SEGONS LA MOSTRA DE L'ESTUDI	174
TAULA 17: RESULTATS PA	176
TAULA 18: RESULTATS DE LA VARIÀNCIA TOTAL EXPLICADA DE L'ESCALA CCA-A	178
TAULA 19: MATRIU DE COMPONENTS ROTATS DE L'AFE DE L'ESCALA CCA-S PER UN MODEL DE 5 FACTORS	179
TAULA 20: MATRIU DE COMPONENTS ROTATS DE L'AFE DE L'ESCALA CCA-S PER UN MODEL DE 4 FACTORS	180
TAULA 21: DIMENSIONS EMERGIDES DE LA CCA-S EN RELACIÓ AMB LA SUBESCALA ORIGINAL CONSCIÈNCIA CULTURAL I SENSIBILITAT CULTURAL AMB LES CÀRREGUES FACTORIALS DE CADA ÍTEM EN FUNCIÓ D'UN MODEL PER 5 O 4 FACTORS I LA CONSISTÈNCIA INTERNA.	181
TAULA 22: DIMENSIONS EMERGIDES DE LA CCA-S EN RELACIÓ AMB LA SUBESCALA ORIGINAL COMPORTAMENT CULTURAL AMB LES CÀRREGUES FACTORIALS DE CADA ÍTEM EN FUNCIÓ D'UN MODEL PER 5 O 4 FACTORS I LA CONSISTÈNCIA INTERNA.....	183
TAULA 23: RESULTATS PROVA DE NORMALITAT DE CCA I LES DIMENSIONS.....	184
TAULA 24: COEFICIENT DE CORRELACIÓ ENTRE LA CCA TOTAL I LES DIFERENTS DIMENSIONS	185
TAULA 25: CONSISTÈNCIA INTERNA CCA-S	186
TAULA 26: DISTRIBUCIÓ DE LES DIFERÈNCIES ABSOLUTES ENTRE EL TEST I EL RETEST DE CCA-S	188
TAULA 27: CORRELACIÓ TEST-RETEST DIMENSIONS CCA-S	188
TAULA 28: PUNTUACIONS FACTORIALS DE L'ESCALA TOTAL I DE LES DIFERENTS DIMENSIONS	192
TAULA 29: BAREMACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE LES DIMENSIONS CONSCIÈNCIA I SENSIBILITAT.	194
TAULA 30: BAREMACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE LES DIMENSIONS COMPORTAMENT CULTURAL ACTIU I DOCUMENTACIÓ I CERCA D'INFORMACIÓ.....	195
TAULA 31: BAREMACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE LA CCA-S TOTAL	195

TAULA 32: RESULTATS PROVA DE U DE MANN-WHITNEY DE LES VARIABLES SEXE I LES DIFERENTS DIMENSIONS DE CCA-S.....	200
TAULA 33: RESULTATS PROVA MANN-WHITNEY DE LES VARIABLES PROFESSIÓ I LES DIFERENTS DIMENSIONS DE CCA-S	202
TAULA 34: RESULTAT ANÀLISI CLÚSTER PER EDAT I PUNTUACIONS DE LES DIFERENTS DIMENSIONS DE CCA-S	205
TAULA 35: RESULTATS PROVA MANN-WHITNEY DE LES VARIABLES EDAT I LES DIFERENTS DIMENSIONS DE CCA-S	207
TAULA 36: RESULTAT PROVA CORRELACIÓ DE PEARSON I RHO DE SPEARMAN PER L'ESCALA MS-SDS I CCA-S I LES DIFERENTS DIMENSIONS.....	211
TAULA 37: DESCRIPTIUS DE LES CARACTERÍSTIQUES INDIVIDUALS DE LA MOSTRA.....	223
TAULA 38: DESCRIPTIUS DE L'EXPOSICIÓ A LA DIVERSITAT DE LA MOSTRA D'INFERMERS I INFERMERES.....	224
TAULA 39: DESCRIPTIUS DE L'INTERÈS EN FORMACIÓ EN CC	224
TAULA 40: DESCRIPTIUS DE LA FORMACIÓ PRÈVIA EN COMPETÈNCIA CULTURAL DE LA MOSTRA	225
TAULA 41: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DE LA MOSTRA.....	225
TAULA 42: DESCRIPTIUS DE LES CARACTERÍSTIQUES DEL LLOC DE TREBALL DE LA MOSTRA.....	226
TAULA 43: DESCRIPTIUS DE LA IMPLICACIÓ EN DOCÈNCIA DE LA MOSTRA.....	226
TAULA 44: PUNTUACIONS MITJANES DE LA CCA-S I LES DIFERENTS DIMENSIONS DE LA MOSTRA D'INFERMERS I INFERMERES.....	227
TAULA 45: DESCRIPTIUS DELS RESULTATS DE L'ESCALA DE DESITJABILITAT SOCIAL DE LA MOSTRA D'INFERMERS/ES	230
TAULA 46: CORRELACIÓ DE PEARSON I RHO DE SPEARMAN ENTRE LES PUNTUACIONS DE L'ESCALA DE DESITJABILITAT SOCIAL I L'ESCALA CCA-S I LES SEVES DIMENSIONS DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA	231
TAULA 47: TAULA DE RESULTATS DE T STUDENT SOBRE LES PUNTUACIONS DE DESITJABILITAT SOCIAL DE LA MOSTRA	232
TAULA 48: PROVA DE NORMALITAT PER LES PUNTUACIONS DE L'INSTRUMENT CCA-S	233
TAULA 49: COMPARACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE L'ESCALA CCA-S AMB LES VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DE L'ESTUDI.	241
TAULA 50: COMPARACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE L'ESCALA CCA-S I LES SEVES DIMENSIONS EN LA NOVA VARIABLE COHERÈNCIA EN L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL	256
TAULA 51: TAULA RESUM DE LES VARIABLES DE L'ESTUDI QUE HAN PRESENTAT RELACIÓ ESTADÍSTICA EN LA CCA-S TOTAL O ALGUNA DE LES DIMENSIONS.	264
TAULA 52: MIDA DELS GRUPS FORMATS PER ELS ANÀLISIS BIATÀPICS DE 5, 4, I 3 CLÚSTERS	265
TAULA 53: RESUM CARACTERÍSTIQUES DE CADA CLÚSTER DELS TRES ANÀLISIS BIATÀPICS. EN RELACIÓ AMB LA PUNTUACIÓ DE L'ESCALA: A ALTA, M MITJANA, B BAIXA. + O – EN FUNCIÓ SI LA PUNTUACIÓ ESTAVA EN EL PERCENTIL 25 SUPERIOR O INFERIOR.....	266
TAULA 54: ANÀLISI ANOVA PER ELS GRUPS GENERATS PER L'ANÀLISI CLÚSTER BIATÀPIC I L'ANÀLISI CLÚSTER JERÀRQUIC	269
TAULA 55: DESCRIPTIUS PUNTUACIONS CCA-S DEL PERFIL 1	271
TAULA 56: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DEL PERFIL 1	271
TAULA 57: DESCRIPTIUS VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DEL PERFIL 1	273
TAULA 58: DESCRIPTIUS PUNTUACIONS CCA-S DEL PERFIL 2	274
TAULA 59: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DEL PERFIL 2	274
TAULA 60: DESCRIPTIUS VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DEL PERFIL 2	276
TAULA 61: DESCRIPTIUS PUNTUACIONS CCA-S DEL PERFIL 3	277
TAULA 62: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DEL PERFIL 3	277
TAULA 63: DESCRIPTIUS VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DEL PERFIL 3	279

TAULA 64: DESCRIPTIUS PUNTUACIONS CCA-S DEL PERFIL 4	280
TAULA 65: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DEL PERFIL 4	280
TAULA 66: DESCRIPTIUS VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DEL PERFIL 4	282
TAULA 67: DESCRIPTIUS PUNTUACIONS CCA-S DEL PERFIL 5	283
TAULA 68: DESCRIPTIUS DE L'AUTOPERCEPCIÓ EN COMPETÈNCIA CULTURAL DEL PERFIL 5	283
TAULA 69: DESCRIPTIUS VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DEL PERFIL 5	285
TAULA 70: RESULTATS ANÀLISI BIVARIANT DELS DIFERENTS 5 PERFILS EN FUNCIÓ DE LES VARIABLES SOCIOPROFSSIONALS DE L'ESTUDI I LES PUNTUACIONS DE LES DIFERENTS DIMENSIONS	289
TAULA 71: RESULTATS ANÀLISI CORRELACIONAL DELS DIFERENTS 5 PERFILS EN FUNCIÓ DE LES PUNTUACIONS TOTALS DE CCA-S I LES DIFERENTS DIMENSIONS	290
TAULA 72: PUNTUACIONS CCA-S PERFIL 1	300
TAULA 73: REVISIÓ DELS ÍTEMS CRÍTICS SEGONS CADA DIMENSIÓ DEL PERFIL 1	301
TAULA 74: PUNTUACIONS CCA-S PERFIL 2. PD: PUNTUACIONS DIRECTES. PF: PUNTUACIONS FACTORIALS	303
TAULA 75: REVISIÓ DELS ÍTEMS CRÍTICS SEGONS CADA DIMENSIÓ DEL PERFIL 2	303
TAULA 76: PUNTUACIONS CCA-S PERFIL 3. PD: PUNTUACIONS DIRECTES. PF: PUNTUACIONS FACTORIALS	305
TAULA 77: REVISIÓ DELS ÍTEMS CRÍTICS SEGONS CADA DIMENSIÓ DEL PERFIL 3	305
TAULA 78: PUNTUACIONS CCA-S PERFIL 4. PD: PUNTUACIONS DIRECTES. PF: PUNTUACIONS FACTORIALS	307
TAULA 79: REVISIÓ DELS ÍTEMS CRÍTICS SEGONS CADA DIMENSIÓ DEL PERFIL 4	307
TAULA 80: PUNTUACIONS CCA-S PERFIL 5. PD: PUNTUACIONS DIRECTES. PF: PUNTUACIONS FACTORIALS	309
TAULA 81: REVISIÓ DELS ÍTEMS CRÍTICS SEGONS CADA DIMENSIÓ DEL PERFIL 5	309
TAULA 82: RESUM GENERAL DELS PERFILS EN FUNCIÓ DE LES SEVES CARACTERÍSTIQUES MÉS SIGNIFICATIVES I NECESSITATS FORMATIVES.	313

Índex de figures

FIGURA 1: RESUM DEL FOCUS D'INTERÈS DE DIFERENTS DISCIPLINES EN RELACIÓ AMB LA IMMIGRACIÓ/DIVERSITAT CULTURAL.....	64
FIGURA 2: MODEL «SUNRISE» MADELEINE LEININGER. FONT: LEININGER (2002)	87
FIGURA 3: DIMENSIONS DEL MODEL DE COMPETÈNCIA CULTURAL DE PURNELL. FONT DOLORES I SOLANO (2017)	92
FIGURA 4: DIMENSIONS DEL MODEL «PROCESS OF CULTURAL COMPETENCE IN THE DELIVERY OF HEALTH-CARE SERVICES» DE CAMPINHA-BACOTE. FONT: CAMPINHA-BACOTE (2002)	95
FIGURA 5: MODEL TRIDIMENSIONAL DE LA CONGRUÈNCIA CULTURAL DE SCHIM I DOORENBOS. FONT: SCHIM I DOORENBOS (2010)	98
FIGURA 6: NIVELL DEL PROVEÏDOR DE SALUT DEL MODEL TRIDIMENSIONAL DE LA CONGRUÈNCIA CULTURAL. FONT: SCHIM I DOORENBOS (2010).....	98
FIGURA 7: FIGURA 8: EXEMPLE GRÀFIC DEL DESENVOLUPAMENT DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN CONDICIONS IDEALS.	104
FIGURA 9: INTERPRETACIÓ DEL DESENVOLUPAMENT DE LA COMPETÈNCIA CULTURAL EN SALUT, A PARTIR DE LES TEORIES TREBALLADES. FONT PRÒPIA	107
FIGURA 10: ESQUEMA DEL PROCÉS D'ANÀLISI DELS DIFERENTS INSTRUMENTS DESTINATS A AVALUAR LA COMPETÈNCIA CULTURAL	108
FIGURA 11: ACTIVITAT D'AVUACIÓ CULTURAL PROPOSADA PER CAPLAN I BLACK. FONT: CAPLAN I BLACK (2014).	124
FIGURA 12: FÒRMULA DE CÀLCUL MOSTRAL.....	146
FIGURA 13:ESQUEMA VARIABLES DE L'ESTUDI	149
FIGURA 14: TAULA DE LES PUNTUACIONS DIRECTES DE L'ESCALA MC-SDS DE LA POBLACIÓ ADULTA. FONT GUTIÉRREZ ET AL 2016.....	151
FIGURA 15: GRÀFIC DE SATURACIONS SORGIT DE L'AFC PER UN MODEL DE DOS FACTORS	175
FIGURA 16: GRÀFIC DE SEDIMENTACIÓ DE L'ANÀLISI PARAL·LEL DE L'ESCALA CCA-S.....	177
FIGURA 17: REPRESENTACIÓ DE LES CORRELACIONS SIGNIFICATIVES ENTRE LES DIFERENTS DIMENSIONS DE CCA	185
FIGURA 18: HISTOGRAMA DE LES DIFERÈNCIES DE LES PUNTUACIONS	187
FIGURA 19: REPRESENTACIÓ DE LES PUNTUACIONS CCA-S. A DALT LES DIMENSIONS DE CONSCIÈNCIA CULTURAL I SENSIBILITAT CULTURAL I A SOTA COMPORTAMENT CULTURAL ACTIU I DOCUMENTACIÓ I CERCA D'INFORMACIÓ CULTURAL.....	193
FIGURA 20: REPRESENTACIÓ DE LES PUNTUACIONS DE LES DIMENSIONS SENSIBILITAT I CONSCIÈNCIA I LA SEVA INTERPRETACIÓ.....	193
FIGURA 21: DIAGRAMA DE CAIXES DE LA VARIABLE SEXE AMB LA PUNTUACIÓ TOTAL CCA-S	199
FIGURA 22: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES VARIABLES PROFESSION I PUNTUACIÓ TOTAL DE CCA-S	201
FIGURA 23: GRÀFICS DISTRIBUCIÓ CONGLOMERAT 2 I 4 ENTRE VARIABLES EDAT I CCA-S TOTAL. EIX X: EDAT; EIX Y: FREQUÈNCIA.....	202
FIGURA 24: GRÀFICS DISTRIBUCIÓ CONGLOMERAT 1 I 3 ENTRE VARIABLES EDAT I CCA-S TOTAL. EIX X: EDAT; EIX Y: FREQUÈNCIA.....	203
FIGURA 25: DIAGRAMA DE CAIXES DELS GRUPS SORGITS DE L'ANÀLISI CLÚSTER AMB LA VARIABLE EDAT I LES PUNTUACIONS DE CCA-S.....	204
FIGURA 26: DIAGRAMA DE CAIXES RESULTANT DELS 3 GRUPS DE L'ANÀLISI CLÚSTER DE CCA-S I EDAT	206
FIGURA 27: HISTOGRAMA DE FREQUÈNCIES DE LES PUNTUACIONS TOTALS FACTORIALS DE LA CCA-S.....	215
FIGURA 28: GRÀFIC DE SECTORS DE LES PUNTUACIONS CATEGORITZADES DE CCA-S TOTAL I DE LES DIMENSIONS	228
FIGURA 29: FÒRMULA PROVA T	231

FIGURA 30: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ SENSIBILITAT CULTURAL VERS EL SEXE	243
FIGURA 31:DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ CONSCIÈNCIA CULTURAL VERS L'EDAT.....	244
FIGURA 32: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ SENSIBILITAT CULTURAL VERS L'EDAT	244
FIGURA 33: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ SENSIBILITAT CULTURAL VERS LA RAÇA ATESA MÉS FREQÜENTMENT	247
FIGURA 34: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ SENSIBILITAT CULTURAL VERS EL TIPUS DE RELACIÓ AMB PERSONES D'ALTRES ORÍGENS/CULTURES	248
FIGURA 35: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ DOCUMENTACIÓ I CERCA D'INFORMACIÓ CULTURAL VERS EL TIPUS DE RELACIÓ AMB PERSONES D'ALTRES ORÍGENS/CULTURES...	248
FIGURA 36: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ CONSCIÈNCIA CULTURAL EN RELACIÓ AMB L'INTERÉS EN FORMACIÓ EN CURSOS RELACIONATS EN CC.....	249
FIGURA 37: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS EN LA DIMENSIÓ DOCUMENTACIÓ I CERCA D'INFORMACIÓ CULTURAL EN RELACIÓ AMB L'INTERÈS EN FORMACIÓ EN CURSOS RELACIONATS EN CC	250
FIGURA 38: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS L'ESCALA TOTAL CCA-S EN RELACIÓ AMB L'INTERÈS EN FORMACIÓ EN CURSOS RELACIONATS EN CC	250
FIGURA 39: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS L'ESCALA TOTAL CCA-S EN RELACIÓ AMB LA FORMACIÓ PRÈVIA EN CURSOS RELACIONATS EN CC	252
FIGURA 40: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS DE LA DIMENSIÓ CONSCIÈNCIA CULTURAL EN RELACIÓ AMB LA FORMACIÓ PRÈVIA EN CURSOS RELACIONATS EN CC	252
FIGURA 41: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS DE LA DIMENSIÓ COMPORTAMENT CULTURAL ACTIU EN RELACIÓ AMB LA FORMACIÓ PRÈVIA EN CURSOS RELACIONATS EN CC	253
FIGURA 42: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS DE L'ESCALA TOTAL CCA-S EN RELACIÓ AMB LA CONDICIÓ DE TREBALL EN UN CENTRE PÚBLIC O PRIVAT	258
FIGURA 43: DIAGRAMA DE CAIXES DE LES PUNTUACIONS DE L'ESCALA TOTAL CCA-S EN RELACIÓ AMB LA CONDICIÓ DE TREBALL EN UN CENTRE PÚBLIC O PRIVAT	258
FIGURA 44: GRÀFIC DE BARRES DE LA IMPORTÀNCIA PREDICTORA DE CADA VARIABLE INCLOSA A L'ANÀLISI BIATÀPIC DE 5 CLÚSTERS	267
FIGURA 45: GRÀFIC DE BARRES DE LA IMPORTÀNCIA PREDICTORA DE CADA VARIABLE INCLOSA A L'ANÀLISI BIATÀPIC DE 4 CLÚSTER	267
FIGURA 46: GRÀFIC DE LES PUNTUACIONS DELS 5 CLÚSTERS SORGIT DE L'ANÀLISI BIATÀPIC	270
FIGURA 47: REINTERPRETACIÓ DE LA FIGURA 9 (ELABORACIÓ PRÒPIA) A PARTIR DELS RESULTATS EMPÍRICS. .	328
FIGURA 48: IMPLICACIÓ PRÀCTICA DE L'ÚS DE LA CCA-S EN DISSENY DE FORMACIONS EN COMPETÈNCIA CULTURAL.....	334
FIGURA 49: ESQUEMA PROPOSTA FORMATIVA A PARTIR DE L'ÚS DE L'ESCALA I D'UN MANUAL D'ACTIVITATS FORMATIVES VALIDAT	336

Llista d'abreviacions i símbols

Abreviacions

AF	Anàlisi factorial
AFC	Anàlisi factorial confirmatori
AFE	Anàlisi factorial exploratori
CA	Consciència cultural (cultural awerness)
CAB	Comportament cultural actiu (cultural active behaviour)
CDSI	Documentació i cerca d'informació cultural (cultural documentation and seek of information)
CF	Càrrega factorial
CLUS	Clúster
CS	Sensibilitat cultural (cultural sensitivity)
CCA	Cultural Competence Assessment
CCA-S	Cultural Competence Assessment versió al castellà
IC	Interval de confiança
ICCA	Cultural Competence Assessment versió a l'italià
INE	Instituto Nacional de Estadística
IVC	Índex de Validesa de Contingut
KCCA	Cultural Competence Assessment versió al coreà
MC-SDS	Escala de «Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne»
IDESCAT	Institut d'estadística de Catalunya
PA	Parallel Analysis
PD	Puntuació directa
PF	Puntuació factorial

Símbols

α	Alfa de Crombach
F	F de Snedecor
IC	Interval de confiança
n	Mostra
<i>p</i>	Valor <i>p</i> de significació estadística
ρ	Correlació de Rho de Rho de Spearman
<i>r</i>	Correlació de Pearson
<i>t</i>	T de Student
s	Desviació típica
s^2	Variància
Kurt	Curtosis
\bar{x}	Mitjana aritmètica
χ^2	Chi quadrat
γ	Asimetria

Resum

Introducció

Actualment, la diversitat cultural és una realitat en el dia a dia de tots els professionals de la salut. Per aquesta raó, la competència cultural en salut s'hauria d'avaluar i fomentar per tal d'oferir cuidatges de qualitat a la diversitat.

Diversos estudis destaquen que l'origen del problema de la manca d'estratègies per fomentar la competència cultural es troba en la conceptualització deficient sobre aquest constructe. Al mateix temps, evidencien la inexistència d'instruments que avaluin el constructe amb una base conceptual ferma i sense ítems que fomentin la homogeneïtzació cultural. Es considera que un instrument adaptat i vàlid que permeti avaluar la competència cultural seria una bona estratègia per tal d'avaluar i descriure el constructe, així com per determinar quins són els elements que influeixen en el seu desenvolupament per tal de dissenyar formacions adequades.

Objectius

L'objectiu principal de la tesi és l'obtenció d'un instrument vàlid i amb una consistència conceptual que permeti avaluar el constructe de la competència cultural. A partir de la revisió dels diversos models teòrics i instruments existents, es va escollir l'escala Cultural Competence Assessment de les autores Schim i Doorenbos (2003). L'anàlisi de l'estructura psicomètrica, la dimensionalitat i la categorització de les puntuacions són alguns dels objectius específics relacionats amb l'adaptació i validació de l'escala.

A partir d'aquest objectiu, s'ha comprovat la utilitat de l'instrument amb una mostra representativa de professionals d'infermeria de la província de Tarragona. L'objectiu específic en aquesta fase és la descripció i exploració del desenvolupament de la competència cultural en base a elements considerats rellevants en els models revisats: desig cultural, exposició a la diversitat, coneixement cultural i autoconcepte d'eficàcia en competència cultural. A més a més, s'hi inclouen característiques intrínseques i socioprofessionals.

Un cop obtinguts els resultats, l'objectiu ha estat explorar l'existència de perfils en relació amb la competència cultural que puguin servir per desenvolupar una estratègia

capaç d'interpretar el desenvolupament de la competència cultural i la possibilitat de detectar les necessitats formatives de cada perfil.

Metodologia

L'estudi s'ha desenvolupat en tres fases: en la primera, es va traduir i adaptar l'escala Cultural Competence Assessment al castellà; en la segona, es va validar l'escala amb professionals de la salut a partir d'un estudi psicomètric; i en la tercera, es va realitzar un estudi transversal amb disseny ex post facto de la competència cultural en una mostra representativa de professionals d'infermera de la província de Tarragona. Aquesta darrera part té l'objectiu d'analitzar l'aplicabilitat de l'escala, així com de conèixer el desenvolupament de la competència cultural d'aquesta mostra, cosa que en servirà per detectar les necessitats formatives.

En la primera fase, es va conformar un grup d'experts i es va dur a terme una traducció i retrotraducció de l'instrument. Es van treballar les diferents versions traduïdes conjuntament amb el grup d'experts per avaluar els aspectes semàntics i conceptuals dels ítems que conformen l'escala. Un cop obtinguda la versió inicial, es va dur a terme una prova pilot amb 13 professionals de la salut de la província de Tarragona per tal de detectar possibles errors o dificultats en la comprensió i la complexitat que suposava respondre l'instrument. Aquest grup estava format per infermers i infermeres (4), metges i metgesses (4), auxiliars d'infermeria (3) i fisioterapeutes (2). A partir de les seves impressions, es va reunir el grup d'experts novament per determinar una versió final.

En la segona fase, es van dur a terme tot un seguit d'anàlisis per comprovar que l'estructura de l'instrument presentava una validesa i fiabilitat acceptables. Es va realitzar un anàlisi mètric i de contingut per determinar-ne la dimensionalitat, així com un anàlisi lògic per determinar la categorització de les puntuacions. Aquesta proposta estava enfocada a oferir uns resultats més interpretables i d'acord amb la importància de cada dimensió del constructe.

En la darrera fase, partint d'un anàlisi descriptiu, es va procedir a realitzar una anàlisi bivariant per determinar l'associació estadística entre les variables independents i les puntuacions en competència cultural. L'anàlisi prèvia ens va permetre treballar amb les

variables que es relacionaven en el desenvolupament de la competència cultural, i a partir d'un anàlisi Clúster, obtenir perfils competencials.

Es va realitzar un mostreig no probabilístic a propòsit. Els criteris d'inclusió van ser: a) ser professional de salut; b) treballar diàriament amb pacients; c) treballar en un centre de la província de Tarragona; d) tenir disponibilitat per formar part de l'estudi; i e) acceptar el consentiment informat. En total, per a la validació de l'escala, es va comptar amb 564 professionals de la salut (437 professionals d'infermeria, 94 metges i metgesses, 23 auxiliars d'infermeria, 6 fisioterapeutes, 3 treballadors i treballadores socials, 2 zeladors i 1 educadora social). En el cas de la fase tres de l'estudi, es va treballar únicament amb la mostra d'infermeres, ja que la participació va permetre considerar la mostra representativa de la població de professionals d'infermeria de la província de Tarragona. D'aquesta forma, a més de comprovar la usabilitat de l'escala, es podien obtenir resultats extrapolables.

Per a la recollida de dades, es va fer servir un formulari en línia format de 4 parts. En la primera, es presentava informació de la investigació i acceptació del consentiment informat. La segona estava formada per un qüestionari de dades sociodemogràfiques. Aquest qüestionari es basava en les variables de l'estudi que estaven enfocades a explorar el desenvolupament de la competència cultural. Les variables es van resumir en 6 grups: característiques intrínseques, desig cultural, exposició a la diversitat, coneixement cultural, autoconcepte d'eficàcia en competència cultural i variables socioprofessionals.

La tercera part del formulari era l'escala Cultural Competence Assessment, la versió en castellà. L'escala constava de 25 ítems amb tipus de resposta Likert. L'original dividia aquests ítems en dues subescales: la primera anomenada «sensibilitat i consciència», formada per 11 ítems (dimensió cognitiva); i la segona, anomenada «comportament cultural», formada per 14 ítems (dimensió conductual).

La darrera part del formulari incloïa la versió breu i adaptada de l'escala de la desitjabilitat social de Marlowe Crowne (Gutiérrez et al, 2016). Aquest instrument s'ha utilitzat anteriorment conjuntament amb l'escala Cultural Competence Assessment, per avaluar la validesa de les respostes a partir de la interpretació del possible biaix degut a al

constructe de la desitjabilitat social. L'estudi compta amb l'aprovació del Comitè d'Ètica de l'Institut Pere Virgili (Ref. CEIm: 176/2017).

Resultats

Com a resultats de la primera fase, es va obtenir la versió adaptada de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA-S). Aquesta fase no va presentar dificultats en la traducció, ja que presenta un llenguatge no tècnic i de fàcil comprensió. Es van conservar els 25 ítems de l'instrument original per un consens del grup d'experts (Índex de Validesa de Contingut=1).

En l'anàlisi de les propietats psicomètriques de l'escala CCA-S en la fase dos, es va determinar l'adequació d'un model explicat a partir de quatre factors (variància total explicada 63,43%). Precisament, la divisió dels ítems va conservar l'estructura original de l'instrument. Per una banda, la dimensió cognitiva es va dividir en dos: consciència cultural (7 ítems) i sensibilitat cultural (4 ítems). Per altra banda, la dimensió conductual, també es va dividir en dos: comportament cultural actiu (8 ítems) i documentació i cerca d'informació cultural (6 ítems). Pel que fa a l'anàlisi convergent-discriminant, es va mostrar que les correlacions més fortes eren entre la majoria de les subescales i l'escala total, cosa que va confirmar una bona validesa.

Quant a la fiabilitat de l'instrument, l'escala total CCA-S va obtenir una valor de 0,85. Les dimensions van obtenir valors majors a 0,85 menys en el cas de la sensibilitat cultural, el qual va obtenir un valor de 0,66. No obstant això, es va considerar un valor acceptable, ja que es tractava d'una dimensió amb pocs ítems i, en el cas dels índex d'homogeneïtat, resultaven vàlids en l'estructura de la dimensió ($>0,3$).

Respecte a les puntuacions, es van calcular aquestes en funció de la càrrega factorial en relació amb l'estructura del constructe total. Així doncs, les puntuacions de cada dimensió estaven condicionades pel pes dels ítems que la conformaven. El pes que presenta cada dimensió està directament relacionat amb la variància total que explica aquell factor en el constructe total de la competència cultural. La dimensió sensibilitat cultural explica un menor percentatge de la puntuació total de l'escala (15,07%), mentre que la dimensió que més explica no coincideix amb la que té més ítems, sinó que és la

dimensió de comportament cultural, que representa un 31,21% de la puntuació total de l'escala CCA-S. A més, a partir d'una anàlisi lògica del rang de puntuacions, es van categoritzar les puntuacions en baixes, mitges i altes. En el cas de les dimensions conductuals, la divisió es va fer proporcional. No obstant això, en el cas de les dimensions cognitives, les puntuacions baixes van incloure el rang mig que donava una resposta de neutralitat. Aquesta decisió es va consensuar amb el grup d'experts.

Un cop obtinguda l'escala de la CCA-S i comprovada la seva validesa, es va treballar la tercera fase de l'estudi amb una mostra representativa de professionals d'infermeria de la província de Tarragona. La mitjana d'edat va ser de $42,20 \pm 10,78$, amb un rang d'edats comprès entre 22 i 70 anys. El 82,8% eren dones i el 92,9% havien nascut a Espanya. La majoria treballa en centres hospitalaris (68,8%) i públics (94,8%). El 24,5% treballa a més d'un servei diferent. Només el 7,6% combina la seva feina assistencial amb la docència.

En relació amb l'exposició a la diversitat, la mitjana de percentatge de pacients atesos d'altres orígens va ser de $27,47 \pm 17,46$. L'origen més atès va ser el marroquí (56,1%) i el 52,2% admetien haver tingut o tenir una amistat de diferent cultura a la pròpia. Sobre el desig cultural, el 85,8% consideraven necessària la formació en competència cultural, però només el 26,8% havia rebut algun tipus de formació prèvia. En relació amb l'autoconcepte d'eficàcia en competència cultural, només el 38% van presentar una coherència entre l'autoconcepte i la puntuació obtinguda.

Sobre les puntuacions en competència cultural, es va analitzar la desitjabilitat social de les respostes, les quals van obtenir valors significatius en les dimensions cognitives ($p < 0,05$). Però el valor de les correlacions, tant en l'anàlisi per dimensió com per ítem, van obtenir valors dèbils (ρ i $r < 0,2$). Les puntuacions mitjanes en totes les dimensions van ser mitjanes, sent superiors les que corresponen a les dimensions cognitives.

L'anàlisi bivariant va mostrar associació estadística entre les puntuacions totals de CCA i/o alguna de les seves dimensions en l'edat, el desig cultural, l'exposició a la diversitat, el coneixement cultural, i l'autoconcepte d'eficàcia en competència cultural. També es va obtenir associació estadística amb la variable socioprofessional relacionada amb si el centre de treball era públic o privat, però la mostra del subgrup privat era massa petita per ser considerada suficient per tenir en compte els resultats.

En base a aquests resultats, es va realitzar un anàlisi clúster que va discriminar cinc perfils segons la competència cultural i l'autoconcepte d'eficàcia en competència cultural. Aquesta darrera variable va ser la que més valor predictiu va obtenir. Els cinc perfils presentaven puntuacions de menys a més competència cultural. Es va obtenir un perfil amb puntuacions baixes, tres amb mitges i un amb altes. Els tres perfils mitjos es discriminaven per tenir nivells d'autoconcepte d'eficàcia en competència cultural diferents.

La descripció dels perfils van donar lloc a la detecció de necessitats formatives en relació amb les puntuacions de les diferents dimensions, així com amb els elements que fomenten la competència cultural i aquells que han resultat obstaculitzadors.

Conclusions

Així doncs, amb els resultats obtinguts, podem concloure que la CCA-S representa un instrument vàlid per avaluar la competència cultural. En aquest estudi hem pogut comprovar la seva utilitat en l'avaluació de la competència cultural en una mostra representativa de professionals de la infermeria. A més, ens ha resultat d'utilitat per descriure els elements que intervenen en el desenvolupament de la competència cultural com ara l'exposició a la diversitat cultural, un major coneixement cultural derivat de formació prèvia, tenir desig cultural i una coherència d'eficàcia en competència cultural. No obstant això, en base als resultats obtinguts i les relacions establertes entre les diferents variables, es proposen línies futures de recerca per treballar per tal de fomentar la competència cultural a partir d'estratègies d'investigació i l'acció participativa.

Resumen

Introducción

Actualmente, la diversidad cultural es una realidad en el día a día de todos los profesionales de la salud. Por esta razón, la competencia cultural en salud se debería evaluar y fomentar para ofrecer cuidados de calidad a la diversidad.

Varios estudios destacan que el origen del problema de la falta de estrategias para fomentar la competencia cultural se encuentra en la conceptualización deficiente sobre este constructo. Al mismo tiempo, evidencian la inexistencia de instrumentos que evalúen el constructo con una base conceptual firme y sin ítems que fomenten la homogeneización cultural. Se considera que un instrumento adaptado y validado que permita evaluar la competencia cultural, sería una buena estrategia para evaluar y describir el constructo, así como para determinar cuáles son los elementos que influyen en su desarrollo para diseñar formaciones adecuadas.

Objetivos

El objetivo principal de la tesis es la obtención de un instrumento válido y con una consistencia conceptual que permita evaluar el constructo de la competencia cultural. A partir de la revisión de los diversos modelos teóricos e instrumentos existentes, se escogió la escala Cultural Competence Assessment de las autoras Schimer y Doorenbos (2003). El análisis de la estructura psicométrica, la dimensionalidad y la categorización de las puntuaciones son algunos de los objetivos específicos relacionados con la adaptación y validación de la escala.

A partir de este objetivo, se ha comprobado la utilidad del instrumento con una muestra representativa de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. El objetivo específico en esta fase es la descripción y exploración del desarrollo de la competencia cultural en base a elementos considerados relevantes en los modelos revisados: deseo cultural, exposición a la diversidad, conocimiento cultural y autoconcepto de eficacia en competencia cultural. Además, se incluyen características intrínsecas y socioprofesionales. Una vez obtenidos los resultados, el objetivo ha sido explorar la existencia de perfiles en relación con la competencia cultural que puedan servir para desarrollar una estrategia

capaz de interpretar el desarrollo de la competencia cultural y la posibilidad de detectar las necesidades formativas de cada perfil.

Metodología

El estudio se ha desarrollado en tres fases: en la primera, se tradujo y adaptó la escala Cultural Competence Assessment al castellano; en la segunda, se validó la escala con profesionales de la salud a partir de un estudio psicométrico; y en la tercera, se realizó un estudio transversal con diseño ex post facto de la competencia cultural en una muestra representativa de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. Esta última parte tiene el objetivo de analizar la aplicabilidad de la escala, así como de conocer el desarrollo de la competencia cultural de esta muestra, lo que servirá para detectar las necesidades formativas.

En la primera fase, se conformó un grupo de expertos y se llevó a cabo una traducción y retrotraducción del instrumento. Se trabajaron las diferentes versiones traducidas conjuntamente con el grupo de expertos para evaluar los aspectos semánticos y conceptuales de los ítems que conforman la escala. Una vez obtenida la versión inicial, se llevó a cabo una prueba piloto con 13 profesionales de la salud de la provincia de Tarragona para detectar posibles errores o dificultades en la comprensión y la complejidad que suponía responder al instrumento. Este grupo estaba formado por enfermeros y enfermeras (4), médicos (4), auxiliares de enfermería (3) y fisioterapeutas (2). A partir de sus impresiones, se reunió el grupo de expertos de nuevo para determinar una versión final.

En la segunda fase, se llevaron a cabo una serie de análisis para comprobar que la estructura del instrumento presentaba una validez y fiabilidad aceptables. Se realizó un análisis métrico y de contenido para determinar su dimensionalidad, así como un análisis lógico para determinar la categorización de las puntuaciones. Esta propuesta estaba enfocada a ofrecer unos resultados más interpretables y de acuerdo con la importancia de cada dimensión del constructo.

En la última fase, partiendo de un análisis descriptivo, se procedió a realizar un análisis bivariante para determinar la asociación estadística entre las variables

independientes y las puntuaciones en competencia cultural. El análisis previo nos permitió trabajar con las variables que se relacionaban en el desarrollo de la competencia cultural, y a partir de un análisis Clúster, obtener perfiles competenciales.

Se realizó un muestreo no probabilístico a propósito. Los criterios de inclusión fueron: a) ser profesional de salud; b) trabajar diariamente con pacientes; c) trabajar en un centro de la provincia de Tarragona; d) tener disponibilidad para formar parte del estudio; y e) aceptar el consentimiento informado. En total, para la validación de la escala, se contó con 564 profesionales de la salud (437 profesionales de enfermería, 94 médicos, 23 auxiliares de enfermería, 6 fisioterapeutas, 3 trabajadores sociales, 2 celadores y 1 educadora social). En el caso de la fase tres del estudio, se trabajó únicamente con la muestra de enfermeras, ya que la participación permitió considerar la muestra representativa de la población de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. De esta forma, además de comprobar la usabilidad de la escala, se podían obtener resultados extrapolables.

Para la recogida de datos, se utilizó un formulario en línea formato por 4 partes. En la primera, se presentaba información de la investigación y aceptación del consentimiento informado. La segunda estaba formada por un cuestionario de datos sociodemográficos. Este cuestionario se basaba en las variables del estudio que estaban enfocadas a explorar el desarrollo de la competencia cultural. Las variables se resumieron en 6 grupos: características intrínsecas, deseo cultural, exposición a la diversidad, conocimiento cultural, autoconcepto de eficacia en competencia cultural y variables socio-profesionales.

La tercera parte del formulario era la escala Cultural Competence Assessment, la versión en castellano. La escala constaba de 25 ítems con tipo de respuesta Likert. La escala original dividía estos ítems en dos subescalas: la primera llamada «sensibilidad y conciencia», formada por 11 ítems (dimensión cognitiva); y la segunda, llamada «comportamiento cultural», formada por 14 ítems (dimensión conductual).

La última parte del formulario incluía la versión breve y adaptada de la escala de la deseabilidad social de Marlowe Crowne (Gutiérrez et al, 2016). Este instrumento se ha utilizado anteriormente conjuntamente con la escala Cultural Competence Assessment, para evaluar la validez de las respuestas a partir de la interpretación del posible sesgo

debido a al constructo de la deseabilidad social. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Pere Virgili (Ref. CEIM: 176/2017).

Resultados

Como resultados de la primera fase, se obtuvo la versión adaptada de la escala Cultural Competence Assessment (CCA-S). Esta fase no presentó dificultades en la traducción, ya que presenta un lenguaje no técnico y de fácil comprensión. Se conservaron los 25 ítems del instrumento original para un consenso del grupo de expertos (Índice de Validez de Contenido = 1).

En el análisis de las propiedades psicométricas de la escala CCA-S en la fase dos, se determinó la adecuación de un modelo explicado a partir de cuatro factores (varianza total explicada 63,43%). Precisamente, la división de los ítems conservó la estructura original del instrumento. Por un lado, la dimensión cognitiva, se dividió en dos: conciencia cultural (7 ítems) y sensibilidad cultural (4 ítems). Por otra parte, la dimensión conductual, también se dividió en dos: comportamiento cultural activo (8 ítems) y documentación y búsqueda de información cultural (6 ítems). En cuanto al análisis convergente-discriminante, se mostró que las correlaciones más fuertes eran entre la mayoría de las subescalas y la escala total, lo que confirmó una buena validez.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento, la escala total CCA-S obtuvo un valor de 0,85. Las dimensiones obtuvieron valores mayores a 0,85 menos en el caso de la sensibilidad cultural, el cual obtuvo un valor de 0,66. Sin embargo, se consideró un valor aceptable, ya que se trataba de una dimensión con pocos ítems, y, en el caso de los índices de homogeneidad, resultaban válidos en la estructura de la dimensión ($> 0,3$).

Respecto a las puntuaciones, se calcularon estas en función de la carga factorial en relación a la estructura del constructo total. Así pues, las puntuaciones de cada dimensión estaban condicionadas del por el peso de los ítems que la conformaban. El peso que presenta cada dimensión, está directamente relacionada con la varianza total que explica ese factor en el constructo total de la competencia cultural. La dimensión sensibilidad cultural, explica un menor porcentaje de la puntuación total de la escala (15,07%), mientras que la dimensión que más explica, no coincide con la que tiene más ítems tiene,

sino que es la dimensión de comportamiento cultural , que representa un 31,21% de la puntuación total de la escala CCA-S. Además, a partir de un análisis lógico del rango de puntuaciones, se categorizaron las puntuaciones en bajas, medias y altas. En el caso de las dimensiones conductuales, la división se hizo proporcional. Sin embargo, en el caso de las dimensiones cognitivas, las puntuaciones bajas incluyeron el rango medio que daba una respuesta de neutralidad. Esta decisión se consensuó con el grupo de expertos.

Una vez obtenida la escala de la CCA-S y comprobada su validez, se trabajó la tercera fase del estudio con una muestra representativa de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. La media de edad fue de $42,20 \pm 10,78$, con un rango de edades comprendido entre 22 y 70 años. El 82,8% eran mujeres y el 92,9% habían nacido en España. La mayoría trabaja en centros hospitalarios (68,8%) y públicos (94,8%). El 24,5% de la faena a más de un servicio diferente. Sólo el 7,6% combinaba combina su trabajo asistencial con la docencia.

En relación con la exposición a la diversidad, la media de porcentaje de pacientes atendidos de otros orígenes fue de $27,47 \pm 17,46$., Ll'origen más dado fue el marroquí (56,1%) y el 52,2% de admitían haber tenido o tener una amistad de diferente cultura a la propia. Sobre el deseo cultural, el 85,8% consideraba necesaria la formación en competencia cultural, pero sólo el 26,8% habiendo había recibido algún tipo de formación previa. En relación con el autoconcepto de eficacia en competencia cultural, sólo el 38% presentaron una coherencia entre el autoconcepto y la puntuación obtenida.

Sobre las puntuaciones en competencia cultural, se analizó la deseabilidad social de las respuestas, las que obtuvieron valores significativos en las dimensiones cognitivas ($p < 0,05$). Pero el valor de las correlaciones, tanto en el análisis por dimensión como por ítem, obtuvieron valores débiles ($\rho \text{ i } r < 0,2$). Las puntuaciones medias en todas las dimensiones fueron medias, siendo superiores las que corresponden a las dimensiones cognitivas.

El análisis bivalente mostró asociación estadística entre las puntuaciones totales de CCA y / o alguna de sus dimensiones en la edad, el deseo cultural, la exposición a la diversidad, el conocimiento cultural, y el autoconcepto de eficacia en competencia cultural. También se obtuvo asociación estadística con la variable socioprofesional

relacionada con si el centro de trabajo era público o privado, pero la muestra del subgrupo privado era demasiado pequeña para ser considerada suficiente para tener en cuenta los resultados.

En base a estos resultados, se realizó un análisis clúster que discriminó cinco perfiles según la competencia cultural y el autoconcepto de eficacia en competencia cultural. Esta última variable fue la que más valor predictivo obtuvo. Los cinco perfiles presentaban puntuaciones de menos a más competencia cultural. Se obtuvo un perfil con puntuaciones bajas, tres con medias y uno con altas. Los tres perfiles medios se discriminaban por tener niveles de autoconcepto de eficacia en competencia cultural diferentes.

La descripción de los perfiles dieron lugar a la detección de necesidades formativas en relación con las puntuaciones de las diferentes dimensiones, así como con los elementos que fomentan la competencia cultural y aquellos que han resultado obstaculizadores.

Conclusiones

Así pues, con los resultados obtenidos, podemos concluir que la CCA-S representa un instrumento válido para evaluar la competencia cultural. En este estudio hemos podido comprobar su utilidad en la evaluación de la competencia cultural en una muestra representativa de profesionales de la enfermería. Además, nos ha resultado de utilidad para describir los elementos que intervienen en el desarrollo de la competencia cultural como la exposición a la diversidad cultural, un mayor conocimiento cultural derivado de formación previa, tener deseo cultural y una coherencia de eficacia en competencia cultural. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos y las relaciones establecidas entre las diferentes variables, se proponen líneas futuras de investigación para trabajar con el fin de fomentar la competencia cultural a partir de estrategias de investigación y la acción participativa.

Abstract

Introduction

Today, cultural diversity is a reality in the daily lives of all health care professionals. For this reason, cultural competence in health should be evaluated and encouraged in order to provide quality care to diversity.

Several studies highlight that the origin of the problem of the lack of strategies to foster cultural competence lies in the deficient conceptualization of this construct. At the same time, they show the lack of instruments that evaluate the construct with a firm conceptual basis and without items that promote cultural homogenization. It is considered that an adapted and valid instrument to evaluate cultural competence would be a good strategy to evaluate and describe the construct, as well as to determine the elements that influence its development in order to design adequate formations.

Objectives

The main objective of the thesis is to obtain a valid instrument with a conceptual consistency that allows the evaluation of the construct of cultural competence. Based on the review of the various theoretical models and existing instruments, the Cultural Competence Assessment scale was chosen by the authors Schim and Doorenbos (2003). The analysis of the psychometric structure, the dimensionality and the categorization of the scores are some of the specific objectives related to the adaptation and validation of the scale.

Based on this objective, the usefulness of the instrument has been verified with a representative sample of nursing professionals from the province of Tarragona. The specific objective in this phase is the description and exploration of the development of cultural competence based on elements considered relevant in the revised models: cultural desire, exposure to diversity, cultural knowledge and self-concept of effectiveness in cultural competence. In addition, intrinsic and socio-professional characteristics are included.

Once the results have been obtained, the objective has been to explore the existence of profiles in relation to cultural competence that can serve to develop a strategy capable

of interpreting the development of cultural competence and the possibility of detecting the training needs of each profile.

Methodology

The study was carried out in three phases: in the first, the Cultural Competence Assessment scale was translated and adapted into Spanish; in the second, the scale was validated with health professionals on the basis of a psychometric study; and in the third, a cross-sectional study was carried out with an ex post facto design of cultural competence in a representative sample of nursing professionals in the province of Tarragona. This last part has the objective of analyzing the applicability of the scale, as well as knowing the development of the cultural competence of this sample, which will serve to detect training needs.

In the first phase, a group of experts was formed and a translation and retranslation of the instrument was carried out. The different translated versions were worked on together with the group of experts to evaluate the semantic and conceptual aspects of the items that make up the scale. Once the initial version was obtained, a pilot test was carried out with 13 health professionals from the province of Tarragona to detect possible errors or difficulties in understanding and the complexity involved in responding to the instrument. This group consisted of nurses (4), doctors (4), nursing assistants (3) and physiotherapists (2). From their impressions, the group of experts met again to determine a final version.

In the second phase, a series of analyses were carried out to check that the structure of the instrument was of acceptable validity and reliability. A metric and content analysis was performed to determine its dimensionality, as well as a logical analysis to determine the categorization of the scores. This proposal was focused on offering more interpretable results according to the importance of each dimension of the construct.

In the last phase, starting from a descriptive analysis, a bivariate analysis was carried out to determine the statistical association between the independent variables and the scores in cultural competence. The previous analysis allowed us to work with the variables

that were related in the development of cultural competence, and from a Cluster analysis, to obtain competence profiles.

A purposeful non-probability sampling was carried out. The inclusion criteria were: a) to be a health professional; b) to work daily with patients; c) to work in a centre in the province of Tarragona; d) to be available to take part in the study; and e) to accept informed consent. In total, 564 health professionals (437 nursing professionals, 94 doctors, 23 nursing assistants, 6 physiotherapists, 3 social workers, 2 guards and 1 social educator) were present to validate the scale. In the case of phase three of the study, we worked only with the sample of nurses, as participation allowed us to consider the representative sample of the population of nursing professionals in the province of Tarragona. In this way, in addition to checking the usability of the scale, extrapolable results could be obtained.

For data collection, an online form was used, formatted in 4 parts. In the first, information on research and acceptance of informed consent was presented. The second consisted of a sociodemographic data questionnaire. This questionnaire was based on the study variables that were focused on exploring the development of cultural competence. The variables were summarized in 6 groups: intrinsic characteristics, cultural desire, exposure to diversity, cultural knowledge, self-concept of effectiveness in cultural competence and socio-professional variables.

The third part of the form was the Cultural Competence Assessment scale. The scale consisted of 25 items with answer type Likert. The original scale divided these items into two subscales: the first called «sensitivity and awareness», made up of 11 items (cognitive dimension); and the second, called «cultural behavior», made up of 14 items (behavioral dimension).

The last part of the form included the brief and adapted version of Marlowe Crowne's social desirability scale (Gutiérrez et al, 2016). This instrument has previously been used in conjunction with the Cultural Competence Assessment scale, to assess the validity of responses from the interpretation of possible bias due to the construct of social desirability. The study has been approved by the Ethics Committee of the Pere Virgili Institute (Ref. CEIM: 176/2017).

Results

As results of the first phase, the adapted version of the Cultural Competence Assessment scale (CCA-S) was obtained. This phase did not present any difficulties in translation, as it presents a non-technical language that is easy to understand. The 25 items of the original instrument were kept for a consensus of the group of experts (Content Validity Index = 1).

In the analysis of the psychometric properties of the CCA-S scale in phase two, the appropriateness of an explained model was determined from four factors (total variance explained 63.43%). Precisely, the division of the items preserved the original structure of the instrument. On the one hand, the cognitive dimension was divided into two: cultural awareness (7 items) and cultural sensitivity (4 items). On the other hand, the behavioral dimension was also divided into two: active cultural behavior (8 items) and documentation and search for cultural information (6 items). As for the convergent-discriminant analysis, it was shown that the strongest correlations were between the majority of the subscales and the full scale, which confirmed a good validity.

As for the reliability of the instrument, the full scale CCA-S obtained a value of 0.85. The dimensions obtained values greater than 0.85 less in the case of cultural sensitivity, which obtained a value of 0.66. However, it was considered an acceptable value, as it was a dimension with few items, and, in the case of homogeneity indices, they were valid in the structure of the dimension (> 0.3).

With respect to the scores, these were calculated as a function of the factorial load in relation to the structure of the total construct. Thus, the scores of each dimension were conditioned by the weight of the items that made it up. The weight of each dimension is directly related to the total variance that explains this factor in the total construction of the cultural competence. The cultural sensitivity dimension explains a lower percentage of the total score of the scale (15.07%), while the dimension that explains more does not coincide with the one that has more items, but is the cultural behavior dimension, which represents 31.21% of the total score of the CCA-S scale. In addition, based on a logical analysis of the range of scores, the scores were categorized as low, medium and high. In the case of behavioral dimensions, the division was made proportional. However, in the case of the

cognitive dimensions, the low scores included the mid-range that gave a neutral response. This decision was agreed with the group of experts.

Once the CCA-S scale had been obtained and its validity checked, the third phase of the study was carried out with a representative sample of nursing professionals from the province of Tarragona. The mean age was 42.20 ± 10.78 , with a range of ages between 22 and 70 years. 82.8% were women and 92.9% were born in Spain. The majority worked in hospitals (68.8%) and public centres (94.8%). 24.5% of the women worked more than one different service. Only 7.6% combined their welfare work with teaching.

In relation to exposure to diversity, the average percentage of patients attended from other origins was 27.47 ± 17.46 . The more frequent origin was the Moroccan (56.1%) and 52.2% admitted having had or having a friendship of a different culture than their own. Regarding cultural desire, 85.8% considered that training in cultural competence was necessary, but only 26.8% had received some type of previous training. In relation to the self-concept of effectiveness in cultural competence, only 38% presented a coherence between the self-concept and the score obtained.

On the scores in cultural competence, the social desirability of the answers was analysed, which obtained significant values in the cognitive dimensions ($p < 0.05$). But the value of the correlations, both in the analysis by dimension and by item, obtained weak values (ρ i $r < 0,2$). Mean scores in all dimensions were mean, with those corresponding to cognitive dimensions being higher.

Bivariate analysis showed statistical association between total CCA scores and/or some of their dimensions in age, cultural desire, exposure to diversity, cultural knowledge, and self-concept of efficacy in cultural competence. Statistical association was also obtained with the socio-professional variable related to whether the workplace was public or private, but the private subgroup sample was too small to be considered sufficient to account for the results.

On the basis of these results, a cluster analysis was carried out which discriminated five profiles according to cultural competence and self-concept of effectiveness in cultural competence. This last variable was the one that obtained more predictive value. The five profiles presented scores from less to more cultural competence. One profile was obtained

with low scores, three with medium scores and one with high scores. The three mean profiles were discriminated for having different levels of self-concept of effectiveness in cultural competence.

The description of the profiles gave rise to the detection of training needs in relation to the scores of the different dimensions, as well as with the elements that promote cultural competence and those that have been hindering.

Conclusions

Thus, with the results obtained, we can conclude that the CCA-S represents a valid instrument for assessing cultural competence. In this study we have been able to verify its usefulness in the evaluation of cultural competence in a representative sample of nursing professionals. In addition, we have found it useful to describe the elements involved in the development of cultural competence such as exposure to cultural diversity, increased cultural knowledge derived from previous training, cultural desire and consistency of effectiveness in cultural competence. However, based on the results obtained and the relationships established between the different variables, future lines of research are proposed to work in order to promote cultural competence from research strategies and participatory action.

Introducció

L'interès en altres cultures ha evolucionat al llarg dels anys, partint de la indiferència, i iniciant-se amb la curiositat de l'antropologia més tradicional, la qual tenia un interès focal en conèixer altres cultures que vivien en indrets allunyats i remots. Actualment, el contacte entre les cultures és un fet quotidià i l'interès per aquest fet creix a causa de la inevitable interacció i coexistència. Ja no vivim en un món marcat únicament per la multiculturalitat, sinó que ja parlem de la interculturalitat com una realitat.

Les societats es mouen i canvien a ritmes accelerats. La globalització i les noves tecnologies són alguns dels elements que han esdevingut el motor que acciona les societats tal com les coneixem avui en dia, és a dir, societats marcades per la diversitat cultural i, en les quals, inevitablement, hi té lloc el fenomen de la interculturalitat. Un concepte que, per definició, implica contacte i relació entre cultures. A diferència de la multiculturalitat, la interculturalitat es basa en el reconeixement de la multiplicitat d'identificacions que componen les identitats individuals (a més de l'ètnia, tenim el gènere, la professió, els gustos, la ideologia, els estils de vida, els rols familiars, etc.). El plantejament de la interculturalitat posa l'accent en la construcció conjunta. El concepte de cultura s'ha d'entendre per ell mateix com una estructura flexible, fluida i canviant que en contacte amb altres cultures produeix la diversitat cultural (Giddens i Cifuentes, 2000).

No obstant això, la diversitat cultural és un fenomen contemporani? Tot el contrari. La diversitat cultural ha existit en totes les societats des que l'home és nòmada. L'evolució de la humanitat ha permès que les fronteres territorials siguin menys complicades. Allò que abans implicava un procés de pelegrinatge que podia allargar-se durant anys, avui en dia es pot convertir en un trajecte d'escasses hores d'avió (en el millor dels casos). Però aquest treball no planteja fer un anàlisi dels motius migratoris (que són molt diversos), sinó posar èmfasi en la interculturalitat i en la competència derivada d'aquesta fenomen.

En un paradigma social cosmopolita, la interculturalitat es veuria com un fet enriquidor, amb una consciència de la unitat profunda de l'espècie humana, més enllà de les diferències nacionals, ètniques o culturals. On els drets i la dignitat estarien per sobre de tot, i es condemnaria la violació dels drets justificada per les diferències culturals. Es a dir, un món amb aquestes premisses, en què no hi hauria necessitat de realitzar un estudi com aquest. Malauradament, les diferències individuals, mal gestionades, porten a

situacions totalment contraries a les descrites anteriorment. La interacció entre cultures pot generar situacions d'imposició de poder o rebel·lió, esdevingudes per una manca de sensibilitat cultural i/o consciència cultural. La realitat del context actual, a nivell sociopolític, ha estat partícip d'aquest flux migratori, però no s'han promociat prou iniciatives socials enfocades a potenciar competències cíviques com la competència cultural davant de la diversitat cultural (Bauman, 2016).

El fenomen de la interculturalitat, constitueix un nou paradigma relacionat amb el diàleg i la negociació. En una societat, les trobades culturals poden produir-se de diverses formes i moltes d'elles poden ser més o menys transcendentals. Però en aquest cas ens centrarem en un context en què la interacció resulta summament transcendent i, a més a més, inevitable: l'entorn sanitari (Maier-Lorentz, 2008; RNO, 2007; Plaza i Hernández, 2014).

Una societat marcada per la diversitat cultural, origina reptes als professionals de la salut, que han de donar respostes adequades i de qualitat a situacions de salut-malaltia. És necessari poder oferir una atenció holística, en què s'inclogui la dimensió cultural de l'individu. Parlem de la cultura com un aspecte crucial que cal tenir en compte en el procés de cura: «entendre l'altre des de la seva cultura, la seva realitat, la seva perspectiva» (Navarro, 2015).

Aquesta atenció està relacionada amb tenir competència cultural en salut: una congruència en el cuidatge quan les necessitats, preferències, expectatives del pacient, família i comunitat estan alineades amb un coneixement, habilitats i actituds adequades per part del professional de salut. Un comportament que aporta beneficis tant al pacient com al professional de salut. No obstant això, al constructe de la competència cultural li manca una definició consensuada i comprovada empíricament en relació amb els elements que la componen o que hi intervenen. (Lin, Lee, i Huang, 2017; Shen, 2015; Williamson i Harrison, 2010). A més, la societat espanyola, tot i ser una societat marcada per una gran diversitat cultural ja des de fa més de 10 anys, l'interès en competència cultural en l'àmbit de la salut, es troba amb una manca de definició conceptual i d'intervencions per fomentar-la (Marrero-González, 2013; Navarro, 2015; Plaza i

Hernández, 2014; Raigal Aran, Rifà Ros, Borrueu Llovera, i Ferré Grau, 2017; Serra, Mestres, González, Leyva, i De Dios, 2013).

La competència cultural hauria d'estar present en les línies formatives dels futurs professionals de la salut i potenciar-se adequadament de forma continua i avaluada (Horvat, Horey, Romios, & Kis-Rigo (2014). Cal dir que ja existeixen algunes evidències de formacions a Espanya, però lligades a diverses mancances: únicament s'han avaluat estudiants; les formacions no s'han basat en un marc conceptual consensuat en competència cultural; ni tampoc s'ha avaluat la intervenció a través d'un instrument validat (Garcimartín Cerezo et al., 2014; Muñoz-Cano, Maldonado-Salazar, i Bello, 2014; Rifà-Ros, Costa-Tutusaus, i Espinosa-Fresnedo, 2013).

Partint de la necessitat de formar als professionals de la salut, aquest treball posa l'èmfasi en l'obtenció d'un instrument amb validesa de contingut i constructe amb l'objectiu de: a) avaluar el constructe la competència cultural basant-nos amb un marc teòric-empíric; i b) identificar el nivell de competència cultural per tal de desenvolupar formacions adequades i adaptades en un futur.

Per assolir aquests objectius, en primer lloc es va desenvolupar el marc teòric, el qual ha servit d'eix vertebrador per detectar els passos d'aquesta investigació. Partint de la detecció de la necessitat d'una definició conceptual consensuada del constructe de la competència cultural i del seu desenvolupament; una manca d'instruments vàlids en llengua castellana; i una manca en formació. A continuació es presenten les parts en què s'estructura aquest treball.

Aquesta tesi està estructurada en diversos capítols i fases. El marc teòric es divideix en tres apartats principals. En el primer, l'origen del qual va ser una revisió sistemàtica dels estudis realitzats des de l'any 2006¹, situa el lector davant la rellevància de treballar la competència cultural en els professionals de la salut. S'analitzen els paradigmes teòrics sobre les relacions humanes amb la diversitat, així com les formes en que es dona la

¹ **Publicació article:** Raigal-Aran L, Rifà-Ros R, Borrueu-Llovera A, Ferré-Grau C. Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural en los profesionales de salud en España. Rev ROL Enferm 2017; 40 (11-12): 780-787

interacció, tot lligant-ho amb les investigacions realitzades sobre la competència cultural fins a dia d'avui. Es ressalten les investigacions realitzades a Espanya per tal de conèixer l'estat actual i la importància sobre aquest tema. Finalment, es tanca el marc teòric parlant de la situació que hem exposat anteriorment: la manca de consens teòric, formació i avaluació sobre el constructe de la competència cultural. Aquesta part, anomenada «contextualització», estructura l'objectiu principal de la tesi: donar resposta a la manca d'una conceptualització del constructe de la competència cultural que serveixi per determinar un instrument de mesura vàlid i útil per futures formacions dirigides als professionals de la salut.

En el segon apartat del marc teòric, que es titula «La construcció del concepte de la competència cultural acotar», es presenta un repàs dels principals models teòrics que han tractat d'explicar el constructe de la competència cultural. A partir d'una anàlisi dels diferents components i mètodes explicatius d'aquests models, es proposa el model teòric de Purnell i els models teoricopràctics de Campinha-Bacote i de Schim i Doorenbos. La descripció d'aquests models desemboca en una interpretació del desenvolupament de la competència cultural en els professionals de la salut.

En el tercer apartat, que sorgeix de les conclusions extretes en el primer apartat i es fonamenta en les troballes del segon, es realitza una anàlisi dels diversos instruments de mesura que existeixen. Atès que no es troba un instrument vàlid en llengua castellana, s'analitzen instruments en altres idiomes i es selecciona el proposat per Schim i Doorenbos. L'escala Cultural Competence Assessment es descriu com la més adequada i es basa en el model teòric de les autores: «Three dimensional Model of Cultural Congruence» o Model Tridimensional de la Congruència Cultural. Seguidament, es descriuen els articles trobats des de la validació de l'instrument l'any 2003, que exposen la utilització de l'instrument en contextos diferents. A partir d'aquesta anàlisi, es confirma la utilitat de l'instrument com a eina de mesura de la competència cultura i es detecten els punts més destacats i aspectes que cal valorar que serviran per desenvolupar la part empírica de la tesi.

En els dos capítols següents es descriu la justificació de l'estudi, els objectius i les hipòtesis. A continuació, en el cinquè capítol, s'exposa la metodologia utilitzada, tot

descrivint detalladament el procediment realitzat. Es parteix d'una validació d'anàlisi psicomètric de l'escala Cultural Competence Assessment de Schim i Doorenbos (2003)². A continuació, a partir d'una mostra representativa de professionals d'infermeria de la província de Tarragona, s'explora com es desenvolupa el constructe de la competència cultural amb l'exploració d'una mostra de professionals d'infermeria del territori de Tarragona³. A partir d'aquesta anàlisi, s'exploren els perfils que se'n deriven i les seves principals variables predictores. Això porta a una descripció socioprofessional de cada perfil i en funció de la competència cultural de cada un. Per últim, es descriuen les necessitats formatives derivades de l'instrument de mesura.

En els darrers capítols de discussió i conclusions, s'exposa la interpretació dels resultats derivats. Es descriuen les troballes principals i per tal de donar resposta a l'objectiu principal d'aquesta tesi. Finalment, es descriuen les limitacions d'aquest treball i les futures línies d'investigació que se'n deriven.

Per últim, cal remarcar un aspecte important a tenir en compte durant la lectura d'aquest treball. S'utilitzen termes, que tot i tenir similituds, s'utilitzaran en el moment i lloc adequat per un motiu. Parlem de les paraules com cultura, ètnia, raça i origen.

En primer lloc, el terme *cultura* l'utilitzarem en un context ampli, el qual per a nosaltres és el més idoni per tal de parlar de diversitat. Aquest concepte inclou el conjunt de formes, models o patrons, explícits o implícits, que es tradueixen en costums, pràctiques, codis, normes, vestimenta, religió, rituals, ideologies polítiques, normes de

² **Publicació resum:** Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. Cultural Competence Assessment: Adaptación cultural, validación psicométrica al castellano y propuestas de mejora. *Gac Sanit.* 2018;32(Espec Congr):141-299

Publicació article: Raigal-Aran, L., Ferré-Grau, C., i Belzunegui-Eraso, A. (2018). The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement. *Nurse Education Today.* <http://doi.org/10.1016/J.NEDT.2018.10.011>

³ **Article en revisió:** Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. How does the wave of cultural diversity develop nursing cultural competence? A prospective study with a multiple correlation analyzes. *Nursing Education in Practice* (Enviat a l'agost del 2018, enviat als revisors)

comportament i sistemes de creences (Hernández, 2017). Es tracta d'un concepte ampli que contempla totes les diferències individuals.

Un altre dels termes que cal definir és *origen*. Aquest terme s'ha utilitzat per avaluar l'impacte de les diferències fenotípiques dels diferents orígens. En l'anàlisi bivariant, s'agruparan les dades en «raçes», segons les similituds fenotípiques que tenen els diversos orígens indicats per tal de analitzar les dades. S'utilitzaran els criteris d' Ayala i Cela (2014).

Per últim, el concepte *ètnia* s'utilitzarà en poques ocasions. Una ètnia, per definició, és una població humana en què els membre s'identifiquen entre ells per aspectes relacionats amb la genealogia, els antecedents, els orígens, la relació o la llengua. Pel nostre objectiu, cal referir-nos a la diversitat cultural en la seva màxima conceptualització i el concepte *ètnia* resulta massa exclusiu.

1. Marc teòric

1.1. El fenomen de la diversitat cultural: implicacions i reptes

En els apartats següents es presenta una aproximació que tracta el fenomen d'estudi: la diversitat cultural. No es tracta d'un fenomen recent, però, atès el seu augment i implicacions socials en la interacció cultural entre els ciutadans, l'interès que desperta no deixa de créixer. A continuació, s'exposa una contextualització sobre el plantejament en què es basa aquesta tesi. El subapartat que segueix la contextualització, té l'objectiu de treballar diversos conceptes que són rellevants en aquesta tesi: els paradigmes i els contactes culturals. Els últims subapartats aniran enfocats a treballar la diversitat cultural en salut i els diferents treballs que s'han realitzat per donar una millor atenció. Es tanca l'apartat amb una reflexió final que aglutina les conclusions dels subapartats anteriors, les quals donaran pas a l'apartat següent.

1.1.1. Contextualització: migració i salut

*«Migrar: Anar d'un lloc a un altre, especialment d'una regió a una altra per residir-hi »
(DIEC⁴)*

La migració és un terme complex que engloba una gran varietat de moviments i situacions que involucren a persones de diversos àmbits. L'origen de la seva complexitat resideix en el fet que la migració té conseqüències per a múltiples aspectes econòmic, socials i de seguretat que afecten la vida quotidiana de les persones en un món cada vegada més interconnectat. Les línies següents estan enfocades a parlar sobre aquests motius i formes de migració, remarcant que es tracta d'una realitat molt variable i heterogènia.

Donar respostes exactes sobre les decisions de migració és molt complicat. Entre els motius més generals hi ha decisions motivades per causes socioeconòmiques, polítiques, psicològiques, culturals i/o pròpies de la condició humana, sense oblidar les migracions originades per fenòmens naturals. La migració ha permès noves oportunitats i millores a les persones en els països d'origen i els de destí. Wickramage, Vearey, Zwi, Robinson, i

⁴ Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans

Knipper (2018) descriuen una sèrie de factors i variables que es combinen en formes diferents per formar l'experiència migratòria. Expliquen que cada una d'elles està lligada a un enfrontament particular de barreres i incerteses a l'hora d'adaptar-se al país d'origen. En la taula següent podem veure les variables i factors que intervenen en el desenvolupament de tipologies d'immigrant segons aquests autors:

Estat de migrant: nacionalitat; estat de la documentació; turistes; viatgers de negocis; cerca de feina; refugiats; migrants irregulars; sol·licitants d'asil; desplaçats interns; treballadors migrants

Temporalitat: desplaçament setmanal/mensual; migració estacional; migració contractual relacionada amb el treball; migració a curt o llarg termini; temps en trànsit

Geografia: immigrants rurals a urbans; migració intraurbana; migració interregional; migració interna; migració transnacional; migració de retorn

Estat sociodemogràfic: edat; gènere; estructura familiar; estat econòmic; nivell educatiu; nivell d'habilitats professionals i ocupacionals

Motivacions/classificacions causals: recerca de feina; reunificació familiar; recerca d'asil; reassentament de refugiats; migració laboral; migració d'estudiants







Taula 1: Exemples dels factors i variables involucrats en el desenvolupament de tipologies d'immigrant. Font: Wickramage et al., 2018

A les persones que migren a llarg termini o de forma definitiva se les vincula al terme *immigrant*, que per definició es vincula a l'acció d'immigrar («venir a establir-se en un país que no és el propi»). La persona immigrant té com a objectiu aconseguir la nacionalitat del país de residència (Álvarez-Miranda Navarro, 2008; Wickramage et al., 2018). Tot i que, conceptualment, la persona que aconsegueix la residència i nacionalitat del país de destí hauria de perdre la definició d'immigrant, socialment no acostuma a ser així. Aquella persona seguirà sent classificada com a immigrant tot i no figurar en les estadístiques nacionals com a ciutadà immigrant. I aquesta classificació, sovint, comporta prejudicis i estereotips de la població d'origen. Aquest fet comporta, a més a més, dificultats per

obtenir dades empíriques sobre estudis relacionats amb la immigració segons Kupiszewska, Kupiszewski, Martí, i Ródenas (2010).

El moviments globals porten al tema principal: la diversitat cultural de les societats. No obstant això, les intencions de residència temporal o definitiva, estrangers i immigrants conformen la riquesa multicultural de les societats d'avui en dia. L'any 2015 es va comptabilitzar un flux internacional migratori de 244 milions, el qual equival a un 3,3% de la població mundial (Wickramage et al., 2018).

La globalització, com una de les principals causes del flux migratori, ha donat lloc a l'interès creixent de diferents disciplines en treballar sobre l'impacte de les migracions en els seus contextos particulars (Aramayo, 2007; Hammar, 1997). En la figura següent podem observar un resum que presenta el focus d'atenció en l'estudi de la diversitat cultural per part de diferents disciplines.

 Demografia	Interès en els components demogràfics. Característiques socio-econòmiques dels immigrants, etc. <i>Efectes estudiats:</i> envelliment, nivell fertilitat, distribució de gènere, etc.	 Economia	Interès en diferències d'ingressos, nivells d'atur, llocs de treball, creixement econòmic, etc. <i>Efectes estudiats:</i> nivells salarials, efectes economia
 Geografia	Interès en les migracions com l'expressió de les xarxes espacials <i>Efectes estudiats:</i> l'establiment sobre les relacions espacials	 Política	Interès en els conflictes polítics com a resultat de les migracions. <i>Efectes estudiats:</i> canvis en el balanç polític, integració política, etc.
 Història	Interès en els esdeveniments passats que han donat lloc a les migracions <i>Efectes estudiats:</i> desenvolupament cultural	 Psicologia	Interès en les estructures motivacions en els processos de presa de decisions dels immigrants, estrès migratori., etc. <i>Efectes estudiats:</i> personalitat i immigració, problemes psicossomàtics, diferències individuals

	<p>Interès en les migracions com a resultat de les evolucions culturals en una societat; contactes culturals entre diferents sistemes</p> <p><i>Efectes estudiats:</i> migració estratègia de supervivència, naixement societats multiculturals</p>		<p>Les migracions com a forma de canviar la posició social, el estatus i el rol. Conductes de grup: estratègia familiar, tensions estructurals, interculturalitat, etc.</p> <p><i>Efectes estudiats:</i> efectes en els emigrants i població estàtica; integració social i discriminació; tolerància social, etc.</p>
Antropologia social		Sociologia	

Figura 1: Resum del focus d'interès de diferents disciplines en relació amb la immigració/diversitat cultural

La situació de ser migrant no és per si mateixa una situació de risc per la salut, però les condicions associades amb la migració poden augmentar-ne la vulnerabilitat. Un estudi realitzat el 2015 va identificar i descriure les necessitats i els problemes percebuts per la població immigrant en relació amb l'accés i l'ús dels serveis de salut. L'estudi va assenyalar que les persones immigrants quedaven fora dels serveis de promoció i prevenció a causa de l'ús dels serveis de salut a demanda (Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Albar-Marín, i García-Ramírez, 2015). D'acord amb Davies, Basten, i Frattini (2009), les desigualtats socials sumades a les experiències del procés migratori poden comportar que la persona migrant posi en risc la seva salut física, mental i social. La influència que pot tenir l'exclusió social sobre la salut pot arribar a ser summament negatives. Per aquest motiu, aquest tema consta a l'agenda de l'Assemblea Mundial de la Salut (Hanefeld, Vearey, Lunt, 2017).

L'oficina d'estadística de la Unió Europea confirma que Espanya és el tercer país amb un major nombre d'immigrants i, a la vegada, el país amb els majors índexs d'obtenció de la nacionalitat espanyola per persones immigrades (Eurostat, 2018). L'any 2017, es van registrar un total de 4.549.858 immigrants a Espanya, que representen el 10% de la població total (INE, 2017). Catalunya ha estat territori receptor d'immigració durant segles. Es descriuen tres onades migratòries que han configurat la població actual del país, remarcant que l'última ha estat la més important, marcada per una manca de debat polític i social:

«la primera onada va tenir lloc cap als anys vint; la segona, durant els anys seixanta, i la tercera s'ha produït a cavall dels dos segles»

(Segarra, 2008)

A Catalunya, l'any 2017, un 13,78% del total de la població (7.555.830 habitants) eren immigrants. Encara que Barcelona representa la ciutat amb més diversitat cultural de Catalunya, amb un 27,36% del total d'immigració a Catalunya, Tarragona ha presentat un flux migratori positiu el darrer any del 0,5%, mentre que Barcelona ha disminuït un 2,5% (Idescat, 2015). L'any 2008, Tarragona va obtenir l'índex d'immigració més elevat de tot Catalunya (15,4% de la població d'origen estranger), dos punts més que la mitjana catalana (Gerhard, 2008). Segons les dades de l'IDESCAT, a Catalunya es comptabilitzà una taxa d'immigració del 37,7% l'any 2016 i la província de Tarragona va superar aquesta taxa en quatre punts, just per darrera de Girona que va tenir la taxa més elevada amb un 42,9%. La disposició de la taxa d'immigració de la província de Tarragona dividida per comarques i àmbits és la següent:

	2012	2013	2014	2015	2016
Catalunya	40,7	40,1	40,2	40,2	37,7
Camp de Tarragona	44,6	43,2	41,1	42,1	40,5
Alt Camp	39,4	41,2	38,9	39,1	38,1
Baix Camp	41,1	39,1	37,3	40,6	38,2
Baix Penedès	65,7	62,2	63,1	64,7	66,1
Conca de Barberà	35,2	32,5	33,6	33,4	27,5
Priorat	34,2	28,4	39,3	32,2	33,2
Tarragonès	49,4	48,1	45,0	44,8	44,1
Terres de l'Ebre	32,6	30,9	32,4	32,3	30,9
Baix Ebre	30,9	30,8	31,6	31,6	29,2
Montsià	37,0	32,2	34,2	35,1	34,6
Terra Alta	18,5	20,9	23,2	22,0	20,8
Ribera d'Ebre	33,0	32,5	35,0	31,7	30,4

Taula 2: Taxa d'immigració 2012-2016. Per 1000 habitants. Font: Idescat: Comarques, àmbits i Catalunya (2017)

Segons les dades l'Idescat, l'any 2017, al Camp de Tarragona es concentrava el 8,6% de població estrangera de Catalunya i, a les Terres de l'Ebre, el 2,7%. Així doncs, a la província de Tarragona es concentrava en total un 11,3% de població estrangera del total d'estrangers de Catalunya. Aquest percentatge, la convertia en la tercera província amb un major percentatge poblacional de població estrangera en relació amb l'autòctona com podem veure en la següent taula:

Província	Població	Població estrangera		
		Total	% sobre la població de Catalunya	% sobre població de la província
Barcelona	5.576.037	711.314	68,31	12,76
Girona	755.716	140.890	13,53	18,64
Lleida	432.384	71.479	6,86	16,53
Tarragona	791.693	117.679	11,30	14,86

Taula 3: Població estrangera per províncies. 2017. Catalunya. Font: Idescat

L'augment migratori representa un repte per als professionals de la salut, que han observat un canvi pel que fa a la tipologia de la població a la qual han de prestar els seus serveis. Des d'un enfocament socioantropològic, observar el comportament i percebre les sensacions de persones culturalment diverses, convida a preguntar-se si les cures dispensades per part dels professionals de la salut s'ajusten a les seves necessitats — vinculades sens cap mena de dubte a una cultura que, en alguns aspectes, pot diferir molt de la autòctona — i si l'atenció rebuda per part dels professionals de la salut pot arribar a ser percebuda com insatisfactòria (RNO, 2007; Osorio Merchan i López Díaz, 2008). La presència de perfils culturals diversos pot generar tensions i malestar als professionals, els quals disposen de pocs coneixements per gestionar una interacció cultural d'aquestes característiques. En els plans docents universitaris, la presència d'aquesta qüestió s'inclou de forma prematura. Rifà-Ros et al. (2013) comenta que «El reto de cuidar en una sociedad multicultural a menudo fracasa porque falla la comunicación a raíz del desconocimiento cultural, las imágenes estereotipadas, las actitudes negativas e incluso el rechazo hacia la diferencia cultural».

Tot i la importància donada antigament al «conèixer» (conèixer totes les cultures en els seus matisos teòrics) per ser competents, des d'una perspectiva antropològica clàssica, actualment aquesta qüestió queda en un segon pla. S'anteposa l'actitud a l'aptitud o, en altres paraules, aquesta competència no està relacionada amb l'adquisició d'unes habilitats o destreses determinades, ni tampoc amb un talent especial. L'èxit en una interacció intercultural, està lligat a l'experiència que tinguem vers aquella trobada. Un èxit, que segons Butler (2016), està condicionat a les actituds i comportaments amb els que un es disposa davant d'aquesta interacció.

Per tant, desenvolupar actituds culturalment competents en l'atenció sanitària amb persones d'altres cultures implica desenvolupar una sensibilitat i, sobretot, una actitud de respecte cap a la persona. Els humans estem dotats de capacitat per entendre'ns. Hem de pensar en el següent: què ens uneix? La necessitat de les cures. Aquesta necessitat és universal. Francisco (2018) fa una crida als cuidatges humanitzats en salut, i ho planteja com un repte per al sistema sanitari en contextos de multiculturalitat.

1.1.2. Paradigmes i diferents concepcions de contactes interculturals

Al llarg del temps, han anat apareixent diferents paradigmes que aborden les relacions entre diferents cultures. A continuació, repassarem aquests paradigmes i les implicacions que tenen en la interacció/contacte entre persones culturalment diverses.

En primer lloc, la modernitat eurocèntrica ha posat en joc estratègies de control com la uniformitat i el monoculturalisme. S'ha intentat fer efectiva una barreja d'ideologies liberals i la concepció romàntica que tracta de fer vàlida la fórmula: estat=nació=poble=cultura. Des de la perspectiva tradicional, hi ha l'equiparació a l'aculturació: el procés d'homogeneïtzació. Es considerava que el contacte directe i freqüent amb la diversitat cultural produïa inevitablement una assimilació de la cultura majoritària o més poderosa. En un context colonial, parlariem d'occidentalització. Aquest model afecta tant les minories autòctones com les formades com a resultat de processos migratoris. Es tracta d'un model en què sovint s'invoquen criteris racistes i de classe social per tal de fomentar l'homogeneïtat (Aguilera, 2000).

Per altra banda, existeix el pluralisme, que qüestiona el model anterior. El pluralisme, per a Barth (1998), representa la possibilitat de coexistència harmònica i pacífica, donant lloc a una societat plural on els diferents grups ètnics s'encapsulen, s'estratifiquen i s'especialitzen amb interdependència econòmica, és a dir, que cada cultura es distribueix per la societat amb etnogrups.

A partir de la dècada del 1960, es comença a parlar de multiculturalisme. Aquest concepte neix immers en un moviment d'anhel de reconeixement de les minories que volien polítiques d'igualtat de drets, oportunitats i abolir polítiques assimilacionistes. El multiculturalisme remarca l'heterogeneïtat dins de cada país. I tot i el seu noble naixement com un moviment que donés lloc al respecte de la diversitat cultural, tendeix cap a un reduccionisme cultural. Percep la cultura com una realitat immutable i delimitada de l'individu (Boucher i Maclure, 2018). Lligat a arguments racistes de segregació, separació i exclusió que porten inevitablement al risc de relacions interculturals de coresidència de guetos o a un nou «aperttheid».

Per últim, tenim l'interculturalisme, un model que destaca per promoure la igualtat de tots els grups. Encara considerat com una utopia, es tracta del model més contemporani

i adequat. Aquest paradigma parteix del reconeixement de la dignitat i respecte de totes les cultures, revaloritzant el relativisme cultural. Com a objectius principals d'aquest model hi ha la comunicació i la comprensió dels altres sense un posicionament etnocèntric. Es tracta d'un procés individual i col·lectiu d'acceptar que hi ha altres maneres d'interpretar el nostre entorn, relativitzant els punts de vista culturalment determinants. Un procés, en definitiva, de creixement personal que s'inicia per conèixer-nos millor a nosaltres mateixos. L'interculturalisme posa èmfasi en què la relació entre cultures no està exempta de conflicte i que s'ha de treballar mitjançant l'intercanvi, la coexistència i la convivència (Zapata-Barrero, 2017).

Però què fa que les relacions amb altres cultures siguin tan complex? Perquè existeix aquesta evolució en els paradigmes dels contactes interculturals? Una de les característiques principals de les cultures és que són flexibles i canviants. No n'hi ha cap que es pugui considerar pura. Una cultura, avui en dia, no es presenta de forma idèntica a la de fa anys enrere. A més, la història està marcada per esdeveniments que han marcat un abans i un després en la sensibilitat cap a la diversitat cultural: d'una banda, el genocidi jueu en nom de la superioritat, puresa, i incompatibilitat de les cultures; i, d'altra banda, el sorgiment de identitats culturals anteriorment reprimides. Això ha donat lloc a reflexions sobre els mecanismes de poder i relacions interculturals que han anat evolucionant i canviant amb el context.

En primer lloc, hi ha la idealització de l'altre que, a diferència de l'etnocentrisme, en aquest cas, busca l'altre extrem, és a dir, l'exoticisme. Tot i tractar-se d'una concepció que comporta raonablement connotacions menys negatives per a la cultura aliena, està relacionada amb una distorsió de la realitat i l'afany de desitjar allò desconegut o de fugir de la realitat pròpia (Jacorzynski, 2013).

Una altra concepció és l'aculturació. Aquesta es basa en un procés de canvi bidireccional, però està sotmesa a la variable de les relacions de poder i dominació del context de colonització. Les idees de desintegració cultural justificaven polítiques segregacionistes per mantenir la puresa d'una cultura. Les actituds pròpies d'aquesta concepció d'aculturació estarien lligades a visions etnocentristes i universalistes.

La idea de l'assimilació, per altra banda, implica fondre's en l'altra cultura superior i, en conseqüència, pèrdua d'identitat pròpia. A l'individu que considera que la seva cultura és superior, li resulta complicat entendre que aquells a qui considera inferiors no desitgin abandonar la seva cultura. Aquesta idea l'observem en les actituds missioneres marcades per un sentiment de protecció irracional o de llàstima cap aquestes persones (Sanchis-García, 2016).

Per últim, tenim la negociació i el conflicte. El darrer esdevé quan el primer no aconsegueix derrotar les diferències que representen obstacles. Aquesta concepció del contacte intercultural pot esdevenir un primer pas per evolucionar en l'interculturalisme, o per altra banda, pot generar conflicte i desconcòrdia (Barth, 1998).

1.1.3. Principals barreres en el procés terapèutic intercultural

Després de realitzar un breu repàs teòric de com els contactes interculturals es poden desenvolupar, concretarem, amb exemples extrets de la literatura, les principals barreres que dificulten el procés terapèutic. Saldaña (2001) remarca que al llarg d'aquests anys, els problemes relacionats amb l'adequació de les persones d'altres cultures al sistema sanitari han estat causats per motius relacionats, bàsicament, amb les peculiaritats característiques dels membres dels grups minoritaris.

Com a conseqüència, els motius que s'adjudicaven a possibles errors terapèutics estaven relacionats amb una domini escàs de l'idioma, falta d'hàbits adequats en l'ús dels serveis de salut, cerca de recursos alternatius dins de la comunitat ètnica (sanadors, curanderos, entre altres), etc. Saldaña (2001), en el seu article, proposa un quadre molt clar en què exemplifica que el problema no és unifocal, sinó bifocal. En aquest quadre, explica a partir de 3 premisses com la relació terapèutica pot donar lloc a errors.

Usuari	Professional/terapeuta
Compromís	
S'adona de les diferències Percep distància social Creu que el terapeuta no el vol comprendre Té por que el jutgin Manifesta ansietat elevada	S'adona de les diferències Percep distància social Utilitza pautes estàndards de comunicació Veu l'usuari com un estereotip Manifesta un augment de l'ansietat
Aliança terapèutica	
No desenvolupa una bona resposta Se sent incomprès Manifesta molta desconfiança Disminueix la seva autorevelació	Creu que l'usuari és resistent No compren l'usuari No respon adequadament a la desconfiança Veu l'usuari sense motivació o psicològicament no mentalitzat
Resultats	
Mostra frustració i ansietat Cancel·la les sessions Falta a les cites Abandona prematurament el tractament	Mostra frustració i desconfiança Manifesta una mala aliança: pot fer un mal diagnòstic Percep una planificació defectuosa del tractament Observa resultats erronis

Taula 4: Principals errors en el procés terapèutic intercultural. Font: Saldaña (2001)

Aquestes premisses sobre la relació terapèutica són les següents: compromís, aliança terapèutica i resultats. En el quadre, s'observen clarament els punts de vista ben diferenciats que poden donar lloc a errors terapèutics per part de l'usuari i del professional de salut. Sorprenentment, en els resultats d'una relació intercultural fallida exposa uns mateixos sentiments per una banda i per l'altre: ansietat i frustració (Plaza i Hernández, 2014; Plaza del Pino i Veiga del Pino, 2011; Soler-González, Rodríguez-Rosich, i Marsal, 2014). Per altra banda, els beneficis d'una relació terapèutica efectiva en un intercanvi intercultural aporten múltiples implicacions beneficioses, tal com comenta Swihart i Hughes (2018). Una atenció culturalment adequada aporta satisfacció de doble impacte, al professional de la salut com a persona que ofereix els cuidatges i al pacient com a persona que els rep. Afegeix que és un requisit institucional que els centres presentin polítiques religioses respectuoses i es fomentin conductes d'atenció intercultural adequades.

Quan les persones migren, porten amb elles els seus coneixements, tradicions, costums, ideologies, etc. i entren a cohabitar en un territori amb un context sociocultural que pot diferir molt del propi. Tal com hem comentat anteriorment, tradicionalment l'idioma s'ha concebut com la barrera que ha representat la principal dificultat a l'hora d'atendre a pacients d'altres orígens. Però cada vegada més, els estudis evidencien que aquesta barrera idiomàtica representa una limitació subjectiva, que impedeix iniciar una trobada cultural efectiva. És evident que representa una dificultat, però les noves tecnologies, així com l'enginy i la comunicació no verbal són grans aliats en situacions on hi ha diversitat lingüística. Alguns articles, fins i tot, parlen de l'existència de mediadors en els centres hospitalaris o que els mateixos fills actuen com a mediadors (RNO, 2007; Osorio Merchan i López Díaz, 2008; Plaza i Hernández, 2014). Tot i que per Campinha-Bacote (2002), no treballar amb intèrprets o traductors professionals i fer ús de familiars o amics dels pacients que fan de mediadors pot comportar errors i dificultar l'efectivitat de la relació terapèutica. Per altra banda, Belintxon i López-Dicastillo (2014) comenten que aquesta barrera no és la més difícil amb la qual es trobaran els professionals de la salut. En destaquen el desconeixement de l'oferta del sistema sanitari, les diferències culturals respecte al contínuum salut-malaltia i els problemes socioeconòmics i/o laborals. En la revisió de Fuertes i Martín (2006), apareixen evidències on la població immigrant va amb

menys freqüència als centres de salut, i que, de vegades, quan ho fan ja es troben en processos avançats de malaltia.

Els centres de salut primària i els serveis d'urgències són els primers punts d'accés al sistema sanitari i, per tant, on primer van els immigrants. Les dones immigrants i la infància en el procés migratori, han estat els focus d'atenció de les investigacions en atenció primària. Les temàtiques més freqüents d'investigació, en relació amb la dona immigrant en atenció primària han estat: les desigualtats de gènere i salut, les diferents pautes reproductives i de fecunditat, l'anticoncepció, la morbiditat associada a l'embaràs i el part (Macipe Costa i Gimeno Feliu, 2011; Pasarín, Forcada, Montaner, Peray, i Gofin, 2010; Riera, Baraza, Masvidal, Frutos, i Estabanell, 2009). En relació amb la infància, García et al. (2007) parla de la necessitat de conèixer la història clínica del nen, coses que en alguns casos pot resultar difícil a causa de la barrera idiomàtica dels pares. En aquest àmbit, es dona molta rellevància a la vacunació; s'estableixen estratègies com el coneixement dels calendaris de vacunació dels països d'origen o l'activació de protocols de vacunació en absència de documentació.

En relació amb les malalties per les quals s'adrecen al sistema sanitari, si imaginem una piràmide, segons Fuertes i Martín (2006), a la part superior tindriem les malalties importades com el motiu pel qual menys persones van a atenció primària; a continuació malalties de base genètica, malalties reactives o d'adaptació i, finalment, les adquirides. Tot i així, s'ha de tenir especial cura amb aquestes malalties que poden quedar latents, ja que acostumen a ser malalties greus. Els mateixos autors citen un estudi descriptiu dels motius de consulta dels immigrants en què la majoria d'incidències de patologies es podrien relacionar amb el patiment psicològic. D'acord amb això, la doctora Rifà va centrar la seva tesi en aquesta aspecte. Va desenvolupar un diagnòstic infermer vinculat al procés migratori: risc de transició migratòria complicada (Rifà-Ros, Espinosa-Fresnedo, Alcázar-París, Raigal-Aran, i Ferré-Grau, 2018). Aquest diagnòstic està relacionat amb l'avaluació i la detecció incidències en l'adaptació de la persona immigrant. Els símptomes associats a un procés migratori complicat, poden donar lloc a problemes greus per a la salut de la persona i, a partir d'aquest diagnòstic, la infermera pot detectar-los i tractar-los.

1.1.4. Assumpcions pràctiques davant la diversitat cultural

En aquesta part es tracta d'analitzar quines han estat les intervencions per millorar la competència cultural dels professionals sanitaris en els últims 10 anys. El concepte de la competència cultural està relacionat amb l'habilitat d'interaccionar amb persones d'altres cultures i sobre el qual aprofundirem en els apartats següents. Aquest concepte va sorgir als Estats Units, país amb una forta tradició de diversitat cultural. En aquest cas, interessa saber quines intervencions s'estan duent a terme a Espanya, però primer es revisaran les intervencions dutes a terme en aquest país pioner en el concepte de la competència cultural.

Truong, Paradies i Priest (2014), van realitzar una revisió sistemàtica de les revisions relacionades amb les intervencions per millorar la competència cultural en salut. En aquest estudi van determinar una categoria de resultats entorn a les revisions enfocades a la millora de la competència cultural del professional de salut. Es van descriure un total de 7 revisions d'intervencions durant els anys 2007 i 2012. En totes es realitzaven cursos centrats en el coneixement, les actituds i les habilitats relacionades amb la competència cultural. Els resultats que s'enfocaven en mesurar les actituds incloïen l'autoeficàcia cultural (avaluació d'autoconfiança dels estudiants en el coneixement i habilitats en relació amb pacients d'altres cultures). També s'incloïen les actituds davant dels problemes de salut de la comunitat i l'interès en aprendre sobre altres cultures. Sis d'aquests articles van evidenciar millores en la competència cultural dels professionals.

Entre altres resultats destacables de l'article de Truong et al. (2014), en els articles revisats, es remarca que els estudis enfocats únicament en la consciència cultural eren insuficients. A més, havien rebut crítiques per incrementar els estereotips, és a dir, les intervencions que pretenien oferir formació enfocada en una cultura específica (o diverses), reforçaven l'existencialisme racial.

D'una banda, un altre aspecte destacat pels autors és que les diverses revisions remarquen la necessitat d'un marc conceptual uniforme sobre el concepte de competència cultural. D'altra banda, els estudis revisats mostren un ús empíric a partir de mesures per avaluar la competència cultural, però la majoria dels instruments utilitzats no estaven validats. Aquest fet ressalta una manca de rigor metodològic.

Truong et al. (2014), conclou que és necessari estudiar la multidimensionalitat del concepte de competència cultural per tal de realitzar formacions idònies, així com per obtenir instruments lligats a un model teòric.

El mateix any, Cochrane Library va publicar una revisió sistemàtica amb la mateixa premissa que la de Truong et al. (2014): analitzar la formació en competència cultural en els professionals de la salut. Aquesta revisió va incloure tres estudis d'Estats Units, un de Canadà i un dels Països Baixos. Horvat et al. (2014), en un article amb objectius similars al citat anteriorment, va revisar 5 estudis que complien un disseny de d'assaig controlat aleatori. Els dos estudis van concloure el mateix: una falta de rigor metodològic en la formació i l'ús d'instruments que avaluaven aspectes que els autors interpretaven com a elements de la competència cultural, sense un model conceptual de referència. Malgrat això, alguns dels dissenys formatius dissenyats en aquests articles, descriuen millora després de la formació.

Abrishami (2018) destaca com la formació en competència cultural en els professionals de la salut existent fins ara, ha estat enfocada a reduir les disparitats socials. Tot i els resultats positius que es referencien en els articles revisats per Abrishami, maquen d'una intencionalitat en fomentar la competència cultural pròpiament. Moltes d'aquestes es basen en formacions inadequades i/o es basen en uns estàndard erronis i poc adaptats. Jongen, McCalman i Bainbridge (2018), en una revisió sistemàtica de 16 intervencions per millorar la competència cultural en els professionals de la salut, comenten que hi ha una heterogeneïtat d'estratègies d'intervenció, mesures i resultats que donen lloc a comparacions dificultoses en relació amb els efectes de les intervencions. Tot i així, les formacions resulten ser beneficioses per millorar la competència cultural, totes les revisions anteriorment citades destaquen la manca de rigorositat en els dissenys formatius. Jongen et al. (2018) conclou que es necessari obtenir majors evidències en relació amb l'efectivitat de les formacions en competència cultural amb instruments vàlids, tant a nivell psicomètric, com de contingut en base a un marc conceptual de referència.

En relació amb les intervencions per millorar la competència cultural en el territori espanyol, no s'ha trobat cap revisió. Per aquest motiu es va decidir realitzar una revisió dels documents lligats a la formació i promoció en competència cultural en els

professionals de la salut en el context espanyol de l'any 2001 fins l'actualitat. Sorprenentment, el volum d'estudis es redueix notablement. Si comparem la quantitat d'estudis amb els realitzats als Estats Units, no només el volum és inferior proporcionalment, sinó que l'objectiu que persegueixen és molt diferent i en pocs casos hi involucrava una formació.

En primer lloc, es van identificar nombrosos articles enfocats en demostrar, a partir de revisions bibliogràfiques, la importància de treballar sobre aquest tema, però sense accions pràctiques. Altres tipus d'estudis trobats, es tracten d'eines creades pels professionals de la salut en relació amb tracte en la diversitat cultural en salut, però de forma passiva, és a dir, sense haver-hi un disseny formatiu darrera. Els estudis empírics s'han centrat en veure com el professional de salut percep la diversitat cultural dels pacients en general o, en molts dels casos, en relació amb un col·lectiu/religió concret. Per últim, i com una de les troballes més valuoses, tenim investigacions que han estat enfocades a millorar la competència cultural dels professionals de la salut. A continuació les repassarem.

Com a instruments pràctics enfocats a millorar de la competència cultural, es van trobar dues guies: una publicada a Catalunya i l'altra a Andalusia. La guia catalana es titula «Guia pel respecte a la diversitat religiosa en centres sanitaris de Catalunya» (Generalitat de Catalunya, 2015), i l'andalusa «Manual de Atención Sanitaria a Immigrantes» (Garcia, 2007). Aquesta última remarca que una de les dificultats en el procés d'atenció a la població immigrant és la «falta de formació en aspectes clínics relacionats amb la competència cultural» per part dels professionals i «formació deficitària en els aspectes socioculturals dels processos patològics». Descriu dos tipus d'actituds desfavorables: les hiperprotectores (o missioneres) i les de rebuig (com per exemple les d'assimilació o etnocentrisme).

En el manual de Garcia (2007), s'exposen les dificultats que poden trobar els professionals de diferents serveis i presenta estratègies per gestionar-les. Busca donar al professional estratègies de mediador cultural i, a la vegada, destaca que els centres haurien de dotar als professionals de temps, instruments suficients i adequats per oferir aquesta

atenció. Remarca que els protocols de la pràctica quotidiana estan enfocats en un perfil homogeneïtzat d'un pacient estandarditzat.

La guia catalana presenta un punt de vista similar al de l'andalusa, però també va dirigida als usuaris com a eina informativa dels serveis espirituals (relacionat amb la religió exclusivament). Les institucions han difós aquesta eina com a un recurs disponible però sense una formació que l'acompanyés. Tampoc sabem si aquesta eina és un recurs útil o no per als professionals de la salut. En qualsevol cas, es tracta d'un document que inclou informació rellevant de consulta per millorar la dimensió de coneixement cultural i augmentar la consciència cultural.

En relació amb investigacions sobre com la diversitat ha afectat el sistema de salut, Fuertes i Martin (2006) van realitzar un estudi anomenat «El inmigrante en la consuta de atención primaria». En aquest treball, proposen utilitzar el model de «Wenstern Ontario» per entrevistar els pacients immigrants com a eina per millorar l'atenció intercultural. El manual andalús també fa referència a aquest model que es basa en diferents tasques que es poden resumir amb els sis punts següents:

- 1) Exploració de la malaltia i dolència (l'experiència d'estar o sentir-se malalt)
- 2) Comprensió de la persona
- 3) Buscar punts en comú respecte al pla terapèutic
- 4) Incorporar la prevenció i la promoció de la salut
- 5) Incrementar la relació metge-pacient
- 6) Ser realista

Aquest model també explica les parts d'una entrevista semiestructurada, que es divideix en part exploratòria i part resolutiva. En la primera part hi ha els elements següents: rebuda cordial; delimitació de la cultura; escolta activa; esbrinar i completar dades; sumari d'informació rebuda; i exploració física. En cada apartat s'expliquen particularitats culturals de cada ètnia d'una forma homogeïtzadora de cada grup cultural. La part resolutiva consta dels elements següents: informació sobre la naturalesa del problema; proposta de plans d'acció; explicació del tractament i la possible evolució; comprovació de l'assimilació del pacient; precaucions i tancament de l'entrevista.

Entre altres propostes per millorar la pràctica assistencial tenim el document «Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria», una guia canadenca traduïda al castellà. Aquest document inclou protocols per a les bones pràctiques en competència cultural en el context individual, extern i institucional. Remarca la necessitat millorar la competència cultural a partir d'un autoconeixement personal, ja que aquest autoconeixement permetrà difondre aquestes bones pràctiques (RNO, 2007).

«Independientemente de si un responsable de contratación ha adoptado o no la competencia cultural, el cambio debe comenzar por uno mismo. Cada uno de nosotros hemos de servir de modelo de conducta culturalmente competente y compartir nuestras capacidades y conocimientos con los demás. Debemos invitar a los demás al debate y enfrentarnos a aquellas conductas o prácticas institucionales cuestionables»

(French, 2003 citat per RNO, 2007)

Fuertes i Martín (2006) creuen que en els serveis en què s'atenen immigrants, es necessitaria un coneixement previ per part dels professionals de la vivència salut-malaltia de la població atesa. En diversos articles, apareix la necessitat de la formació, tant per als professionals com per als immigrants (Álvarez-Miranda Navarro, 2008; Molina, 2006; RNO, 2007; Osorio Merchan i López Díaz, 2008; Rifà-Ros et al., 2013). D'acord amb aquestes idees, la guia andalusa, que, en el segon pla, planteja «deixar de treballar per a la població immigrant i passar a treballar amb ella» en un marc de col·laboració mútua i d'esforç bidireccional en relació amb la cultura acollidora (Garcia, 2007). Plaza del Pino i Soriano (2009) conclouen també que resulta necessària la formació específica en aquest camp per poder atendre adequadament a la diversitat de pacients. També consideren que la formació cultural en el grau d'infermeria resulta encara limitada. Afirmen estar convençuts de la necessitat d'abordar a curt termini una formació específica en competència cultural, a nivell de grau, postgrau i en formació continuada en la disciplina d'infermeria. En els estudis de formació de grau en Infermeria, algunes universitats han integrat assignatures que tracten aspectes relatius a les cures culturals. Algunes d'aquestes assignatures són: «Infermeria Transcultural», «Cures Globals d'Infermeria» i «Infermeria Antropològica» (Plaza del Pino i Soriano, 2009; Rifà-Ros et al., 2013). Una revisió sistemàtica enfocada en la competència cultural en infermeria de Reina i Romero (2014) destaca la manca d'articles, el seu caràcter descriptiu i la evidència empírica dels resultats.

Un dels pocs articles duts a terme a Espanya amb evidència empírica va ser el de Serra et al. (2013). Aquest treball analitza la competència cultural a partir d'una eina proporcionada per a un projecte anomenat «European Migrant friendly Hospitals» finalitzat l'any 2005. Aquesta eina es centrava en el coneixement de les diferents cultures com a clau per valorar aquesta competència. Es va utilitzar un qüestionari per valorar la capacitat del personal per adquirir competències culturals: «Cuestionario de Competencia Clínica Cultural-Pre» (CCCTQ -Pre) i es va realitzar un estudi descriptiu transversal amb 573 qüestionaris recollits de professionals de la salut del Parc de Salut del Mar (Barcelona) amb una participació multidisciplinària. Els resultats van mostrar un major coneixement d'aspectes socioculturals en les àrees maternoinfantil i de salut mental. Mentre que a l'àrea de geriatria el grau de coneixement era menor. Els metges van afirmar tenir més habilitats per tractar amb aspectes socioculturals, seguit de les auxiliars i per últim les infermeres. Més del 75% dels participants manifesten la necessitat de rebre preparació en diversitat cultural i salut. Per finalitzar, com a dada rellevant, són les àrees de geriatria i maternoinfantil les que perceben una major necessitat formativa i la quirúrgica la que menys. Els resultats són representatius de la realitat del centre assistencial estudiat, atès l'alt grau de participació.

Posteriorment, Serra et al. (2013) com a coautora, apareix en un estudi dirigit per Garcimartín et al. (2014) enfocat a millorar la competència cultural en els estudiants d'infermeria. Es va crear una assignatura en competència cultural i es va avaluar la seva efectivitat pre-post. La formació es va situar en el tercer any de formació del grau. Es van recollir 43 qüestionaris d'alumnes d'entre 20 i 46 anys. Es van obtenir resultats significatius de millora en competència cultural després de la formació.

Un altre estudi similar a aquest va utilitzar un instrument unifactorial anomenat «Escala de actitud ante la inmigración para enfermería» (Antonín-Martín i Tomás-Sábado, 2004). Aquesta escala consta de 39 ítems amb resposta tipus Likert. En l'estudi van participar 33 estudiants de tercer de carrera en una assignatura optativa anomenada «Infermeria i Multiculturalitat». Es van dur a terme un disseny amb mesures pre i post en què es van obtenir diferències significatives que indicaven una millora de la competència cultural mesurada (Rifà-Ros et al., 2013).

Tot i així, Monge et al., (2015), en una revisió sobre les limitacions i recomanacions metodològiques sobre les publicacions en salut de la població immigrant a Espanya, identifica una falta de dades relacionades principalment amb eines de mesura validades o que contemplin adequadament el constructe de la competència cultural.

1.1.5. Reflexió de la situació actual en competència cultural en salut a Espanya

En tots els articles es parla d'una creixent població estrangera que ha provocat un replantejament de l'atenció al pacient d'origen i/o cultura diferent. Com hem vist, s'han dut a terme estudis qualitius en professionals i estudiants de salut que mostren un interès creixent en la diversitat cultural, i la necessitat de millorar en competència cultural. Sandín-Vázquez, Larraz-Antón i Río Sánchez (2014), en el seu estudi sobre les desigualtats d'atenció a pacients immigrants, va concloure que els professionals perceben la recepció dels immigrants com un repte per a la prestació adequada de l'assistència sanitària. Però malgrat les evidències en necessitats formatives expressades, es manca d'evidències empíriques amb validesa externa.

A l'hora d'avaluar la competència cultural en els articles revisats, els instruments resulten molt específics en relació amb el contingut dels ítems i la intencionalitat de l'instrument. Per una banda, el contingut dels ítems d'alguns dels instruments estaven enfocats a un grup cultural diferent, concretament, en relació amb l'espiritualitat del grup. Això fa que les formacions i avaluacions estiguin enfocades a un únic aspecte de la diversitat, oblidant doncs, tots els matisos que la diversitat cultural realment involucra. Per altra banda, alguns dels instruments que s'han utilitzat, no han estat dissenyats sota un marc conceptual de referència.

Un altre aspecte a destacar és que la majoria d'articles trobats se centren en l'immigrant que procedeix de països en vies de desenvolupament. Per tant es treballa únicament la competència cultural enfocada des de la visió de reduir les disparitats socials, encara lluny d'una interpretació lligada a l'interculturalisme.

En relació amb el concepte de competència cultural o sinònims utilitzats en els articles trobats, tot i presentar similituds, però no hi ha un homogeneïtat conceptual en totes elles. Alguns aspectes que destaquen alguns els articles com a barreres culturals, es tracta de la idiomàtica. D'altres però, la posen en un segon pla i proposen estratègies pràctiques per afrontar aquesta dificultat (RNO, 2007). Salut mental, salut maternoinfantil, geriatria i atenció primària semblen ser els focus de major interès en les investigacions sobre diversitat cultural.

Resumint, els diferents articles revisats mostren una necessitat en formació en competència cultural, tot i que fins ara, no s'ha desenvolupat una formació dissenyada sota un marc conceptual de referència rigorós, lluny de l'homogeneïtat cultural. Així doncs, resulta interessant avaluar la competència cultural com a una teoria d'autoeficàcia, on més que posar el focus d'atenció únicament en reduir les disparitats socials, es centrin en fomentar els contactes interculturals de qualitat i d'enriquiment mutu.

Resulta interessant doncs, l'obtenció d'instruments dissenyats per avaluar la competència cultural sota un marc conceptual de referència que contempli que competència cultural no existeix com un atribut global ni particular, sinó que representa un conjunt d'elements (Betancourt, Green, Carrillo, Aneneh-Firempong 2003; Horvat et al., 2014). Gil-Estevan i Solano-Ruíz (2017), després de realitzar un estudi aplicant el model de Purnell (el qual veurem en el següent apartat) per tal d'oferir cuidatges culturalment competents en atenció primària, van obtenir les conclusions següents:

«Para ofrecer cuidados de calidad, culturalmente congruentes y competentes, es preciso desarrollar programas de formación en competencia cultural para profesionales, con el fin de dar a conocer la cultura del otro, y trabajar sin ideas preconcebidas y etnocentristas; ya que cuanto mayor es el conocimiento del grupo cultural al que se atiende, mejor es la calidad de los cuidados prestados»

(Gi-Estevan i Solano-Ruíz, 2017)

1.2. La construcció del concepte de la competència cultural

A continuació, es descriuen quins són els significats i aproximacions que s'han donat fins ara al concepte de competència cultural. Una definició que compta amb múltiples interpretacions i visions que el fan un concepte complex, i que precisa ser tractat en especial atenció. Com hem vist en l'apartat anterior, aquesta varietat en la interpretació del concepte, i la seva avaluació ha comportat una falta de rigorositat i validesa en els estudis. Per aquest motiu, resulta necessari treballar detalladament aquest concepte.

1.2.1. El concepte

«La cultura influeix en el pensament de les persones, decisions i comportament en el seu dia a dia. Inclou més enllà de l'ètnia o la raça»
(Cai, 2016)

El concepte *competència cultural* va aparèixer en la literatura internacional al voltant dels anys 70. El seu origen es troba en la disciplina d'antropologia generada als Estats Units i Anglaterra (Belintxon i Dicastillo, 2014; Busquets, Fons, Massallé, i Padrós, 2015; Macipe Costa i Gimeno Feliu, 2011). Inicialment, l'interès va estar focalitzat en l'estudi de minories, grups ètnics i religiosos llunyans al nostre context cultural. No obstant això, aquest interès ha anat evolucionant amb la creixent multiculturalitat de les poblacions. La comprensió i adquisició de la competència cultural resulta ser de gran interès a causa de l'evident desigualtat social lligada a conflictes i tensió social (Garcia, 2007; Ibarra Mendoza i González, 2006).

Actualment s'entén la competència cultural com un conjunt d'habilitats, actituds i comportaments que el professional hauria de tenir per oferir unes cures centrades en les particularitats de cada pacient. Es pot pensar que aquesta competència va més enllà de la pràctica diària, però és tot el contrari. Macipe (2011) explica que no es tracta d'habilitats diferents i allunyades del que són les pràctiques clíniques quotidianes. Segons ell, es tracta de potenciar la consciència i sensibilitat dels professionals de la salut per tal de realitzar un enfocament centrat en la persona que inclogui la cultura com un element més. Els diferents elements que configuren la identitat cultural d'una persona poden ser, per

exemple, el país d'origen, la llengua, la raça, l'ètnia, l'educació, la família, les tradicions espirituals, les pràctiques mèdiques o les dietètiques tradicionals.

La globalització ha donat lloc a societats amb una gran diversitat cultural i, arrel d'això, sorgeix el repte de la interacció entre cultures. Una interacció cultural que enlloc de potenciar-la i donar profunditzar en la riquesa de la diversitat cultural, el patrimoni cultural d'un territori pot mostrar interaccions basades en una relació de superioritat. A causa d'aquest augment de la diversitat, les trobades culturals en l'entorn sanitari han augmentat en els últims 20 anys a Espanya. El sistema públic de salut és un dels principals èxits d'aquest país (Eurostat, 2018). I, lògicament, les trobades culturals en salut s'han convertit en un dels reptes dels professionals de la salut avui en dia (Butler et al., 2016; Múrcia i López, 2016; Vázquez, Terraza, Vargas i Lizana, 2009). La competència cultural inclou posseir cultura general, així com informació culturalment específica d'aquells col·lectius amb diferències culturals que siguin freqüents en el context laboral segons Busquets et al. (2015). Serra et al. (2013) defineix la competència cultural com «la capacitat de treballar eficaçment i amb sensibilitat en contextos culturalment diversos».

Entre els mecanismes del comportament humà, relacionat amb les teories conductives, el més central o omnipresent és el de les creences de l'eficàcia personal. L'autoeficàcia representa un pilar sobre les respostes i maneres d'actuar dels individus que es poden relacionar amb la competència cultural (Bandura, 1997). L'eficàcia personal es basa en la creença fonamental que un té el poder de produir els efectes desitjats a conseqüència de les pròpies accions, tot i que segons Bandura (1982) el problema de la societat està la inconsciència en aquesta realitat i el poc incentiu per actuar o perseverar davant de dificultats.

El comportament és una estructura complexa amb molts factors que l'influeixen, encara que l'autoeficàcia és crucial en les diferents formes d'actuar, ja que com a humans cal afrontar la importància de les implicacions socials. El comportament social tendeix a generar una influència significativa l'acompliment diari. La gran majoria de conductes humanes s'aprenen observant, mitjançant la modelització: des de l'observació i la imitació. D'aquesta manera es forma una idea de com es generen noves conductes i es poden millorar d'altres. Segons Rotter, Chance i Phares (1972), els comportaments

principals s'aprenen en situacions socials, lligades a les necessitats que l'individu té per satisfer a l'altre. Per a aquest autor, hi ha dos supòsits principals quan parlem de personalitat: en primer lloc, que la personalitat s'aprèn i, en segon lloc que està motivada per objectius o metes.

La globalització ha generat un nou requisit de comportament que, en la societat, la influència mediàtica, els sentiments de por o fins i tot la incomprensió pot jugar un paper pervers⁵. En una interacció assistencial relacionada amb una trobada cultural, cal afrontar diferents reptes per generar una atenció culturalment congruent (Barker, 2000; Williamson i Harrison, 2010). L'autoeficàcia representa un element important, ja que pot influir, positivament o negativa en aquest comportament

Com hem vist en l'apartat anterior, una de les mancances principals en l'estudi de la competència cultural, és la manca d'un marc conceptual darrere d'aquest concepte. La realitat tan dinàmica, canviat i multicultural que existeix avui en dia, ha propiciat la dificultat d'aquest estudi i els obstacles per obtenir una aproximació pràctica per millorar-la. A continuació proposem fer un pas enrere, i observar què diuen les teories més contemporànies sobre la competència cultural en salut.

⁵ Ens referim als interessos polítics i mediàtics de crear, en determinades ocasions, una visió alterada marcada per la negativitat de les persones immigrades. No entrarem en debat sobre aquest dilema, però cal tenir-ho present atès que és una realitat social a la qual cal fer front creant una ciutadania més crítica.

1.2.2. Un recorregut pels models teòrics de la competència cultural

En aquest recorregut partirem del model de Leininger (1989). A partir de la seva aportació sobre la infermeria transcultural, s'ha anat desenvolupant àmpliament el concepte de competència cultural aplicada als cuidatges. La infermeria transcultural va néixer a partir de l'augment de consciència en els cuidatges que precisaven d'una interacció sota una vessant cultural (Suhonen, Saarikoski, i Leino-Kilpi, 2009). Els cuidatges culturals els relacionava amb un coneixement, sensibilitat i habilitats que les infermeres havien de proporcionar a les persones per tal de respectar la diversitat cultural individual. Els cuidatges havien de ser culturalment congruents, sensibles i competents. Va elaborar el model anomenat «Sunrise», el qual representa els components essencials de la seva teoria. Aquest model es va presentar com un instrument que permetia estudiar els diferents elements i components de la seva teoria i realitzar valoracions clíniques lògiques per la cultura atesa (Leininger, 1988; M Leininger, 2002; Muñoz de Rodríguez i Vásquez, 2007).

Com anirem veient al llarg dels paràgrafs següents, el model de Leininger va servir com a punt de partida per a l'elaboració dels models més contemporanis en l'atenció transcultural. En el seu punt de partida, descriu els individus com a persones que no es poden separar de la seva procedència cultural i de l'estructura social. Així com tampoc de la concepció del món, de la seva trajectòria vital i del context del seu entorn. Aquest representa un dels fonaments principals de la seva teoria. En el seu model, com es mostra a la figura 2, podem observar la subdivisió en 3 semicercles. En el superior, hi ha representats els components de l'estructura social i els factors de la concepció de l'entorn que influeixen en els cuidatges i la salut. A més a més, aquests influeixen en els sistemes que hi ha entremig del model i equivalen als aspectes a valorar en el pacient d'una altra cultura.

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

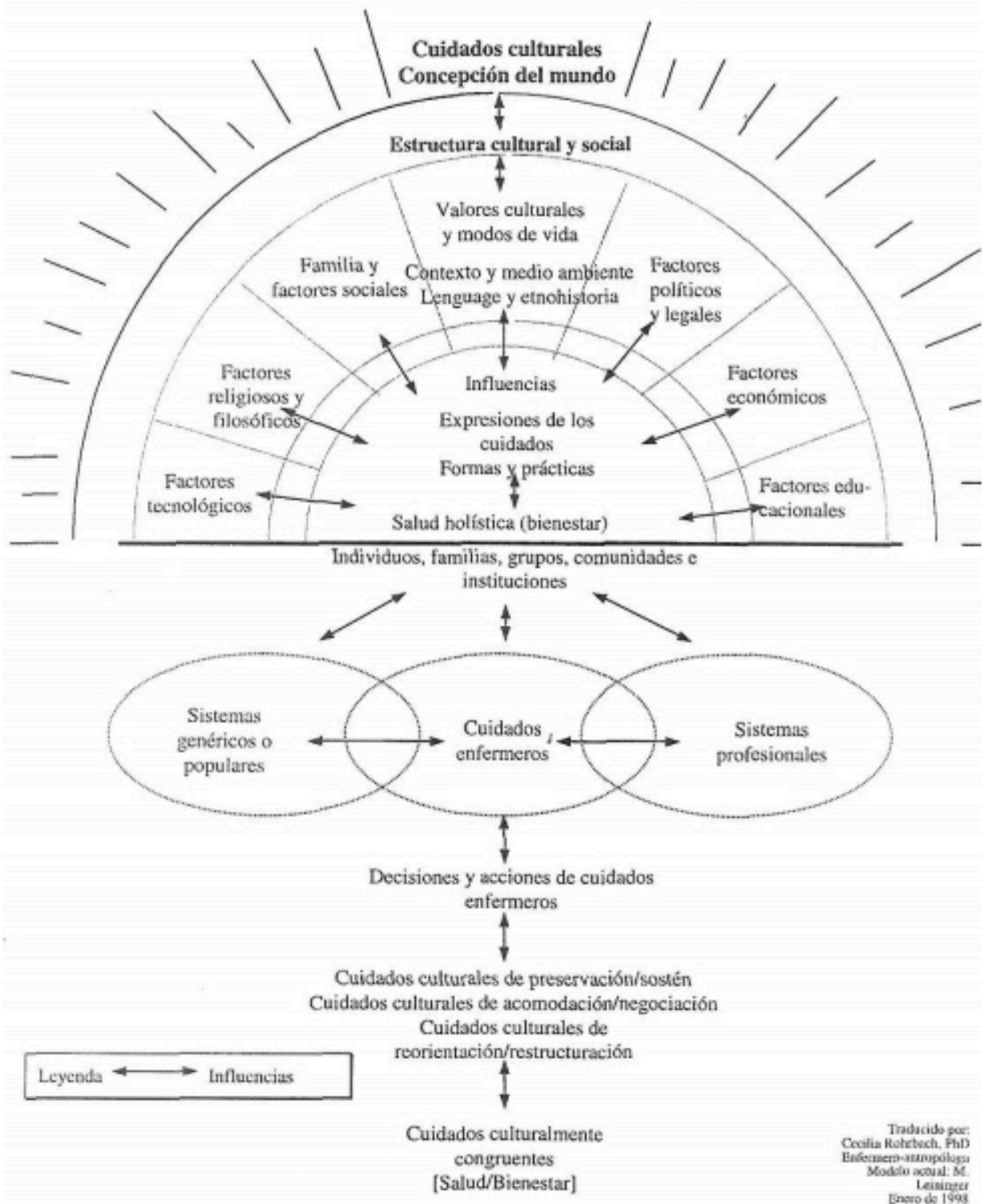


Figura 2: Model «Sunrise» Madeleine Leininger. Font: Leininger (2002)

Tot i que Leininger va ser la pionera de l'estudi de la transculturalitat, altres infermeres es van interessar per donar resposta als casos en què s'havien d'atendre persones amb una cultura diferent a la pròpia. Lipson, que va treballar conjuntament la perspectiva de les Cures en la Globalitat amb Afaf Meleis (Lipson i Meleis, 1989), va emfatitzar el paper que juga el «context» en el cuidatge culturalment competent. Per això, per a aquestes autores resulta necessari tenir coneixements, actituds i habilitats que ajudin al desenvolupament de la competència cultural.

Purnell (1999) va assenyalar un aspecte important en relació amb la formació de la competència cultural al llarg del temps. El procés de formació de la competència cultural no es desenvolupava de forma lineal. Cada persona adquireix habilitats en funció de les seves experiències i interaccions culturals. En aquests fragment sí que es fa palès que el concepte de competència cultural esdevé en essència senzill però a la vegada complex, tal com han anat descobrint les diferents investigacions consultades en l'apartat anterior.

Al llarg dels anys, han aparegut reinterpretacions sobre el concepte de la transculturalitat en l'àmbit de la salut que han comportat que sorgissin diferents models i teories enfocades a determinar com han de ser els cuidatges en salut per tal que siguin culturalment competents. Diversos articles han realitzat revisions bibliogràfiques per tal d'aconseguir una aproximació a una concepció unificada del concepte de competència cultural (Horvat et al., 2014; Lin et al., 2017; Loftin, Hartin, Branson, i Reyes, 2013; Shen, 2015). En aquests articles, destaca la divergència en la conceptualització teòrica, però conflueixen diferents postulats que coincideixen entre ells. En aquest apartat donarem una pinzellada als diferents models teòrics que diferents autors han utilitzat per parlar d'aquest constructe per tal d'arribar a explicar una cohesió conceptual de la competència cultural.

En la taula següent es presenten els principals models explicatius en competència cultural entre els anys 1999 i 2016 en salut. Tots els models estaven enfocats a explicar el constructe en relació amb els cuidatges dels professionals de la salut. La taula mostra la presència o no de diferents components que inclou el constructe de la competència cultural segons cada autor. Com podem veure, la consciència, el coneixement i l'habilitat cultural són elements bàsics de la concepció del constructe. El desig i les trobades culturals

també apareixen en molts d'ells. En aquesta taula també s'indica si d'aquest model n'ha sorgit un instrument i la metodologia utilitzada.

Autor/s (any)	Components del model								Metodologia	Instrument
	Consciència cultural	Sensibilitat cultural	Coneixement cultural	Habilitat cultural	Disg cultural	Trobades culturals	Altres			
Purnell (1999, 2013, 2016)	X	X	X	X					RB	
Campinha-Bacote (1998, 1995, 1999, 2001, 2002)	X	X	X	X	X	X			IE	X
Kim-Godwin, Clarke, i Barton (2001)	X	X	X						IE	X
Burchum (2002)	X	X	X	X	X			X	RB	
Papadopoulos i Lees, (2002)										
Papadopoulos, Shea, Taylor, Pezzella, i Foley (2016)	X	X	X	X			X	X	RB	X
Hart, Hall, i Henwood (2003)	X	X	X	X				X	RB	
Schim, Doorenbos, Miller, i Benkert (2003; 2007) Schim i Doorenbos (2010)	X	X	X	X	X	X	X	X	IE	X
Sue (2006)			X					X	RB	
Balcazar et al. (2009, 2011)	X	X	X	X	X	X	X	X	RB/IE	X
Owiti et al., (2015)			X	X				X	RB	X
Cai, (2016)	X	X						X	RB	

Taula 5: Resum dels models explicatius revisats de competència cultural (1999-2018).
RB: Revisió bibliogràfica; I: Investigació empírica

Cal destacar que en observar els resultats dels estudis, apareix un gran nombre de documents a l'inici del segle i en els darrers anys. Predomina la metodologia de revisió bibliogràfica. Els documents més recents estan creats a partir de revisions bibliogràfiques i alguns d'ells inclouen pocs dels components que predominen en la majoria de models. En el cas del model de Sue (2006) es tracta d'un model enfocat a terapeutes en què hi predominen aspectes relacionats amb el coneixement cultural. Owiti et al. (2014) presenta, a partir d'una teoria sorgida de revisions bibliogràfiques, un instrument per avaluar una formació enfocada en el coneixement sorgit d'aquesta formació. En el cas de Cai (2016) es tracta d'una revisió bibliogràfica que inclou els models principals. En el cas de Balcazar (2009), Campinha-Bacote (2002) i Schim i Doorenbos (2010), es presenten models sorgits de revisions bibliogràfiques o investigacions que han presentat una continuïtat i desenvolupament més ampli del model a partir de dades empíriques.

A continuació, i en relació amb la taula anterior, aprofundirem en els models principals que expliquen el concepte de competència cultural. Aquests models es van seleccionar atesa la seva rellevància en l'aplicació en investigacions recents i la inclusió del major nombre de components sorgits de l'aparició més freqüent en els models consultats. Es va escollir el model de Purnell com a model teòric. En el cas dels models sorgits a partir d'una metodologia d'investigació empírica, es va escollir el model de Campinha-Bacote i el model de Schim i Doorenbos. Aquests dos models presenten una solidesa conceptual a partir de la qual altres autors com Balcazar et al. (2009), Owiti et al. (2015) i Cai (2016) basen la seva interpretació conceptual sobre competència cultural.

Model teòric de la competència cultural: Purnell

Aquest autor concep l'adquisició de competència cultural com un procés no lineal. La raó és el caràcter canviant de la societat, un canvi que influeix tant en el pacient com en la pròpia persona que té una percepció de la realitat mal·leable i fluctua. El seu model proposa que el professional de salut és el major responsable de la creació d'un entorn adequat per valorar les influències i la identificació de les particularitats individuals en què la cultura influeix de manera significativa.

Es tracta d'un model aplicable a totes les situacions de la pràctica professional i en qualsevol context. Per a Purnell, la competència cultural s'ha de concebre com l'adaptació de l'atenció d'una manera que és consistent amb la cultura de l'usuari (Marrero-González, 2013). Per tal d'aconseguir aquest propòsit de conèixer la cultura de l'usuari, l'autor descriu dos tipus de característiques que el professional de salut ha de tenir en compte per tal de concebre les particularitats culturals de l'usuari. Per una banda, tenim les característiques primàries, relacionades amb a la nacionalitat, raça, color de pell, gènere, edat i afiliació religiosa. Per altra banda, tenim les característiques secundàries, relacionades amb l'estat socioeconòmic, nivell d'educació, ocupació, creences polítiques, residència rural o urbana, estat civil, orientacions sexuals, etiologia del projecte migratori temps fora del país.

Segons Marrero-González (2013), el model de Purnell s'ha desenvolupat a partir de teories i investigacions obtingudes de l'organització, comunicació administrativa i teories del desenvolupament familiar. Per a Purnell (1999), la família té un paper crucial en el desenvolupament de cuidatges culturalment competents. El metaparadigma que proposa està format per comunitat, societat global, salut, persona i família.

En relació amb la comunitat, Purnell es refereix al grup o classe de persones amb interessos comuns i identitat que viuen en un lloc específic. En el cas de societat global, es tracta del fet de considerar el món com una comunitat gran de persones en continua multiculturalitat. El concepte salut, l'inclou en el seu metaparadigma com l'estat sa, definit per una persona o un grup ètnic i que generalment té implicacions físiques, mentals i fins i tot espirituals concretes que actuen recíprocament amb la família, comunitat i societat global. Per últim, en relació amb la família, es refereix a quan dues o més persones es relacionen emocionalment l'una amb l'altra. La no necessitat de viure en una proximitat estreta l'una amb l'altra i hi pot o no haver consanguinitat. Sobre aquesta dimensió, (Gimenez, 2003) realitza una aportació molt interessant vinculada amb una perspectiva interculturalista. Proposa utilitzar, enlloc del concepte o terme «famílies immigrants i/o estrangeres», «famílies vinculades a la immigració». La seva estratègia busca evitar reduccionismes i etiquetes, tot simplificant la gran diversitat de formes que adopten aquestes famílies configurant les seves circumstàncies concretes (La Spina, 2012).

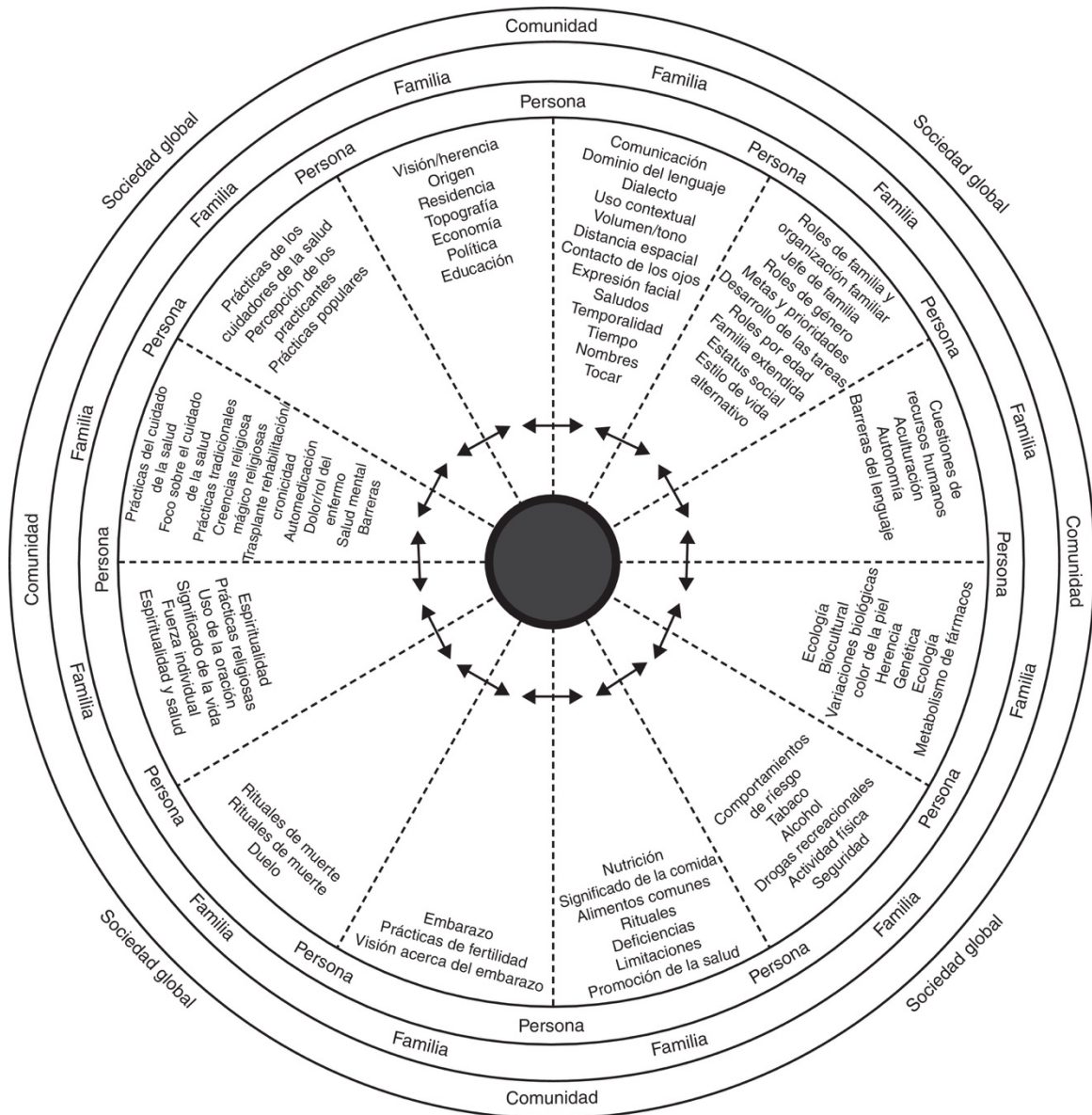


Figura 3: dimensions del model de Competència Cultural de Purnell. Font Dolores i Solano (2017)

Un dels aspectes que resulta interessant del seu model és la disposició circular dels dominis culturals amb els elements del metaparadigma del model exposats anteriorment. En total exposa 12 dominis: herència cultural, comunicació, rols i organització familiar, assumptes de treball, ecologia biològica, comportaments de risc, nutrició, embaràs, rituals de mort, espiritualitat, practiques de salut i proveïdors de salut (veure figura 3).

Model teórico-pràctic de la competència cultural: Model tridimensional de la congruència cultural

El model que proposa Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002) s'anomena «Process of Cultural Competence in the Delivery of Health-care Services». Aquest model sorgeix després d'un llarg procés de cerca en relació amb aquest concepte. L'autora compta amb investigacions relacionades amb la diversitat cultural, l'educació i les seves implicacions en competència cultural, així com treballs relacionats amb proporcionar cuidatges culturalment competents dins de les organitzacions sanitàries (Campinha-Bacote i Padgett, 1995; Campinha-Bacote, 1998, 1999; Campinha-Bacote i Munoz, 2001). Aquestes investigacions les van portar l'any 2002 a presentar el seu model sobre competència cultural. Aquest model considera que la competència cultural és un procés continu en el que el professional de salut s'esforça contínuament per aconseguir la capacitat de treballar efectivament en el context cultural del pacient. El seu model inclou els metaparadigmes d'individu, família i comunitat. Aquest procés continu del qual parla Campinha-Bacote, implica la integració de la consciència cultural, el coneixement cultural, les habilitats culturals i les trobades culturals.

Les trobades culturals en combinació amb el desig cultural és el primer pas per treballar la competència cultural segons Campinha-Bacote (1998). Per una banda, les trobades culturals fan referència al procés en que el professional de salut està en contacte directament, a partir d'interaccions interculturals, amb els pacients d'orígens diversos. Cal destacar però, que pel fet d'interactuar múltiples ocasions amb un grup ètnic específic no es tradueix a desenvolupar, consegüentment, competència cultural. Això és degut a la variació intra-ètnica que hi ha dins dels grups culturals. Cal tenir en compte que en les trobades culturals hi intervenen factors determinants per a què aquesta s'efectuï d'una forma o d'una altra (Marrero-González, 2013; Martínez, Martínez, i Calzado, 2006). Entre aquests factors tenim els social (estructura social; grau en que la societat està organitzada en jerarquia de poder, ètnia, gènere, etc), els situacionals (l'escenari en que té lloc el contacte; la naturalesa de la interacció; el tipus de tasca a executar), personals (característiques sociodemogràfiques dels individus; trets de personalitat; actituds i creences que tenen de la situació de contacte) i mediadors (respostes cognitives i afectives

dels intervinents). I no podem oblidar, que sense desig cultural, relacionat amb un interès en interaccions interculturals, esdevé un element primordial perquè juntament amb les trobades culturals si que es desenvolupi la competència cultural segons Campinha-Bacote (2002)

La concepció de competència cultural segons Campinha-Bacote, presenta similituds a la que proposa Bandura, a partir de les teories conductistes, considerant que la interacció dóna lloc a un entrenament de la competència cultural. Aquesta teoria conductista de l'aprenentatge de la competència cultural, està relacionada amb les teories del condicionament clàssic i el condicionament operant. El procés de mediació es produeix entre estímuls i respostes i s'aprèn el comportament de l'entorn a través del procés d'aprenentatge observacional. De vegades la gent tendeix a interactuar sense competència cultural, per una manca d'actitud que implica un comportament culturalment competent o inclús, com en l'«experiment de nines bobo» (Bandura, Ross, i Ross, 1963), per imitació de conductes negatives. Bandura va demostrar com en un procés d'aprenentatge, l'observació de conductes negatives, eren reproduïdes simplement degut a la normalització d'aquestes. Això ho podríem comparar amb les conductes etnocidies que han marcat la història o conductes actuals com la discriminació.

Per consciència cultural, l'autora parla de la capacitat de realitzar un autoexamen i una autoexploració en profunditat del propi fons cultural o herència cultural. Aquest procés implica el reconeixement de les pròpies característiques, prejudicis, i suposicions que els professionals tenen sobre les altres persones d'altres cultures. La manca d'una consciència cultural per part del professional de salut, es pot derivar a interaccions d'aculturació on el professional imposa actituds d'etnocentrisme o missioneres. Parlem de la imposició cultural quan hi ha tendència d'un professional de salut a imposar les seves creences, valors i patrons de comportament amb l'altre cultura. Cal remarcar també que segons l'autora, es primordial que per què això es desenvolupi cal que prèviament hi hagi un desig cultural.

Campinha-Bacote remarca com a una altra dimensió de la competència cultural el coneixement cultural. Aquesta dimensió resulta necessària per tenir nocions teòriques sobre diferents cultures, així com una base d'habilitats culturals que donin lloc a una

sensibilitat cultural. En relació amb les habilitats culturals, sorgint de la teoria de Leininger, resulta precís que el professional apliqui eines d'avaluació cultural al pacient per tal d'examinar diferents àrees que li permetin establir una relació terapèutica adequada tenint en compte el seu context cultural. Aquestes avaluacions es basen en revisions sistemàtiques dels individus, grups i comunitats per tenir coneixement sobre les seves creences, valors i particularitats concretes que estiguin relacionades el procés de salut o avaluació diagnòstica. Com a exemple trobaríem que un professional de salut amb habilitats culturals seria aquell que té en compte diferències físiques concretes o variàncies bioquímiques respecte un grup ètnic. En la següent figura es representen les principals dimensions abans esmentades que donen lloc al procés de competència cultural, el model de Campinha-Bacote:

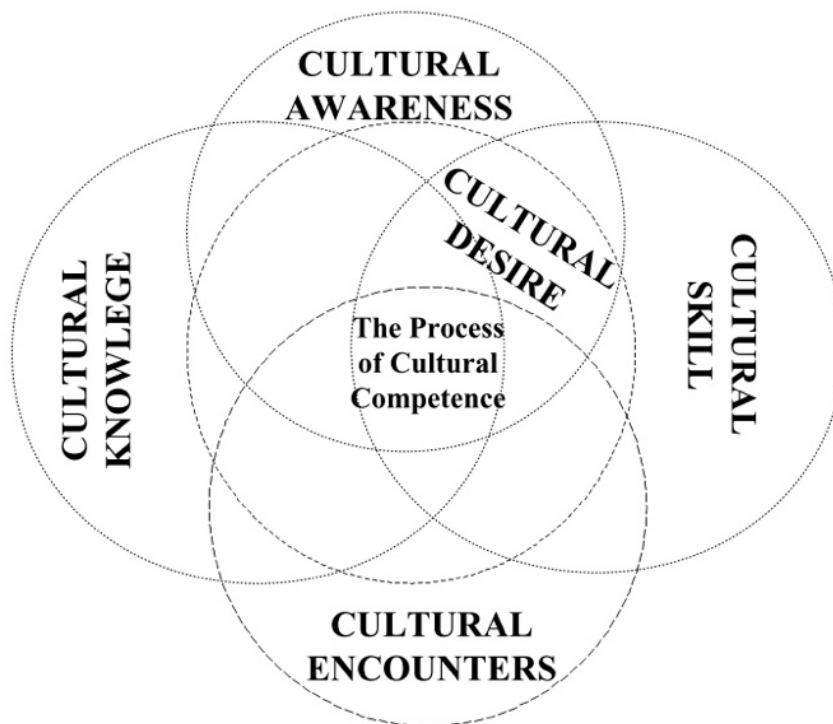


Figura 4: Dimensions del Model «Process of Cultural Competence in the Delivery of Health-care Services» de Campinha-Bacote. Font: Campinha-Bacote (2002)

El que resulta interessant d'aquest model és la interacció entre les dimensions que l'autora estableix pel constructe de la competència cultural. Això permetrà que els professionals de la salut treballin individualment qualsevol d'aquestes dimensions per millorar l'equilibri de les cinc. És en la interacció entre aquests constructes on es dona realment el que ella anomena «Procés de competència cultural». Aquesta mateixa autora,

uns anys previs va escriure un article relacionat amb la dificultat de recerca sobre aquest constructe. És per això, que ella mateixa conjuntament amb el model presentat, creà un instrument que més endavant comentarem (Campinha-Bacote i Munoz, 2001).

Un dels altres models que descriurem i posarem especial atenció és amb el que proposen Schim i Doorenbos. Farem un repàs per el procés de les autores que han passat per donar lloc al model actual que proposen. Aquest model, anomenat «Model Tridimensional de la Congruència Cultural», remarca el paper de l'autoconeixement del professional de salut juntament amb conèixer el pacient i el seu context, per desenvolupar cures culturalment congruents (sinònim de competència cultural).

Les autores presenten un treball progressiu i gradual entorn al concepte de la competència cultural. El model que a continuació presentarem sorgeix d'un treball presentat per Schim i Miller (1999) anomenat «Cultural Competence program core components». A partir d'aquest, Schim va començar a treballar amb Doorenbos i van desenvolupar un instrument d'avaluació (que treballarem més endavant). Arrel de la validació d'aquest instrument, es va desenvolupar el seu model més recent. A partir de diferents recerques buscant evidències empíriques a través de l'instrument, van elaborar un model hipoteticodeductiu relacionat amb la competència cultural. Una primera versió del model va aparèixer el 2007, on les autores van anomenar-lo Model Tridimensional de la Congruència Cultural. Aquest model presentava postulats teòrics que corroboraven les dimensions establertes en l'escala que es fonamentaven amb les investigacions ja realitzades. L'any 2010, van publicar un article aplicant un model en un marc de referència per la intervenció culturalment congruent en la pràctica clínica.

El seu model remarca el fet que la cultura subjacent a la prestació de serveis de salut a nivell de pacient, proveïdor de salut i sistema. Aquests són la base de les expectatives de les accions, interaccions i significats de l'atenció. Es té en compte també a la família i la comunitat com a objectiu en l'atenció culturalment congruent. El seu model emergeix en l'atenció a les cures pal·liatives, on comenten, que la cura d'aquest triangle de protagonistes en el procés de cuidar, es fa més evident la necessitat de interaccions. Però aquest pot ser adaptat a qualsevol context, donada la seva coherència en la interacció tridimensional que proposen amb les teories de competència cultural.

Schim i Doorenbos (2010) ressalten que, en l'actualitat, les teories sobre diversitat cultural són cada vegada més conscients de l'estat actual de la societat, i fan una crida per a l'expansió del pensament sobre les variables culturals per incloure alguna cosa més que la raça i l'ètnia. Aquestes variables culturals formen un rerefons amb la interacció en processos de salut i l'atenció sanitària que s'han de tenir en compte. Tornant a la importància que donen les autores a l'atenció culturalment congruent en el procés de morir, ressalten que és llavors quan aquestes variables culturals passen d'un rerefons a un primer pla, així com la família. Tot i que la família hauria de tenir-se en compte en tot moment i procés de salut-malaltia.

En el següent fragment extret d'un dels articles de les autores introdueixen l'estructura del seu model en forma de puzle tridimensional:

«L'atenció culturalment congruent pot ocórrer quan els nivells de proveïdor i client encaixen bé. És el procés mitjançant el qual els proveïdors i clients creen un ajust apropiat entre la pràctica professional i el que els pacients i les famílies necessiten i desitgen en el context dels dominis culturals rellevants. A través de l'atenció culturalment congruent, els desitjos i les necessitats del pacient i la família s'aborden hàbilment en interacció amb els proveïdors que s'adapten l'atenció per satisfer les necessitats úniques dels pacients i les famílies. La construcció de l'atenció culturalment congruent avança en aquest camp en reconèixer que l'atenció es dona en una interacció dinàmica entre clients i proveïdors i que les actituds, percepcions i comportaments del pacient, la família i el proveïdor del client influeixen en els resultats»

(Schim i Doorenbos 2010)

Aquest model presenta les següents tres capes, cada una d'elles, com em dit, formades per peces de puzle ben encaixades:

- A la primera, els elements del professional de salut
- A la segona, elements del pacient
- A la tercera, l'atenció culturalment congruent, que es representa com l'objectiu d'aquesta interacció

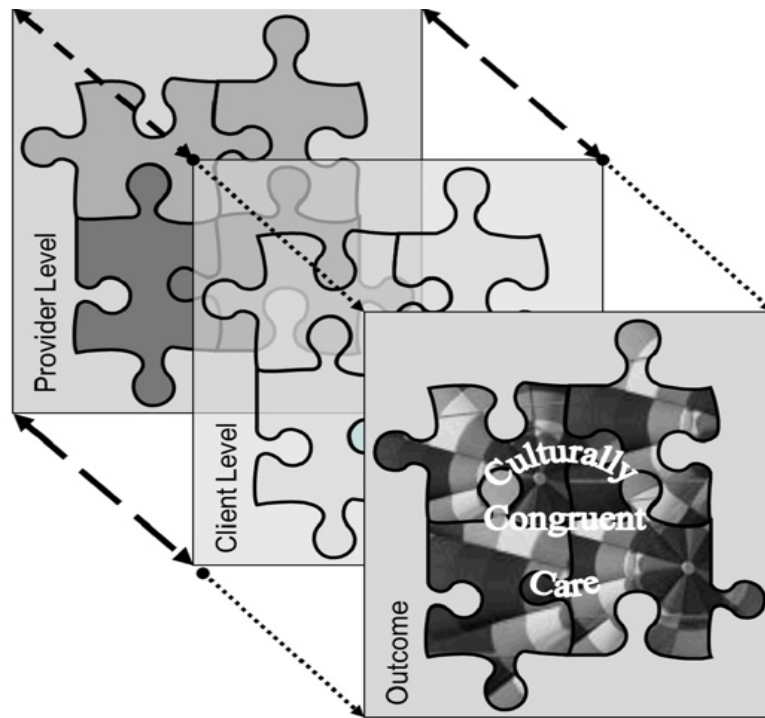


Figura 5: Model Tridimensional de la Congruència Cultural de Schim i Doorenbos. Font: Schim i Doorenbos (2010)

En el primer nivell, es troba el professional de la salut format per quatre components: la diversitat cultural, la consciència cultural, la sensibilitat cultural i els comportaments de competència cultural. En aquest nivell, s'indica que el professional de la salut necessita un procés d'aprenentatge individual en què s'incloguin aquests components, que són indispensables per permetre l'encaix amb les peces del nivell següent: el pacient.

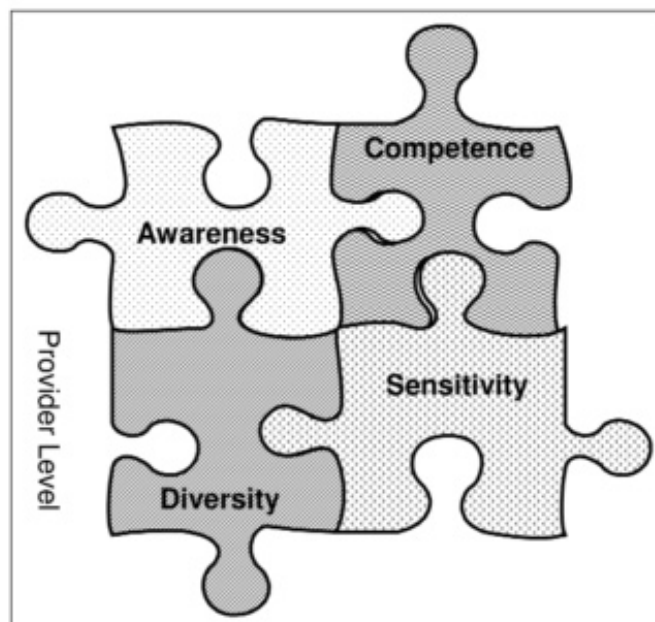


Figura 6: Nivell del proveïdor de salut del model tridimensional de la congruència cultural. Font: Schim i Doorenbos (2010)

Per una banda, tenim la consciència cultural que forma part d'una de les peces del puzzle del nivell del professional de salut. Aquest concepte és un constructe cognitiu. Les autores posen èmfasi en que aquest concepte està implicat en la capacitat de processar el coneixement i l'aptitud vers els cuidatges. Això fa referència a la construcció de la consciència, que reconeix el risc de la incompetència inconscient, concepte que també descriu Purnell en la seva concepció no lineal de la competència cultural. Per tant, no ser conscients de les implicacions de l'atenció culturalment competent, pot comportar a la incompetència cultural. En relació amb això, les autores critiquen aquells estudis que estudien les pautes d'un grup cultural, ètnic i religiós i realitzen afirmacions sobre allò que «ells» pensen, senten, volen i necessiten. Les autores fan referència als 12 dominis de Purnell (1999), per exemplificar que resulta interessant conèixer les particularitats d'aquests dominis en relació amb les cultures tractades amb més freqüència com una eina de conscienciació, evitant la redundància i l'homogeneïtzació.

La sensibilitat cultural és la dimensió relacionada amb l'afectivitat o actitud. Una actitud de la persona cap a ella mateixa i cap als altres i relacionada amb l'obertura a l'aprenentatge. Aquí s'inclou allò que Campinha-Bacote descriu com a desig cultural, relacionat amb el «voler» relacionar-se i adquirir habilitats culturalment competents. Ara bé, el fet de tenir sensibilitat no ens allibera de dur a terme actituds que no s'engloben dins de la competència cultural, és a dir, de la sensibilitat enfocada en el voler-se relacionar, però al voltant d'un paradigma etnocentrista o una conducta missionera o d'aculturació que comporta un conflicte en aquesta relació (Campinha-Bacote, 1998).

El concepte de diversitat cultural el podríem relacionar amb el concepte de Campinha-Bacote en relació amb les trobades culturals. Les autores parlen d'aquest concepte com la divergència pròpia que hi ha en la diversitat cultural, que relacionat amb allò que esmentava Purnell, no podem concebre l'atenció cultural com un conjunt de coneixements que anem adquirint, sinó que cada individu presenta unes característiques primàries i secundàries específiques que el fan únic, de manera que cada trobada és irrepètible.

Per últim, la peça que completa el puzzle del nivell del professional de la salut de Schim i Doorenbos és la competència cultural. En aquest cas, es tracta de la conjugació

de les dimensions esmentades i que desenvolupen conductes culturalment congruents. Segons això, tenir les darreres dimensions assolides, però no desenvolupar conductes que les corroborin, ens allunya de ser culturalment competents. Schim i Doorenbos ressalten que l'objectiu dels esforços per desenvolupar la competència cultural és fomentar la demostració consistent i apropiada dels comportaments d'aquesta competència: «les competències culturals són habilitats cognitives, afectives i psicomotores específiques que són necessàries per facilitar la congruència cultural» (Schim i Doorenbos, 2010).

En el segon nivell, el del client (pacient), s'inclouen els individus, famílies o altres grups o comunitats. En aquest nivell, no es representen els mateixos components que en el del professional de la salut, sinó que les autores opten per dimensions culturals que es prestin millor per a l'avaluació i les intervencions i que, per tant, poden conduir a una atenció cultural més efectiva. La comprensió en les formes en què els grups tendeixen a diferir en aquestes dimensions de la cultura permet formes de pensar globalment sobre la diversitat. Això porta a allunyar-se d'estereotips inapropiats i actuar localment. Permet una intervenció adaptada a les necessitats específiques del pacient. Les autores proposen una llista de d'aspectes culturals. Aquesta llista no pretén ser una llista exhaustiva, sinó un punt de partida a partir del qual treballar i explorar.

Aspectes culturals comuns	Variacions úniques individuals i grupals
Família	Qui la forma. Rol familiar. Estructura familiar
Llar	Significat de llar. Localització i configuració
Salut, malaltia i cuidatges	Diferents significats, expressions de cuidatge. Expectatives dels professionals de la salut
Nutrició	Significat del menjar. Menjar «bo; prohibida; casolà»
Espiritualitat	Religió. Pràctiques espirituals
Educació	Valor de la educació. Nivell educacional. Qui accedeix a la educació
Presa de decisions	Com les decisions es prenen y qui las pren. Autonomia individual/col·lectiva
Valors, creences, costums	Valors, creences y costums personals i individuals
Orientació del temps	Significat del temps. Horaris. Interpretació de «arribar aviat» y «arribar tard»
Espai personal	Distància de confort.
Comunicació	Llenguatge primari, literal, facilitat del llenguatge. Llenguatge verbal, no verbal y simbòlic.

Taula 6: Dimensions culturals proposades per Schim i Doorenbos. Font: Schim i Doorenbos (2010)

El seu model es basa en un canvi individual per garantir la competència cultural. Reconèixer els efectes profunds i penetrants dels problemes socials que obstaculitzen l'atenció culturalment congruent, i treballar conscientment per mitigar aquests efectes és essencial per resoldre finalment els problemes a nivell macro de les disparitats de salut, l'accés equitatiu i la justícia social (Schim et al., 2007). A més es ressalta un aspecte important: la seva necessitat d'intervenció i inclusió interpretativa en la interacció, encara que es planteja com un repte que cal arontar. Parlem de les barreres institucionals i organitzatives que poden facilitar o bloquejar l'atenció culturalment congruent, tal com comenten les autores en aquest fragment:

«Un exemple d'un atribut organitzacional que facilita l'atenció culturalment congruent es trobaria en un hospital que durant molts anys va prestar serveis a una comunitat urbana de baix nivell socioeconòmic i ha desenvolupat una reputació en aquesta comunitat per un tracte just i sense prejudicis per a les persones de color independentment d'habilitat per pagar. Un exemple d'un atribut organitzacional que inhibeix l'atenció culturalment congruent seria una agència de cures pal·liatives en una comunitat amb una gran població àrab nord-americana que no ofereix senyalització, formularis o material educatiu en àrab»

(Schim i Doorenbos, 2010)

Una de les propostes de Schim i Doorenbos (2010) en la última versió del seu model, ha estat un marc de referència per a l'atenció culturalment congruent. Aquest model està compost de les fases següents: apreciació, allotjament, negociació i explicació. L'etapa més relacionada amb l'avaluació de la trobada cultural és l'apreciació cultural. En aquesta etapa, l'objectiu del professional de salut és observar i aprendre els contextos culturals i les creences personals, valors i patrons del pacient. Després, es tracta de pensar sobre la seva comprensió global de la cultura i treballar amb el pacient per posar les conductes observades en perspectiva. El repte es troba en reconèixer les necessitats o no d'intervenció. En aquest nivell entren en joc les dimensions de consciència cultural i la diversitat cultural.

En segon lloc, tenim el que les autores anomenen «acord cultural». En aquesta etapa, es requereix flexibilitat i assertivitat. Es busca incloure la dimensió de la sensibilitat en

relació amb què les persones han de ser tractades com volen que se les tracti sempre que sigui possible.

En tercer lloc, trobem la negociació cultural afectiva. Requereix d'una avaluació acurada, igual que l'apreciació i l'acord. Les autores comenten que aquesta fase és una oportunitat per donar lloc a la imaginació. A més a més, en la mateixa fase el professional de salut que precisa de la negociació, necessita comprendre el significat dels comportaments culturalment desitjats, i buscar formes d'implementar la major quantitat d'adaptació possible sota les circumstàncies.

Per últim, tenim l'aclariment cultural, que entra en joc quan els esforços d'apreciació, acord i negociació fracassen. Aquest pas només seria apropiat quan l'avaluació revela que allò que el client, la família o la comunitat vol i necessita és immoral, il·legal, abusiu o insegur d'alguna manera que el col·loca més enllà de l'àmbit de la negociació.

A continuació, es presenten exemples dels diferents passos que presenten les autores. Aquests exemples estan enfocats a les cures pal·liatives donat que l'enfocament que han donat en els seus darrers articles ha estat enfocar a aquesta especialitat. A continuació se'n descriu un dels que presenten en els seus articles (Schim i Doorenbos, 2010):

- **Apreciació cultural:** un exemple d'apreciació cultural pot ser quan una gran família multigeneracional es reuneix al costat d'un pacient que està en un procés final de vida. Imaginem que l'habitació és petita, el dia càlid i hi ha un nou professional de salut desacostumat a aquest caos i confusió. Aquest professional es pren el seu temps per observar i aprendre de la seva avaluació sobre la definició de família i el significat de tenir la família present en aquest moment de transició. Ella s'assabenta que la família d'aquest pacient inclou ties, oncles i cosins, així com també pares, germans i fills. La família també inclou a membres de la comunitat religiosa i veïns propers. En el seu context cultural, la presència de tota la família estesa al costat del llit és l'expressió apropiada del seu amor i cura. Després d'assabentar-se de com la família entén la seva necessitat d'estar present, el professional de salut decideix de manera apropiada que el patró familiar desitjat no requereix intervenció en absolut, sinó que ha de ser respectat. Si les coses que el pacient i la família desitgen no causen dany actiu, incomoditat addicional o molèstia indeguda a altres persones, llavors la simple acceptació i apreciació de les diferències i similituds del comportament, és l'enfocament més respectuós.

- **Acord cultural:** posem per exemple un pacient moribund que és musulmà, i la família sol·licita que s'enfronti a la Meca en les últimes hores. Mourre el llit a la direcció adequada és una adaptació que requereix una mica de temps i planificació, però que en general és molt apreciada i aconseguida sense grans esforços. L'allotjament requereix un pensament innovador sobre com l'atenció es pot adaptar per satisfer les necessitats i desitjos del client. La cultura institucional biomèdica occidental quasi sempre valora les regles, la coherència i tracta a tots de la mateixa manera. L'allotjament cultural requereix flexibilitat i tracta a les persones de la forma en què volen que se les tracti sempre que sigui possible.
- **Negociació cultural:** Un exemple d'una situació que necessita habilitats de negociació es va descriure en la història de Shanti, una dona hindú de 64 anys amb càncer de mama metastàtic molt dolorós (Gelfand, Raspa, Briller i Schim, 2005 citat en Schim i Doorenbos 2010). Shanti es va inscriure en un programa de cures pal·liatives, però es va negar a prendre tots els analgèsics. La seva forta creença hindú, deia que el patiment era part del seu karma. Això va crear un conflicte significatiu entre ella, els seus familiars més propers i els professionals de la salut de cures pal·liatives del centre. Com a resultat d'una bona avaluació i enteniment cultural, amb l'ajuda d'una infermera que va actuar com a intermediària cultural, l'espòs i la filla de Shanti van poder negociar una dosi d'analgèsic que atenuaria prou com per permetre un pensament més clar sense violar els seus desitjos.
- **Aclariment cultural:** en el cas d'un pacient que sol·licita un suïcidi assistit professional en un estat on això no és legal o en una situació on el professional s'oposa moralment a la pràctica. En un exemple extrem, la intervenció ha d'incloure almenys una explicació clara, honesta i respectuosa dels motius pels quals no es pot complir una sol·licitud.

Les autores remarquen que l'atenció culturalment congruent pot portar a errors, però destaquen la importància d'aprendre d'aquests errors i demanar el feedback dels pacients i famílies. En el següent fragment de les autores, podem observar quina és la seva conscienciació en relació amb la dificultat inherent que hi ha en els cuidatges transculturals, però només prenen consciència d'aquesta dificultat, es pot millorar dia a dia:

«Hay que admitir que no tenemos todas las respuestas, pero estamos muy interesados en cómo los pacientes y las familias perciben nuestra atención y de qué manera podemos mejorar la atención para nuestro próximo paciente es una forma maravillosa de aprender y una excelente manera de desarrollar y mantener relación a través de las fronteras culturales»
(Schim i Doorenbos, 2011)

1.2.3. Resum de les cohesions conceptuals que conformen la competència cultural

A continuació es presenta l'esquema derivat de les teories anteriors. Aquest esquema busca exemplificar la construcció de la competència cultural. Realitzant un anàlisi de dalt a baix, trobem com el constructe, d'acord a amb la teoria de Purnell (1999; 2013; 2016), parteix d'un desenvolupament no lineal. Per tal d'exemplificar aquest concepte, observem la següent figura.

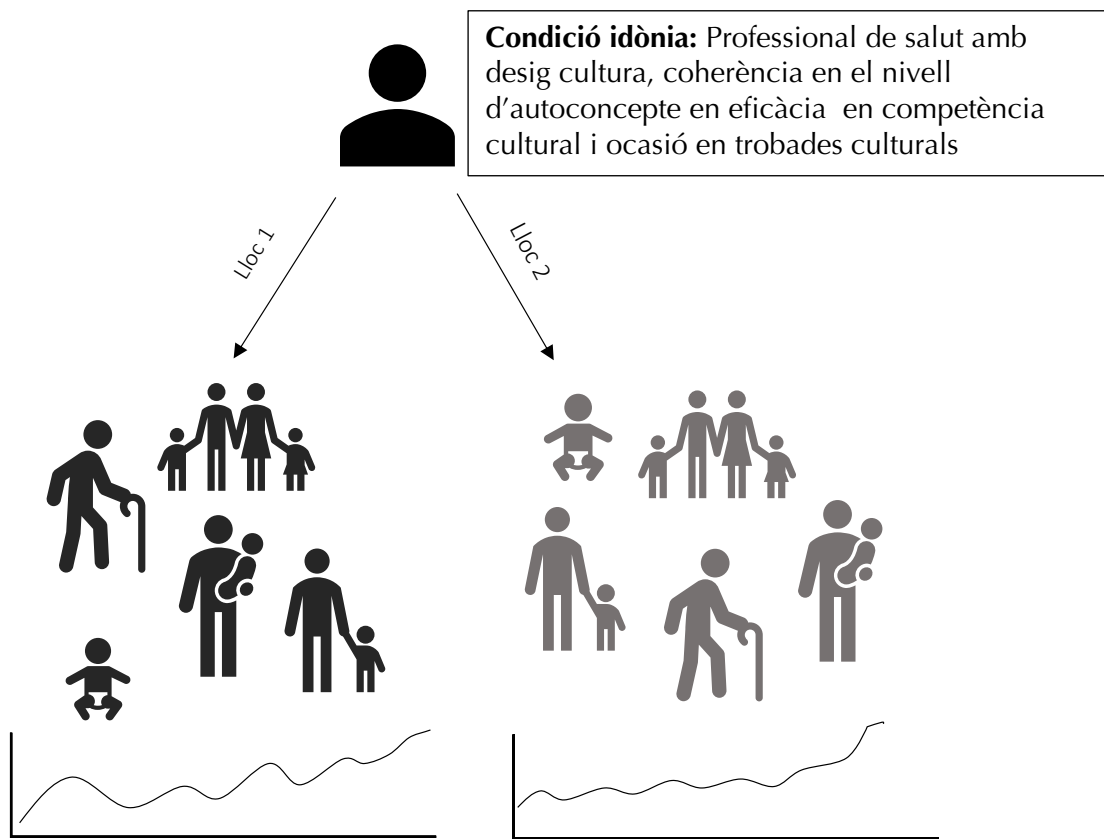


Figura 7: Figura 8: Exemple gràfic del desenvolupament de la competència cultural en condicions ideals.

Imaginem un professional de la salut que treballa en un centre de salut (lloc 1) i que atén una població amb una diversitat cultural particular. Les diferències entorn a la concepció de salut d'aquesta població no difereixen gaire de les del professional. Tenint en compte que parlem d'unes condicions ideals en què el professional de la salut té desig cultural, presenta una coherència en l'autoeficàcia cultural i les trobades culturals són freqüents, anirà desenvolupant una competència cultural idònia per al context en el qual

treballa. Cal remarcar, que dins d'aquest augment de competència cultural, tampoc existeix una linealitat pura. Per altra banda, si aquest mateix professional canvia de lloc de treball (lloc 2) i es troba amb un altre tipus de població amb una diversitat cultural que difereix més que l'anterior amb la pròpia cultura del professional, aquest pot presentar un augment més gradual de la competència cultural, però en les condicions ideals, aquest professional assolirà un nivell similar que en el cas del lloc 1. Aquestes premisses anirien lligades també a les concepcions de Leininger i Campinha-Bacote.

Seguint amb l'exemple d'aquest professional de la salut, hem comentat que en el cas del lloc 1, la població atesa presentava menys diversitat cultural que el lloc 2. La facilitat en el desenvolupament de la competència cultural en relació amb aquest aspecte està lligat al coneixement cultural. Com més pròxima sigui una cultura, més senzill resultarà desenvolupar consciència i sensibilitat davant les diferències. Les negociacions i els acords seran inicialment més fàcils d'assolir, atès que el professional tindrà estratègies ja intrínseques adaptables a la trobada cultural. En el cas del lloc 2, ens trobem amb el cas contrari. El professional inicialment precisarà de coneixement cultural sobre la població atesa que li permeti desenvolupar les dimensions cognitives: consciència i sensibilitat. És important destacar, que el coneixement no és un condicionant general del constructe de la competència cultural, sinó que en forma part com a condicionant en les dimensions cognitives i conseqüentment de les conductuals.

La dimensió cognitiva està directament relacionada amb la dimensió conductual. Segons les teories esmentades anteriorment, el comportament cultural és una expressió de la competència cultural i aquesta forma part d'una dimensió conductual del constructe. Així doncs, es col·loca dins de l'equació com un element condicionat de la dimensió cognitiva. Inversament, la dimensió conductual també es troba condicionada aquesta. Això s'explica a partir del desig cultural, el qual actua com a potenciador en aquesta dimensió. Una professional de salut amb desig cultural, dins de la concepció «assaig-error» en termes de interacció cultural, influenciarà en les dimensions cognitives. De la mateixa forma, una persona que presenta un desig cultural nul, inhabilita el desenvolupament de la competència cultural.

La dimensió cognitiva està directament relacionada amb la dimensió conductual. Segons les teories esmentades anteriorment, el comportament cultural es una expressió de la competència cultural i aquesta forma part d'una dimensió conductual del constructe. Així doncs, es col·loca dins de l'equació com un element condicionat de la dimensió cognitiva. Inversament, la dimensió conductual també es troba condicionada a aquesta. Això s'explica a partir del desig cultural, el qual actua com a potenciador en aquesta dimensió. Una professional de la salut amb desig cultural, dins de la concepció «assaig-error» en termes d'interacció cultural, influenciarà en les dimensions cognitives. De la mateixa forma, una persona que presenta un desig cultural nul, inhabilita el desenvolupament de la competència cultural.

Fent referència de nou a Purnell (1999), el desenvolupament de la competència cultural està condicionat de forma proporcionalment inversa a l'autoconcepte d'eficàcia en competència cultural. El fet que una persona presenti una autoeficàcia de competència cultural que no es correspongui a la que realment té pot comportar una incongruència en els cuidatges culturals. Purnell parla de la incompetència inconscient, que es relaciona amb un autoconcepte d'eficàcia cultural major en competència cultural del real. Això pot donar lloc a relacions terapèutiques insatisfactòries pel pacient i ser, contràriament, percebudes com a adequades pel professional de salut. Això dona lloc a un estancament en el desenvolupament de la competència cultural. Es pot expressar amb contactes interculturals amb conductes d'aculturació, d'homogeneïtzació o missioneres.

D'aquest esquema cal remarcar que s'ha desenvolupat a partir de la interpretació conjunta dels diferents models anteriorment exposats. Cal que les interpretacions es contrastin per observar l'adequació del model proposat pel desenvolupament de la competència cultural. En la pàgina següent es presenta l'esquema proposat.

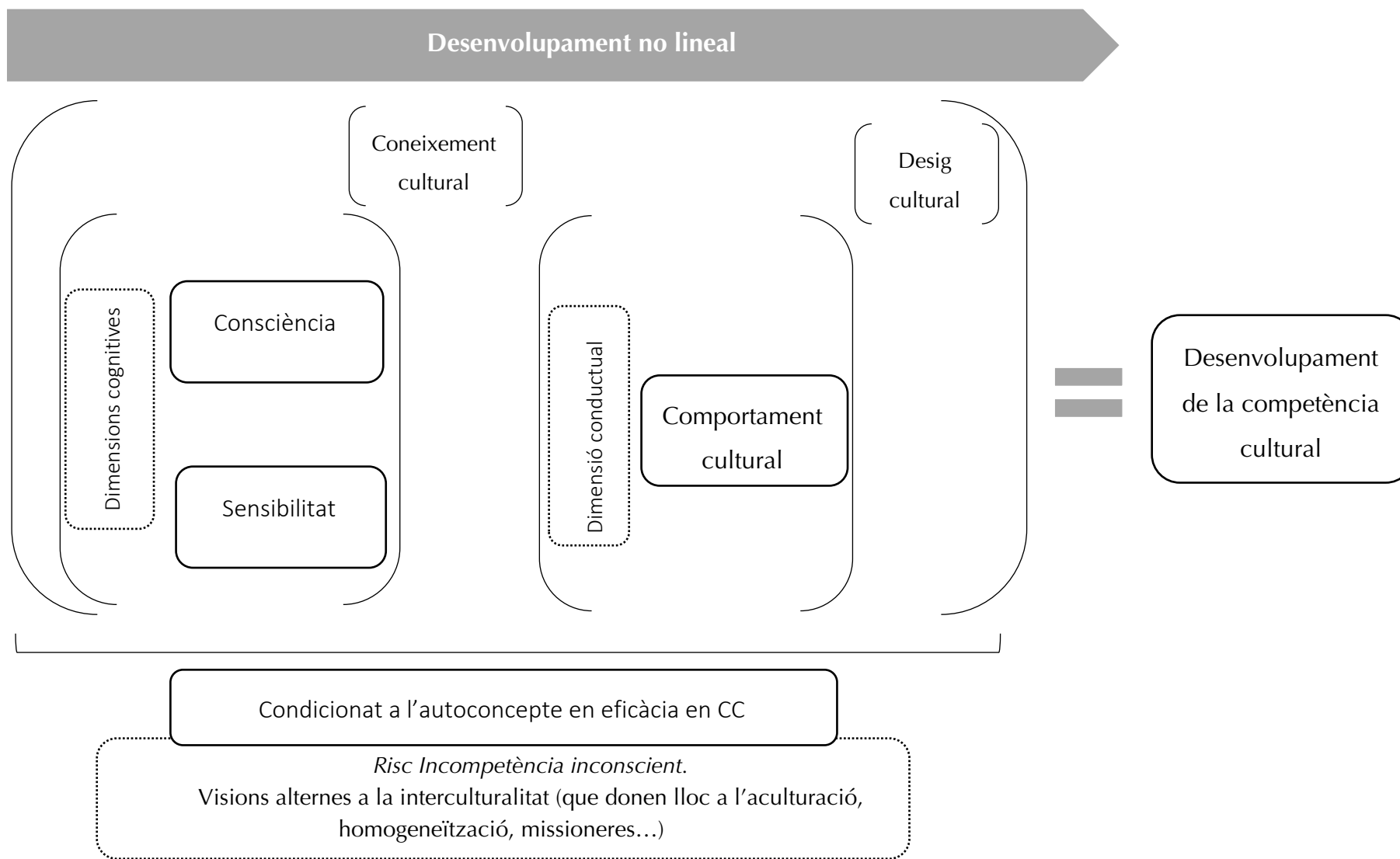


Figura 9: Interpretació del Desenvolupament de la competència cultural en salut, a partir de les teories treballades. Font pròpia

1.3. L'avaluació de la competència cultural

1.3.1. Revisió dels instruments de mesura de la competència cultural

Per millorar l'atenció dels pacients d'altres orígens o cultures, sorgeix la necessitat d'obtenir un instrument vàlid que avaluï la construcció de la competència cultural. Tenint en compte les evidències de manca de rigor dels instruments no validats i la necessitat d'instruments lligats a un model teòric per aportar evidències empíriques i reproduïbles, s'ha procedit a analitzar els diferents instruments existents seguint el procés següent:

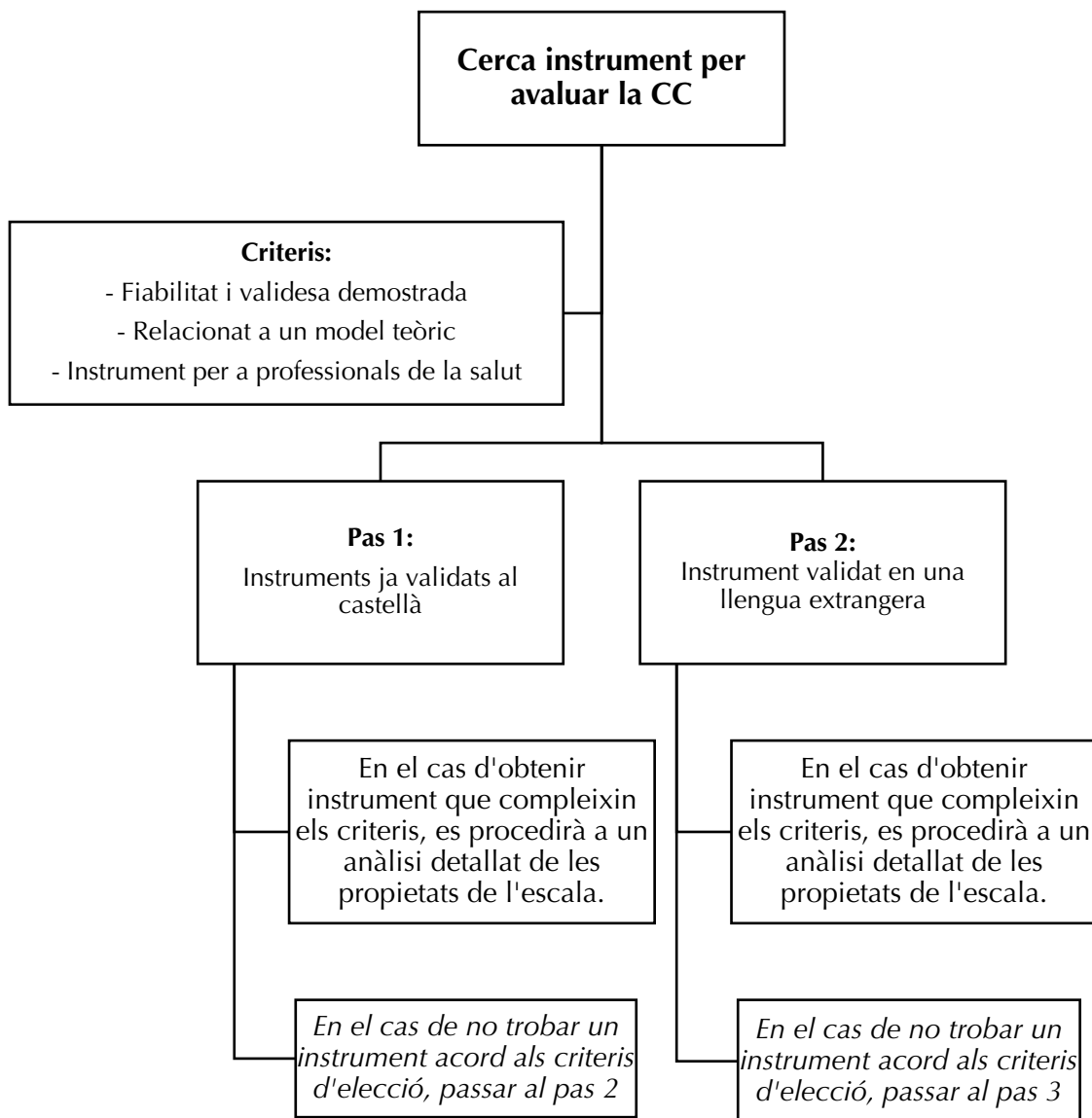


Figura 10: Esquema del procés d'anàlisi dels diferents instruments destinats a avaluar la competència cultural

⁶ L'elecció de que l'instrument fos en llengua castellana fou propiciat per potenciar el seu ús en tot el territori Espanyol, i buscar sinergies entre futures aplicacions de l'instrument.

En primer lloc es van valorar les escales que existien al castellà que avaluessin aquest constructe. En castellà hi ha 5 instruments validats que intenten avaluar com els professionals de la salut afronten la diversitat cultural.

Instrument (autors, any)	Nº Ítems	Subescales/dominis	M	V	α	Focus
Scale of Ethnocultural Empathy (Wang et al., 2003)	31	4 dominis: Sentiments, i expressions empàtiques, perspectiva empàtica, acceptació de les diferències i consciència empàtica	-	Per Albar et al., (2015)	0,82	Professionals de la salut
Escala de Actitud ante la Inmigración en Enfermería (Antonín -Martín i Tomás-Sábado, 2004)	37	5 dominis: Recursos, integració, inseguretats percebuda, acceptació, igualtat	-	-	0,94	Estudiants d'infermeria
Clinical Cultural Competency Questionnaire (Krajic et al., 2004)	56	5 dominis: Coneixement, habilitats, trobades culturals, actituds, educació i entrenament	-	No es troba	No es troba	Professionals de la salut
Intercultural Sensivity Scale (Chen i Starosta, 2000)	24	5 dominis: Implicació en la interacció, respecte per les diferències culturals, confiança en la interacció, gaudir en la interacció, atenció en la interacció	-	(Ruiz Bernardo, 2012)	0,77	Comunitat
Instrumento de Competencia Cultural Comunitaria (Arenillas, 2017)	14	4 dominis: Pensament crític, habilitat front la diversitat, capacitat d'actuar amb l'organització, capacitat d'actuar amb la comunitat	-	-	0,79	Organitzacions i comunitats

*Taula 7: Revisió dels instruments que avaluen la competència cultural en salut o similars.
M=basat en un model teòric. V=Instrument validat*

Entre els instruments trobats que tenen com a objectiu avaluar el professional de la salut en relació amb l'atenció que donen a la diversitat cultural, tenim l'escala «Scale of Ethnocultural Empathy» traduïda i validada per Albar et al. (2015). Aquest instrument

avalua 4 dominis, tots ells relacionats amb l'empatia en el procés d'atenció a les persones d'altres cultures i pot ser utilitzat per a tots els professionals de la salut. Malauradament, es centra únicament en l'empatia, que relacionada amb les dimensions del constructe, es tractaria d'una dimensió cognitiva i, per tant, no presenta cap dimensió relacionada amb el comportament cultural. A més, no està lligada a una teoria enfocada en el cuidatge cultural, sinó que està relacionada amb teories generals sobre l'empatia (Wang et al., 2003).

Un altre dels instruments identificats és la «Escala de Actitud ante la inmigración en Enfermería» (Antonín Martín i Tomás-Sábado, 2004), una escala desenvolupada per autors espanyols. L'escala presenta validesa instrumental i tot i estar dissenyada per a professionals d'infermeria els ítems són generalistes (és a dir, podrien ser aplicats a altres professionals de la salut). No obstant això, aquesta escala no es considera la millor opció, ja que alguns dels seus ítems estan directament relacionats amb grups ètnics (exemple: «en general, no puedo soportar a personas musulmanas»). Això pot comportar un biaix amb les àrees de més immigració, relacionades amb el grup que fan referència als ítems i basar les conclusions en una homogeneïtzació cultural. A més a més, tampoc està relacionada amb cap model teòric en concret.

Un altre instrument avaluat va ser el «Clinical Cultural Competency Questionnaire» que va sorgir d'un projecte europeu anomenat «Migrant Friendly and Culturally Competent Health» (Krajic et al., 2004). Aquest instrument inclou diferents àrees interessants de la competència cultural com ara la conscienciació i el coneixement, però no avalua la competència cultural com un constructe. A més, no es va aconseguir trobar una validació o anàlisi factorial d'aquesta escala. En la revisió bibliogràfica, només es va trobar l'aplicació de l'instrument en el context espanyol en l'article de Serra et al. (2013). Cal tenir en compte que aquest instrument sorgeix d'un projecte finalitzat fa 14 anys. La poca utilització de l'instrument pot estar relacionad a la longitud i la complexitat d'aquest. A més, no es fonamenta amb cap teoria cultural.

Chen i Starosta (2000) van dissenyar un instrument que incloïa 5 dimensions, totes elles enfocades a la sensibilitat cultural: «Intercultural Sensivity Scale». Aquest instrument va ser validat per Ruiz l'any 2012. En aquest cas, al avaluar només una dimensió, no es

considera l'instrument idoni per recolzar el constructe de la competència cultural en la seva avaluació dels professionals de la salut.

L'últim instrument considerat, sorgit d'una tesi en psicologia, va ser el «Clinical Cultural Competency Questionnaire». Aquest instrument va ser dissenyat per Arenillas (2017) a partir de la «Intercultural Sensivity Scale» i del «Clinical Cultural Competency Questionnaire». La versió final només va comptar amb un total de 14 ítems (Arenillas, 2017). Fet que va semblar insuficient a l'analitzar les dimensions del constructe de la competència cultural.

Donats els resultats en l'anàlisi d'instruments en castellà, es va decidir explorar la idea de traduir i validar un instrument en una altra llengua. En aquest cas, a més de analitzar un instrument que complís amb les característiques exposades anteriorment en relació amb el constructe de la competència cultural, resultava precís observar si aquest es podia adaptar al nostre context.

Segons Shen (2015), la consciència cultural, la sensibilitat cultural i el comportament cultural han estat els dominis més comuns en les definicions sobre competència cultural. Una revisió sistemàtica va analitzar els instruments existents que avaluaven la competència cultural dels professionals de la salut (Lin et al., 2017). Aquest autor en l'anàlisi final va presentar un total de 10 instruments. Es va analitzar el contingut en funció dels criteris previs establerts d'aquests instruments i se'n van escollir dos que complien tots els criteris. A partir de la revisió de Lin et al. es va procedir a analitzar els dos instruments.

Un d'aquests instruments va ser «Cultural Competence Assessment» (CCA) (Schim et al., 2003), el qual ha estat traduït i validat a l'italià (CCAI-25) i al coreà (KCCA-16) (Caricati et al., 2015; Chae et al., 2018). Està relacionat amb la teoria del model Tridimensional de Congruència Cultural (Schim i Doorenbos, 2010). Tal i com s'ha esmentat anteriorment, les autores elaboren una revisió de la teoria inicial (The Cultural Competence Model) a partir de l'ús i anàlisi de l'instrument, de manera que el model Tridimensional de la Congruència Cultural emergeix d'un estudi hipotètic-deductiu. Compta amb dues subescales: consciència i sensibilitat amb 11 ítems, i comportament culturalment competent amb 14 ítems.

L'altre instrument va ser el «Inventory for Assessing the Process Of Cultural Competence Among Healthcare Professionals» (IAPCC) (Campinha-Bacote, 2002). Aquest instrument també compta amb un total de 25 ítems, els quals es puntuen amb una escala tipus Likert de 4 opcions (totalment d'acord/totalment involucrat, a molt d'acord/no m'involucro). Aquest instrument compta amb 5 factors d'avaluació amb 5 ítems cadascun: consciència cultural, coneixement cultural, habilitats culturals, trobades culturals i desig cultural. Els idiomes amb els quals es va poder corroborar que s'havien traduït i validat correctament era el Suec (Olt, Jirwe, Gustavsson i Emami, 2010) i el Japonès (Kawashima, 2008). Aquest instrument està relacionat amb el Model de competència cultural Campinha-Bacote.

A nivell psicomètric, la fiabilitat de l'instrument de Schim i Doorenbos s'ha demostrat en múltiples articles (consistència interna i retest) i la validesa (contingut i constructe). Mentre que l'IAPCC només ho ha fet en fiabilitat (consistència interna sense retest). Els dos instruments han estat aplicats a diversos tipus de professionals sense mostrar cap inconvenient. Com a propietats psicomètriques, es presenta el següent quadre elaborat a partir d'informació de l'article de Lin et al. (2017) i el de Shen (2015):

Consistència interna		Validesa		Ítems inicials (revisats)	Subjectes	Model teòric
Consistència interna (subescala)	Retest (subescala)	De contingut	De constucte			
$\alpha=0,89-0,92$ (0,67-0,93)	$r=0,85$ (0,82-0,87)	Grup d'experts	56% de la variància total explicada	45 (38) (27) (25)	Professionals de salut, cuidadors professionals, i estudiants	Schim i Doorenbos
$\alpha=0,57-0,90$		Grup d'experts	Basat en els 5 constructes del model de Campinha Bacote		Professionals de la salut i estudiants	Campinha-Bacote)

Taula 8: Resum de les propietats psicomètriques dels instruments CCA i IAPCC. Font: Lin et al. 2017 i Schen 2015

Després d'una revisió dels continguts de cadascun, es va escollir l'escala Schim et al. (2003). La CCA mesura dos dominis principals: dimensió de sensibilització cultural i sensibilitat, juntament amb comportaments de competència cultural. A continuació es repassaran els diferents estudis on s'ha utilitzat l'instrument de la CCA i es determinarà la seva utilitat i aspectes a tenir en compte en el seu ús.

1.3.2. Antecedents en l'ús de l'instrument Cultural Competence Assessment

Els escenaris en que es desenvolupen els estudis presenten característiques diferents, les quals donen lloc a enfocaments diversos sobre la competència cultural en els professionals de la salut. En l'article de Caplan i Black (2014), parteixen d'un context on s'han iniciat polítiques formatives dins de les carreres universitàries de salut en relació amb la competència cultural. Consideren que les falles conceptuals de la definició de la competència cultural entre els estudiants en les professions de salut, han donat lloc a una avaluació inconsistent de les intervencions educatives, i una falta d'estandardització i uniformitat de les estratègies d'avaluació apropiades. Es critica que en molts casos, la formació existent es focalitza en l'estudi de cultures a partir d'una visió que fomenta l'homogeneïtzació i els estereotips.

Doorenbos et al. (2005), va destacar la disparitat de polítiques d'igualtat als Estats Units i la necessitat que els professionals de la salut prenguin partit en el tractament de les disparitats socials. El seu estudi està més enfocat en posar en evidència les manques en competència cultural dels professionals de la salut, per tal de que es prenguin mesures polítiques per optimitzar la igualtat. Cicolini et al. (2015) en va realitzar un amb objectius similars, però en aquest cas centrat en professionals d'infermeria d'Itàlia.

Caplan i Black enfoca el seu estudi en una intervenció en competència cultural en estudiants d'infermeria i teràpia ocupacional. Tanmateix, els autors Venturin, Durall, Enciso, Clark, i Mulligan (2013) fan ús de l'instrument CCA per avaluar un programa formatiu en estudiants d'odontologia. En el cas de Schim et al. (2006), s'avalua una formació oferta als professionals de la salut que treballen en centres de cures pal·liatives. Davenport, Reyes, i Lance (2011) es centren en avaluar estudiants d'infermeria.

L'any 2005, les autores de l'instrument van publicar dos articles en què van fer ús de l'instrument. En un d'aquests articles es van centrar en revalidar l'instrument i avaluar-ne les seves propietats (Doorenbos et al., 2005). En l'altre estudi, van examinar diferents indicadors associats al desenvolupament de la competència cultural. Aquests indicadors van ser: l'edat, els anys d'experiència laboral, la formació en competència cultural, el nivell educatiu, la professió. l'origen atès més freqüentment d'altres cultures i la província

en la que treballa (Schim, Doorenbos, i Borse, 2005). Presenten un estudi similar anys després, enfocat a examinar si existeixen atributs relacionats amb l'atenció culturalment competent en els cirurgians d'oncologia.

Un dels estudis que va presentar una mostra representativa va ser el de (Marra, Covassin, Shingles, Canady, i MacKowiak, 2010). En aquest estudi s'avalua la competència cultural dels «Athletic trainers»⁷. Malgrat que aquesta professió no presenta una equivalència en el nostre context, s'analitzarà la metodologia de l'article, i els resultats es tractaran en relació amb la utilitat de l'instrument com a eina de mesura de la competència cultural.

Dos estudis van correspondre a les adaptacions i validacions en altres llengües. Cicolini et al. (2015) la va validar a l'italià, i Chae, Kang, Benkert, i Doorenbos (2018) va presentar la validació al Coreà. No s'han trobat altres idiomes en que s'hagi validat l'instrument.

Com a estratègies metodològiques en els estudis de Caplan i Black (2014), Davenport et al. (2013) i Doorenbos et al. (2016), s'utilitza l'escala Cultural Competence Assessment conjuntament amb l'escala de Marlow i Crowne de desitjabilitat social, ja que seons les autores, «controlar aquesta variable en les respostes, permet una interpretació més realista dels resultats». L'estudi anterior de Doorenbos et al. (2005), tot i no aplicar l'instrument, ja en van suggerir l'adequació del seu ús per controlar la validesa de les respostes. Per això en la present investigació s'ha decidit utilitzar també l'escala de Marlowe i Crowne. En aquest cas s'utilitzarà la versió validada al castellà per Gutiérrez, Sanz, Espinosa, Gesteira, i García-Vera (2016).

A continuació es presenten els resultats de l'aplicació de l'instrument de la CCA en un quadre resum:

⁷ Athletic trainer: l'any 1990 es va certificar com a professional de salut en el camp de la medicina de l'esport per la American Medical Association.

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers (Doorenbos, Schim, Benkert i Borse, 2005, -)	Professionals de la salut (405) \bar{x} edat = 41 (s=11,7)	Revalidació de l'instrument	Fiabilitat retest adequada en 4 mesos (r=0,85) Consistència interna adequada (0,89) Variància total explicada acceptable per un model de 2 factors (56%) La formació prèvia en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$)
Comentaris: Les autores remarquen que la mostra treballada va ser obtinguda per conveniència i els resultats s'han de tractar amb cautela. Un altre aspecte a considerar, són els factors sorgits a partir e l'anàlisi factorial. En aquest estudi els sorgeix la possibilitat d'un model explicat per 6 factors. Finalment conclouen l'adequació per el model per 2 factors de l'escala original després de l'anàlisi de variància total explicada, valorant el pes de cada autovalor. Només s'explora el model per 6 o 2 factors.			Puntuacions generals mitjanes. Però les puntuacions mitjanes van ser superiors en la subescala de Sensibilitat i Consciència en comparació a la de Comportament Cultural No s'observa associació entre una major exposició i una millor puntuació en CCA La formació prèvia en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$) El nivell educatiu més elevat està relacionat amb millors puntuacions en CCA
Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers (Schim, Doorenbos i Borse, 2005, Canadà i Estats Units)	Professionals de la salut Canadencs (145) \bar{x} edat = 39 (s=12,0) Estatunidencs \bar{x} edat = 41 (s=9,2)	Descriptiu correlacional	Puntuacions generals mitjanes. Però les puntuacions mitjanes van ser superiors en la subescala de Sensibilitat i Consciència en comparació a la de Comportament Cultural No s'observa associació entre una major exposició i una millor puntuació en CCA La formació prèvia en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$) El nivell educatiu més elevat està relacionat amb millors puntuacions en CCA
Comentaris: Les autores remarquen que es troben amb una incongruència relacionada amb el model conceptual. En l'article s'exposa que la major experiència amb persones d'altres cultures, major puntuació en competència cultural. També remarquen la necessitat d'analitzar en futures investigacions, el tipus de formació rebuda per part dels professionals de la salut.			

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
Enhancing cultural competence among hospice staff (Schim, Doorenbos, i Borse, 2006, Estats Units)	Professionals d'infermeria (41), Treballadors socials (23), Auxiliars d'infermeria (23)	Estudi quasi-experimental Amb mesures pre-post (sense grup control)	<p>La formació elaborada en competència cultural en els cuidatges pal·liatius va mostrar diferències significatives positives en el post-test ($p=0,034$), mentre que la formació enfocada en ètica en els cuidatges pal·liatius no va mostrar-se</p> <hr/> <p>Comentaris: Aquest estudi es focalitza en el servei de cures pal·liatives. La formació que proposen les autores en competència cultural en els cuidatges pal·liatius resulta ser efectiva. Cal destacar que aquesta formació només va ser d'una hora i per tant, es demostra que una intervenció ben estructurada, per breu que sigui, presenta resultats favorables.</p>
Assessment of Certified Athletic Trainers' Levels of Cultural Competence in the Delivery of Health Care (Marra et al., 2010, Canadà i Estats Units)	Entrenadors (Athletic trainers) (3102)	Descriptiu correlacional	<p>El gènere ($p=0,000$) van resultar indicadors significants en el desenvolupament de la competència cultural. Les dones van obtenir majors puntuacions.</p> <p>L'origen del professional de salut va presentar variància significativa entre les mitjanes. Els que van presentar major competència cultural van ser els multiracial i africans-Americans i els que menys els Americans-indis.</p> <p>No es van obtenir resultats significatius pels anys d'experiència ($p=0,093$)</p> <p>La formació prèvia en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$)</p> <hr/> <p>Comentaris: L'estudi sorgeix d'una tesis en la disciplina d'Athletic Trainers, una disciplina que es difícil de comparar en el nostre context. Però es mostra com l'instrument resulta útil en mostres</p>

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
Testing a multi-group model of culturally competent behaviors among underrepresented nurse practitioners (Benkert, Templin, Schim i Doorenbos, 2011, Estats Units)	Infermeres especialitzades (459)	Descriptiu correlacional	<p>Descriuen que el 90% de la mostra admet haver tingut contacte amb races/ètnies diferents. Major exposició a la diversitat presentava associació estadística amb majors puntuacions en comportament culturalment Actiu ($p<0,001$; $r=0,32$)</p> <p>El 86,7% havien rebut formació en competència cultural (29% derivats de la formació infermera i 21% de formacions finançades per l'empresa). La formació prèvia en competència cultural presentava associació estadística amb majors puntuacions en comportament culturalment ($p<0,001$; $r=0,22$)</p> <p>S'obté una associació entre obtenir majors puntuacions en consciència cultural i sensibilitat i major desitjabilitat social.</p>
<p>Comentaris: aquest estudi va intentar aconseguir una mostra representativa a partir de la American Academy of Nurse Practitioners (N=20.000) per tal de demostrar un model correlacional en relació amb la competència cultural i a futures formacions. Va valorar les variables de desitjabilitat Social, formació en diversitat, i experiències en diversitat cultural. Tot i no aconseguir la mostra mínima ($n=3000$), els resultats presenten interessants elements a valorar.</p> <p>En relació amb la desitjabilitat social, l'autora ho relaciona amb que aquest grup estudiat precisa d'una major necessitat d'aprovament. A més, remarca que les dues dimensions cognitives, estan més sotmeses a aquest biaix que no el comportament cultural ja que no és tan implícit.</p>			
Comparing methods of cultural competency training and assessment in a predoctoral dental course (Venturin et al., 2013, Estats Units)	Estudiants d'odontologia (81) 60% homes	Estudi quasi-experimental Amb mesures pre-post (sense grup control)	La formació proposada per l'estudi en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$)
<p>Comentaris: En aquest estudi es combinen diferents metodologies educatives en la que s'inclou l'ús de les tecnologies TIC</p>			

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
A comparative analysis of cultural competence in beginning and graduating nursing students (Reyes, Hadley, i Davenport, 2013, Estats Units)	Estudiants d'infermeria de primer curs (46) \bar{x} edat = 22,54 Estudiants d'infermeria d'últim curs (53) \bar{x} edat = 27,53	Descriptiu correlacional	Els estudiants d'infermeria de primer, van mostrar majors puntuacions totals en l'escala CCA que els estudiants d'últim curs ($p=0,002$)
Evaluation of the cross-cultural health assessment as an interdisciplinary method of cultural competency education (Caplan i Black, 2014, Estats Units)	Estudiants d'infermeria (32) i estudiants de teràpia ocupacional (21) \bar{x} edat: 31 9% homes.	Estudi quasi-experiemental. Intervenció amb mesures pre-post (sense grup control)	Resultats pre: la baixa percepció en competència cultural estava correlacionada ($p=0,003$) amb puntuacions baixes a CCA-S($\bar{x}=9,7$ $s=1,63$) i la inversa ($\bar{x}=11,7$ $s=1,68$). No es van obtenir diferències significatives en relació amb l'edat, el nivell d'educació, professió, lloc de naixement, formació prèvia ni exposició a la diversitat. Resultats post: els estudiants que van obtenir la puntuació més alta en competència percebuda en la prova prèvia ($\bar{x} = 11,7$; $s= 0,68$) Les puntuacions de l'escala de desitjabilitat social no va indicar un biaix en les respostes
Comentaris: Es van identificar majors puntuacions en l'escala de desitjabilitat social en els estudiants d'últim curs, tot i que no van presentar associacions significatives amb l'escala CCA. L'estudi va treballar amb mostres molt petites per poder extrapolar els resultats.			
Comentaris: Una de les limitacions de l'estudi va ser en la recollida de les mesures post. Inicialment es comptava amb una mostra de 96, però l'anàlisi quantitatiu només es va poder fer amb 53 estudiants. Es mostra una incongruència relacionada en la mostra d'individus que van obtenir una puntuació més alta en les mesures pre intervenció i les mesures post-intervenció			

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
Cultural competence assessment instrument: Initial Italian validation and proposed refinement (Caricati, Dicembrino, Gionti, Petre, i Ungurean, 2015, Italia)	Professionals d'infermeria (289) 20% homes	Adaptació i validació de l'instrument a l'italià	La versió italiana de la CCA va presentar una variància total explicada per un model de 4 factors. Les dimensions que van presentar més correlació amb l'escala total van ser consciència cultural i comportament cultural actiu. La dimensió de sensibilitat cultural presenta una consistència interna baixa ($\alpha=0,53$)
	Comentaris: es van presentar les dimensions següents: consciència cultural, sensibilitat cultural, comportament cultural actiu i cerca d'informació cultural. Totes les dimensions van presentar una consistència interna adequada		
Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey (Cicolini et al., 2015, Italia)	Professionals d'infermeria (1432) 28,4% homes Rang edat 41-50	Descriptiu correlacional	Puntuacions mitjanes. Però les puntuacions mitjanes van ser superiors en la subescala de sensibilitat i consciència en comparació a la de comportament cultural
	Comentaris: En aquest estudi, més del 50% havien participat en formació prèvia relacionada amb competència cultural		
Assessing Cultural Competence Among Oncology Surgeons (Doorenbos et al., 2016, Estats Units)	Cirurgians d'oncologia (253) \bar{x} edat: 50 70% homes	Descriptiu correlacional	La formació prèvia en competència cultural es correlaciona en majors puntuacions totals en CCA ($p<0,001$) Puntuacions mitjanes. Però les puntuacions mitjanes van ser superiors en la subescala de sensibilitat i consciència en comparació a la de comportament cultural
	Comentaris: aquest recull el percentatge més gran de mostra que ha rebut formació prèvia en competència cultural (58%). En el context de l'estudi, s'intueix un interès en competència cultural amb un aparent desig cultural, relacionat amb el 71% de persones d'altres cultures que esmenten atendre aquests professionals. La desitjabilitat social no va mostra cap biaix en les respostes		

Títol (autor, any, país)	Mostra (n)	Tipus d'estudi	Resultats
Evaluation of the psychometric properties of the Korean version of the Cultural Competence Assessment (Chae et al., 2018, Corea)	Professionals d'Infermeria (161) \bar{x} edat: 29,57 (s=4,7)	Adaptació i validació de l'instrument al coreà	Es van eliminar 9 ítems dels 25 originals. En eliminar-los les dues subescales van presentar una consistència interna més adequada: consciència i sensibilitat de $\alpha(25)=0,64$ a $\alpha(16)=0,86$; comportament cultural de $\alpha(25)=0,95$ a $\alpha(16)=0,93$
Comentaris: la validació al Coreà compta amb una validació prèvia pel mateix autor, on comparava l'instrument CCA amb el IAPCC. Però que no va obtenir resultats de l'estudi psicomètric acceptables (Chae i Kang, 2013). En aquesta segona validació, obté un instrument vàlid però ometen 9 ítem de l'original			

Taula 9: Quadre resum dels resultats dels estudis que van utilitzar l'instrument CCA.

La diversitat d'enfocaments dels estudis que han utilitzat l'instrument proporcionen una visió general de les aportacions que pot fer l'instrument i dels aspectes a profunditzar en relació amb el constructe de la competència cultural. A continuació, es presenta un resum d'aquestes aportacions.

L'instrument Cultural Competence Assessment:

- és una eina vàlida per avaluar la competència cultural;
- presenta una bona estructura per a dues dimensions (consciència i sensibilitat cultural i comportament cultural), tot i que apareixen evidències d'un model explicat per més factors com en l'anàlisi de validació de Doorenbos et al. (2005) i en la validació a l'italià de Caricati, Dicembrino, Gionti, Petre, i Ungurean (2015);
- evidencia la utilitat de la formació prèvia relacionada amb l'àrea de la competència cultural;
- és un instrument vàlid per avaluar formacions en competència cultural;
- demostra que els professionals de la salut avaluats en les investigacions citades presenten puntuacions mitjanes en la subescala de consciència i sensibilitat cultural i puntuacions inferiors en comportament cultural.

Es manté l'interrogant de si una major exposició a la diversitat cultural està relacionada amb majors puntuacions en competència cultural. També ho està el fet de

valorar les puntuacions de l'escala com a mitjanes. Resultaria interessant categoritzar-les per facilitar la interpretació.

1.3.3. Experiències formatives amb l'instrument Cultural Competence Assessment

En alguns dels estudis anteriorment analitzats, s'utilitza l'instrument com a mesura per avaluar intervencions per fomentar la competència cultural. Com hem vist, en tots els casos, les formacions han obtingut resultats de millora significativament positius. En aquest apartat final, es revisaran el tipus d'intervencions per valorar la seva aplicació en futures intervencions en el context d'aquesta investigació.

Com a característiques principals de les formacions que aporten els diferents articles, Schim, Doorenbos i Borse (2006) van realitzar una formació en competència cultural d'una hora enfocada en els cuidatges culturals al final de la vida. D'una banda, en aquesta formació, es van incloure els següents aspectes: definicions de conceptes com *cultura*, *raça*, *ètnia* i *diversitat cultural*; discussió sobre la consciència, la sensibilitat i la competència en el rol dels cuidatges terminals; suggeriments als professionals de la salut per expandir i aprofundir els seus coneixement culturals i habilitats; un enfoc suggerit per una atenció ràpida, focalitzada i centrada en el client; i reflexió sobre les barreres culturals. D'altra banda, el seu estudi també va incloure una altra formació centrada en la ètica en els cuidatges al final de la vida.

Caplan i Black realitzen una intervenció formada per dos sessions de tres hores. Aquestes sessions estaven suplementades per tasques addicionals i, a més a més, per contingut inclòs en altres assignatures de la carrera que presentaven mòduls relacionats amb les entrevistes interculturals. Algunes de les activitats que expliquen Caplan i Black (2014) en la seva intervenció són les següents:

Nom activitat	Resum activitat	Objectiu
El joc del barret	Es tracta d'un joc de rols. S'entrega un barret a cada participant. El barret té una etiqueta social estigmatitzant que el participant desconeix. Se'ls demana que fingeixin que estan en una festa i que interactuïn entre ells.	Examinar els biaixos personals i treballar la consciència i sensibilitat culturals
Objectes culturals	Es demana als participants que portin un objecte que tingui un significat simbòlic per a ells.	Profunditzar en la consciència cultural individual

Discussions obertes	Es plantegen notícies actuals rellevants que generin diversitat d'opinions en el pla de la interculturalitat.	Desenvolupar la capacitat crítica vers a temes de rellevància intercultural
----------------------------	---	---

Taula 10: Activitats proposades per Caplan i Black en la formació en competència cultural (2014)

Una de les aportacions interessants en l'article de Caplan i Black (2014) va ser la inclusió de l'entrevista d'avaluació cultural com una intervenció. També van presentar una estructura d'avaluació posterior. Aquesta entrevista d'Avaluació Cultural es tractava d'una pràctica que l'estudiant havia de realitzar seguint unes pautes per efectuar aquesta entrevista (realitzada per les autores). En aquesta guia, en primer lloc es recomanava a l'estudiant que prèviament treballés conceptes sobre *cultura*. Aquesta guia inclou un total de 7 àrees a analitzar: A continuació es presenta la versió original traduïda al català d'aquesta avaluació cultural:

Avaluació Cultural

Àrees a avaluar (aquesta no és una llista exhaustiva)

- 1) Dades culturals:
 - a) Lloc de naixement
 - b) On va créixer? Va créixer la persona en un enclavament ètnic o hi havia molt poques persones amb antecedents culturals similars?
 - c) Llengua: Parles altre idioma? Quin idioma es parla a la llar? En quin idioma se sent més còmode? Quin llenguatge utilitzes per comunicar-te amb els teus amics?
 - d) Antecedents culturals dels pares?
 - e) Motiu de la migració: Quines van ser les motivacions de la persona o dels seus pares per migrar
 - f) Identitat ètnica. Com de fortament identificada esta la persona amb els antecedents culturals similars? Manté la seva família vincles amb el seu país d'origen? Visiten als seus parents a casa? Participa en activitats culturals, residència, ocupació anterior/actual, educació, data de jubilació, estat civil, fills?
 - g) Suports socials: familiars/amics o altres
 - h) Religió / espiritualitat - S'utilitza la religió/espiritualitat com a mecanisme de supervivència?
- 2) Nivell d'educació
- 3) Ocupació
- 4) Model explicatiu de Salut i Malaltia: Obtingui un breu historial de salut: hospitalitzacions, cirurgies, malalties cròniques, medicaments.
 - a) Què creu que va causar el seu problema?
 - b) Per què creu que va començar quan ho va fer?
 - c) Com l'afecta?
 - d) Què és el que més el preocupa?

-
- e) Quin tipus de tractament creu que hauria de rebre?
 - 5) Factors socials i ambientals
 - a) Com obté els medicaments?
 - b) Són difícils de costejar?
 - c) Té temps per recollir-los?
 - d) Com de ràpid els rep?
 - e) Té ajuda per aconseguir-los si els necessita?
 - 6) Temors i preocupacions
 - a) Li preocupa la dosi, el color o la mida de la píndola?
 - b) Ha escoltat alguna cosa sobre aquest medicament?
 - c) Li preocupen els efectes secundaris?
 - 7) Contractació terapèutica (tractament)
 - a) Sap com prendre el medicament?
 - b) Pot dir-me com ho pren?
-

Figura 11: Activitat d'Avaluació Cultural proposada per Caplan i Black. Font: Caplan i Black (2014).

L'avaluació posterior d'aquesta entrevista incloïa qüestions relacionades amb introspeccionar sobre el concepte anteriorment concebut de cultura; contrast crític del concepte cultura definit en el text consultat i l'explorat en la persona entrevistada; i experiència personal en relació amb l'entrevista (limitacions, barreres i fortaleces individuals experimentades). Les preguntes formulades en aquesta entrevista eren:

- Abans de llegir aquests capítols del llibre, ¿hi va haver algun tret cultural que vostè esperava trobar quan va entrevistar el seu client? En cas afirmatiu, quin?
- En què es van diferenciar o van comparar les seves experiències durant l'entrevista amb el cas del llibre de text?
- Van coincidir les creences de salut de la persona amb el que suggerien els llibres de text?
- Què li va semblar l'entrevista?
- Hi va haver alguna limitació que va sentir com a infermera o terapeuta ocupacional?
- Hi va haver alguna barrera per a la comunicació?
- Quines van ser les fortaleces que vostè va aportar a la situació?

Venturin et al. (2013), presenta un pla formatiu format per dues activitats formatives i l'entrega d'un manual de competència cultural (format per 14 pàgines d'informació específica de particularitats dentals de diferents grups ètnics). La primera activitat és un estudi de casos a partir d'una plataforma web. Els estudiants treballaven casos de forma virtual que implicaven reflexions en relació amb la diversitat cultural en necessitats

dentals. Es presentaven qüestions amb respostes múltiples que anaven lligades a explicacions sobre la resposta més adequada en cada cas. La segona sessió es basava en un seminari d'una hora. El seminari estava estructurat de la següent forma: la importància de la competència cultural, reflexió grupal sobre casos presentats en vídeo i discussió oberta.

Cal destacar que, en l'estudi de Caplan i Black (2014), en què es va avaluar la intervenció a partir d'una metodologia mixta, es van observar certes reticències per part dels participants en els resultats qualitatius. Una tercera part professionals d'infermeria que van participar-hi van criticar que es dedicava massa temps a la formació en competència cultural i que això provocava que hi hagués menys hores de treball sobre les habilitats pràctiques. Un dels fragments que citen Caplan i Black sobre una de les respostes en relació amb aquesta crítica va ser: «Quan em graduï, aconseguiré un treball a Peak's Island i això és tot blanc, així que no necessito aprendre això». Un altre aspecte a destacar és que l'exposició a la diversitat no va mostrar una correlació significativa amb les puntuacions totals de CCA-S, però cal indicar que els autors citen que l'estat on es du a terme l'estudi, presenta un índex molt baix d'immigració i que això pot estar relacionat amb el fet que no resulti significatiu i, per tant, donar una explicació a les conductes etnocentristes que mostren els participants.

Un altre aspecte que cal destacar és que, en l'estudi de Caplan i Black (2014), els estudiants de teràpia ocupacional van mostrar habilitats autoreflexives majors que els professionals d'infermeria. A més a més, els estudiants de teràpia ocupacional es van mostrar tots oberts i predisposats a participar en les diferents activitats a classe i també en les addicionals (com l'entrevista cultural), mentre que en la mostra d'estudiants d'infermeria van aparèixer actituds de rebuig a participar. Entre aquestes actituds de rebuig, els autors referencien que estaven motivades per considerar que la competència cultural no estava dins de les seves competències curriculars.

2. Justificació

2.1. El «perquè» d'aquesta investigació

«En la observación participante existen actitudes mejorables. Quizá pueda relacionarse con la falta de sensibilización»

Fragmento tesina: Percepción de la atención en el proceso de maternidad en la población musulmana atendida en el Pius Hospital de Valls: Conocer para cuidar mejor (Raigal, 2016)

Aquesta tesi doctoral sorgeix d'una idea nascuda de la pròpia experiència professional. Una idea que em va portar a realitzar una investigació prèvia, reflectida al treball final de màster. Vaig centrar la meva atenció en conèixer les particularitats d'una cultura des d'una visió particularista. En la prova pilot, em vaig adonar de les dimensions del problema, cosa que va fer que em replantegés la importància sobre treballar la interculturalitat des d'una altra visió. Em refereixo a una visió que no se centri únicament en l'afany d'obtenir coneixements amplis de cada cultura, sinó en com aprofitar la pròpia interculturalitat per treballar les capacitats culturals que propiciaven aquestes trobades cultural. En aquest cas, hem volgut posar el focus en els professionals de la salut, com a agents que poden afavorir el desenvolupament d'un món que sigui més culturalment competent.

2.1.1. La justificació

La competència cultural representa una habilitat necessària per als futurs professionals de la salut. No es pot considerar una qüestió secundària, sinó que s'hauria de considerar un tema transversal i avaluar-se amb rigor i coherència. No obstant això, la realitat no és aquesta i és habitual i que la competència cultural sigui una qüestió conflictiva. Encara que ja hi ha estudis que promouen la importància d'aquesta competència i la milloren, la veritat és que encara es troben barreres i dificultats en el seu abordatge (Plaza i Hernández, 2014; Quiñoz Gallardo, 2010).

El tracte culturalment competent presenta dificultats lligades a diversos aspectes com ara l'etnocentrisme, que pot portar a conductes d'exclusió o discriminació social. A més a més, l'estudi de la interculturalitat esdevé un repte, ja que les diferències individuals són tan diverses i complexes que les redundàncies conceptuals podrien ser un error greu. La recerca que s'ha realitzat fins ara en aquesta línia (Castrillóna, 2015; Fuertes i Martín Laso,

2006; Murcia i Lopez, 2016; Osorio Merchan i López Díaz, 2008; Pasarín, Forcada, Montaner, Peray, i Gofin, 2010; Plaza del Pino i Soriano, 2009; Raigal, 2016) evidencia la necessitat de treballar amb el professional per donar eines, recursos i aproximar-se terapèuticament als pacients amb diferències culturals. Generar trobades culturals amb congruència cultural en l'entorn sanitari afavoriria al pacient i al professional en l'èxit terapèutic. No obstant això, abans cal fer una radiografia sobre on estem i cap on anem amb la competència cultural en el nostre context. Cal establir perspectives i buscar eines que permetin una avaluació i formació continuada que sigui coherent amb el canvi sociodemogràfic generat per la globalització. En els entorns sanitaris ja fa anys que es destaca la necessitat de treballar la competència cultural, però hi manca coherència i coordinació, així com accions tangibles que evidencien la necessitat social d'intervenir-hi (Bernales, Pedrero, Obach, i Pérez, 2015; Castrillóna, 2015; Gil Estevan i Solano Ruíz, 2017). No existeixen instruments que avaluïn la competència cultural més enllà de la dimensió teòrica que tracta les particularitats de les diferents cultures. D'acord amb diferents teories que expliquen el significat del constructe de la competència cultural, considerem que aquesta qüestió va més enllà.

A partir d'una anàlisi prèvia dels diferents models analitzats en profunditat en el marc teòric (Campinha-Bacote, 2002; L. D. Purnell, 1999, 2013; Stephanie Myers Schim i Doorenbos, 2010), es va obtenir una aproximació al model consensuada pels diferents autors. A partir d'aquí, es va elaborar una descripció, basada en les diferents teories, del desenvolupament de la competència cultural. Utilitzant les dimensions del constructe i els factors que intervenen en el desenvolupament d'aquesta com a punt de partida, es van analitzar els diferents instruments existents que contempen aquest aspecte. Això ens va permetre escollir un instrument que poguéssim utilitzar, a més d'obtenir un instrument que avalués el constructe, un mètode de contrastar quins són els elements que influeixen en el desenvolupament de la competència cultural. Amb aquesta informació vam estudiar una població determinada amb l'objectiu d'analitzar l'existència de perfils de desenvolupament de competència cultural per tal d'interpretar futures estratègies formatives a partir d'avaluacions prèvies.

La població escollida per analitzar les dades va ser de la província de Tarragona. A la capital d'aquesta província ja han aparegut iniciatives centrades en la sensibilització

ciutadana davant de la diversitat cultural. Actualment existeix un projecte anomenant «Taula de Ciutadania i Immigració» que té els objectius principals següents:

- Fomentar la participació de la població immigrada estrangera, de la població retornada i del conjunt de la població en el seguiment d'aquelles matèries i polítiques vinculades al fet migratori.
- Contribuir a la incorporació de la població immigrada i retornada al teixit associatiu de la societat catalana.
- Sensibilitzar la societat catalana sobre el fet migratori i la no discriminació.

L'estudi «La realitat de la immigració en l'àmbit educatiu: interculturalitat i multiculturalitat a les escoles del Camp de Tarragona» (Brunet, Pastor i Belzunegui, 2002), contempla que el problema relacionat amb el fenomen d'estudi, en l'àmbit de l'educació, es troba en considerar la segmentació i l'etnificació dels individus davant de la ciutadania multidimensional.

«... en les nostres societats els individus no es poden identificar només com a membres d'una religió, d'una cultura essencial, d'una professió d'una realitat nacional, d'una llengua, etc., Sinó que som fruit d'una juxtaposició d'identitats construïdes i dinàmiques, canvians, entrecruades, es a dir, una barreja que marca amb intensitat variable el nostre comportament i forma les nostres mentalitat»

(Brunet et al., 2002)

A fi de donar resposta al fenomen de la interculturalitat en l'entorn sanitari, la discussió anirà enfocada a fer un anàlisi en profunditat de les troballes de la part teòrica i confrontar-les amb la part empírica. A més a més, es reflexionarà sobre quins són els passos que cal seguir a continuació per tal de millorar la competència cultural en salut.

2.1.2. Potencial d'investigació

D'acord amb els criteris formulats per Ackoff i Miller (1967, 2002, citat per Sampieri, Collado, i Baptista, 2006), aquesta tesi presenta el potencial d'investigació següent:

Conveniència

En aquesta tesi, posem com a focus d'atenció els professionals de la salut, per tal de donar suport a la seva tasca i el repte que suposa la interacció amb altres cultures, sorgit del canvi sociocultural present en els nostres dies.

Rellevància social

Els beneficiaris d'aquesta investigació en un futur proper seran tant els professionals com els pacients. La capacitat que es busca potenciar en els professionals de la salut donarà lloc a relacions terapèutiques efectives. Aquestes relacions, a més d'aportar dosis elevades de satisfacció i seguretat a professionals i pacients, pot representar una repercussió econòmica pel sistema de salut, atès que es fomentarà la prevenció i promoció de la salut en un abast global. Aquest treball representa el primer pas per a possibles objectius similars, que donaran lloc a investigacions futures.

Implicacions pràctiques

Segons les investigacions prèvies repassades en el marc teòric, la interculturalitat tendeix a generar múltiples errors i conflictes que s'accentuen en els entorns sanitaris, atesa la necessitat que aquestes interaccions siguin efectives i sense errors. Donar importància a l'efectivitat de la interacció intercultural sanitària a partir de potenciar la competència cultural pot, en aquest sentit, ajudar a resoldre els problemes de la interculturalitat.

Valor tècnic:

Aquesta tesi, en primer lloc, estudia el fenomen de la interculturalitat i a partir d'aquest s'acota a l'entorn sanitari tot estudiant quines són les perspectives teòriques fins a la pràctica que es duu a terme al nostre país per millorar aquest fenomen, a partir del

constructe de la competència cultural. Per tal de desenvolupar una línia d'estudi que ofereixi, a més de suport teòric, una eina pràctica per complementar la teoria escollida i la seva adaptabilitat. Es busca proposar una adequació pràctica en el nostre context que potencii l'estudi d'aquesta competència i ofereixi proves tangibles de la necessitat de treballar en aquest camp.

Utilitat metodològica:

El plantejament hipoteticodeductiu dona lloc a una conceptualització teòrica que va acotant-se en el marc contextual en què ens trobem, evidenciant els requeriments instrumentals per treballar en profunditat la interculturalitat. Sense posar el punt i final aquí, l'anàlisi de les troballes serviran per donar lloc a una reflexió profunda dels fets, que permeti descriure allò que s'observi en el nostre context en relació amb aquest fenomen.

3. Objectius i hipòtesis

3.1. Objectius

3.1.1. Objectiu general

Validar una escala que avaluï el constructe de la competència cultural en els professionals de la salut i avaluar-ne la seva utilitat

3.1.2. Objectius específics

1. Realitzar l'adaptació transcultural al castellà de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA).
2. Analitzar la dimensionalitat del constructe de la competència cultural a partir de l'instrument CCA-S i definir les seves propietats psicomètriques.
3. Definir la versió de la CCA-S d'acord amb les puntuacions factorials i dimensions que millor expliquen el constructe.
4. Determinar si existeix variància significativa entre les mitjanes de la CCA-S en relació amb sexe, la professió i l'edat.
5. Analitzar el constructe de la desitjabilitat social de l'escala com una variable de control de validesa de l'instrument CCA-S.
6. Identificar l'actitud dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona vers la competència cultural, fent ús de la CCA-S.
7. Explorar els factors socioprofessionals que actuen com a promotors del desenvolupament de la competència cultural en els professionals d'infermeria de la província de Tarragona.
8. Identificar els perfils dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona en funció de la competència cultural i de les variables socioprofessionals.
9. Interpretar les puntuacions dels perfils identificats en l'objectiu 8.

3.2. Hipòtesi

- A. La CCA-S representa un instrument vàlid per avaluar el constructe de la competència cultural en els professionals de la salut.
- B. La desitjabilitat social no representa un biaix que alteri la interpretació dels resultats de la CCA-S en l'estudi d'una població en concret.
- C. Les variables sociodemogràfiques (sexe, edat i país de naixement) estan relacionades amb les puntuacions de la competència cultural.
 - Ci: Les dones presenten major puntuació en competència cultural.
 - Cii: Els joves presenten major puntuació en competència cultural.
 - Ciii: Les persones nascudes a altres llocs que no sigui Espanya presenten major competència cultural.
- D. L'exposició a la diversitat està relacionada amb les puntuacions en competència cultural.
 - Di: Un major percentatge en atenció a persones d'altres cultures dona lloc a majors puntuacions en competència cultural.
 - Dii: Com menys diferències culturals i fenotípiques hi hagi amb la persona que s'atén, més competència cultural.
 - Diii: Les persones que afirmen tenir amistats amb persones d'altres cultures, tenen major competència cultural.
- E. L'interès en formació cultural, lligat al desig cultural, està directament relacionat amb el fet d'obtenir puntuacions majors en competència cultural.
- F. Haver realitzat formació prèvia en competència cultural està directament relacionat amb puntuacions majors en competència cultural.
 - Fi: Les persones que ja han rebut formació en competència cultural, tenen majors puntuacions que les que no n'han rebut
 - Fii: El tipus de formació està relacionat amb les puntuacions en competència cultural.
- G. L'autopercepció d'eficàcia en competència cultural està relacionada amb les puntuacions de competència cultural .
- H. Les característiques del lloc de treball estan relacionades amb les puntuacions en competència cultural.

Hi: Les persones d'atenció primària presenten majors puntuacions en competència cultural.

Hii: Les persones que treballen en al sector privat presenten major competència cultural.

Hiii: Les persones que treballen en més d'un servei presenten major competència cultural.

- I. Les persones involucrades en docència presenten una major competència cultural.
- J. Es poden determinar perfils professionals d'infermeria segons la seva competència cultural i les variables significatives sorgides de l'anàlisi bivariant.
- K. Els perfils descrits fent ús de la CCA-S, serveixen per determinar les necessitats formatives de la mostra estudiada

4. Metodologia

4.1. Disseny

L'elecció de l'enfocament quantitatiu, i relacionat amb la definició de Sampieri et al.(2006) serveix per conèixer la «realitat objectiva» d'un fenomen. A partir de la revisió del treball sobre investigació en competència cultural hem derivat el plantejament de certes hipòtesis per tal de delinear com es construeix la competència cultural. Fins ara, les investigacions consultades han utilitzat majoritàriament un enfocament qualitatiu, en el qual s'ha obtingut informació molt rellevant que ha donat lloc a la «dispersió o expansió» sobre el tema d'investigació. A partir d'un enfocament quantitatiu, es buscarà «acotar» la informació.

Per tal de treballar el tema d'estudi correctament, va resultar necessari dividir-lo en dues parts principals: la part empírica i la reflexiva. En relació amb la part empírica, es presentaran, a continuació, les característiques metodològiques dels estudis que la conformen. La part reflexiva, i l'últim apartat de la tesi, serà l'apartat de discussió de l'estudi. La part empírica de l'estudi consta de tres fases:

- Fase I: Procés d'adaptació cultural de l'escala original al castellà
- Fase II: Procés de validació de l'escala i elaboració de la versió final. Anàlisi estadístic i mètrica.
- Fase III: Estudi transversal amb disseny ex post facto de la competència cultural en professionals d'infermeria de la província de Tarragona

4.1.1. Mètode deductiu o inductiu?

En aquest apartat, es vol remarcar que el fenomen d'estudi és complex i, per això, requereix ser tractat amb especial atenció. Per aquest motiu, s'ha de treballar de manera inductiva o deductiva? Si el tractéssim de manera inductiva únicament ens enfrontaríem al risc de considerar premisses incompletes que s'allunyen del raonament lògic. Posant d'exemple la investigació prèvia realitzada al màster (Raigal Aran, 2016); partíem d'un plantejament inductiu, en el qual es van treure conclusions empíriques sorgides de l'experiència. Aquest mètode no va permetre abordar el fenomen de manera adequada i va crear diferents limitacions, que ara condueixen al plantejament d'aquesta tesi.

L'estructura d'aquesta tesi presenta una investigació amb un mètode hipoteticodeductiu. S'inicia amb un plantejament deductiu, en el qual es parteix de la llei (dades generals del fenomen) i a partir d'un raonament lògic es formulen hipòtesis. Finalment, s'utilitza un mètode inductiu, que manifesta l'inici d'una proposta investigació-acció-reflexió, que en aquest cas finalitzarà en l'apartat de discussió: la part reflexiva d'aquest treball. D'acord amb el plantejament investigació-acció, es busca comprendre i interpretar el desenvolupament de la competència cultural; així com plantejar propostes d'intervencions per fomentar la competència cultural en salut a partir d'una base fonamentada teoricopràctica (Rodríguez et al., 2010).

4.2. Població i mostra

Es va realitzar un mostreig no probabilístic a propòsit. Es van incloure a l'estudi aquells infermers i aquelles infermeres que complien els següents criteris:

- Ser professional de la salut
- Treballar diàriament amb pacients
- Treballar en un centre de la província de Tarragona
- Tenir disponibilitat de formar part de l'estudi
- Acceptar el consentiment informat

Els criteris d'exclusió han estat:

- Treballar en un segon centre que estigués fora de la província de Tarragona

La mostra va complir amb el criteri per validar l'instrument segons Carretero-Dios i Pérez (2005), que considera una mida mostral mínima de 5 participants per ítem. La mostra va comptar amb 22 participants per ítem: 564 professionals de la salut que treballaven diàriament amb pacients en institucions sanitàries de la província de Tarragona. La recollida de dades es va realitzar entre el setembre de 2017 i el gener de 2018. La mostra va incloure 437 professionals d'infermeria, 94 metges/sses, 23 auxiliars d'infermeria, 6 fisioterapeutes, 3 treballadors/es socials, 2 zeladors i 1 educadora social. L'edat mitjana va ser de 43 ($s=10,9$) i el 80% eren dones. L'escala es va enviar a les institucions de la província de Tarragona (Espanya) en una versió en línia que incloïa el consentiment informat i una explicació dels objectius de l'escala. La participació va ser voluntària i anònima.

L'anàlisi realitzat en la fase III, es basa en un estudi multivariant correlacional sobre la construcció de la competència cultural en els professionals d'infermeria de la província de Tarragona. La població total d'infermeres i infermeres de la província de Tarragona es va comptabilitzar el 2017 va ser de 4009⁸. Aquesta dada va ser facilitada pel Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona. La mostra es va calcular a partir de la fórmula de càlcul mostral:

8 Dades disponibles a la memòria 2017 del Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Figura 12: Fòrmula de càlcul mostral

El càlcul mostral per obtenir una mostra mínima representativa considerant un error mostral del 5% i un interval de confiança del 95%, amb una població de 4.009 va ser d'aproximadament de 363. Finalment, la mostra recollida va ser de n=437 d'una població N=4009 infermers i infermeres de la província de Tarragona.⁹ En la següent taula es presenta la distribució de la mostra en funció de la comarca i el nombre de centres de cada comarca que van quedar representats en la mostra. En total, van participar-hi infermers i infermeres de 55 centres diferents. A causa de no obtenir el permís explícit de cadascun dels centres, la informació s'analitzarà en funció de les característiques del centre i no del mateix centre individualment.

Territori / Comarca	Núm. centres participants	Núm. de mostra	% total
Camp de Tarragona	43	361	82,4
Alt Camp	4	88	20,1
Baix Camp	12	62	14,2
Baix Penedès	3	13	3
Conca de Barberà	3	16	3,7
Priorat	2	5	1,1
Tarragonès	19	176	40,3
Terres de l'Ebre	13	76	17,6
Baix Ebre	6	56	12,8
Montsià	4	10	2,3
Terra Alta	0	0	0
Ribera d'Ebre	3	11	2,5

Taula 11: Descripció de l'origen per territori i comarca de la mostra de l'estudi

4.3. Variables

Les variables estudiades per realitzar la prova pilot i l'estudi descriptiu, un cop adaptat i validat l'instrument, van ser agrupades en 3 blocs en funció del tipus de variable:

⁹ Segons les dades de la memòria del Col·legi Oficial d'Infermeria de Tarragona de l'any 2017.

- a) **La variable depenent:** És el constructe de competència cultural. Aquesta serà analitzada de forma global i fragmentada en les seves diferents subescales. Es realitzarà un estudi descriptiu de les dades prèvies a l'anàlisi multivariant.
- b) **La variable de control i validesa:** La variable desitjabilitat social, s'utilitzarà com una variable de control de validesa com ja s'ha utilitzat en articles anteriors (Davenport et al., 2013; Caplan i Black, 2014; Doorenbos et al. 2016). Per mesurar aquest constructe, s'utilitzarà l'escala desitjabilitat social de Marlowe Crowne (MC-SDS) en una versió breu validada per Gutiérrez et al. (2016). L'escala s'utilitzarà en la fase II i la fase III de l'estudi. En el cas de la fase II, serà estudiada la variància en relació amb la puntuació total de CCA i de les seves dimensions amb referència al constructe de desitjabilitat social. En el cas de la fase III, s'utilitzarà per tal de comprovar si la mostra es troba afectada per un biaix en la desitjabilitat social o no. Es compararà la desitjabilitat social en relació amb les edats de la població espanyola (segons els resultats de la validació de Gutiérrez et al., 2016), i amb la pròpia validesa de cada ítem del constructe de competència cultural.
- c) **Variables independents:** D'acord amb un consens amb el grup d'experts, i relacionat amb les troballes de l'anàlisi dels diferents models teòrics, es van escollir variables socioprofessionals que es poguéssim relacionar amb el desenvolupament de la competència cultural de la població estudiada. Les variables van ser les següents:

4. Metodologia

Nom variable	Tipus variable	Categories
Edat	Ordinal	
Sexe	Dicotòmica nominal	Home Dona
Origen	Dicotòmica nominal	Nascuts a Espanya Nascuts fora d'Espanya
Percentatge població d'altres orígens atesa	Ordinal	
Origen diversitat cultural més freqüent	Politòmica nominal	Nord d'Àfrica: Marroc Amèrica llatina: Colòmbia, equador, Xile, Argentina, Brasil Oest Àfrica: Senegal, Gàmbia Euràsia: Rússia, Romania, Ucraïna Altres: Est Àsia
Tipus de relació personal amb diversitat cultural	Politòmica nominal	Cap relació He tingut contacte però no hi he establert relació He treballat o estic treballant amb persones d'altres cultures però sense tenir-hi una amistat Alguns dels meus amics són de cultures diferents a la meua
Interès en formació en competència cultural	Dicotòmica nominal	Tinc interès en formació en competència cultural No tinc interès en formació en competència cultural
Formació prèvia en competència cultural	Dicotòmica nominal	Sí No
Tipus de formació en competència cultural	Politòmica nominal	Curs addicional de la universitat Contingut cobert per una assignatura de la universitat Congrés o seminari professional Programa de formació finançat per l'empresa Altres
Autopercepció de CC	Politòmica ordinal	Molt competent Bastant competent Ni competent ni incompetent Una mica incompetent
Tipus centre de salut	Politòmica nominal	Hospital Centre d'atenció primària Institut psiquiàtric Residències Consultes privades
Centre públic - privat	Dicotòmica nominal	Centre públic Centre privat
Pluralitat de servei	Politòmica ordinal	1 servei 2-3 serveis ≥4 serveis
Docència	Dicotòmica nominal	Sí No

Taula 12: Variables independents de l'estudi. Tipus de variables i les seves categories

A continuació es presenta un esquema en el qual s'agrupen les variables en els factors que es volen estudiar en relació amb el desenvolupament de la competència cultural:

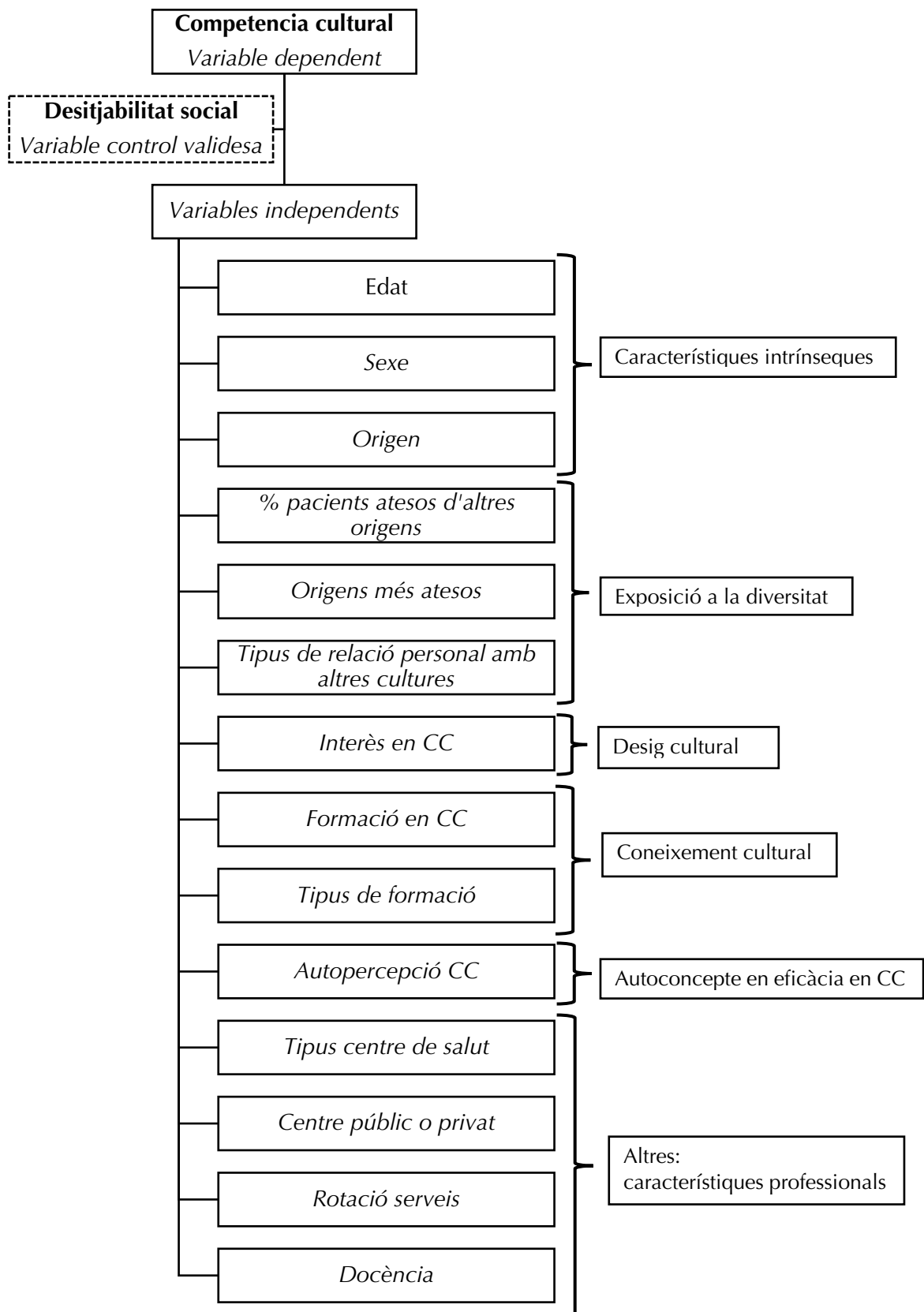


Figura 13: Esquema variables de l'estudi

4.4. Instruments

A continuació es descriuran els diferents instruments utilitzats en l'estudi.

4.4.1. Cultural Competence Assessment

La primera versió de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA) es va crear el 2003 i va ser validada per professionals de la salut i personal administratiu en contacte amb pacients. Es va obtenir un coeficient d'Alpha de Crombach (α) de 0,91 (Schim et al., 2003). L'idioma original de l'escala és l'anglès i s'ha adaptat i validat a l'italià i al coreà. Les respostes són del tipus Likert i han demostrat una bona estabilitat temporal ($r=0,85$). El CCA consistia en dues parts. La primera va incloure variables sociodemogràfiques (que s'explicaran detalladament en l'apartat «Instrument estudi II»). La segona part va incloure els 25 elements dividits en dues subescales: consciència cultural i sensibilitat (11) i comportament de competència cultural (14). L'última versió de l'escala CCA original utilitza una escala de resposta tipus Likert amb puntuacions que van des d'1 (molt desacord/mai) fins a 7 (molt d'acord/sempre). Hi ha 4 elements que puntuen de manera inversa i que formen part de la subescala de consciència i sensibilitat.

4.4.2. Qüestionari variables independents

En aquesta bateria de preguntes que es trobaven a l'inici del qüestionari de l'estudi, es preguntaven dades que després serien tractades com a variables independents. Es tracta de característiques sociodemogràfiques. En l'annex V es poden consultar les dades o en l'apartat «4.3. Variables».

4.4.3. Escala de desitjabilitat social de Marlowe-Crowne: versió breu (MC-SDS)

El constructe de la desitjabilitat social sorgeix de la teoria inicial que plantejava que certs subjectes podien donar, voluntàriament, una imatge distorsionada de si mateixos. Fet que està relacionat a donar respostes socialment més desitjables, lligat a donar respostes

amb una motivació intrínseca per «quedar bé» o «dissimular». Donat que les preguntes de l'escala CCA-S poden ser susceptibles a aquests factors, se n'ha considerat la utilitat per una millor interpretació de les dades i per tal d'evitar un biaix en aquest aspecte. La versió original de l'escala consta de 33 ítems i va ser creada per Marlowe&Crowne (Crowne & Marlowe, 1960). La versió breu, validada per Gutiérrez l'any 2016, consta d'un total de 18 ítems. La seva fiabilitat és adequada ($\alpha=0,78$). Les respostes són «cert» o «fals» en funció dels enunciats que s'hi exposen.

Els resultats d'aquesta escala s'utilitzaran per demostrar la validesa interna de l'estudi. Les dades es compararan amb els percentils en funció de l'edat, que es mostra com un criteri a tenir en compte en valorar les respostes socialment desitjables segons l'article de Gutiérrez et al. (2016).

Tabla 4. Puntuaciones percentiles, medias y desviaciones típicas de las versiones completa y breve de la Escala de Descapacidad Social de Marlowe y Crowne (M-C SDS) para la muestra total de adultos de la población general española y para sus submuestras en función de la edad.

Percentil	Puntuación directa en adultos de la población general española							
	M-C SDS completa (33 ítems)				M-C SDS breve (18 ítems)			
	Total	18-25 años	26-49 años	≥ 50 años	Total	18-25 años	26-49 años	≥ 50 años
1	6	5	6	5	1	1	3	2
5	10	8	10	10	3	2	4	4
10	11	11	11	13	5	3	5	6
15	13	11	13	14	6	5	6	7
20	14	12	13	16	6	5	6	8
25	15	14	14	17	7	6	7	9
30	16	15	15	18	7	6	7	9
35	16	15	16	18	8	7	8	10
40	17	16	17	19	9	7	9	10
45	18	16	18	20	9	8	9	11
50	18	17	18	21	10	8	10	11
55	19	17	19	22	10	9	10	12
60	20	18	20	22	11	9	11	12
65	21	18	20	23	11	9	11	13
70	21	19	21	23	12	10	11	13
75	22	20	22	24	12	11	12	14
80	23	21	23	25	13	11	12	14
85	24	21	24	26	14	12	14	15
90	25	22	25	28	14	13	15	16
95	27	24	26	28	16	14	15	17
99	29	27	28	31	17	15	16	18
Media	18.36	16.58	18.11	20.30	9.59	8.11	9.58	11.02
DT	5.25	4.60	5.02	5.43	3.68	3.35	3.34	3.75
n	575	187	192	196	575	187	192	196

Figura 14: Taula de les puntuacions directes de l'escala MC-SDS de la població adulta. Font Gutiérrez et al 2016

4.5. Desenvolupament de l'estudi i anàlisi estadística

Una vegada descrita la metodologia utilitzada, tot seguit s'explicaran les tres fases del desenvolupament de l'estudi, així com l'anàlisi estadística que es va realitzar en cadascuna de les fases.

4.5.1. Desenvolupament fase I: Procés d'adaptació cultural de l'escala original al castellà

Aquesta primera fase es tracta d'un estudi psicomètric i l'adaptació de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA) de les autores Schim i Doorenbos. En primer lloc es va obtenir l'instrument i els permisos de les autores (annex I). El següent pas, va ser validar el qüestionari en llengua castellana. Segons Ramada-Rodilla et al. (2013), per considerar un instrument vàlid, cal que reuneixi les següents característiques:

- Ser fiable i capaç de mesurar sense error.
- Ser capaç de detectar i mesurar els canvis, tant entre individus com en la resposta d'un mateix individu a través del temps.
- Ser senzill, viable i acceptat per usuaris i investigadors.
- Ser adequat per mesurar el fenomen que es pretén mesurar.
- Reflectir la teoria subjacent en el fenomen o concepte que es vol mesurar.

Totes aquestes característiques estan relacionades amb dos propietats dels qüestionaris: la fiabilitat i la validesa. En el procés d'adaptació i validació cultural es va procurar complir les anteriors característiques. El procediment de l'estudi I es va fer seguint les pautes de la International Test Commission (Bartram & Muniz, 2017) i les pautes de revisió d'estudis instrumentals de Carretero & Pérez (2005).

Traducció i retrotraducció

El procés d'adaptació cultural va començar amb la traducció de l'instrument original. La versió en anglès es va lliurar a dos traductors bilingües: un traductor d'origen espanyol i una infermera bilingüe d'origen anglès. Se'ls va dir que la traducció de cada element hauria de ser semàntica i no literal, amb l'equivalència conceptual i lingüística. Els

traductors i membres del grup d'experts, es van reunir per avaluar els aspectes semàntics i conceptuals. El grup d'experts va estar format per dos professors de la universitat, dos professors associats, un professional de la salut que treballa en l'assistencial expert en relacions amb diversitat cultural i el responsable de la investigació. A partir de la reunió, es va obtenir una versió preliminar de l'escala. Aquesta versió preliminar en castellà, va ser traduïda per un tercer traductor bilingüe per avaluar l'equivalència entre la versió original i la versió preliminar. Els membres del grup d'experts i els traductors es van tornar a trobar per avaluar la versió original, la inicial i la retrotraduïda amb l'objectiu de donar lloc a la versió inicial.

Prova pilot

Posteriorment es va realitzar una prova pilot amb 13 professionals de la salut de la província de Tarragona per tal de detectar possibles errors o dificultats en la comprensió i solució de l'instrument. Aquest grup estava format per infermers/es (4), metges/esses (4), auxiliars d'infermeria (3) i fisioterapeutes (2). Se'ls va demanar que marquessin si algun ítem era difícil de comprendre. D'aquesta manera es va obtenir la versió final que es va anomenar Cultural cCompetence Assessment versió en castellà (CCA-S: la «S» és de Spanish). Aquesta prova pilot també va permetre calcular el temps aproximat que els professionals de salut necessitaven per realitzar-lo.

4.5.2. Desenvolupament fase II: Procés de validació de l'escala i elaboració de la versió final. Anàlisi estadístic i mètric

Obtinguda la versió final després del procés d'adaptació i traducció es va administrar a professionals de salut de la província de Tarragona com veurem en l'apartat «Recollida de dades». L'escala va ser administrada amb una bateria de diverses preguntes com veurem en l'apartat «Instruments estudi II», però per dur a terme l'anàlisi psicomètrica es van tenir en compte els 25 ítems de l'escala CCA-S. Un cop recollida la mostra necessària, es va procedir al registre de les dades i posterior anàlisi psicomètrica, com veurem en l'apartat d'anàlisi de dades.

Recollida de dades

La recollida de dades es va realitzar entre els mesos d'agost de 2017 i abril de 2018 (el mes d'octubre es va passar de la fase I a la II i no va haver recollida de dades). La recollida de dades es va realitzar a través d'un formulari de l'aplicació Google Forms. En aquest formulari es va plasmar la informació completa de l'escala amb dades sociodemogràfiques i la CCA-S (annex II). També es va passar l'escala de desitjabilitat social de Marlowe Crowne versió breu (Gutiérrez et al., 2016). La recollida de les dades es va dividir en tres períodes principals. Per parlar del document que van respondre els participants, el qual inclou els elements esmentats anteriorment, es referirà al «qüestionari de l'estudi».

El primer període es va dedicar a comprovar l'adequació del qüestionari amb els professionals de la salut; el segon període, a la difusió massiva del qüestionari pel territori de Tarragona; i el tercer període, a augmentar la mostra total (també es va utilitzar l'estratègia per incentivar el retest en la validació de l'escala CCA-S)

Primer període: Va consistir a passar l'escala només en un centre hospitalari. La seva difusió va ser inicialment mitjançant impressions de l'escala. Es va realitzar un recorregut sistemàtic pel centre sanitari planta a planta, tenint en compte els diferents torns de treball. La forma sistemàtica en què es va buscar la col·laboració va ser de la següent manera:

- Aproximació i tempteig relatiu sobre l'interès per conèixer i participar en la investigació per cada supervisor de cada planta (en cap cas hi va haver una resposta negativa a participar-hi).
- Després es va donar informació verbal del qüestionari i s'entregava un document en la primera pàgina del qual s'ampliava la informació facilitada oralment. Se sol·licitava que es firmés el consentiment informat.
- Es va facilitar un espai a l'*office* de cada planta on hi havia els qüestionaris buits i es deixaven els completats.
- Durant 6 setmanes es van anar recollint els qüestionaris. A més, va servir per aclarir dubtes i plantejar reformulacions (els dubtes van ser escassos i en cap cas, els dubtes plantejats van requerir una reformulació de l'ítem).

Segon període: Es va decidir passar l'instrument a un formulari GoogleForms. En aquest període es va realitzar un contacte massiu amb totes les institucions de la província de Tarragona, a més dels col·legis oficials de professions sanitàries del territori. Les institucions que van respondre a la nostra petició van difondre l'enquesta entre els seus treballadors. En relació amb els col·legis oficials, només va acceptar la participació el Col·legi Oficial d'Infermeria de Tarragona, el qual va representar un paper transcendental en la difusió de l'escala, ja que fent ús de la seva base de dades, es va enviar un correu massiu als seus col·legiats i en va fer difusió a través de les xarxes socials.

Tercer període: Es va decidir incentivar la participació a través d'un sorteig. Es va repetir la difusió per les vies esmentades anteriorment amb la informació addicional del sorteig. En l'annex III es pot consultar la imatge que es va dissenyar per difondre el sorteig, que es va realitzar a través del lloc web Randorium. El sorteig es pot consultar en l'annex IV.

	Primer període	Segon període	Tercer període
Mostra recollida	74	305	189
Període recollida	Agost 2017	Novembre 2017	Febrer 2018
	Setembre 2017	Desembre 2017 Gener 2017	Març 2018 Abril 2018
Augment mostra/dia	1,23	3,38	2,1

Taula 13: Recollida de dades segons el període. *El mes d'octubre no es van recollir dades

Per realitzar la recollida de dades, es van utilitzar diferents estratègies que queden plasmades en la següent taula. També es pot observar el nivell d'efectivitat de l'estratègia en el moment que es va implementar. Aquest nivell es va valorar en efectivitat alta (+++) en augmentar en >100 participants; efectivitat mitjana (++) en registrar-se en <100 i >50 participants; efectivitat baixa (+) en reduir-se en <50 participants.

Tipus de difusió	Estratègia	Efectivitat
Difusió en paper	Entrega dels formularis en paper a representants i posterior recollida	+
	WhatsApp	++
	Twitter	+
Difusió formulari en línia	Facebook	+
	Correu electrònic	
	*Difusió realitzada a través del Col·legi Oficial d'Infermeria de Tarragona a través de la seva base de dades	+++

Taula 14: Estratègies de difusió del qüestionari

Anàlisi estadística fase II. Propietats mètriques

A continuació s'exposa quin tipus de prova s'ha utilitzat per dur a terme l'anàlisi mètrica de la fase II:

a) Validesa

La validesa és la capacitat que té un instrument per mesurar el que es vol mesurar i pel motiu pel qual es va crear. Es tindran en compte 3 tipus de validesa que es descriuen a continuació.

Validesa de contingut o etapa substantiva: Pren com a objectiu avaluar si els diferents ítems inclosos en l'instrument representen adequadament els dominis del constructe que es pretén mesurar. En aquest cas, s'utilitzarà el mètode Delphi, que permet una anàlisi qualitativa de l'instrument, mitjançant el criteri dels experts. Per tal de realitzar-lo, es va crear un grup de 6 investigadors experts per valorar la importància i l'adequació dels ítems que constituïen l'escala als quals es va enviar el qüestionari original traduït i retrotraduït, juntament amb el consentiment informat que seria revisat en diverses reunions per arribar a un consens per obtenir l'instrument definitiu. Es va calcular l'Índex de Validesa de Contingut (IVC) de Lawshe (1975).

Validesa de constructe o etapa estructural: Assegura que les puntuacions que resulten de les respostes de l'instrument puguin ser considerades i autoritzades com una mesura vàlida del fenomen estudiat. Per tal comprovar-ho, es va realitzar una anàlisi factorial (AF) per revelar l'estructura interna dels ítems i els factors de l'escala; posteriorment, es va dur a terme una anàlisi factorial confirmatòria (AFC) per donar-hi validesa. Aquest és el model estadístic que representa les relacions entre conjunts de variables.

També es va realitzar una anàlisi factorial exploratòria (AFE). Seria necessari calcular els índexs d'ajust de la mostra amb l'índex Kaiser-Meyer-Olkin per tal de conèixer fins a quin punt les associacions entre les variables poden ser explicades per un número menor que el número d'ítems existents en l'escala. Segons Kaiser & Rice (1974), la mesura òptima d'aquest índex és la pròxima a 0,9, adequada a 0,81, mitjana a 0,7, mediocre a 0,6 i per sota es considera inacceptable. També es va calcular el test de Barlett per tal d'assegurar que la solució factorial no fos deguda a l'atzar. Es va utilitzar l'indicador de bondat d'ajust al model, la prova de khi-quadrat (X^2) que indica un bon ajust si la prova resulta o no significativa. També es va realitzar una anàlisi de la dimensionalitat, un procediment que ens serveix per decidir quants factors determinen correctament el constructe. A partir d'una anàlisi factorial podem saber quins factors determinen un percentatge més elevat de variància total explicada, però, segons O'connor (2000), cal utilitzar altres mètodes estadístics que ho determinin. Es va utilitzar el Parallel Analysis (PA) de Horn (1965 citat per

O'Connor, 2000) que es va comparar amb el gràfic de sedimentació i amb els valors que es van obtenir de la variància total explicada a partir de l'AFE.

Validesa convergent-discriminant o etapa externa: Es va examinar la correlació entre la nova mesura i una altra que es creia que hi estava relacionada. Per realitzar aquesta anàlisi, es va calcular el coeficient de correlació de Pearson (r) i Rho de Spearman (ρ) entre les dimensions de l'escala CCA i la puntuació total. La validesa convergent i discriminant seria assolida si la correlació entre cada dimensió i l'escala total hagués de ser més forta que la correlació entre les dimensions.

b) Fiabilitat

La fiabilitat comprèn dos aspectes: l'estabilitat i l'equivalència. El primer concepte fa referència a la capacitat d'un instrument a donar resultats similars aplicats en diferents moments temporals (Carretero-Dios & Pérez, 2005). El segon està relacionat amb la consistència interna o homogeneïtat del contingut dels ítems que té l'escala. Per estudiar-ne la fiabilitat, es realitza l'anàlisi del coeficient de consistència interna que es refereix al coneixement de les variàncies i covariàncies dels indicadors de l'escala; i es determina el grau de correlació entre els seus ítems.

La fiabilitat augmenta quan existeix un major nombre de variables de mostra. També si hi ha una un major dificultat moderada dels ítems o altres aspectes com una major experiència realitzant tests, una major motivació i preguntes amb menys contingut emocional (Arribas, 2004; Ramada-Rodilla et al., 2013). Així doncs, una correlació alta, significa que es mesura el mateix fenomen amb homogeneïtat entre els ítems. Aquest càlcul es realitza amb l'índex Alfa de Cronbach (α) tant de l'escala total com de les diferents subescales.

La consistència interna es considera acceptable quan el seu valor es presenta voltant a 0,7, i és menor o igual a 0,9 segons Carretero-Dios & Pérez (2005). Tot i així, cal considerar que valors inferiors a 0,7 poden indicar una pobra correlació entre ítems. D'altra banda, valors superiors a 0,9 indiquen redundància o duplicació del ítems. Malgrat

això, en els casos en què l'escala sigui superior a 20 ítems, sí que es pot arribar a 0,9. En aquest cas, cal calcular la consistència interna de les diferents subescales.

També es calcularà el coeficient d'homogeneïtat dels ítems corregits, estimant les correlacions de cadascun dels ítems amb el total de l'escala i amb les subescales. Per valors iguals a zero o negatius, s'eliminarà l'ítem (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Ramada-Rodilla et al., 2013).

Anàlisi fiabilitat test-retest o estabilitat temporal

La fiabilitat test-retest o estabilitat temporal es realitza per mesurar si el test es reproduïble. No és precís esperar molt de temps entre el test i el retest per evitar que el fenomen observat pateixi variacions que alterin el valor de la repetibilitat i tampoc ha de ser massa curt per evitar que es recordin les respostes. Per tant, es realitzarà el retest un mes després. I es calcularà el coeficient de Pearson i Rho de Spearman, basat en l'anàlisi de la regressió lineal entre els ítems.

c) Puntuacions factorials i baremació

A partir de l'AF, es proposarà una puntuació factorial (PF) adequada per cada factor. Es multiplicaran les puntuacions directes pels pesos factorials de cada ítem. Tenint en compte els factors que proposi l'AF, es realitzarà una baremació per a cadascun i una altra de l'escala general.

d) Anàlisi de la variància

Per determinar la variància, ANOVA és el mètode més idoni per calcular-la en un sistema de mesura. ANOVA posseeix l'avantatge de quantificar la variació deguda a la interacció entre els operadors i les parts. Aquest mètode permet contrastar hipòtesis i realitzar un elevat nombre de proves posteriors amb la finalitat d'obtenir la màxima informació possible sobre la relació existent entre la variable independent i la dependent.

Per comparar si hi havia diferències entre els resultats mitjans es va realitzar una anàlisi de la variància (ANOVA). Es va establir un nivell significatiu de $p < 0,05$ per indicar diferències significatives entre la puntuació mitjana d'edat, sexe i professió.

També es va analitzar si existien diferències significatives entre les puntuacions de l'escala de la versió al castellà de CCA-S i la desitjabilitat social.

e) Anàlisi de dades

L'anàlisi estadístic es va realitzar amb SPSS 21.00 programari per a Mac.

4.5.3. Desenvolupament fase III: Estudi transversal amb disseny *ex post facto* de la competència cultural en professionals d'infermeria

En aquest estudi s'ha utilitzat una anàlisi de metodologia selectiva amb un disseny *ex post facto*. Es tracta d'un estudi amb una estratègia retrospectiva, caracteritzada per ser una investigació que va precedida de la selecció de participants per les seves puntuacions en la variable dependent i, cap enrere, es busquen variables independents. En aquest cas, s'estudia com afecta el comportament culturalment competent en els professionals de la salut davant del flux migratori que hi ha hagut durant aquests darrers anys.

L'elecció de la metodologia selectiva amb un disseny *ex post facto* va enfocada a la cerca de variables amb correlacions elevades, considerades com a potencials independents per tal de saber què tenir en compte i com abordar el fenomen de la competència cultural en els professionals de salut. Concretament, s'utilitzarà l'anàlisi multivariant, amb l'objectiu:

«... d'analitzar i interpretar les relacions diverses entre les variables de manera simultània, mitjançant la construcció de models estadístics complexos que permeten distingir la contribució independent de cadascuna d'aquestes en el sistema de relacions i, d'aquesta manera, descriure, explicar o predir els fenòmens objecte d'interès per a la investigació»

(Meneses, 2016)

L'objectiu d'aquesta fase era analitzar la competència cultural d'una mostra representativa d'infermers i infermeres i, a la vegada, posar a prova l'instrument.

Proves per l'anàlisi estadístic

En l'anàlisi descriptiva, s'utilitzaran descriptius bàsics (mitjana (\bar{x}), desviació típica (s), variància (S^2), intervals de confiança (IC), asimetria (γ) i curtosis (Kurt).

En el cas de l'anàlisi bivariant, es valorarà la distribució normal en què es presentin les dades per tal de decidir si escollir proves paramètriques o no paramètriques (en tots els casos es treballarà amb un grau de confiança del 95%). Per una banda, tenim les proves paramètriques (per a distribucions normals), que es consideren més robustes, amb capacitat predictiva més elevada. Per l'altra banda, les proves no paramètriques (per a

distribucions no normals) són idònies per a mostres petites, però aquesta no és la situació. Tot i així, en el cas de les correlacions, es determinarà tant per Pearson com per Spearman i, donats els resultats, se'n discutirà la validesa. En el cas d'haver-hi associació estadística, es comprovarà la correlació entre les variables per veure'n el grau d'associació. Es consideraran els intervals proposats per Schober, Boer & Schwarte (2018) que es presenten a continuació:

Coefficient de correlació	Interpretació
0,00-0,09	Correlació negligible
0,10-0,39	Correlació dèbil
0,40-0,69	Correlació moderada
0,70-0,89	Correlació forta
0,90-1,00	Correlació molt forta

Taula 15: Interpretació dels valors de correlació segons Schober et al. (2018)

Finalment, en el cas de l'anàlisi multivariant, l'objectiu és definir perfils de competència cultural. Per aquest motiu, la prova estadística utilitzada serà l'anàlisi de conglomerats o Clúster (Navarro-Arancegui, 2003). Aquesta tècnica pren per objectiu classificar subjectes o variables. En aquest cas, l'interès rau a buscar grups similars de subjectes que es puguin agrupar en conglomerats, per després descriure'ls com a perfils.

Un cop obtinguts els conglomerats, se'n realitzarà una anàlisi descriptiva i bivariant de cadascun. Es descriuran els perfils en funció de les puntuacions obtingudes en l'escala Cultural Competence Assessment validada al castellà, finalitzaran així els resultats de l'estudi i es donarà pas a la darrera part del treball: la part reflexiva (discussió).

4.6. Consideracions ètiques

En primer lloc es va demanar permís a les autores de l'estudi per tal que ens facilitessin l'escala i ens donessin el permís per traduir-la al castellà (annex I). En segon lloc, es va sol·licitar l'autorització enviant el projecte al Comitè Ètic de l'Institut Pere Virgili (IISPV) la qual se'ns va atorgar l'any 2017 (annex VI). Prèviament, per dur a terme la prova pilot, es va sol·licitar l'autorització a la Comissió de Bioètica del Pius Hospital de Valls (annex VII).

Per elaborar el treball es van seguir en tot moment els principis establerts a la Declaració d'Hèlsinki (Associació Mèdica Mundial, 2001) i la Llei 15/1999 (BOE, 1999) sobre protecció de dades. Entre les accions per complir amb aquests principis i amb aquestes lleis, prèviament es va avaluar el benefici-risc de participar en la investigació. Als participants no els generava cap risc respondre el qüestionari de l'estudi. Tan sols es podia considerar com una incomoditat la participació que requeria d'una especial atenció i dedicació. Tot i així, en la prova pilot es va determinar que el temps de resposta de l'enquesta era de 10 a 15 minuts, a més de confirmar-se que l'escala presentava uns enunciats i un sistema de resposta senzills.

També es va desenvolupar un full d'informació i un formulari de consentiment, que va estar disponible tant en format presencial com en línia. Es descrivia la descripció de l'estudi, els objectius i les condicions de participació per tal que es valorés si es volia participar en l'enquesta. En cas d'estar-hi d'acord, havien de signar un consentiment informat de manera voluntària, segons la normativa vigent. En el formulari en línia també hi era present; a més a més, havien de contestar si havien llegit el consentiment que se'ls facilitava i si hi estaven d'acord.

Finalment, per tal de garantir la confidencialitat de les dades de l'estudi, només va tenir accés a la base de dades la investigadora principal. Les dades van ser introduïdes en un fitxer únic, que va ser utilitzat únicament per al desenvolupament i la bona finalitat de l'estudi. Cada participant va ser identificat a la base de dades a partir d'un codi d'identificació anònim.

5. Resultats

5.1. Resultats relacionats amb l'objectiu 1

Realitzar l'adaptació transcultural al castellà de l'escala CCA

Resultats fase I: Procés d'adaptació transcultural de la CCA al castellà

En aquesta fase, es va treballar amb la versió traduïda, la retraduïda i l'original. El grup d'experts va debatre sobre el contingut i adequació de les diferents versions, així com de la pertinença en si dels ítems. Com a resultat, la versió inicial va conservar els 25 ítems, donat que el grup d'experts va considerar essencial tots els ítems de l'escala original (IVC=1) per avaluar la competència cultural dels professionals de salut. Aquesta versió inicial va ser utilitzada en la prova pilot. Com a resultat del treball del grup dels experts amb els resultats de la prova pilot, es van realitzar diferents canvis en relació amb mots específics, per tal d'adaptar millor l'escala al context espanyol. Aquests canvis van ser:

- Es va canviar la paraula «client» per «pacient» considerat com una adaptació cultural. La decisió va ser suggerida en la versió inicial amb el grup d'experts i consensuada en la prova pilot.
- Un altre dels canvis que es va decidir fer, fa referència a l'ítem 12, 23. Aquests fan referència a l'atenció «individual» i «organitzativa». La discussió amb el grup de recerca, i amb les notes recollides de la prova pilot, «organitzativa» es va transformar en «col·lectiva», ja que defineix millor l'avaluació que fan els professionals de salut en el context espanyol.
- En el cas de l'ítem 14 es parla de cerca d'informació a partir de «libros y/o otros materiales». Va resultar adequat canviar-ho per «pàginas de internet o tengo libros».

Es va poder determinar un temps necessari de quinze minuts per completar el qüestionari (incloent deu elements de dades sociodemogràfiques, els vint-i-cinc ítems de l'instrument CCA i els 18 de MC-SDS). Nou dels professionals de salut que van formar part del grup de la prova pilot van respondre que el temps que havien dedicat a respondre l'enquesta resultava adequat. Només un va respondre que hi havia molts ítems per respondre i que al arribar a la part final es sentia cansat. Tot i així, tots van coincidir en valorar que els ítems eren de fàcil comprensió i resposta.

La versió obtinguda es va decidir anomenar-la Cultural Competence Assessment versió en castellà i es va escriure de manera abreujada com a CCA-S (la «S» significa castellà en anglès: Spanish).

5.2. Resultats relacionats amb l'objectiu 2

Analitzar la dimensionalitat del constructe de la competència cultural a partir de l'instrument CCA-S i definir les seves propietats psicomètriques

Resultats fase II: Procés de validació de l'escala i elaboració de la versió final. Anàlisi estadístic i mètric

Descripció dels ítems

A continuació es presenta una anàlisi descriptiva dels ítems que componen l'escala: mitjana (\bar{x}), desviació típica (s), variància (S^2), asimetria (γ), curtosi (Kurt) i error estàndard en els descriptius que procedeix (ES). Tots els ítems presenten un rang de 6 (1-7).

	\bar{x}	s	S^2	γ	ES	Kurt	ES
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	5,01	1,688	2,849	-0,486	0,103	-0,953	0,205
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual.	4,59	1,594	2,540	-0,033	0,103	-1,184	0,205
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	5,17	1,623	2,634	-1,062	0,103	0,337	0,205
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización.	5,12	1,697	2,880	-0,992	0,103	0,106	0,205
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.	5,63	1,587	2,518	-1,257	0,103	0,724	0,205
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	5,56	1,857	3,447	-1,498	0,103	1,012	0,205
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	4,95	1,686	2,841	-0,774	0,103	-0,345	0,205
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.	5,41	1,579	2,494	-1,204	0,103	0,743	0,205
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura.	6,16	1,816	3,297	-2,240	0,103	3,518	0,205
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras.	5,45	1,803	3,249	-1,333	0,103	0,646	0,205
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	5,34	1,811	3,278	-1,181	0,103	0,368	0,205

5. Resultats

12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas.	3,68	1,731	2,998	0,020	0,103	-1,058	0,205
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo.	3,44	1,779	3,164	0,162	0,103	-1,186	0,205
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas.	3,39	1,792	3,212	0,263	0,103	-1,087	0,205
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas.	3,59	1,693	2,867	0,148	0,103	-0,963	0,205
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad.	4,17	1,734	3,006	-0,221	0,103	-1,007	0,205
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud.	3,93	1,767	3,123	-0,118	0,103	-1,069	0,205
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos.	4,97	1,711	2,928	-0,853	0,103	-0,248	0,205
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas.	4,42	1,455	2,116	-0,423	0,103	-0,734	0,205
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas.	4,51	1,513	2,289	-0,524	0,103	-0,459	0,205
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras.	4,69	1,524	2,322	-0,524	0,103	-0,540	0,205
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas.	4,79	1,764	3,113	-0,701	0,103	-0,442	0,205
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas.	4,56	1,440	2,073	-0,447	0,103	-0,517	0,205
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente.	3,74	1,729	2,991	0,070	0,103	-1,029	0,205
25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente.	3,82	1,764	3,113	-0,035	0,103	-1,024	0,205

Taula 16: Estadístics descriptius dels ítems de la CCA-S segons la mostra de l'estudi

Anàlisi de validesa

En primer lloc es va comprovar que l'escala amb la mostra utilitzada s'ajustava correctament pel model de dos factors proposat per les autores en l'escala original. Per aquest motiu, es va procedir a una anàlisi factorial confirmatòria (AFC).

Anàlisi factorial confirmatòria segons model bifactorial de l'escala original CCA

A partir de la mostra (n=564), es va analitzar prèviament l'índex de bondat d'ajust pel model de 2 factors. El valor de khi quadrat (X^2) va demostrar que hi havia un ajust adequat ($X^2=2550.430$, g.l.=251, $p=0,000$). A més, en l'estudi es va recollir una mostra suficient d'acord amb els criteris de 5-10 participants per a cada ítem (Carretero-Dios i Pérez, 2005). Tot i així, donat que l'interès en aquest cas és fer de l'instrument una eina que doni més joc a l'hora d'avaluar la competència cultural, tenint en compte la teoria i les validacions prèvies realitzades, es va decidir determinar si se'n podien extreure altres factors. En el gràfic de saturacions (figura 14), es pot observar una evident tendència a la disposició dels ítems en 4 grups diferenciats.

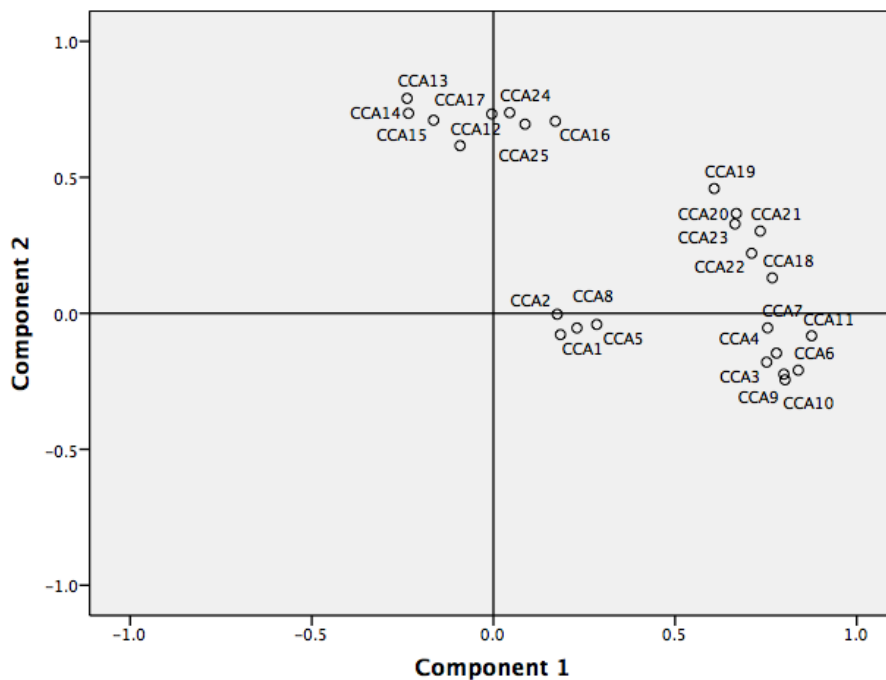


Figura 15: Gràfic de saturacions sorgit de l'AFC per a un model de dos factors

Anàlisi factorial exploratòria

L'aplicació de l'Anàlisi Factorial Exploratòria (AFE) es va considerar apropiat amb l'índex Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,89$) i la prova de Barlett ($X^2 =9068,56$; g.l.=300; $p=0,000$). L'AFE es va realitzar segons el mètode d'extracció de components principals i

rotació varimax. Tot i això, abans de realitzar l'AFE, es va procedir a estudiar quants factors eren apropiats per l'escala CCA-S mitjançant el procediment d'anàlisi de dimensionalitat.

El PA consisteix a generar 1000 matrius de correlacions entre variables aleatòries independents a partir d'unes dades de la mateixa dimensió que les dades empíriques. Es té en compte el número de variables i de subjectes de l'estudi. Es comparen els valors generats a l'atzar amb els obtinguts de la matriu empírica. El percentil 95 de cada distribució de valors propis, és el que decideix les dimensions a extreure. Així doncs, la variància empírica, sempre i quan sigui més elevada que la variància generada a l'atzar, indica que la dimensió és recomanable (O'Connor, 2000). A continuació es presenten les dades obtingudes del PA:

PARALLEL ANALYSIS:			
Principal Components i Random Normal Data Generation			
Raw Data Eigenvalues,	i Mean	i Percentile	Random Data Eigenvalues
Root	Raw Data	Means	Prcntyle
1.000000	7.488580	1.401679	1.459205
2.000000	4.927821	1.340127	1.383946
3.000000	2.011256	1.294212	1.332931
4.000000	1.428533	1.253213	1.286092
5.000000	1.043905	1.217096	1.247785
6.000000	.880049	1.183648	1.212129
7.000000	.854168	1.152259	1.179927
8.000000	.703419	1.122292	1.148341
9.000000	.606291	1.094104	1.120014
10.000000	.584964	1.066125	1.089221
11.000000	.494905	1.039349	1.063753
12.000000	.470981	1.013008	1.035783
13.000000	.463592	.986998	1.008040
14.000000	.386597	.962253	.983254
15.000000	.383110	.936853	.959155
16.000000	.326541	.910642	.933428
17.000000	.306593	.886240	.908364
18.000000	.281359	.861871	.884684
19.000000	.261489	.836988	.860722
20.000000	.250220	.811731	.834641
21.000000	.218168	.785675	.808877
22.000000	.188716	.758954	.783706
23.000000	.161845	.729927	.756766
24.000000	.152260	.697550	.724835
25.000000	.124642	.657208	.691427

Taula 17: Resultats PA

El gràfic de sedimentació (Scree Test) que es mostra en la següent figura, ens permet observar el punt d'inflexió a partir del factor 3 i 6. Parteix d'un pendent pronunciat on

inclou clarament 2 factors clarament diferenciats. El punt d'intersecció és indicador del número de factors a extreure. En aquest cas, observem que és un total de 4 factors.

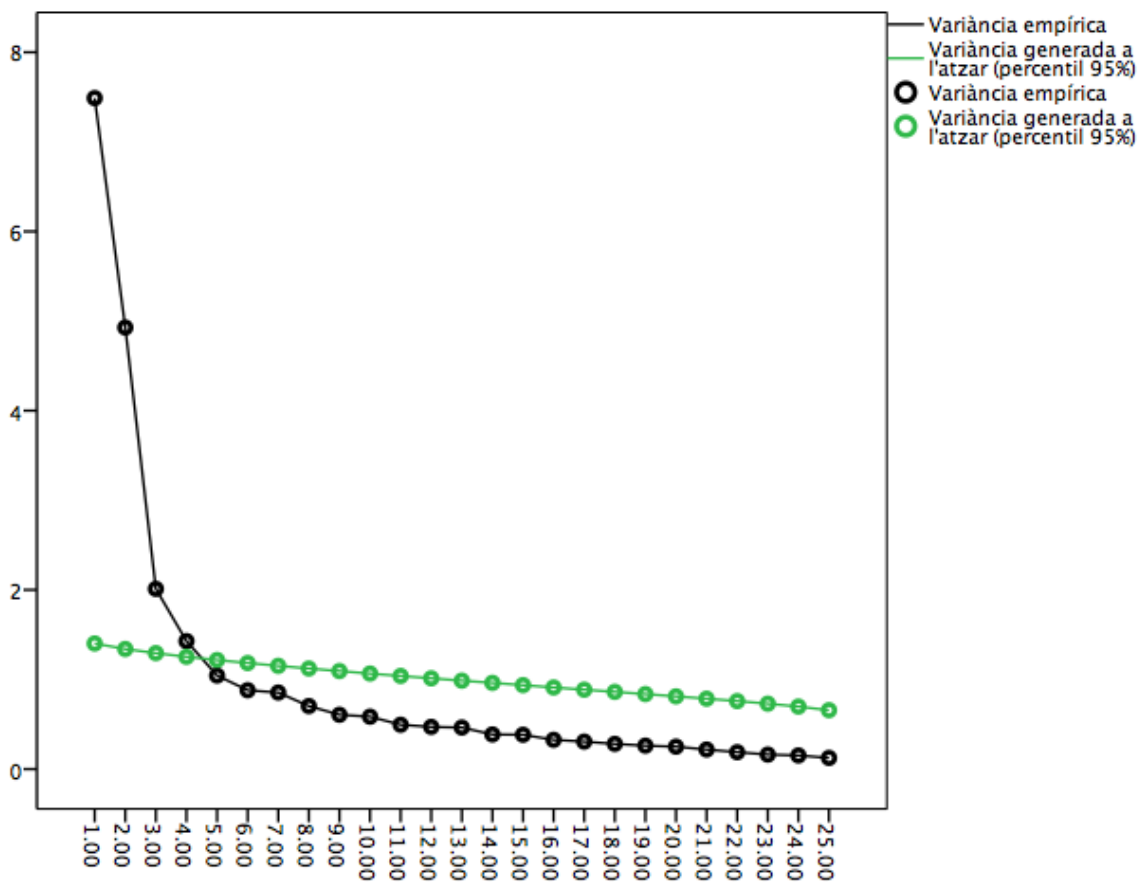


Figura 16: Gràfic de sedimentació de l'anàlisi paral·lel de l'escala CCA-S

A continuació, es procedeix a realitzar l'AFE per tal de valorar-ne els resultats amb la variància total explicada que suggereix. Aquesta anàlisi es va realitzar amb el mètode d'extracció de components principals i de rotació varimax. A partir d'aquesta anàlisi, i segons el criteri Kaiser (que considera cada autovalor superior a 1, un possible factor a conservar), se'ns proposa un model de 5 factors, pel qual s'obté un total del 67,600% de la variància total explicada. D'altra banda, tenint en compte el model que recomana el PA i el gràfic de sedimentació per a 4 factors, s'entén el 63,425% del total de la variància explicada; essent el factor 1 el que més explica el model amb el 29,954% (per més informació, consulteu la taula completa en l'annex X).

Component	Autovalors inicials		
	Total	% de la variància	% acumulat
1	7,489	29,954	29,954
2	4,928	19,711	49,666
3	2,011	8,045	57,711
4	1,429	5,714	63,425
5	1,044	4,176	67,600
6	0,880	3,520	71,121
7	0,854	3,417	74,537
8	0,703	2,814	77,351
9	0,606	2,425	79,776
10	0,585	2,340	82,116
11	0,495	1,980	84,096
...

Taula 18: Resultats de la variància total explicada de l'escala CCA-A

També es van explorar els resultats de la matriu de components rotats sorgit de l'AFE. Aquest anàlisi es va realitzar per tal eliminar aquells components amb una càrrega factorial inferior a 0,3, considerada com a insuficient segons la bibliografia (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

En la següent taula es poden observar els resultats de l'AFE a partir d'un model de 5 factors i el l'AFC a partir d'un model de 4 factors. La prova de bondat d'ajust va resultar significativa per un model de 4 factors ($X^2=1102,336$; $gll=206$; $p=0,00$):

Anàlisi per un model de 5 factors	Component				
	1	2	3	4	5
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	0,850				
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	0,848	0,310			
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	0,842				
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	0,812				
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención médica» de distintas maneras.	0,812				
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultural.	0,717				
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	0,710				
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas.		0,865			
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras.		0,845			
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas.	0,310	0,683			
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas.		0,670			
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas.	0,380	0,667			
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos.	0,466	0,639			
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas.			0,852		
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas.			0,814		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo.			0,797		
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud.			0,713		
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad.			0,685		
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas.			0,550		0,496
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.				0,741	
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual.				0,729	
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.				0,660	
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.				0,656	
25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente.					0,803
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente.			0,331		0,795

Taula 19: Matriu de components rotats de l'AFE de l'escala CCA-5 per un model de 5 factors

	Component			
	1	2	3	4
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	0,867			
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización.	0,855			
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	0,844			
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	0,820			
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención médica» de distintas maneras.	0,812			
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	0,736			
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura.	0,735			
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo.		0,832		
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas.		0,830		
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas.		0,776		
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud.		0,745		
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad.		0,714		
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas.		0,647		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreres.	0,373		0,783	
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas.			0,781	
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas.	0,357		0,686	
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas.	0,440		0,623	
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas.	0,337		0,616	
25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente.		0,438	0,580	
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente.		0,488	0,568	
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos.	0,539		0,544	
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.				0,710
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.				0,694
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.				0,672
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual.				0,655

Taula 20: Matriu de components rotats de l'AFE de l'escala CCA-5 per un model de 4 factors

Amb les dues propostes, es conserven les dues subescales originals (vegeu annex XI). A més, tant per al model de 5 factors (M5) com per al de 4 (M4), la primera subescala es divideix en consciència i sensibilitat. Per tal de prendre una decisió es van comparar totes dues escales incloent la variància total explicada per cada factor i la consistència interna (Alpha de Crombach, α) de cada una de les dimensions. La següent taula, està relacionada amb la primera subescala original de l'instrument, la qual avaluava conjuntament la sensibilitat i la consciència. En aquest cas, en ambdues alternatives de model, es disposa de les diferents variables en dos factors igual i amb lleugeres diferències entre les càrregues factorials.

Subescala original en l'escala CCA: sensibilitat i consciència			
Dimensions CCA-S	Ítems	CF M4	CF M5
Consciència (29,96% variància total explicada) $\alpha=0,896$	4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización.	0,855	0,850
	11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	0,867	0,848
	6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	0,844	0,842
	3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	0,820	0,812
	10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras.	0,812	0,812
	9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultural.	0,735	0,717
	7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	0,736	0,710
Sensibilitat (5,71% variància total explicada) $\alpha=0,661$	5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.	0,710	0,741
	2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual.	0,655	0,729
	1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	0,694	0,660
	8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.	0,672	0,656

Taula 21: Dimensions emergides de la CCA-S en relació amb la subescala original consciència cultural i sensibilitat cultural amb les càrregues factorials de cada ítem en funció d'un model per 5 o 4 factors i la consistència interna.

El que resulta necessari destacar, és la fiabilitat moderada-baixa de la dimensió de sensibilitat. En el cas de la versió Italiana de la CCA (CCAI), l'ítem «Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud», presenta una major adequació en la dimensió de consciència cultural, i en aquest cas, ho fa a la dimensió de sensibilitat cultural. No obstant això, relacionant-ho amb la fiabilitat de la dimensió, en observar els ítems independents, la versió italiana presenta càrregues factorials per a aquests ítems més baixes en relació amb la resta d'ítems, igual que ens succeeix en el nostre cas. Conseqüentment, queda reflectit amb la consistència interna: CCAI sensibilitat $\alpha=0,53$; CCAI consciència $\alpha=0,78$.

La controvèrsia es troba en la subescala original de comportament cultural. Pel model de 4 factors, es divideix en comportament culturalment actiu i un altre anomenat cerca d'informació cultural. En canvi, pel model de 5 factors, apareixen un total de 3 dimensions, que es van anomenar desig cultural, cerca d'informació cultural, i avaluació i documentació cultural. Però en l'anàlisi en el cas de l'ítem 12 en el model de 4 factors es podria dubtar sobre l'adequació en la dimensió de comportament cultural actiu. Tot i així, de la mateixa manera que en la CCAI (dimensió italiana: cerca d'informació cultural), el pes factorial més elevat es presenta en aquest ítem i es tracta d'un comportament enfocat a la documentació cultural. Per aquest motiu es va decidir canviar el nom d'aquesta dimensió a documentació i cerca d'informació cultural.

Subescala original en l'escala CCA: comportament cultural				
Dimensions CCA-S	CF M5	Ítems	CF M4	Dimensions CCA-S
Desig cultural (19,71% variància total explicada) $\alpha=0,896$.865	20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas.	.781	Comportament cultural actiu (19,71% variància total explicada) $\alpha=0,856$
	.845	21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreres.	.783	
	.683	23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas.	.686	
	.670	19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas.	.616	
	.667	22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas.	.623	
	.639	18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos.	.544	
Avaluació i documentació cultural (4,18% variància total explicada) $\alpha=0,790$.803	25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente.	.580	Documentació i cerca d'informació cultural (8,05% variància total explicada) $\alpha=0,865$
	.795	24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente.	.568	
	.496	12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas.	.647	
Cerca d'informació cultural (8,05% variància total explicada) $\alpha=0,864$	.852	14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas.	.830
	.814	15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas.	.776	
	.797	13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo.	.832	
	.713	17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud.	.745	
	.685	16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad.	.714	

Taula 22: Dimensions emergides de la CCA-S en relació amb la subescala original comportament cultural amb les càrregues factorials de cada ítem en funció d'un model per 5 o 4 factors i la consistència interna.

Tenint en compte el comportament de l'escala, en què originalment a partir del PA es recomana un model per 4 a factors, es decideix procedir amb aquest model. No s'observen diferències significatives que facin considerar excepcionalment prendre la decisió de subestimar el PA. A més, complim el principi bàsic de parsimònia en optar pel model de 4 factors.

Anàlisi de la validesa convergent-discriminant

En presentar una distribució no normal de les dades, el més apropiat seria utilitzar la prova no paramètrica de correlació de Rho de Spearman. Tot i així, es presentaran els resultats de la prova de Pearson per confirmar la idoneïtat del resultat. Les proves paramètriques resulten menys susceptibles d'errors del tipus beta i són idònies per mostres grans com és el cas.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	p	Estadístic	gl	p
CCA-S	0,052	564	0,001**	0,987	564	0,000**
CA	0,208	564	0,000**	0,797	564	0,000**
CS	0,067	564	0,000**	0,967	564	0,000**
CAB	0,053	564	0,001**	0,982	564	0,000**
CDSI	0,049	564	0,003**	0,984	564	0,000**

Taula 23: Resultats prova de normalitat de CCA i les dimensions.

*Significació <0,05. ** Significació <0,01

Els resultats presentats amb referència a les dues proves de correlació mostren associacions significatives. La més forta, coincidint amb els dos coeficients, és la de la puntuació total de CAB i l'escala total. La que presenta menor correlació amb l'escala total és la de sensibilitat. Les altres mostren puntuacions moderades positives.

		CA	CS	CAB	CDSI	
Pearson	CCA-S	Coefficient de correlació	0,714	0,321	0,840	0,388
		p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Rho de Rho de Spearman	CCA-S	Coefficient de correlació	0,659	0,295	0,840	0,422
		p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

Taula 24: Coeficient de correlació entre la CCA total i les diferents dimensions.

*Significació <0,05. ** Significació <0,01

En relació amb les correlacions entre les diferents dimensions, totes elles presenten un grau de correlació significativa amb menys sensibilitat i documentació i cerca d'informació. Cal destacar la correlació entre consciència i documentació i cerca d'informació cultural.

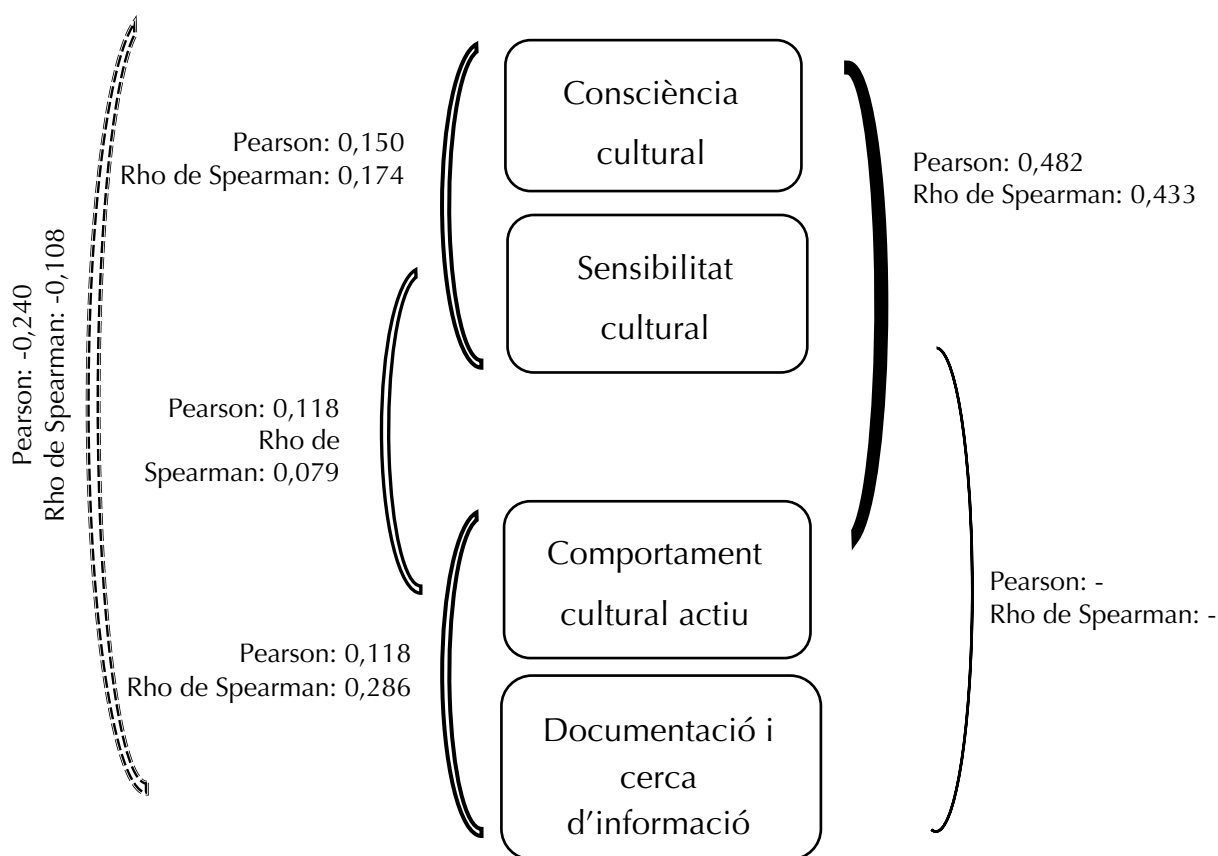


Figura 17: Representació de les correlacions significatives entre les diferents dimensions de CCA

Anàlisi fiabilitat

L'escala total presenta una consistència interna de $\alpha=0,85$. En la següent taula, es presenten els diferents coeficients d'homogeneïtat juntament amb l'anàlisi de la fiabilitat en funció de l'escala total i en funció de cada dimensió. Podem observar com en el cas dels ítems 1 i 2, presenten valors menors de 0,3 en relació amb l'escala total però no en relació ambs ítems de la dimensió. Igual que succeeix amb la dimensió documentació i cerca d'informació cultural.

	En relació amb CCA-S total ($\alpha=0,85$)		En relació amb la dimensió	
	Correlació element- total corregit	α si s'elimina l'element	Correlació element- total corregit	α si s'elimina l'element
CA $\alpha=0,934$				
CCA11	0,662	0,833	0,868	0,915
CCA4	0,545	0,839	0,786	0,923
CCA6	0,520	0,840	0,838	0,918
CCA3	0,504	0,841	0,764	0,925
CCA10	0,496	0,841	0,813	0,921
CCA7	0,566	0,839	0,709	0,930
CCA9	0,454	0,843	0,725	0,929
CDSI $\alpha=0,867$				
CCA13	0,121	0,856	0,765	0,825
CCA14	0,123	0,856	0,744	0,829
CCA15	0,171	0,853	0,688	0,840
CCA17	0,289	0,849	0,653	0,846
CCA16	0,427	0,844	0,599	0,855
CCA12	0,192	0,851	0,535	0,865
CAB $\alpha=0,866$				
CCA21	0,662	0,836	0,831	0,831
CCA20	0,634	0,837	0,833	0,833
CCA23	0,622	0,839	0,843	0,843
CCA22	0,620	0,838	0,847	0,847
CCA19	0,676	0,838	0,845	0,845
CCA25	0,310	0,847	0,871	0,871
CCA24	0,295	0,848	0,871	0,871
CCA18	0,638	0,839	0,852	0,852
CS $\alpha=0,661$				
CCA5	0,210	0,850	0,486	0,562
CCA1	0,100	0,854	0,411	0,616
CCA8	0,163	0,852	0,428	0,602
CCA2	0,136	0,852	0,444	0,593

Taula 25: Consistència interna CCA-S

Anàlisi de l'estabilitat temporal. Test-retest

També es va calcular l'estabilitat temporal a partir del retest. Malauradament, de la mostra total, només 84 participants van contestar el re-test amb una mitja de dies de 31. Es van obtenir valors significatius moderats tan amb la correlació de Pearson ($r=0,528$) com amb la de Rho de Spearman ($\rho=0,569$).

En el següent gràfic, es presenten les diferències entre les dues mesures. S'observen diferències molt extremes com la de -76 i de +38. Però si passem aquestes puntuacions a valors absoluts, la mitjana és d'11 amb un límit inferior de 8,29 i un superior de 12,8.

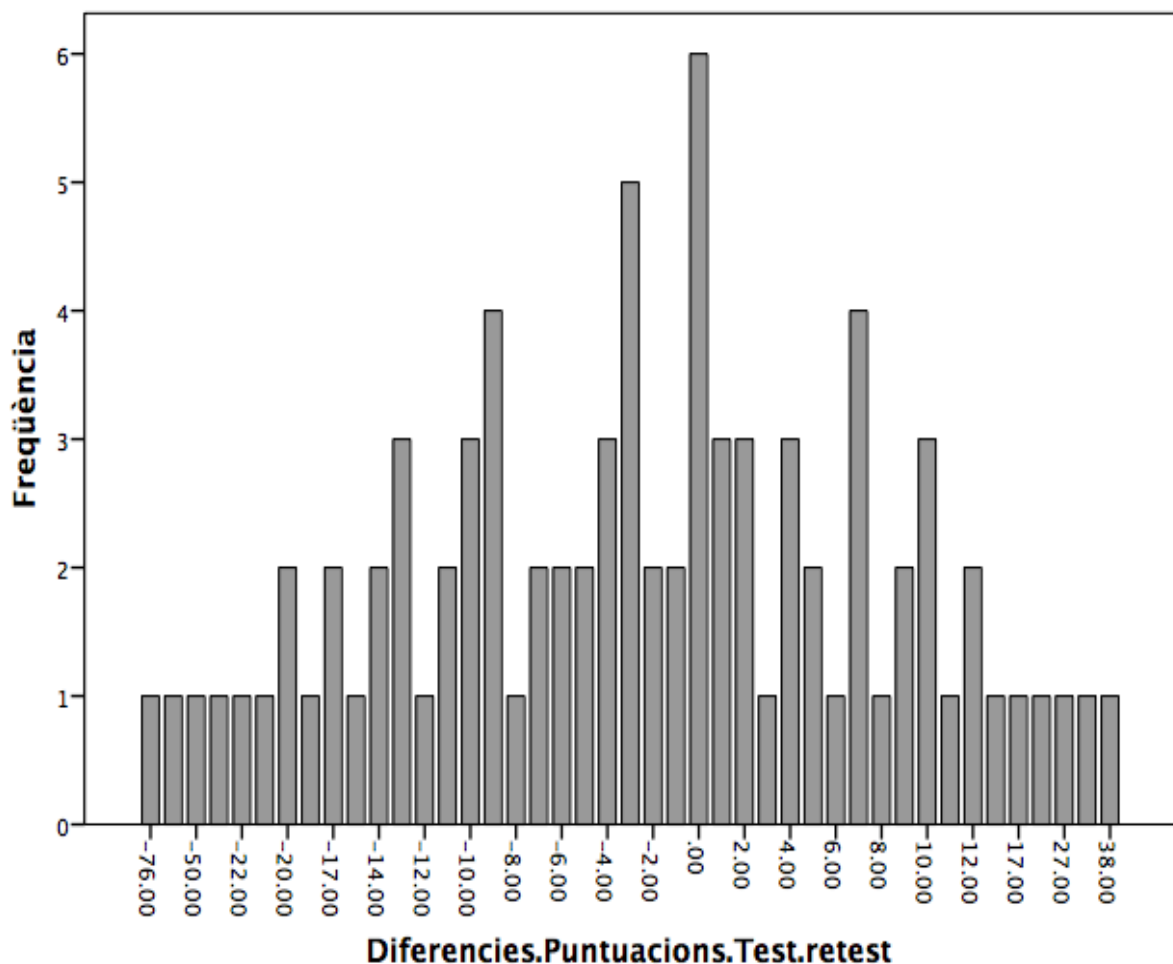


Figura 18: Histograma de les diferències de les puntuacions

La distribució de les freqüències absolutes va ser la següent:

Diferència absoluta	Freqüència	Percentatge acumulat
0	6	7,1
1	5	13,1
2	5	19,0
3	6	26,2
4	6	33,3
5	4	38,1
6	3	41,7
7	6	48,8
8	2	51,2
9	6	58,3
10	6	65,5
11	3	69,0
12	3	72,6
13	3	76,2
14	2	78,6
15	1	79,8
16	1	81,0
17	3	84,5
19	2	86,9
20	2	89,3
21	1	90,5
22	1	91,7
27	1	92,9
37	1	94,0
38	1	95,2
44	1	96,4
50	1	97,6
51	1	98,8
76	1	100
Total	84	

Taula 26: Distribució de les diferències absolutes entre el test i el retest de CCA-S

S'observa un total de 6 participants que presenten puntuacions amb diferències superiors a 35. En el cas d'ometre aquests participants, la correlació entre les puntuacions totals augmenta ($r=0,799$; $\rho=0,770$). Per a les diferents dimensions, les correlacions de Pearson i Rho de Spearman entre test i retest són:

Dimensions CCA-S	Correlació de Pearson	Correlació de Rho de Rho de Spearman
CA	0,422**	0,659**
CS	0,564**	0,618**
CAB	0,664**	0,625**
CDSI	0,474**	0,467**

Taula 27: Correlació test-retest dimensions CCA-S

*Significació $<0,05$. ** Significació $<0,01$

5.3. Resultats relacionats amb l'objectiu 3

Definir la versió de la CCA-S d'acord amb les puntuacions factorials i dimensions que millor expliquen el constructe

Puntuacions factorials i descripció teòrica de les puntuacions

Les puntuacions factorials es realitzen a partir de la matriu factorial rotada amb el mètode de components principals, que es basa en el model de la regressió múltiple. Aquest càlcul s'ha realitzat seguint la fórmula següent:

$$PF_i = CF_i * PD_i$$

PF=puntuació factorial de l'ítem

CF = càrrega factorial de l'ítem

PD=són les puntuacions directes del subjecte en cada ítem

En la següent taula s'han calculat les puntuacions factorials per a cada ítem, factor i escala general per a les puntuacions directes extremes (1 i 7) de l'escala:

Núm ítem	CFi	PFi	Puntuació dimensió	Puntuació escala
11	0,867	Mín. 0,867		
		Màx. 6,069		
4	0,855	Mín. 0,855		
		Màx. 5,985		
6	0,844	Mín. 0,844		
		Màx. 5,908		
3	0,820	Mín. 0,820	Màx.: 39,683	
		Màx. 5,74	Mín.: 5,669	
10	0,812	Mín. 0,812		
		Màx. 5,684		
7	0,736	Mín. 0,736		Màx.: 126,875
		Màx. 5,152		Mín.: 18,125
9	0,735	Mín. 0,735		
		Màx. 5,145		
5	0,710	Mín. 0,710		
		Màx. 4,97		
1	0,694	Mín. 0,694		
		Màx. 4,858		
8	0,672	Mín. 0,672	Màx.: 19,117	
		Màx. 4,704	Mín.: 2,731	
2	0,655	Mín. 0,655		
		Màx. 4,585		

21	0,783	Mín.	0,783	Màx.: 36,267 Mín.: 5,181
		Màx.	5,481	
20	0,781	Mín.	0,781	
		Màx.	5,467	
23	0,686	Mín.	0,686	
		Màx.	4,802	
22	0,623	Mín.	0,623	
		Màx.	4,361	
19	0,616	Mín.	0,616	
		Màx.	4,312	
25	0,580	Mín.	0,580	
		Màx.	4,060	
24	0,568	Mín.	0,568	
		Màx.	4,102	
18	0,544	Mín.	0,544	
		Màx.	3,808	
13	0,832	Mín.	0,832	
		Màx.	5,824	
14	0,830	Mín.	0,830	
		Màx.	5,81	
15	0,776	Mín.	0,776	Màx.: 31,808 Mín.: 4,544
		Màx.	5,432	
17	0,745	Mín.	0,745	
		Màx.	5,215	
16	0,714	Mín.	0,714	
		Màx.	4,9988	
12	0,647	Mín.	0,647	
		Màx.	4,529	

Taula 28

Taula 29: Puntuacions factorials de l'escala total i de les diferents dimensions

Per calcular la baremació, s'ha tingut en compte l'anàlisi de les dues subescales originals, en què en la CCA-S tenim les dimensions de consciència i sensibilitat, que puntuen des d'1, «totalment en desacord», fins a 7, «totalment d'acord». Existeixen 4 ítems que puntuen invers coincidint amb els ítems de la dimensió sensibilitat.

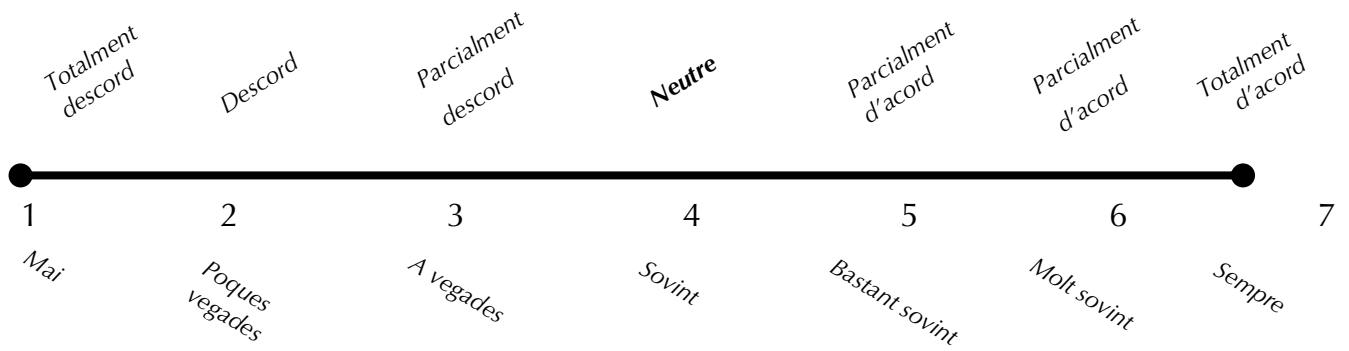


Figura 19: Representació de les puntuacions CCA-S. A dalt les dimensions de consciència cultural i sensibilitat cultural i a sota comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural

En el cas de la subescala original de comportament cultural de la CCA, en què en la CCA-S es divideix en les dimensions comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural, les puntuacions van de l'1, «mai», fins al 7, «sempre».

Per tal de trobar la forma més idònia a l'hora de fer la baremació, es van valorar les diferents seqüències de puntuació en les dues subescales. Com veiem a la figura 18, la puntuació de consciència i sensibilitat presenta una puntuació mitjana «neutra». Donat una anàlisi per part del grup d'experts, es va decidir que les puntuacions s'adequaven com a baixes de «totalment en desacord» fins a «neutres», mitjanes de «parcialment d'acord» fins a «d'acord» i altes com a «totalment d'acord» (en els ítems de la dimensió sensibilitat al revés).

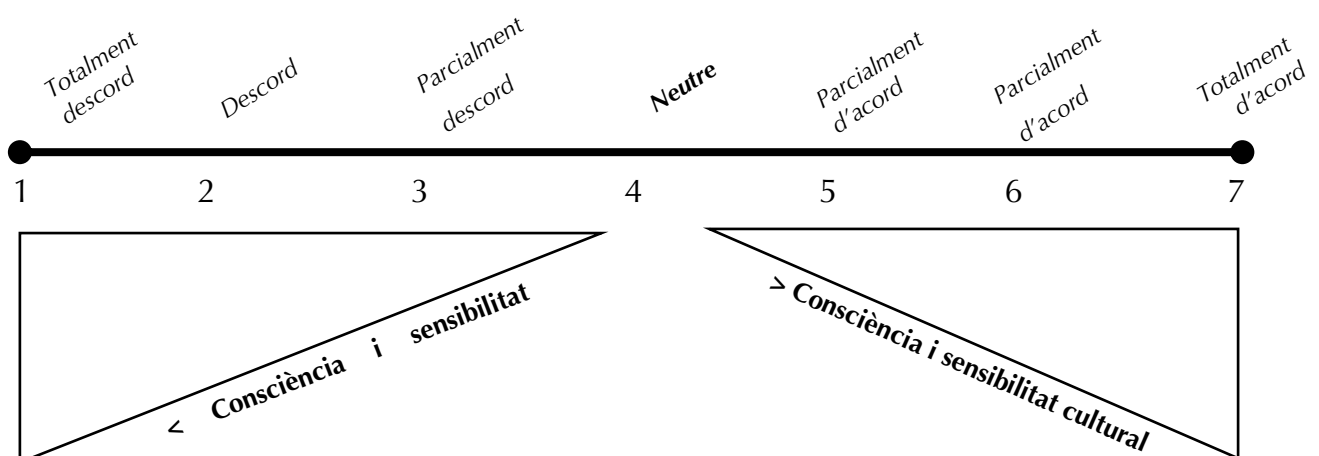


Figura 20: Representació de les puntuacions de les dimensions sensibilitat i consciència i la seva interpretació

En el cas de les puntuacions de les dimensions de comportament cultural actiu i de documentació i cerca d'informació, les puntuacions es van considerar adequades de manera proporcional en què entraven 2 rangs per a cada interval: baixes de l'1 fins al 3; mitjanes a partir de 3 fins a 5; i altes a partir de 5 fins a 7.

Tenint en compte això, les puntuacions obtingudes a partir de l'anàlisi factorial, s'han calculat en funció d'aquests rangs. Per a cada dimensió de l'escala, s'ha multiplicat cada càrrega factorial de cada ítem que en formava part, amb les puntuacions que englobaven cada rang de puntuacions directes. A continuació es presenten els resultats de la baremació a partir de les puntuacions factorials i una valoració deductiva.

		Totalment desacord (1)	Desacord (2)	Parcialment desacord (3)	Neutre (4)	Parcialment d'acord (5)	D'acord (6)	Totalment d'acord (7)
Consciència(7)	Rang puntuacions directes	[1-4]			(4-6)		(6-7)	
	Rangs puntuacions factorials	[5,669-22,676]			[22,677-34,014]		[34,015-39,683]	
	Percentil	P [0-15]			P (15-56)		P (56-100)	
Sensibilitat (4)	Rangs puntuacions factorials	[2,731-10,924]			[10,925-16,386]		[16,387-19,117]	
	Percentil	P [0-15]			P [15-70]		P (70-100)	
	Categoria	Baixa			Mitja		Alta	
	% Rang puntuacions	[0-50,000]			[50,001-83,333]		[83,334-100]	

Taula 30: Baremació de les puntuacions de les dimensions Consciència i Sensibilitat.

		Mai (1)	Poques vegades (2)	A vegades (3)	Sovint (4)	Bastant sovint (5)	Molt sovint (6)	Sempre (7)
Comportament cultural actiu (8)	Rang puntuacions directes	[1-3]			(3-5)		(5-7)	
	Rangs puntuacions factorials	[5,181-15,543]			[15,544-25,905]		[25,906-36,267]	
	Percentil	P [0-12]			P (12-63)		P [63-100]	
Doc. i cerc. d'informació cultural (6)	Puntuació original	[4,544-13,632]			[13,633-22,720]		[22,721-31,808]	
	Percentil	P [0-33]			P (33-80)		P(80-100)	
	Categoria	Baixa			Mitja		Alta	
	% Rang puntuacions	[0-33,333]			[33,334-66,666]		[66,667-100]	

Taula 31: Baremació de les puntuacions de les dimensions comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació

En el cas de les puntuacions totals de l'escala, es van sumar els rangs de cada dimensió i es va procedir a baremar com s'exposa en la següent taula

CCA-S	Puntuació factorial	[18,125-62,775]	[62,776-99,025]	[99,026-126,875]
	Percentil	<10	<10-85>	P >85
	Categoria	Baixa	Mitja	Alta
	Rang % puntuacions	[0-41,057]	[41,058-74,390]	[74,391-100]

Taula 32: Baremació de les puntuacions de la CCA-S total

Donada l'adequació del model, a continuació s'exposa quina serà l'abreviació de cada dimensió; en algunes d'elles s'utilitzarà l'abreviació de l'anglès per facilitar-ne la comparació amb els resultats d'altres validacions de la CCA en altres llengües:

- Consciència cultural (*cultural awareness*): CA
- Sensibilitat cultural (*cultural sensitivity*): CS

- Comportament actiu cultural (*cultural active behaviour*): CAB
- Documentació i cerca d'informació cultural (**cultural seek of information*): CDSI

* S'afegeix la «d» donada la valoració que s'ha fet d'afegir en la versió CCA-S la paraula «documentació» en aquesta dimensió.

5.4. Resultat relacionat amb l'objectiu 4

Determinar si existeix variància significativa entre les mitjanes de la CCA-S en relació amb el sexe, la professió i l'edat.

Anàlisi de la variància

Es va considerar interessant valorar si existien diferències significatives entre les variables edat, sexe i professió en relació amb la competència cultural. Es van analitzar amb les puntuacions totals de CCA i amb les puntuacions de les diferents dimensions. En el cas de l'edat, que es tracta d'una variable contínua, es va procedir a realitzar una anàlisi clúster per observar l'agrupació de les dades en conglomerats i decidir els rangs d'edat en què s'han d'analitzar les dades. En l'annex XII es poden consultar les dades descriptives de les diferents variables en funció de les puntuacions totals.

Variància sexe

⇒ CCA-S total i sexe

Per a la variable sexe, la mostra de l'estudi va obtenir un percentatge de 19,9 homes i 80,1 dones. En primer lloc, es va realitzar un diagrama de caixes com es mostra en la següent figura:

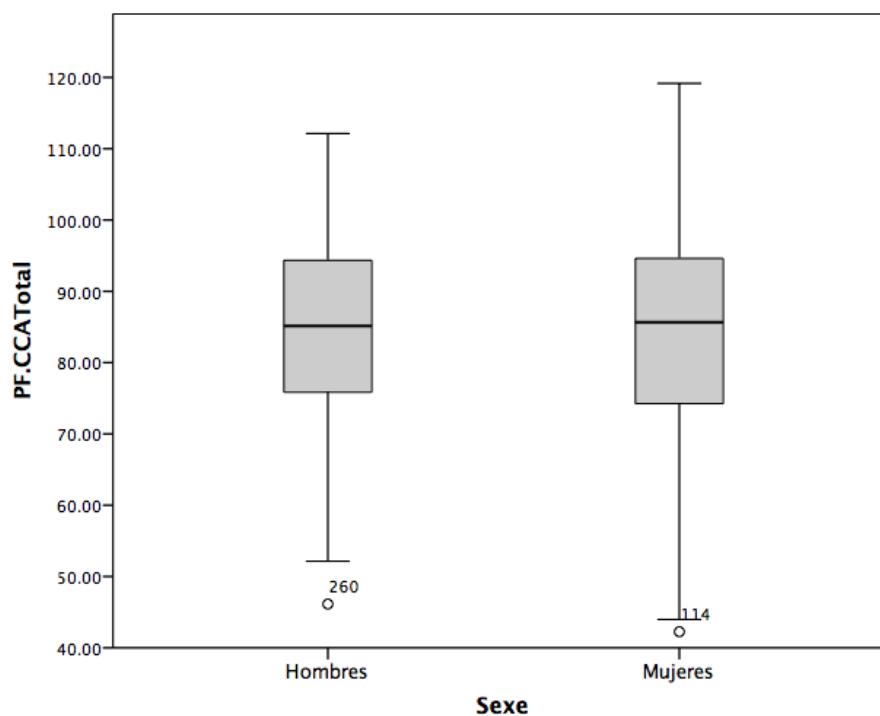


Figura 21: Diagrama de caixes de la variable sexe amb la puntuació total CCA-S

L'estadístic de contres d'U de Mann-Whitney va mostrar igualtat entre variables en relació amb la puntuació total de la CCA-S i el sexe (Mann-Whitney=24855,000; $p=0,767$).

⇒ **Dimensions CCA-S i sexe**

En el cas de les diferents dimensions de l'escala i la variable sexe, la dimensió documentació i cerca d'informació cultural va mostrar diferència entre mitjanes. Aquest resultat mostren que les dones tenen una tendència a obtenir majors puntuacions en aquesta dimensió (\bar{x} CDSI: dones=17,03 i \bar{x} homes=15,60).

	CA	CS	CAB	CDSI
U de Mann-Whitney	22858,500	22547,000	22406,500	22114,000
<i>p</i>	0,112	0,073	0,060	0,038*

Taula 33: Resultats prova de U de Mann-Whitney de les variables sexe i les diferents dimensions de CCA-S.
*Significació <0,05. ** Significació <0,01

Variància professió

⇒ **CCA-S total i professió**

Per a la variable professió, donat que la mostra obtinguda va ser molt significativa per a infermeres, es va decidir comparar les mitjanes entre la professió d'infermeria i la resta. En l'annex XII es poden consultar les dades obtingudes de les diferents professions i en el següent diagrama de caixes, les mitjanes i els intervals.

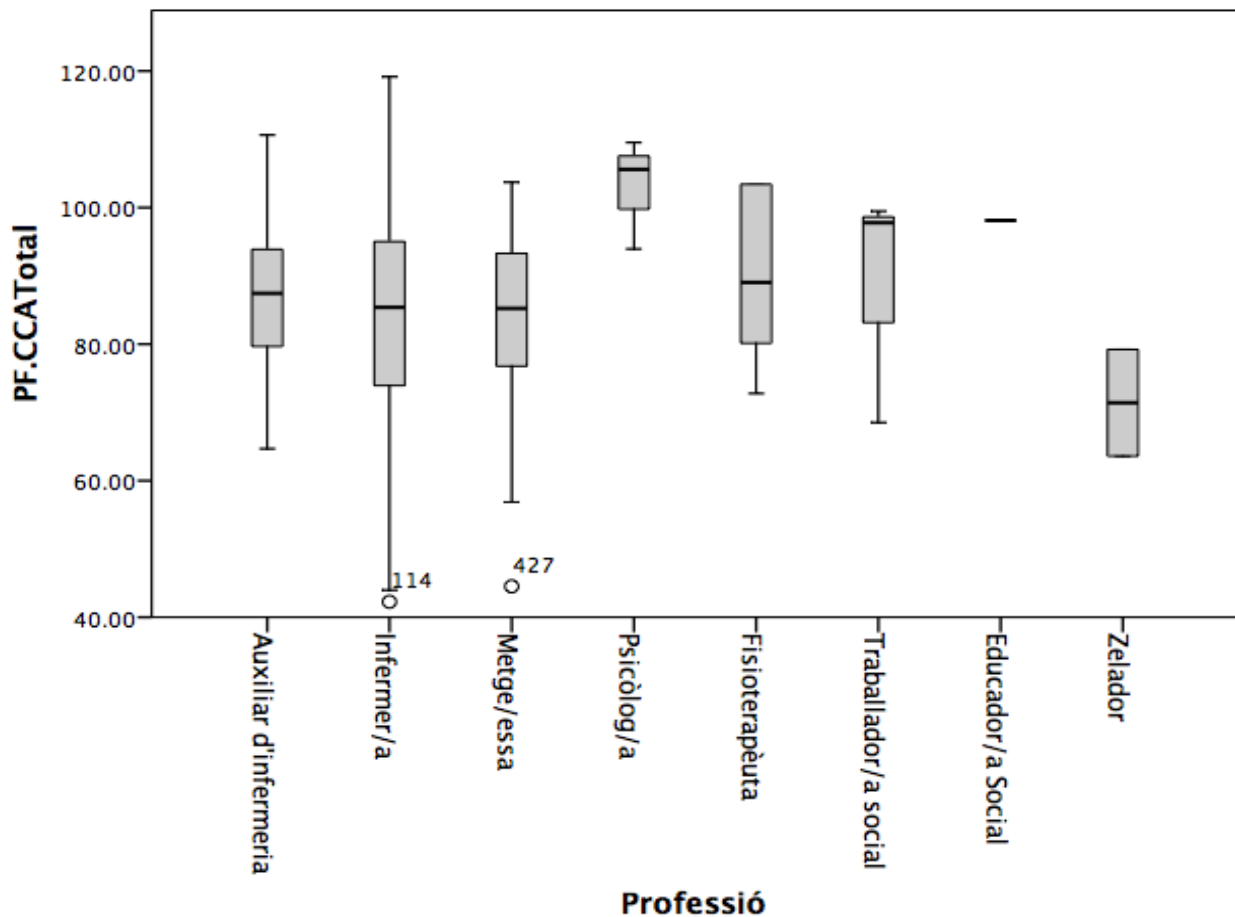


Figura 22: Diagrama de caixes de les variables professió i puntuació total de CCA-S

Es va realitzar la prova de Kruskal-Wallis entre la CCA-S total i la professió, el qual va demostrar que hi havia igualtat entre mitjanes ($X^2=9,922$; $p=0,193$). Donat que la mostra d'algunes de les professions era molt escassa, es va comparar les professions amb major mostra: infermers i metges. La prova de Mann-Whitney no va presentar resultats significatius, acceptant doncs igualtat entre mitjanes en relació amb les puntuacions totals i la professió (Mann-Whitney=19877,000; $p=0,749$).

⇒ Dimensions CCA-S i professió

Es va calcula per a professionals d'infermeria i de medicina la prova de Mann-Whitney amb els resultats que es presenten a la taula 22. Igual que en la variable sexe, la dimensió documentació i cerca d'informació cultural presenten diferències significatives. En aquest cas, els professionals d'infermeria són els que presenten les puntuacions més altes (\bar{x} CDSI: infermeria=17,04 i \bar{x} medicina=15,42)

	CA	CS	CAB	CDSI
U de Mann-Whitney	20142.000	18056.500	19410.000	17102.000
<i>p</i>	0,903	0,092	0,503	0,016*

Taula 34: Resultats prova Mann-Whitney de les variables professió i les diferents dimensions de CCA-S.
* Significació <0,05. ** Significació <0,01

Variància edat

⇒ Pas previ de categorització de l'edat

La mostra va presentar una mitjana d'edat de 42,99 amb una desviació típica de 10,78. El rang d'edat va dels 22 anys als 70 anys. En primer lloc, per determinar els intervals d'edat de la mostra, es va procedir a realitzar una anàlisi clúster entre la variable CCA-S total i l'edat. Amb una predictibilitat màxima d'1, es van obtenir 4 grups. Aquests 4 grups presentaven relació amb l'edat entre dos d'ells, com veiem en els gràfics 20 i 21, però evidenciaven diferències amb la mitjana de puntuació.

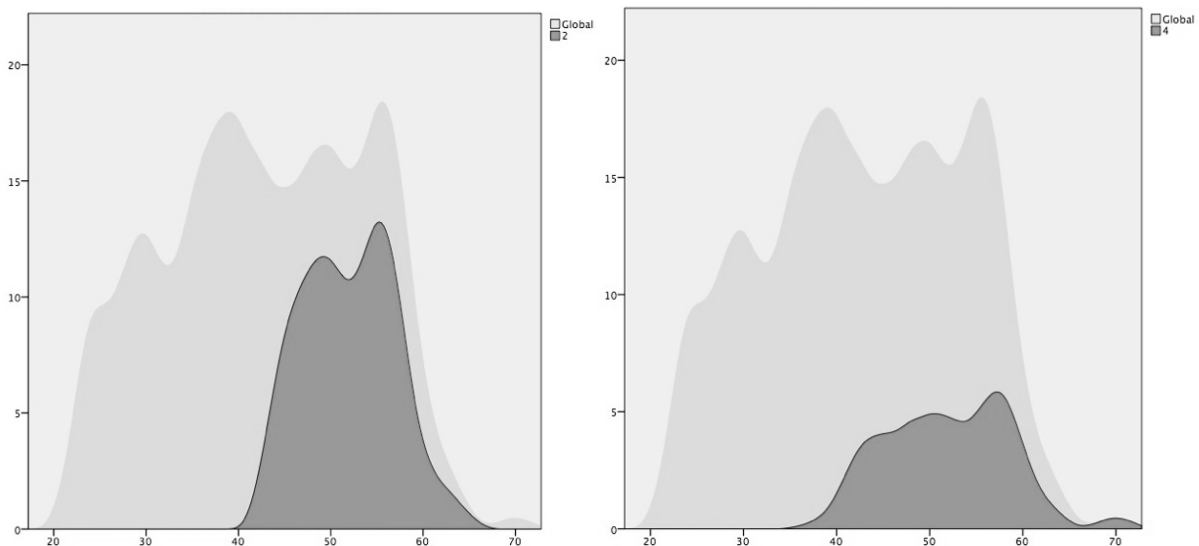


Figura 23: Gràfics distribució conglomerat 2 i 4 entre variables edat i CCA-S total. Eix x: edat; eix y: freqüència

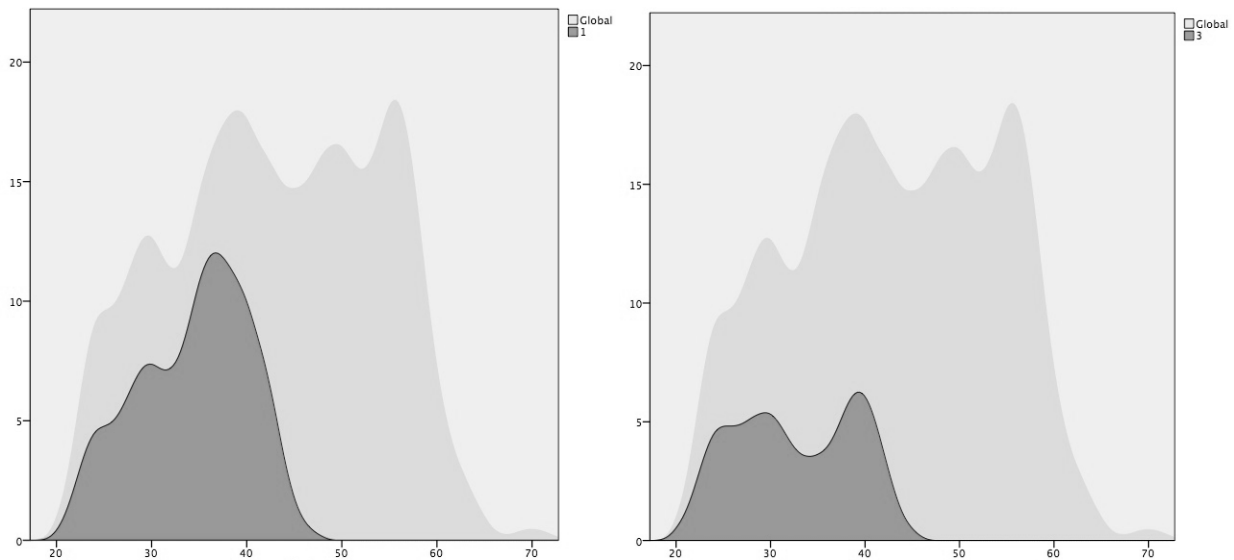


Figura 24: Gràfics distribució conglomerat 1 i 3 entre variables edat i CCA-S total. Eix x: edat; eix y: freqüència

En el cas dels grups 2 i 4 que presenten mitjanes pràcticament iguals (\bar{x} edat grup 2=51,95 i \bar{x} edat grup 4=51,93); en canvi, aquests presenten puntuacions mitjanes de la CCA oposades. En el cas del grup 2 és de 91,17 i en el cas del grup 4 és de 65,40. Tot i així ambdues puntuacions s'engloben dins de les puntuacions mitges. El mateix succeeix amb els grups 1 i 3, tenint mitjanes d'edat similar (\bar{x} edat grup 1=34,36 i \bar{x} edat grup 3=32,64), i puntuacions per CCA-S total diferents (\bar{x} CCA-S 1=95,16 i \bar{x} CCA-S 3=72,79). En tots els grups, es pot observar una tendència a pujar o baixar en relació amb els 40 anys com s'observa en les figures 21 i 22. En el diagrama de caixes (figura 23) es mostra com es distribueixen els 4 grups en funció de la puntuació de CCA-S total:

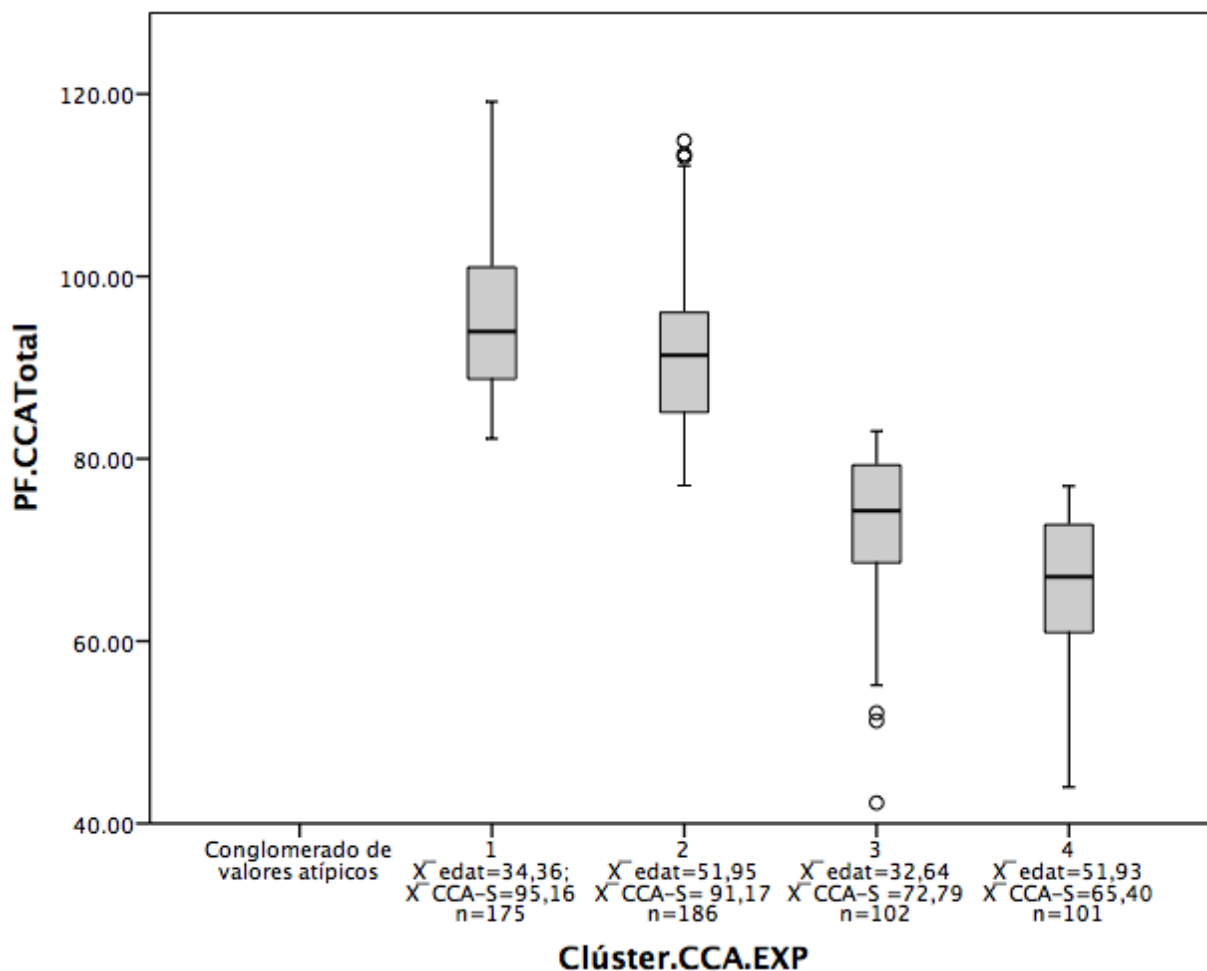


Figura 25: Diagrama de caixes dels grups sorgits de l'anàlisi clúster amb la variable edat i les puntuacions de CCA-S

En analitzar els valors mínims i màxims de cada grup, es va concloure que no quedaven definits uns conglomerats clars. Els rangs d'edat que presentaven els diferents grups van ser:

- Grup 1: 22-45
- Grup 2: 43-64
- Grup 3: 22-43
- Grup 4: 38-70

Es va decidir analitzar què succeeix en les diferents dimensions de l'escala i els resultats es presenten a continuació amb a taula 23 (es poden consultar els gràfics de distribució de conglomerats a l'annex XIII). En tots els casos la qualitat dels conglomerats va resultar superior a 0,5, considerant aquesta puntuació com a bona, tot i que, els predictors de cada grup van estar entre el 0,8 i 0,6:

	Grups clúster				
	1	2	3	4	5
CA	Edat \bar{x} =32,58 PF=34,14 n%=38,5% (217)	Edat \bar{x} = 51,07 PF= 33,46 n%= 45,9% (259)	Edat \bar{x} = 44,90 PF= 14,04 n%=15,6% (88)	-	-
CS	Edat \bar{x} = 34,18 PF= 15,78 n% = 41,7% (235)	Edat \bar{x} = 41,89 PF= 9,76 n%= 21,1% (119)	Edat \bar{x} = 53,49 PF= 14,73 n%= 37,2% (210)	-	-
CAB	Edat \bar{x} = 55,89 PF= 21,40 n%= 25,9% (146)	Edat \bar{x} = 36,52 PF= 17,81 n%= 32,8% (185)	Edat \bar{x} = 40,06 PF= 28,29 n%= 41,3% (233)	-	-
CDSI	Edat \bar{x} = 34,19 PF= 24,01 n%=16,5% (93)	Edat \bar{x} = 51,93 PF= 22,07 n%= 24,1% (136)	Edat \bar{x} = 40,20 PF= 12,70 n%= 24,8% (140)	Edat \bar{x} = 27,55 PF= 13,10 n%= 16,5% (93)	Edat \bar{x} = 54,88 PF=12,01 n%= 15,1% (85)

Taula 35: Resultat anàlisi clúster per edat i puntuacions de les diferents dimensions de CCA-S

En els casos marcats en groc a la taula anterior, les puntuacions mitges són baixes en la seva dimensió. I en el cas del grup marcat amb verd, és perquè presenta una mitjana aritmètica de puntuacions alta. Però cal ressaltar que aquests conglomerats impliquen un rang d'edat que inclou pràcticament tota la mostra (vegeu annex XIII) i no defineixen un conglomerat concret en relació amb l'edat. Menys, encara, en el cas de la dimensió CDSI en què 3 grups presenten puntuacions mitjanes baixes i un altes. Els grups que més discriminen són l'1 i el 2, en què la franja d'edat queda més marcada; mentre que en el cas dels grups 3,4 i 5 es distribueixen dins de l'interval de 20 a 50 anys sense una definició clara. La resta de conglomerats presenten mitjanes aritmètiques amb puntuacions mitges.

Donat que la majoria de dimensions generen 3 categories, es va decidir realitzar un clúster per a 3 conglomerats. Tot i semblar que els grups es discriminen entre si com veiem en els gràfics anteriors, el grup 1 i 2 sí que presenten valors mínims i màxims en relació amb l'edat que discriminen, però el grup 3 presenta no. Concretament els rangs d'edat que presenta cada grup són:

- Grup 1: 22-45
- Grup 2: 43-64
- Grup 3: 22-70

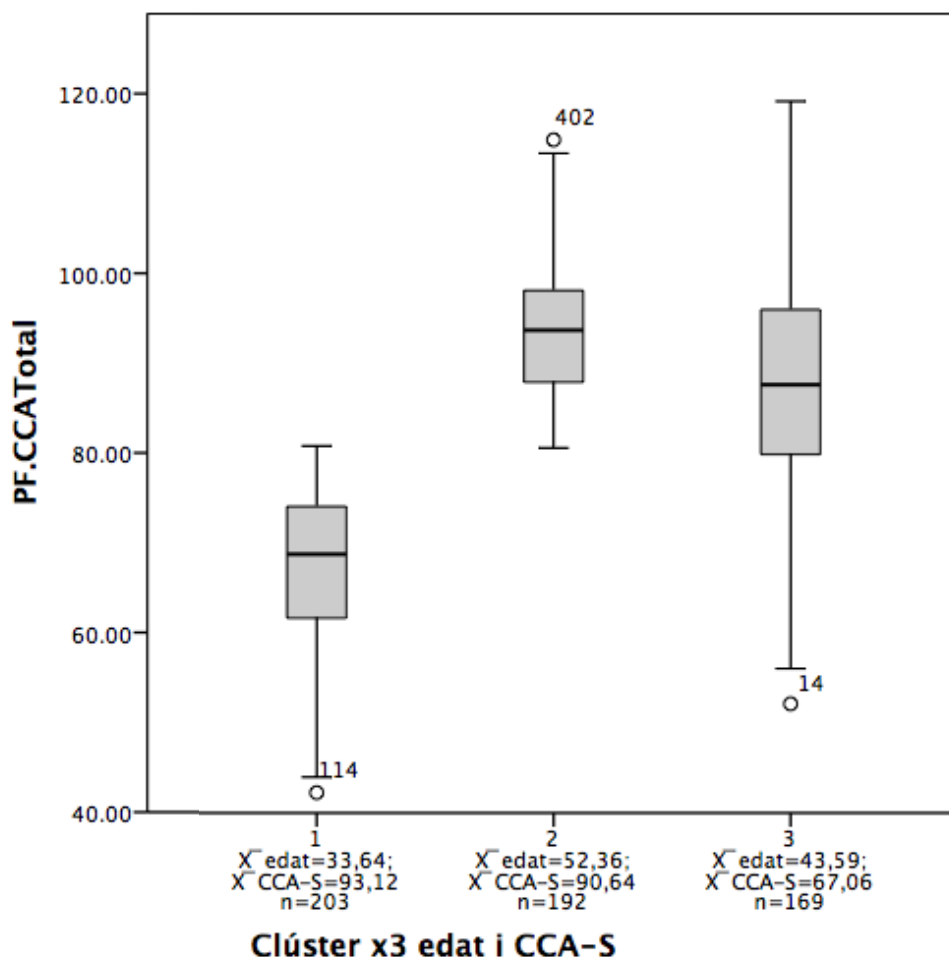


Figura 26: Diagrama de caixes resultant dels 3 grups de l'anàlisi clúster de CCA-S i edat

A causa d'això, es va explorar per clúster per a 2 grups. Però aquest clúster va agrupar les dades en dos grups que no presentaven cap tipus de discriminació d'edat. En tots els casos s'observa una tendència al voltant dels 45 anys a marcar una diferència entre les diferents dimensions i la CCA total. Per aquest motiu, es va decidir que el grup d'edat fos dicotòmic: menors o igual a 45 anys i majors de 45 anys. Aquesta divisió de la mostra va donar lloc a una distribució del 43,3%, que eren menors de 45 anys i presentaven una mitjana de de 85,24 ($s=14,56$); i el 56,7%, que eren majors de 45 anys amb una mitjana de 83,46 ($s=14,28$).

⇒ CCA-S total i edat

En el cas de la diferència entre mitjanes entre els dos grups d'edat i la puntuació de la CCA-S la prova de Mann-Whitney no mostra diferències significatives segons l'edat ($p = 0,239$).

⇒ Dimensions CCA i edat

En el cas de les dimensions, l'edat sembla influenciar en les dimensions de consciència cultural i sensibilitat cultural. Els menors de 45 anys mostren tenir més consciència cultural i sensibilitat cultural que els majors de 45 anys. $\bar{x}_{CA}: \leq 45 = 17,04$ i $\bar{x} > 45 = 15,60$; $\bar{x}_{CS}: \leq 45 = 14,55$ i $\bar{x} > 45 = 13,79$)

	CA	CS	CAB	CDSI
U de Mann-Whitney	32899,000	34016,000	38609,500	36952,000
<i>p</i>	0,001**	0,009**	0,822	0,276

Taula 36: Resultats prova Mann-Whitney de les variables edat i les diferents dimensions de CCA-S.

* Significació <0,05. ** Significació <0,01

5.5. Resultats relacionats amb l'objectiu 5

Analitzar el constructe de la desitjabilitat social com una variable de control de la validesa de l'instrument CCA-S

Variància desitjabilitat social

Per tal d'observar si la variable desitjabilitat social té un paper condicionant en les puntuacions de la CCA-S, es van analitzar les dades per observar si existia alguna tendència en què aquesta variable es relacionés amb les puntuacions de la CCA. Tal i com s'ha indicat anteriorment, es va calcular tant el coeficient de correlació de Pearson com el de Spearman:

		CCA-S	CA	CS	CAB	CDSI
TOTAL MC-SDS	Correlación de Pearson	0,085	0,030	-0,017	0,094	0,076
	<i>p</i>	0,043*	0,481	0,692	0,026*	0,072
	Coefficiente de correlación Rho Rho de Spearman	0,121	0,078	-0,008	0,136	0,071
	<i>p</i>	0,004**	0,064	0,849	0,001**	0,090

Taula 37: Resultat prova correlació de Pearson i Rho de Spearman per l'escala MS-SDS i CCA-S i les diferents dimensions.
*Significació <0,05. ** Significació <0,01

Els resultats mostren una correlació de significació per l'escala total en relació amb la desitjabilitat social. En el cas de la correlació de Rho de Spearman, presenta una força positiva dèbil i en el cas de Pearson, es consideraria nul·la. Si prenem en compte el valor de Rho de Spearman, les persones amb valors més elevats de desitjabilitat social, presenten més competència cultural. D'altra banda, en l'única de les dimensions en què es mostra correlació significativa és en el comportament cultural actiu. Els resultats de la força de correlació resulten iguals que en el cas de l'escala total. Tot i així, tot i estar present el risc de desitjabilitat social en les respostes de CCA-S, aquest risc és dèbil o nul (segons Spearman o Pearson).

**Resum dels resultats de la validació i adaptació de
l'instrument CCA-S**

Descripció de la versió definitiva de la CCA-S

La versió final de l'escala de CCA-S presenta un total de 25 ítems com en l'escala original amb l'estructura de puntuació Likert original. La puntuació total de l'escala s'obté de la suma de les puntuacions factorials de tots els ítems. La puntuació va de 18,125 a 126,875. La màxima puntuació demostra una competència cultural més gran vers les persones d'altres cultures.

La representació de l'histograma de freqüències va mostrar una distribució de les puntuacions totals de l'escala leptocúrtica amb una asimetria positiva.

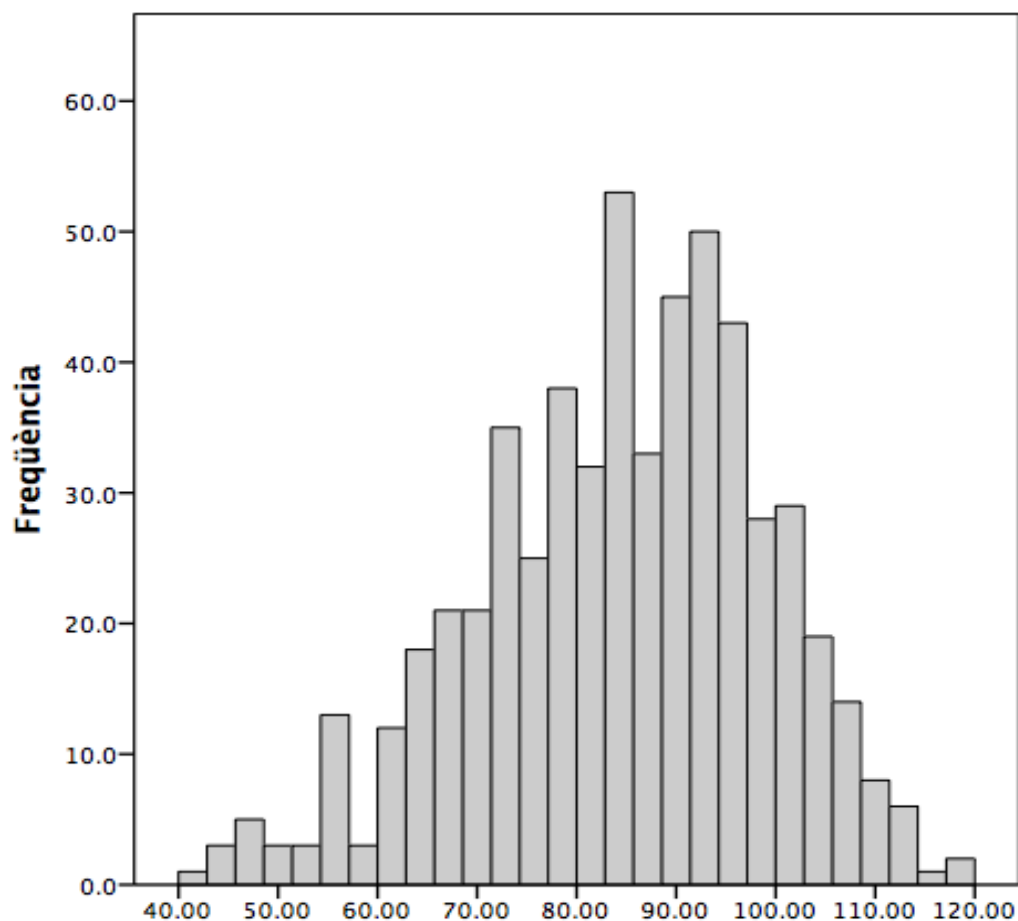


Figura 27: Histograma de freqüències de les puntuacions totals factorials de la CCA-S

El constructe de la competència cultural avaluat per la CCA-S que està format per 4 dimensions: consciència, sensibilitat, comportament actiu i documentació i cerca d'informació.

A continuació es presenta la informació de cada dimensió:

Dimensió 1: Consciència cultural

La dimensió de consciència cultural es centra en la importància de valorar el grau d'acord sobre diferents ítems que valoren elements enfocats amb la interculturalitat. Les respostes negatives estan lligades a un risc de inconsciència que dificulta l'aprenentatge i millora de la competència cultural a partir de les trobades culturals. Està formada per 7 ítems i el seu rang de puntuacions directes oscil·la entre 7 i 49. En el cas de les puntuacions factorials el rang és de 5,669 a 39,683. Aquesta dimensió és la que explica amb un percentatge més elevat el constructe vers l'escala total: 31,28%.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

Ítem 3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria

Ítem 4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización

Ítem 6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales

Ítem 7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural

Ítem 9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura

Ítem 10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras

Ítem 11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones

Dimensió 2: Sensibilitat cultural

La dimensió de la sensibilitat cultural té en compte ítems relacionats amb ítems inversos que avaluen aspectes relacionats amb la homogeneïtzació cultural. Puntuar baix en aquesta dimensió dona lloc a un risc en què les trobades culturals estiguin marcades per conductes missioneres, d'aculturació o etnocentristes. Aquesta subescala consta de 4 ítems que presenten puntuacions directes de 4 a 28. El rang de les puntuacions factorials

oscil·la de 2,73 a 19,12. Aquesta dimensió representa un 15,07% de la puntuació total de l'escala.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

Ítem 1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona

Ítem 2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual

Ítem 5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud

Ítem 8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes

Dimensió 3: Comportament cultural actiu

En el cas de la dimensió de comportament cultural actiu, els ítems estan enfocats a valorar conductes que indiquen accions favorables a una relació intercultural adequada. El rang de puntuacions directes és de 8 a 56 i en el cas de les puntuacions factorials, entre 5,18 a 36,27. Aquesta dimensió representa el 28,58% de la puntuació total de l'escala:

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

Ítem 18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos

Ítem 19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas

Ítem 20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas

Ítem 21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras

Ítem 22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas

Ítem 23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas

Ítem 24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente

Ítem 25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente

Dimensió 4: Documentació i cerca d'informació cultural

La dimensió anomenada documentació i cerca d'informació cultural està directament relacionada amb el desig cultural. Consta d'afirmacions que busquen el contacte amb persones d'altres cultures o la millora de les trobades culturals. Aquesta dimensió consta de 6 ítems. Presenten un rang de puntuacions directes de 6 a 42 i en el cas de les puntuacions factorials de 4,54 a 31,81. Aquesta dimensió representa el 25,07% de la puntuació total de la CCA-S.

Les afirmacions que formen aquesta subescala són:

Ítem 12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas

Ítem 13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo

Ítem 14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas

Ítem 15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas

Ítem 16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad

Ítem 17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud

Contrast de la hipòtesi A: la CCA-S representa un instrument vàlid per avaluar el constructe de la competència cultural en els professionals de la salut

- Les proves psicomètriques aplicades demostren que l'instrument traduït de l'escala original Cultural Competence Assessement de Schim i Doorenbos és vàlid.
 - La versió en castellà presenta una millor explicació per un model de 4 factors, que dona lloc a 4 dimensions. Aquestes són la divisió de les dues escales originals. La primera es divideix en consciència cultural i sensibilitat cultural. La segona en comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació.
 - Presenta una consistència interna i l'estabilitat temporal adequada en relació amb el constructe total i amb les diferents dimensions.
 - La dimensió consciència cultural i la dimensió comportament cultural actiu són les que mostren més força de correlació.
 - Les puntuacions factorials permeten desenvolupar puntuacions d'acord amb el pes dels ítems en el constructe total, la qual cosa permet valorar la importància de cada un i en relació amb la variància total explicada de cada dimensió.
 - Les dones presenten puntuacions més altes que els homes en la dimensió de documentació i cerca d'informació. Succeeix el mateix en el cas dels professionals d'infermeria en comparació amb els metges.
 - Els professionals de salut menors o igual a 45 anys presenten puntuacions més elevades en les dimensions consciència cultural i sensibilitat cultural.
 - L'escala de desitjabilitat social de la mostra es correlaciona amb puntuacions elevades en l'escala total i en la dimensió comportament cultural actiu, però amb una força dèbil.
-

5.6. Resultats relacionats amb l'objectiu 6

Identificar l'actitud dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona vers la competència cultural, fent ús de la CCA-S

Resultats fase III: Estudi transversal amb disseny ex post facto de la competència cultural en professionals d'infermeria

Anàlisi descriptiu

En primer lloc es van descriure les característiques sociodemogràfiques de la mostra d'infermers i infermeres que van participar en l'estudi. Aquest apartat es divideix en els descriptius de les variables independents i el de les puntuacions de l'escala total i de les seves dimensions com a variables dependents.

Descriptius de les variables independents

La mostra de l'estudi va presentar una mitjana d'edat de 42,20 ($s=10,78$; $S^2=116,13$). El rang d'edat va estar comprès entre els 22 anys i els 70 anys. Amb IC del 95%, la mostra presentava edats compreses entre 41,18 i 43,22 anys. La proporció d'homes/dones que resulta de la mostra és similar a la distribució que la població d'origen d'infermers i infermeres de la província de Tarragona¹⁰. La majoria d'infermers i infermeres són nascuts a Espanya.

Edat (anys)	
$\bar{x} \pm S$ (rang)	42,20 \pm 10,825 (22-70)
≤ 45 anys, n (%)	269 (59,5)
> 45 anys n (%)	177 (40,5)
Sexe	
Home, n (%)	75 (17,2)
Dona, n (%)	362 (82,8)
Origen	
Nascuts a Espanya, n (%)	406 (92,9)
Nascuts fora d'Espanya, n (%)	31 (7,1)

Taula 38: Descriptius de les carcterístiques individuals de la mostra

¹⁰ Segons les dades de la Memòria del Col·legi Oficial d'Infermeria de Tarragona de 2017, el 90,83% dels seus col·legiats són dones.

La mitjana de percentatge de població atesa d'altres orígens en els últims 6 mesos va ser de 27,47%, essent els d'origen Marroquí (nord d'Àfrica) els més freqüents. El rang de respostes va ser de 0 a 90. El percentatge més freqüent va ser del 25%. Més de la meitat, contesten tenir una amistat d'origen diferent al propi.

% pacients atesos d'altres orígens	
$\bar{x} \pm S$ (rang)	27,47 \pm 17,459 (0-90)
Orígens més atesos (excepte Espanya)*	
Nord Àfrica, n (%)	245 (56,1)
Est Àsia, n (%)	3 (0,7)
Europa, n (%)	40 (9,2)
Sud-oest Àsia, n (%)	2 (0,5)
Amèrica del Sud, n (%)	94 (21,5)
Àfrica Occidental, n (%)	6 (1,4)
Euràsia, n (%)	47 (10,8)
Tipus de relació amb persones d'altres cultures	
Cap relació, n (%)	12 (2,7)
He tingut contacte però no he establert relació, n(%)	102 (23,3)
He treballat o estic treballant amb persones, d'altres cultures però sense tenir una amistat, n (%)	95 (21,7)
Alguns dels meus amics són cultures diferents a la meua, n(%)	228 (52,2)

Taula 39: Descriptius de l'exposició a la diversitat de la mostra d'infermers i infermeres. *veure l'annex XIV

La majoria de la mostra respon que està interessada en formació en CC:

Interès en formació en CC	
Sí, n (%)	375 (85,8)
No, n (%)	62 (14,2)

Taula 40: Descriptius de l'interès en formació en CC

Un total de 161 participants van respondre haver realitzar formació en relació amb la diversitat cultural/competència cultural. D'aquests, la formació predominant va ser la

de cursos en línia, seguit de programes finançats per l'empresa i contingut cobert per una assignatura de la carrera.

Va aparèixer una categoria a la resposta lliure en «altres» en relació amb formació rebuda en el Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

Formació prèvia en CC	
Sí, n (%)	161 (26,8)
No, n (%)	276 (63,2)
Tipus de formació prèvia (dels 161 que van respondre que sí)	
Curs addicional universitat, n (%)	2 (1,2)
Contingut cobert per una assignatura de la universitat, n (%)	31 (19,3)
Congrés o seminari, n (%)	17 (10,6)
Programa de formació finançat per l'empresa, n (%)	33 (20,5)
Curs online, n (%)	50 (31,1)
Altres, n (%)	23 (3,1)
*Assignatura Màster Investigació en Ciències de la Infermeria	23 (14,3)

Taula 41: Descriptius de la formació prèvia en competència cultural de la mostra. *Variable emergent de la resposta oberta «altres»

En relació amb l'autopercepció de CC, la meitat de la mostra es considera bastant competent, mentre que aproximadament 35,7% es considera no es considera competent o una mica incompetent.

Autopercepció de CC	
Molt competent, n (%)	61 (14,0)
Bastant competent, n (%)	220 (50,3)
Ni competent ni incompetent, n (%)	135 (30,9)
Una mica incompetent, n (%)	21 (4,8)

Taula 42: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural de la mostra

El 68,8% treballen en centres hospitalaris i gairebé el 90% treballen en centres públics. Un percentatge molt elevat de la mostra treballa en centres públics. El 75,5% treballen en un sol servei mentre que la resta treballen en més de 2 serveis diferents.

Tipus de centre de salut*	
Hospital, n (%)	278 (68,8)
Centre d'atenció primària, n (%)	88 (21,8)
Residència, n (%)	22 (5,4)
Institut psiquiàtric, n (%)	12 (3,0)
Consulta privada, n (%)	4 (1,0)
Centre públic o privat*	
Públic, n (%)	383 (94,8)
Privat, n (%)	21 (5,2)
Pluralitat de servei	
1 servei, n (%)	330 (75,5)
>2 serveis, n (%)	107 (24,5)

Taula 43: Descriptius de les característiques del lloc de treball de la mostra. * Hi va haver 10 casos perduts per no contestar i 23 per treballar en diversos centres.

El 7,6% combinen la seva tasca assistencial amb la docència.

Docència	
Sí, n (%)	33 (7,6)
No, n (%)	404 (92,4)

Taula 44: Descriptius de la implicació en docència de la mostra

Descriptius de la variable dependent

La puntuació mitjana de la CCA-S total va ser de 84,19, considerada com una puntuació mitja. La puntuació mínima va ser de 42,26 i la puntuació màxima de 119,16 ($s=15,15$; $S^2=229,43$). En el cas de les diferents dimensions, totes van presentar també puntuacions que coincidien en puntuacions de categoria mitja. Totes les dimensions menys documentació i cerca d'informació cultural, van ser lleugerament superiors a la mitjana de la categoria; és a dir, amb una tendència de puntuacions mitjanes altes. En la taula següent, es presenta el perfil general de tots els professionals d'infermeria de la mostra. Les dades de les puntuacions s'han convertit a percentatges per tal de facilitar-ne la interpretació:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	84,19 (82,76-85,61)	60,75	$\bar{X}^{cat}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{cat}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{cat}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	30,22 (29,38-31,05)	72,18	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	14,01 (13,72-14,31)	68,83	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	22,91 (22,05-23,48)	57,03	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	17,05 (16,47-17,63)	45,88	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]

Taula 45: Puntuacions mitjanes de la CCA-S i les diferents dimensions de la mostra d'infermers i infermeres

A continuació es presenten els percentatges de les puntuacions en funció de la categoria baixa, mitja o alta que es va determinar en l'apartat de baremació en la validació de l'instrument CCA-S.

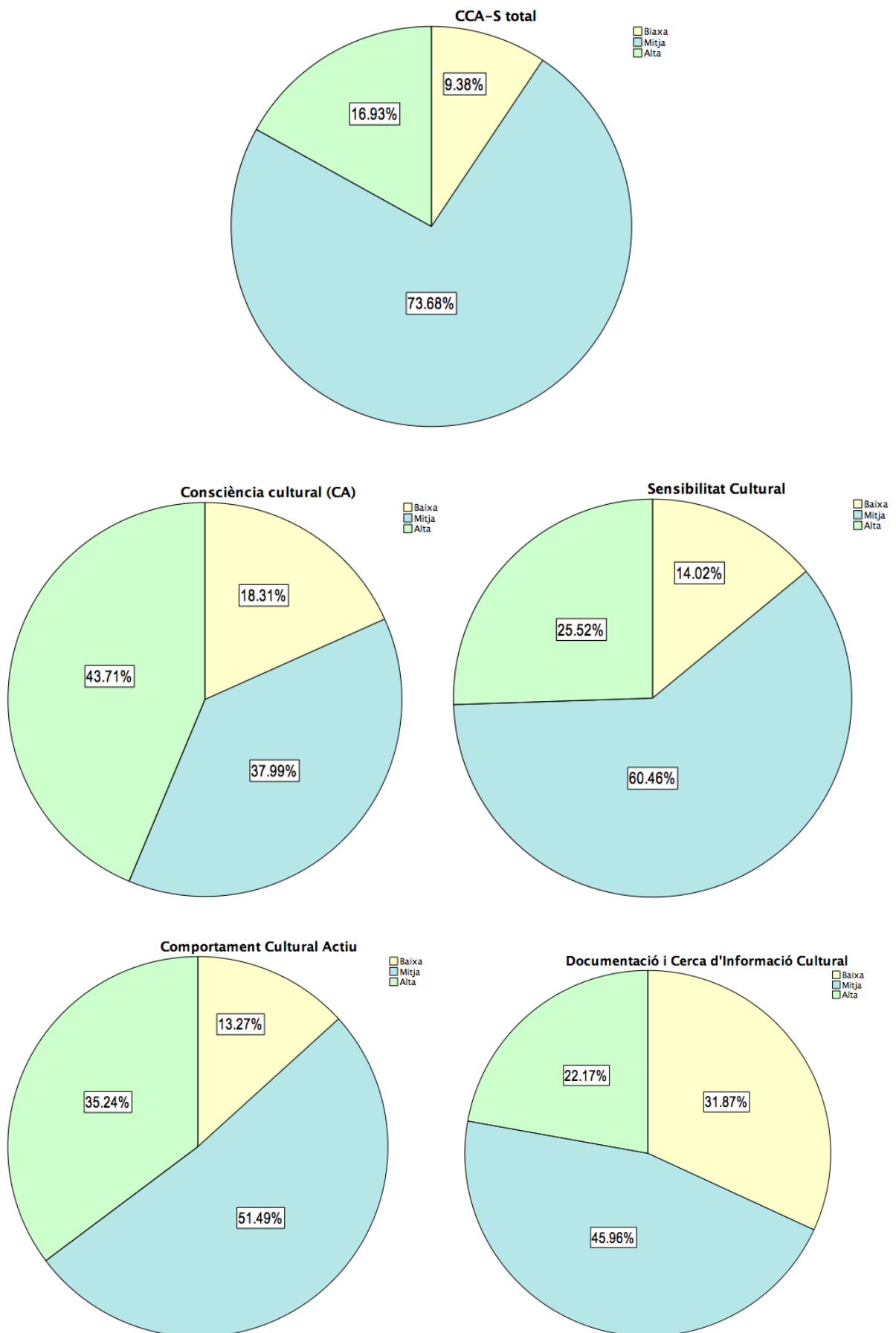


Figura 28: Gràfic de sectors de les puntuacions categoritzades de CCA-S total i de les dimensions

En el cas de la puntuació total de l'escala, el 73,68% presenten puntuacions mitges pel constructe de la competència cultural i el percentatge més petit és el de les puntuacions baixes. Si observem les diferents dimensions, la sensibilitat cultural i el comportament cultural actiu coincideixen amb la CCA-total en que el percentatge més elevat és el cas de les puntuacions mitges, que representen més del 50% de la mostra. En canvi, en les dimensions de consciència cultural i documentació i cerca d'informació cultural, les categories es distribueixen de diferent manera. En el cas de la consciència cultural, el percentatge més elevat el es troba en les puntuacions altes, seguit de les puntuacions mitges i, finalment, les baixes. En canvi, la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural, la categoria amb més percentatge es tracta de la de puntuacions mitges, però no arriba al 50%. En segon lloc les baixes i, finalment, les altes.

Anàlisi bivariant

Aquest apartat es dividirà en dos parts. La primera es basarà en un anàlisi de la variable desitjabilitat social en funció de l'escala CCA-S. La segona part, es descriurà l'associació estadística entre l'escala total i les diferents dimensions de la CCA-S en relació amb les variables independents.

Desitjabilitat social i CCA-S

L'escala MC-SDS versió breu compta amb 18 ítems. El rang de puntuació va de 0-18. La població total compta amb els descriptius següents:

Estadístics		MC-SDS versió breu (rang 1-18)
\bar{X}		10,05
s		3,55
S ²		12,60
Moda		12,00
Percentil		
	1	1
	10	5
	20	7
	30	8
	40	9
	50	10
	60	11
	70	12
	80	13
	90	15
	99	16,62

Taula 46: Descriptius dels resultats de l'escala de desitjabilitat social de la mostra d'infermers/es

Aquesta escala es va utilitzar com a variable de control de la validesa en funció del risc de biaix per a respostes propiciades per una desitjabilitat social superior a l'establerta per la població. Es van realitzar dos tipus d'anàlisi. Una en relació amb les puntuacions totals de l'escala MC-SDS, i l'altra en relació amb la puntuació mitja de MC-SDS amb les puntuacions extremes en els ítems de l'escala CCA-S.

En primer lloc es va analitzar la correlació entre les puntuacions de l'escala total de la CCA-S i de les diferents dimensions en relació amb les puntuacions de l'escala MC-SDS. Com observem en la següent taula, no existeix cap correlació significativa entre les puntuacions de l'escala de MC-SDS i les puntuacions totals de CCA-S i les diferents dimensions de CCA-S en l'anàlisi de correlacions de Pearson. Però, en canvi, sí que ho fa en el cas de l'anàlisi de correlació de Spearman, però la força de correlació és nul·la.

		CCA-S	CA	CS	CAB	CDSI
TOTAL MC-SDS	Correlación de Pearson	0,043	-0,008	0,063	0,087	0,084
	<i>p</i>	0,375	0,860	0,190	0,068	0,079
	Coefficiente de correlación Rho Rho de Spearman	0,085	0,030	-0,017	0,094	0,076
	<i>p</i>	0,045*	0,481	0,692	0,026*	0,072

Taula 47: Correlació de Pearson i Rho de Spearman entre les puntuacions de l'escala de desitjabilitat social i l'escala CCA-S i les seves dimensions dels professionals d'infermeria.

* Significació <0,05. ** Significació <0,01

D'altra banda, tenint en compte les dades de l'article original de Gutiérrez et al. 2016 com hem vist en l'apartat «Instruments» en la metodologia, s'ha calculat la puntuació per a cada grup d'edat i s'ha comparat amb la mitjana que dona l'article per a la població espanyola. Es va realitzar una prova *t* per a cada grup d'edat considerant un nivell de confiança del 95%, fent ús de la següent fórmula:

$$t = \frac{\bar{x}_2 - \bar{x}_1}{\sqrt{\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right) \left(\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}\right)}}$$

Figura 29: Fórmula prova *t*

Per tal de diferenciar les dues mostres, la mostra de l'estudi es va marcar amb lletres minúscules i el de l'article de Gutiérrez et al. amb majúscules. Els grups que es van comparar van ser els mateixos que apareixen en la mostra de l'estudi de Gutiérrez et al. (2016). Aquests grups van ser: a) 18-25 anys (en aquest estudi, en tractar-se d'infermeres, l'edat mínima va ser de 22); b) 26-49 anys; i c) ≥50 anys. En el cas del primer grup, es va obtenir una mitjana de puntuació en desitjabilitat social de 8,11. En el segon grup, de 9,58. I en el tercer grup, d'11,02. Les subhipòtesis que es van plantejar van ser:

Hipòtesi nul·la: La mitjana en el constructe de desitjabilitat social del grup d'edat a/b/c és igual que el de la població de referència segons el grup d'edat A/B/C en l'article de Gutiérrez et al. 2016 : $\bar{x}^{a-b-c} = \bar{x}^{A-B-C}$

Hipòtesi alternativa: La mitjana en el constructe de desitjabilitat social del grup d'edat a/b/c és diferent que el de la població de referència segons el grup d'edat A/B/C en l'article de Gutiérrez et al. (2016): $\bar{x}^{a-b-c} \neq \bar{x}^{A-B-C}$

En els tres grups, es van obtenir resultats que demostraven igualtat entre variàncies amb valors p majors a 0,05. Així doncs, sembla que la desitjabilitat social en la nostra mostra va presentar valors similars als de l'estudi de Gutiérrez et al. (2016), donat que en els tres casos, el valor t va ser superior al valor crític. Això ens indica que la mostra estudiada no presenta un biaix per desitjabilitat social segons el que es considera normal en la població espanyola.

	Grup a-A (18-25)		Grup b-B (26-49)		Grup c-C (≥ 50)	
	Mostra estudi	Mostra Gutiérrez et al.	Mostra estudi	Mostra Gutiérrez et al.	Mostra estudi	Mostra Gutiérrez et al.
n	34	187	269	192	134	196
\bar{x}	9,47	8,11	9,94	9,58	10,42	11,02
S²	8,01	11,22	13,17	11,16	12,55	14,06
s	2,83	3,35	3,63	3,34	3,54	3,75
Mínim-màxim	4-15	1-15	1-21	3-16	2-17	2-18
t		5,85		2,34		3,17
gl		219		459		328
p		0,132		0,423		0,563

Taula 48: Taula de resultats de t Student sobre les puntuacions de desitjabilitat social de la mostra
* Significació $<0,05$. ** Significació $<0,01$

Una de les característiques principals de la CCA-S és que no només recull informació del comportament i les actituds (CSI i CAB) dels professionals de la salut davant pacients d'altres cultures, sinó també sobre les seves actituds, opinions i disposicions (CS i CA). El CCA-S es tracta d'un qüestionari autoaplicat i, com qualsevol instrument d'avaluació, està subjecte a problemes de validesa. La desitjabilitat social es tracta d'un constructe relacionat a voler donar una resposta distorsionada del que es pensa en realitat, derivat d'una «necessitat d'aprovació social». Aquesta necessitat és inherent a l'ésser humà i hi ha temàtiques més susceptibles a un condicionament en la resposta i per això cal analitzar els resultats amb l'MC-SDS.

Es va utilitzar la prova no paramètrica de Kruskal-Wallis, donat que les dades de l'escala CCA-S no es distribuïen de manera normal com ho podem veure en la taula 49. Es van corroborar els resultats amb la Rho de Spearman, en el cas de les puntuacions

extremes. Les dues dimensions més enfocades a respostes cognitives podien tendir a respostes amb biaix per desitjabilitat social: sensibilitat i consciència.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	p	Estadístic	gl	p
CCA Total	0,050	437	0,010**	0,986	437	0,000**
CA	0,216	437	0,000**	0,795	437	0,000**
CS	0,064	437	0,000**	0,968	437	0,000**
CAB	0,054	437	0,004**	0,982	437	0,000**
CDSI	0,054	437	0,004**	0,984	437	0,000**

Taula 49: Prova de normalitat per les puntuacions de l'instrument CCA-S.

* Significació <0,05. ** Significació <0,01

Considerant les dimensions consciència cultural i sensibilitat cultural, el 59% dels participants van respondre als rangs més extrems d'alta competència cultural. Les dues subescales presenten una molt lleu influència de la desitjabilitat social (vegeu l'annex XV) tenint només 1 ítem en cadascuna en què es demostrí estadísticament la influència de la DS en la resposta. A la consciència cultural, l'ítem «La raça és el factor més important que determina la cultura d'una persona» presenta una correlació positiva dèbil ($r= 0,181$; $p=0,152$). Passa el mateix amb l'ítem 10 de la sensibilitat cultural ($r= 0,152$; $p=0,134$) «Entenc que les persones de diferents cultures poden definir el concepte d'atenció mèdica de diferents maneres».

Arran dels resultats, la influència de la desitjabilitat social és lleu si s'até a la sensibilitat cultural i la consciència cultural; resulta, doncs, que no existeix biaix en la desitjabilitat social de les respostes i augmenta, per tant, la validesa de la CCA-S.

Contrast de la hipòtesi B: La desitjabilitat social no representa un biaix que alteri la interpretació dels resultats de la CCA-S en l'estudi d'una població en concret

- Les respostes de la mostra comparades amb la mitjana poblacional de desitjabilitat social (Gutiérrez et al. 2016), i les puntuacions mitjanes de la mostra de l'estudi d'infermers i infermeres, no suggereixen que la mostra estigui sotmesa a un biaix per desitjabilitat social.
 - Les dimensions que presenten puntuacions elevades (consciència cultural i sensibilitat cultural), i que, per tant, presenten risc de desitjabilitat social en la resposta, tan sols presenten 1 ítem amb una significació estadística de desitjabilitat social en les respostes. Però la correlació entre elles és positiva dèbil. Per tant, les respostes per ítem en relació amb la mostra no suggereixen un biaix per desitjabilitat social.
-

5.7. Resultats relacionats amb l'objectiu 7

Explorar els factors socioprofessionals que actuen com a promotors del desenvolupament de la competència cultural dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona

Variables independents i CCA-S

Un dels criteris que es van establir per l'anàlisi de contrast va ser que,, en les variables que comptaven amb més de 2 alternatives, la mostra de cada una havia de tenir un mínim de mostra de 60. Per aquest motiu, les variables d'origens més atesos, tipus de relació amb persones d'altres cultures, i autopercepció en eficàcia en competència cultural es van agrupar. En el cas de tipus de centre, es va decidir comparar els grups amb més mostra i ometre la resta per l'anàlisi de contrast. A continuació se'n presenten els resultats:

Dimensió (rang)	CA (5,67-39,68)	CS (2,73-19,12)	CAB (5,18-36,27)	CDSI (4,54-31,81)	Total CCA-S (18,13-126,88)
Tots els participants, md (IC)	84,19 (82,76-85,60)	30,22 (29,38-31,05)	14,01 (13,72-14,31)	22,91 (22,33-23,48)	17,05 (16,47-17,63)
Sexe					
Home	31,60 (29,86-33,34)	14,27 (13,55-15,00)	21,50 (19,97-23,03)	16,25 (14,88-17,62)	83,62 (80,30-86,95)
Dona	29,93 (28,98-30,87)	13,96 (13,63-14,28)	23,20 (22,59-23,81)	17,21 (16,57-17,86)	84,30 (82,72-85,88)
<i>Valor p^a</i>	0,145	0,039*	0,193	0,113	0,805
Edat					
Segons grups					
≤ 45 anys	31,02 (29,97-32,07)	14,29 (13,91-14,67)	22,94 (22,20-23,68)	16,64 (15,87-17,42)	84,89 (83,03-86,76)
> 45 anys	29,03 (27,67-30,39)	13,61 (13,15-14,08)	22,86 (21,95-23,76)	17,64 (16,77-18,51)	83,12 (80,92-85,37)
<i>Valor p^a</i>	0,005**	0,012*	0,809	0,091	0,282
Segons variable continua					
<i>Valor p^c</i>	0,025*	0,002**	0,380	-0,092	0,055
<i>r</i>	-0,107	-0,151	-0,042	0,047	-0,092

5. Resultats

<i>Valor p^d</i>	0,005**	0,001**	0,286	0,441	0,068
ρ	-0,135	-0,154	-0,051	0,037	-0,088
Lloc de naixement					
A Espanya	30,26 (29,39-31,13)	14,03 (13,73-14,33)	22,96 (22,96-23,55)	17,03 (16,44-17,61)	84,27 (82,79-85,76)
Fora d'Espanya	29,63 (26,20-33,06)	13,83 (12,63-15,01)	22,23 (19,73-24,73)	17,34 (14,49-20,20)	83,02 (77,61-88,42)
<i>Valor p^a</i>	0,451	0,908	0,527	0,519	0,611
Percentatge pacients atesos d'altres orígens					
<i>Valor p^c</i>	0,750	0,337	0,944	0,603	0,840
<i>r</i>	-0,015	-0,047	-0,003	0,025	-0,010
<i>Valor p^d</i>	0,705	0,244	0,735	0,671	0,485
ρ	-0,018	-0,057	-0,16	0,021	-0,034
Orígens més atesos (excepte Espanya)¹¹					
Àfrica	29,47 (28,29-30,65)	14,11 (13,73-14,49)	22,42 (21,68-23,17)	17,00 (16,26-17,75)	83,04 (81,21-84,88)
Europa + Àsia Central	31,37 (29,73-33,15)	13,79 (13,11-14,48)	24,51 (23,48-25,54)	17,72 (16,39-19,04)	87,24 (84,18-90,30)
Àsia de l'Est i Amèrica	31,10 (29,47-32,73)	13,97 (13,32-14,62)	22,72 (21,33-24,12)	16,58 (15,27-17,89)	84,34 (81,04-87,64)
<i>Valor p^b</i>	0,219	0,667	0,033*	0,384	0,070

¹¹ Criteri codificació «Orígens més atesos»: Donat els resultats i la poca mostra per algun dels grups, es va decidir reagrupar els grups en funció d'un altre criteri. Tot i ser un tema polèmic a tractar en estudis sociològics, es reagruparan els orígens en funció de la raça humana. Tal i com esmenta Ayala i Cela (2014), els trets genètics estan presents en l'espècie humana fet que intervé en que en el contacte intercultural, les persones tinguem tendència a classificar segons aquests trets. En el seu article, proposa 4 tipus d'agrupacions en funció de la proximitat genètica fenotípica. En el nostre cas ens regirem per l'opció de 3 grups, en funció de la nostra mostra i els grups de l'article que s'indiquen en parèntesi: a) Nord Àfrica i Africà Occidental (Àfrica); b) Europa i Euràsia (Europa i Àsia Central); i c) Sud-Amèrica i Est Àsia (Àsia de l'Est i Amèrica).

Dimensió (rang)	CA (5,67-39,68)	CS (2,73-19,12)	CAB (5,18-36,27)	CDSI (4,54-31,81)	Total CCA-S (18,13-126,88)
Tipus de relació amb persones d'altres cultures¹²					
Sense relació	29,26 (27,37-31,05)	13,61 (12,99-14,24)	21,59 (20,44-22,74)	16,67 (15,43-17,91)	81,27 (78,53-84,01)
Amb contacte però sense relació d'amistat	31,41 (29,58-33,22)	14,03 (13,47-14,58)	23,83 (22,51-25,15)	16,20 (14,91-17,48)	85,45 (82,22-88,68)
Amistat	30,10 (28,92-31,25)	14,20 (13,78-14,61)	23,22 (22,46-23,98)	17,49 (16,74-18,25)	84,97 (83,01-86,94)
<i>Valor p^b</i>	0,068	0,015*	0,376	0,042*	0,158
Autopercepció en CC¹³					
Percepció de baixa CC	29,76 (28,38-31,14)	13,63 (13,13-14,13)	21,84 (20,92-22,75)	16,14 (15,16-17,12)	81,40 (79,40-83,41)
Percepció de mitja CC	30,46 (29,26-31,66)	14,54 (14,15-14,93)	23,57 (22,79-24,35)	17,95 (17,17-18,72)	86,47 (84,33-88,61)
Percepció d'alta CC	30,49 (28,49-32,76)	13,10 (12,20-13,99)	23,25 (21,41-25,08)	16,13 (14,38-17,87)	82,97 (78,81-87,12)
<i>Valor p^b</i>	0,358	0,001**	0,004**	0,012*	0,001**
Interès en formació en CC					
Sí	30,51 (29,59-31,43)	14,10 (13,79-14,42)	23,09 (22,47-23,71)	17,28 (16,66-17,91)	84,99 (83,42-86,55)
No	28,45 (26,48-30,43)	13,48 (12,71-14,25)	21,76 (20,32-23,25)	15,63 (12,12-17,15)	79,35 (76,25-82,45)
<i>Valor p^a</i>	0,002**	0,094	0,052	0,034*	0,001**

¹² Criteri de codificació «Tipus de relació amb persones d'altres orígens/cultures»: El grup «cap relació» i el de «amb contacte però sense establir-hi relació» s'han unificat. Aquest grup nou es va anomenar «sense relació», i els altres «amb contacte però sense relació d'amistat» i «amistat».

¹³ Criteri codificació «Autopercepció de CC»: Es van agrupar els dos grups més distants que relacionaven no considerar-se ni competent ni incompetent i una mica incompetent. Aquest grup es va passar a anomenar «Percepció baixa de CC». Els altres dos, es van anomenar «Percepció mitjana de CC» i «Percepció alta de CC».

5. Resultats

Dimensió (rang)	CA (5,67-39,68)	CS (2,73-19,12)	CAB (5,18-36,27)	CDSI (4,54-31,81)	Total CCA-S (18,13-126,88)
Formació prèvia en CC^a					
Sí	30,25 (28,74-31,75)	14,44 (13,93-14,95)	23,12 (22,13-24,12)	18,67 (17,79-19,55)	86,47 (83,79-89,16)
No	30,20 (29,20-31,20)	13,77 (13,41-14,13)	22,78 (22,08-23,48)	16,10 (15,36-16,84)	82,85 (81,23-84,46)
<i>Valor p^a</i>	0,002**	0,126	0,010**	0,441	0,000**
Tipus de formació prèvia (dels 161 que van respondre que sí)					
Curs addicional universitat	31,16 (-15,37-77,69)	12,31 (-14,93-39,56)	23,64 (2,62-44,66)	14,76 (10,53-18,99)	81,87 (-17,16-180,91)
Contingut cobert per una assignatura de la universitat	32,08 (28,94-35,21)	15,55 (14,63-16,47)	22,33 (20,16-24,51)	18,23 (16,16-20,29)	88,19 (82,86-93,52)
Congrés o seminari	32,18 (27,50-36,86)	15,41 (13,97-16,86)	23,80 (20,75-26,84)	18,77 (15,64-21,90)	90,16 (80,88-99,44)
Programa de formació finançat per l'empresa	31,58 (28,36-34,80)	14,31 (12,94-15,69)	23,53 (20,99-26,08)	17,06 (15,09-19,03)	86,49 (80,24-92,73)
Curs online	26,84 (23,62-31,06)	13,76 (12,79-14,73)	22,54 (20,51-24,57)	19,52 (17,87-21,17)	82,66 (77,16-88,17)
Assignatura Màster d'Investigació en Ciències de la Infermeria	31,66 (28,61-34,71)	14,59 (13,68-15,49)	23,83 (21,89-25,76)	19,09 (16,68-21,51)	89,17 (83,76-94,58)
Altres	30,71 (15,66-45,75)	11,89 (5,32-18,46)	25,44 (15,32-35,55)	22,87 (19,89-25,86)	90,91 (58,35-123,48)
<i>Valor p^b</i>	0,196	0,186	0,740	0,227	0,530

Dimensió (rang)	CA (5,67-39,68)	CS (2,73-19,12)	CAB (5,18-36,27)	CDSI (4,54-31,81)	Total CCA-S (18,13-126,88)
Tipus de centre de salut					
Hospital	30,65 (29,68-31,63)	13,99 (13,63-14,25)	23,20 (22,55-23,86)	16,76 (16,03-17,51)	84,61 (83,00-86,22)
Centre d'atenció primària	28,96 (26,85-31,07)	13,65 (12,90-14,39)	21,80 (20,39-23,21)	17,14 (15,87-18,41)	81,55 (77,97-85,12)
<i>Valor p^b</i>	0,558	0,530	0,053	0,571	0,101
Centre públic o privat					
Públic	30,16 (29,26-31,06)	13,99 (13,67-14,30)	22,87 (22,27-23,48)	17,00 (16,38-17,62)	84,02 (82,51-85,53)
Privat	33,11 (31,95-34,27)	13,36 (12,31-14,21)	25,94 (23,96-27,92)	19,00 (16,24-21,75)	91,30 (86,23-96,37)
<i>Valor p^a</i>	0,488	0,065	0,015*	0,074	0,022*
Pluralitat servei					
1 servei	30,42 (29,49-31,35)	13,95 (13,62-14,29)	22,80 (22,12-23,45)	16,85 (16,19-17,53)	84,02 (82,41-85,62)
> 1 servei	29,58 (27,67-31,49)	14,21 (13,21-14,82)	23,24 (22,05-24,44)	17,65 (16,50-18,80)	84,66 (81,56-87,77)
<i>Valor p^a</i>	0,993	0,443	0,383	0,233	0,529
Docència					
Sí	30,56 (27,00-34,11)	13,82 (12,42-15,22)	21,98 (19,60-21,36)	17,15 (14,78-19,52)	83,51 (76,73-90,28)
No	30,19 (29,33-31,05)	14,04 (13,73-12,33)	22,98 (22,39-23,57)	17,04 (12,44-17,64)	84,24 (82,79-85,69)
<i>Valor p^a</i>	0,327	0,929	0,437	0,816	0,898

Taula 50: Comparació de les puntuacions de l'escala CCA-S amb les variables socioprofessionals de l'estudi.

*Significació <0,05. ** Significació <0,01

a: Es va utilitzar la prova Test U Mann-Whitney.

b: Es va utilitzar la prova Kruskal-Wallis.

c: Es va utilitzar la prova de correlació de Pearson.

d: Es va utilitzar la correlació de Rho de Spearman

Tenint en compte els resultats, es procedirà a analitzar-los, donant resposta a les diferents hipòtesis plantejades.

Contrast de la hipòtesi C: les variables sociodemogràfiques (sexe, edat i país de naixement) estan relacionades amb les puntuacions de la competència cultural

- Els professionals d'infermeria de sexe femení de la mostra presenten menor sensibilitat cultural que els homes
- Els professionals d'infermeria més jove presenten més consciència cultural i sensibilitat cultural, però amb una correlació dèbil (CA: $r=-0,107$, $p=-0,135$; CS: $r=-0,151$, $p=-0,151$).
- L'origen dels professionals d'infermeria és independent de la puntuació que obtenen en el constructe de la competència cultural

⇒ **Ci: Les dones presenten major puntuació en competència cultural**

En el cas de la variable sexe, es mostra una diferència estadística en la dimensió de sensibilitat cultural. Així doncs, les dades mostren que els homes presenten puntuacions més altes en aquesta dimensió. El diagrama de caixes en aquesta dimensió és el següent:

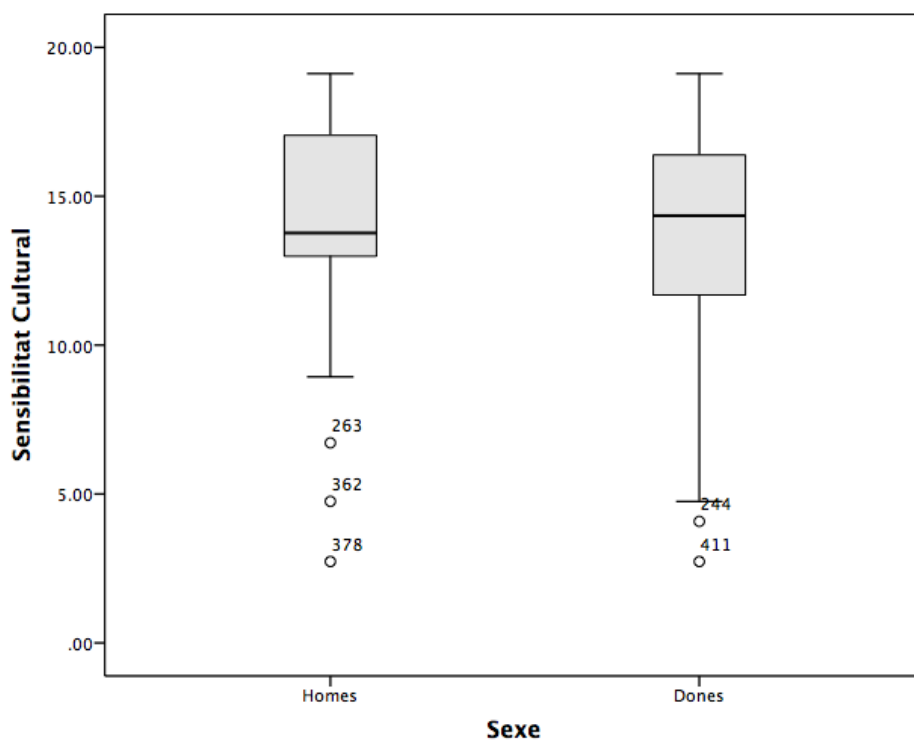


Figura 30: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió sensibilitat cultural vers el sexe

⇒ Cii: Els joves presenten major puntuació en competència cultural

Es mostren diferències significatives en relació amb la variable edat en les dimensions de consciència cultural i sensibilitat cultural. Si observem les mitjanes, podem afirmar que per la mostra, les persones més joves (≤ 45 anys) mostren més sensibilitat cultural i consciència cultural. Si analitzem la variable edat com una variable contínua, observem que les correlacions són significatives, també, però dèbil.

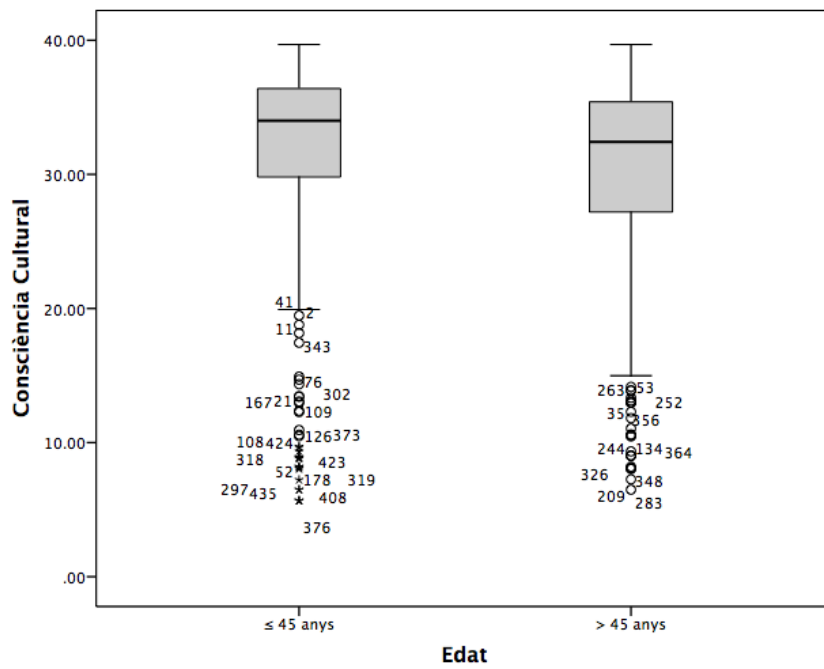


Figura 31: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió consciència cultural vers l'edat

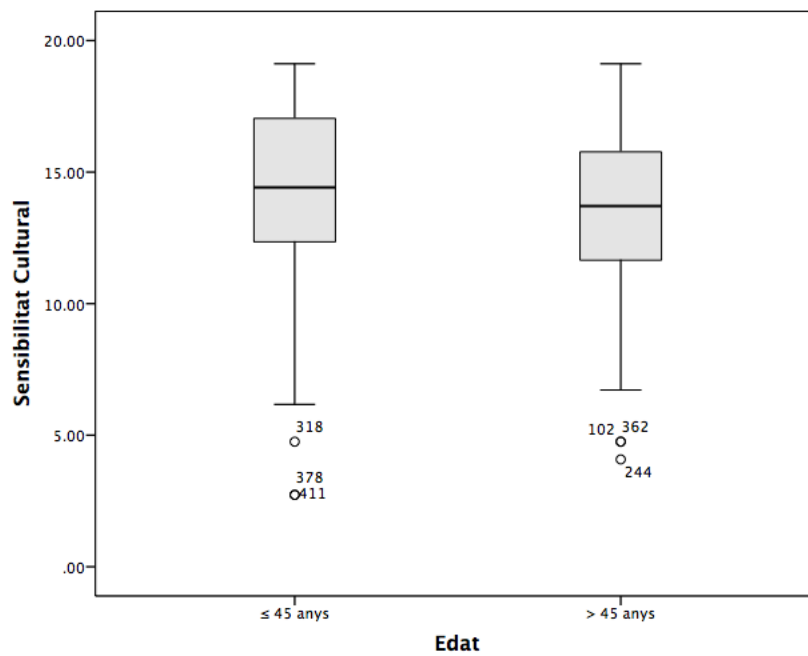


Figura 32: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió sensibilitat cultural vers l'edat

⇒ **Ciii: Les persones nascudes a altres llocs que no sigui Espanya presenten major competència cultural**

No es mostren diferències estadístiques. Per tant, podem dir que, segons la mostra de l'estudi, no es presenten diferències en les puntuacions de CCA-S totals ni en les seves dimensions segons haver nascut a Espanya o no ($p > 0,05$).

Contrast de la hipòtesi D: l'exposició a la diversitat està relacionada amb les puntuacions en competència cultural

- Un major percentatge de trobades culturals en els últims 12 mesos no mostra més competència cultural en els professionals d'infermeria. (es rebutja Di)
- Els professionals d'infermeria que atenen amb més freqüència a persones d'origen europeu o de l'Àsia Central, presenten puntuacions més elevades en comportament cultural actiu.
- En relació amb els professionals d'infermeria de la mostra, tenir relacions personals més pròximes amb persones d'altres cultures està relacionat amb el fet d'obtenir puntuacions més altes en el constructe de la CC, i en les dimensions consciència cultural, sensibilitat cultural i comportament cultural actiu.

⇒ Di: Un major percentatge en atenció a persones d'altres cultures dona lloc a majors puntuacions en competència cultural

En la mostra de l'estudi, atendre a persones d'altres cultures no està associat a presentar majors puntuacions en l'escala CCA-S ni en cap de les seves dimensions ($p > 0,05$).

⇒ Dii: Com menys diferències culturals i fenotípiques hi hagi amb la persona que s'atèn segons l'origen, més competència cultural

S'observen diferències significatives en la subescala de comportament en funció de l'origen que s'atengui. S'observen puntuacions més elevades en el cas dels professionals d'infermeria que atenen a persones d'origens europeus o de l'Àsia Central, mentre que les puntuacions més baixes s'observen entre els altres dos grups amb mitjanes similars. A continuació se'n presenta el diagrama de caixes:

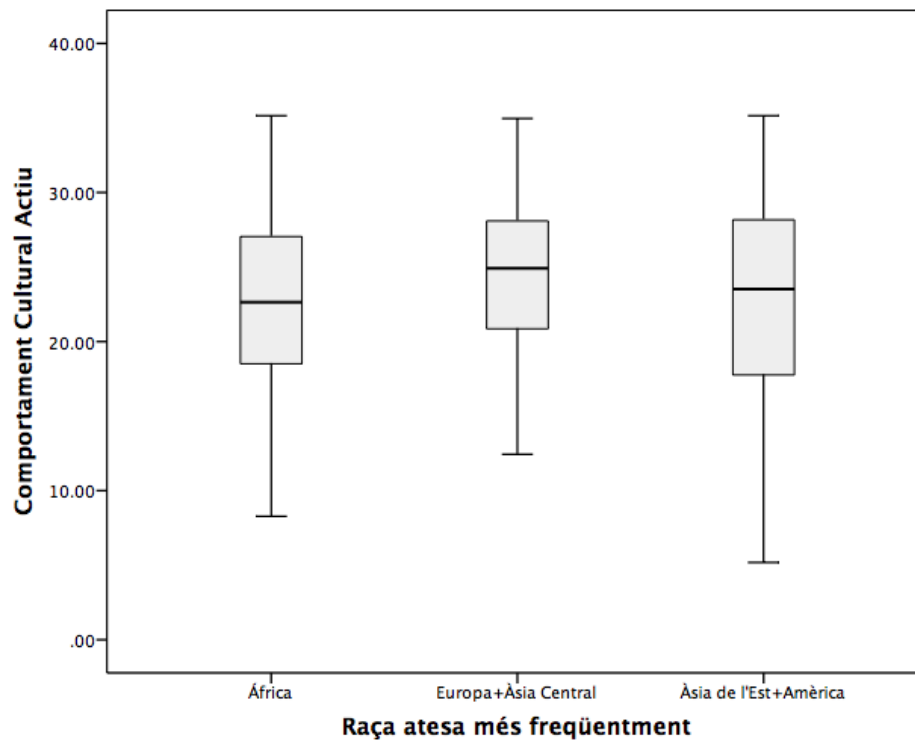


Figura 33: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió sensibilitat cultural vers la raça atesa més freqüentment

⇒ **Diii: Les persones que afirmen tenir amistats amb persones d'altres cultures tenen major competència cultural**

Es mostren diferències estadísticament significatives amb la puntuació de la dimensió sensibilitat cultural i documentació i cerca d'informació cultural. En el cas de la dimensió de sensibilitat cultural, observem que tenir més puntuació està relacionat amb el fet de tenir amistats d'altres orígens/cultures. D'altra banda, en relació amb la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural, tot i que el grup que diu tenir amistats d'altres cultures també coincideix a ser el que té més puntuació amb diferència; els altres dos grups presenten puntuacions similars i inverses. A continuació es presenten els dos gràfics de diagrama de caixes en relació amb les puntuacions:

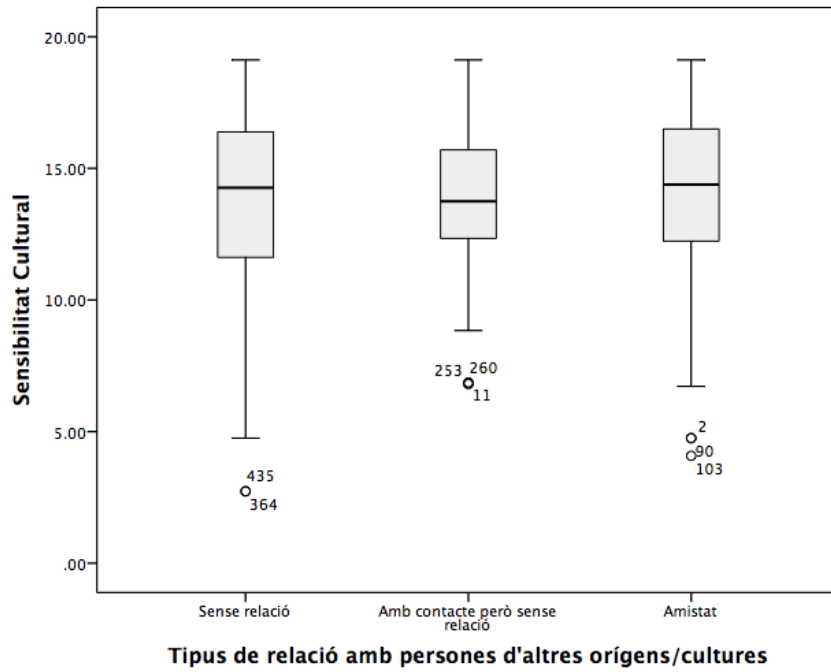


Figura 34: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió sensibilitat cultural vers el tipus de relació amb persones d'altres orígens/cultures

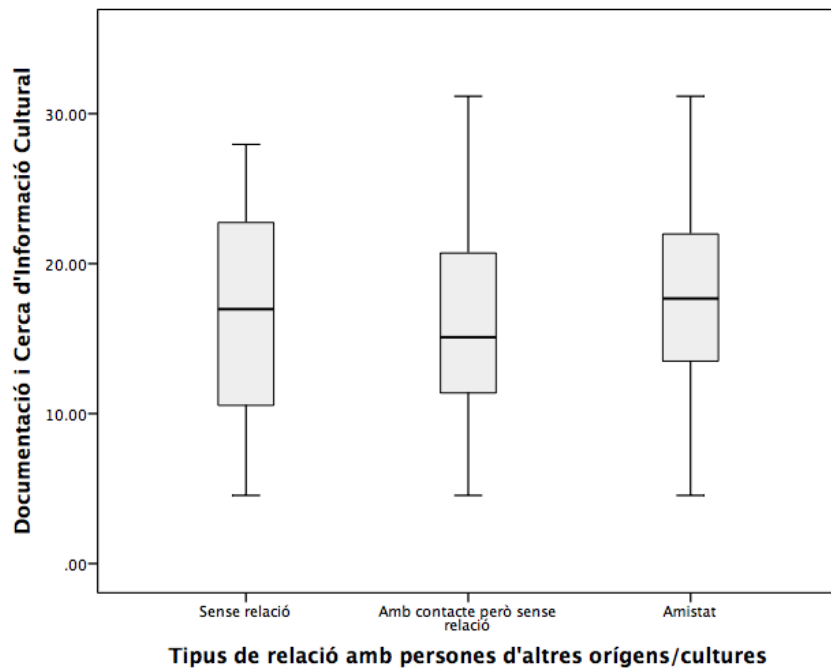


Figura 35: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió documentació i cerca d'informació cultural vers el tipus de relació amb persones d'altres orígens/cultures

Contrast de la hipòtesi E: l'interès en formació cultural, lligat al desig cultural, està directament relacionat amb obtenir puntuacions majors en competència cultural

- Els professionals d'infermeria que contesten tenir interès en formació en CC, tenen més competència cultural que aquells que contesten que no i obtenen puntuacions més altes en les dimensions de consciència cultural i documentació i cerca d'informació cultural.

En relació amb l'interès en CC, les persones que consideren necessària la formació en competència cultural mostren més consciència cultural i també tenen més bones actituds en documentació i cerca d'informació cultural. Tenint en compte l'escala total de CCA-S, també hi ha diferències significatives; es comprova, doncs, que per la mostra, tenir interès en formació en competència cultural està relacionat amb més competència cultural. A continuació s'expressen els resultats amb gràfics de caixes:

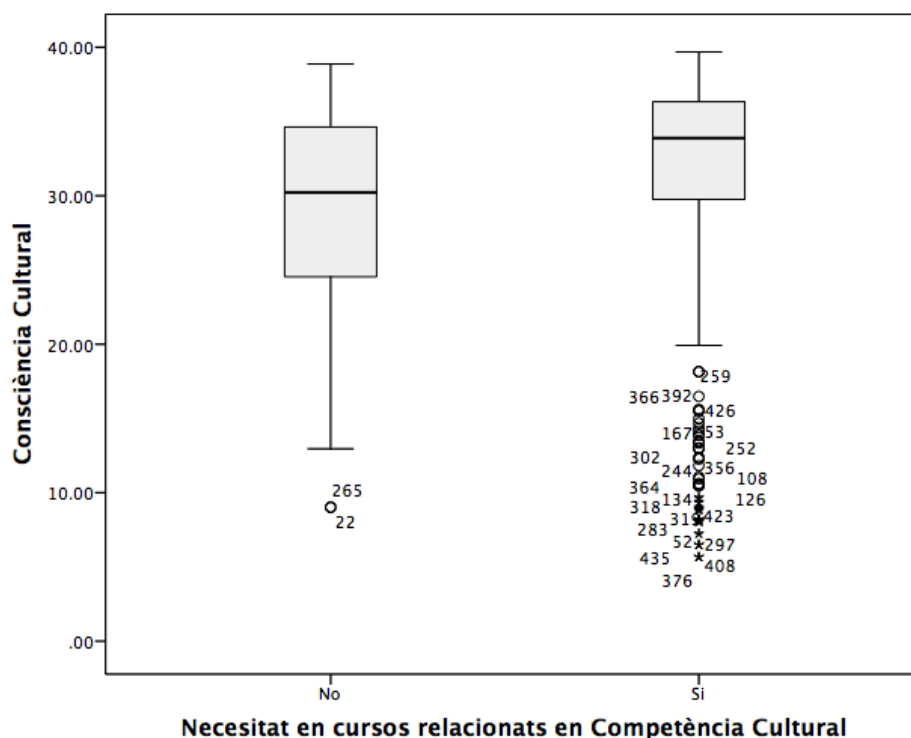


Figura 36: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió consciència cultural en relació amb l'interès en formació en cursos relacionats en CC

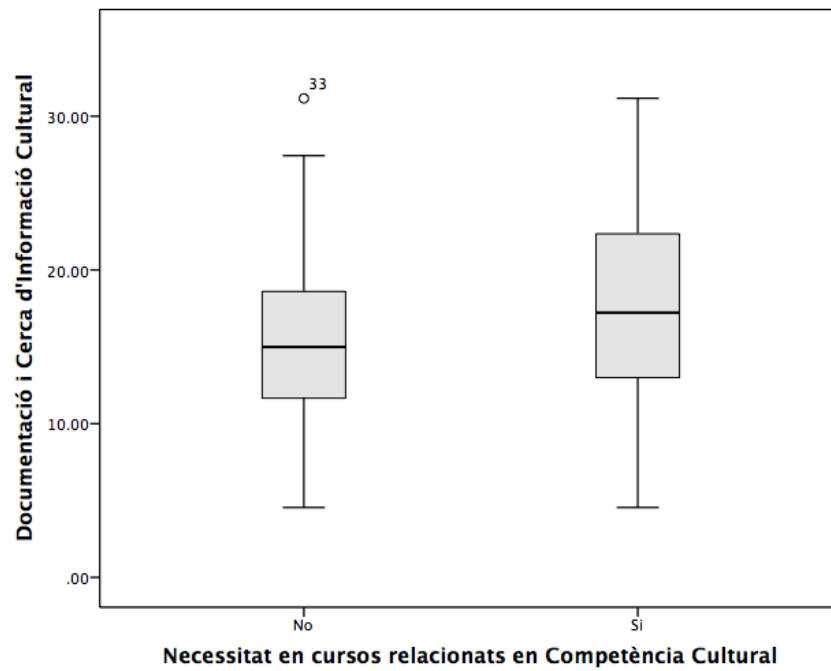


Figura 37: Diagrama de caixes de les puntuacions en la dimensió documentació i cerca d'informació cultural en relació amb l'interès en formació en cursos relacionats en CC

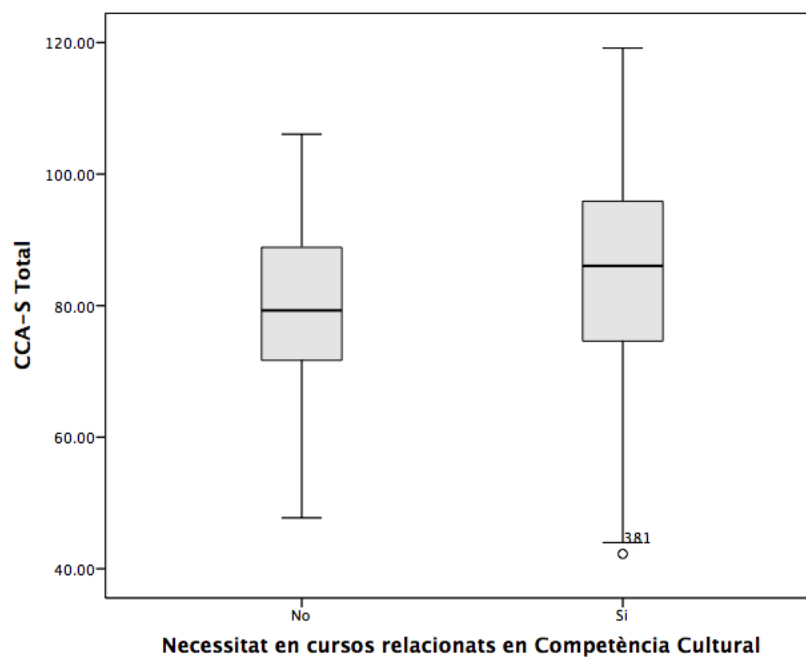


Figura 38: Diagrama de caixes de les puntuacions l'escala total CCA-S en relació amb l'interès en formació en cursos relacionats en CC

Contrast de la hipòtesi F: haver realitzat formació prèvia en competència cultural està directament relacionat amb puntuacions majors en competència cultural

- Segons els resultats de la mostra, a formació prèvia està relacionada amb més competència cultural. En la dimensionalitat del constructe, es presenten puntuacions significativament més altes en sensibilitat cultural i comportament cultural actiu.
- Però no s'observen diferències amb el tipus de formació rebuda.

⇒ **Fi: Les persones que ja han rebut formació en competència cultural, tenen majors puntuacions que les que no n'han rebut**

La formació prèvia sembla ser significativa en el desenvolupament de la competència cultural. Concretament, s'observen diferències estadístiques entre els professionals que han rebut formació prèvia en el constructe total de la competència cultural i en les dimensions de consciència cultural i en la de comportament cultural actiu. A continuació es presenten els gràfics de caixes dels resultats:

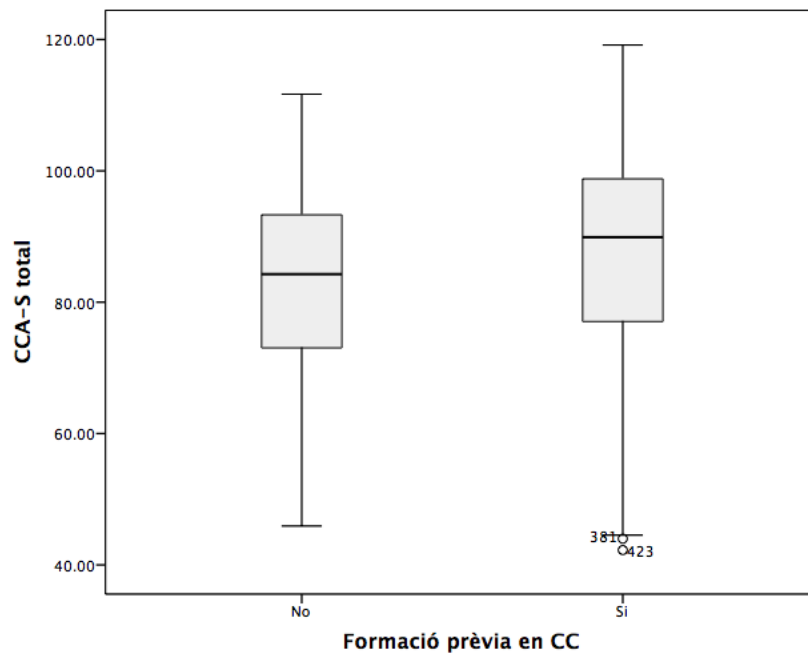


Figura 39: Diagrama de caixes de les puntuacions l'escala total CCA-S en relació amb la formació prèvia en cursos relacionats en CC

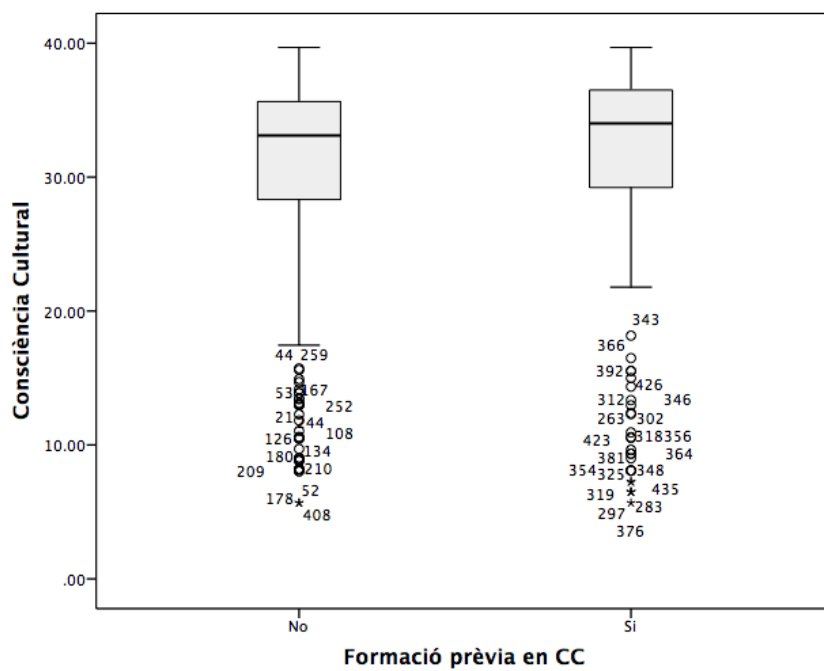


Figura 40: Diagrama de caixes de les puntuacions de la dimensió consciència cultural en relació amb la formació prèvia en cursos relacionats en CC

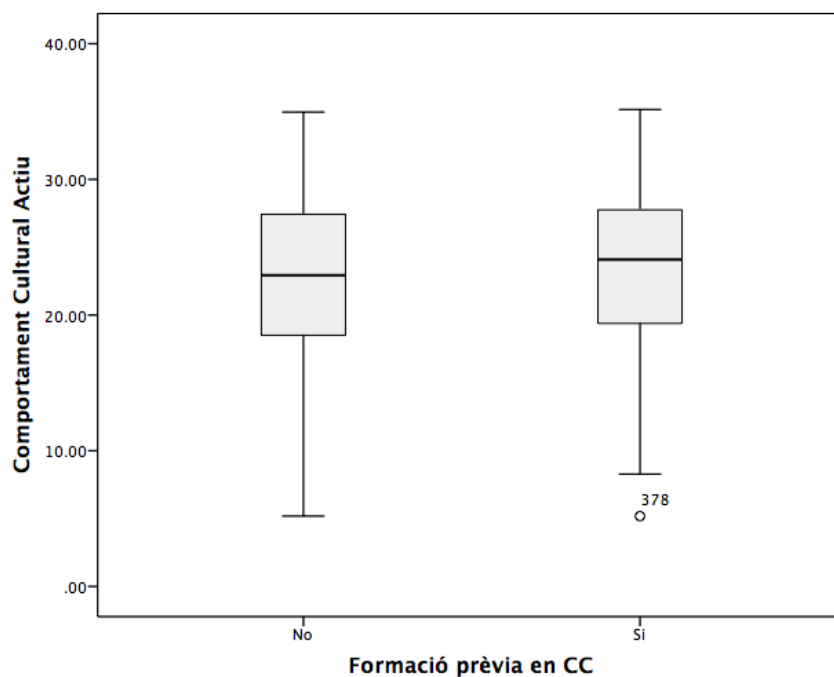


Figura 41: Diagrama de caixes de les puntuacions de la dimensió comportament cultural actiu en relació amb la formació prèvia en cursos relacionats en CC

⇒ **Fii: El tipus de formació està relacionat amb les puntuacions en competència cultural**

Els resultats mostren que no hi ha diferències significatives amb el tipus de formació que han rebut els professionals i el grau de competència cultural desenvolupat ($p > 0,05$).

Contrast de la hipòtesi G: L'autopercepció d'eficàcia en competència cultural esta relacionada amb les puntuacions de competència cultural

- Existeixen diferències significatives entre les puntuacions de CCA-S i les seves dimensions (menys consciència cultural) i l'autopercepció en competència cultural del professional d'infermeria, però la relació entre els grups es comporta de la següent manera:
 - Segons la mostra, les persones que puntuen baix en l'escala CCA-S presenten una relació significativa amb aquelles persones que tenen una autopercepció més baixa de competència cultural. També succeeix així en el cas de la dimensió comportament cultural actiu
 - D'altra banda, en el cas de les dimensions sensibilitat cultural i documentació i cerca d'informació, els que puntuen més baix, són els que tenen una percepció alta de competència cultural.

➔ Reformulació hipòtesi G i contrast d'aquesta:

Una incoherència en una autopercepció elevada en competència cultural que no es correspon amb la puntuació real de CCA-S està relacionada amb puntuacions més baixen en CCA-S (S'accepta)

- Existeixen diferències significatives amb la coherència de la percepció en competència cultural i la puntuació real en les puntuacions de CCA-S i les dimensions consciència cultural, sensibilitat cultural, i comportament cultural actiu.
- Cal destacar, que és en el cas de les persones que puntuen més en la CCA-S i les seves dimensions són les que es consideren tenir una competència cultural menor a la real.

Es van obtenir diferències significatives en la CCA-S i totes les dimensions menys consciència cultural. Però en l'anàlisi concreta de les dades, no es va observar una coherència en els resultats. Concretament parlem de:

- Les persones que tenien una baixa percepció de competència cultural presentaven una mitjana superior en les dimensions de sensibilitat cultural i documentació i cerca d'informació cultural que no els que presentaven una percepció alta en competència cultural.
- Els que tenien una percepció mitjana en competència cultural, puntuaven més alt en totes les dimensions amb una diferència estadísticament significativa. D'altra banda, tot i no ser significativa la diferència, no presentaven la puntuació més alta en consciència cultural.

A causa d'això, es van analitzar altre cop les dades, i tenint en compte els postulats de Purnell (1999) en relació amb la incompetència inconscient, es van fer en funció de la coherència entre la autopercepció i la puntuació en l'escala CCA-S.

Les persones que van coincidir, es van incloure en un grup anomenat «coherència en l'autopercepció de competència cultural». Als que van respondre una autopercepció més baixa del que la puntuació de CCA-S va demostrar, se'ls va classificar com a «incoherència en més autopercepció d'eficàcia en competència cultural que la real». Finalment, les persones que van tenir una percepció en competència cultural més elevada de la que realment era, es van agrupar en un grup anomenat «incoherència en menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural que la real» (risc d'incompetència inconscient).

Així doncs, es va replantejar la hipòtesi G inicial per:

«La incoherència en més competència cultural de la percebuda està relacionada a obtenir menor puntuació en CCA-S.»

Dimensió (rang)	CA (5,67-39,68)	CS (2,73-19,12)	CAB (5,18-36,27)	CDSI (4,54-31,81)	Total CCA-S (18,13-126,88)
Nova variable: Coherència en l'autopercepció en competència cultural					
Coherent en autopercepció de competència cultural	30,08 (28,79-31,37)	14,20 (13,79-14,61)	22,77 (22,01-23,53)	16,40 (15,57-17,23)	83,41 (81,65-85,17)
Incoherent en major autopercepció de competència cultural de la real	32,48 (31,53-33,44)	14,33 (13,90-14,76)	24,37 (23,56-25,18)	18,10 (17,20-19,00)	89,30 (87,35-91,25)
Incoherent en menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural que la real	24,14 (21,33-26,94)	12,69 (11,78-13,60)	19,12 (17,35-20,87)	15,60 (14,06-17,13)	71,52 (67,26-75,78)
<i>Valor p^b</i>	0,001**	0,0,006**	0,000**	0,356	0,000**

Taula 51: Comparació de les puntuacions de l'escala CCA-S i les seves dimensions en la nova variable coherència en l'autopercepció encompetència cultural.
*Significació <0,05. ** Significació <0,01

Tenint en compte aquests resultats, observem que, certament, les persones amb una incoherència menor a la competència cultural percebuda puntuen més baix en CCA-S i totes les seves dimensions. Però la diferència resulta ser no significativa en el cas de la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural. Tot i així, les puntuacions més elevades es troben en el grup amb una incoherència, però amb més competència cultural de la percebuda.

Contrast de la hipòtesi H: les característiques del lloc de treball estan relacionades amb les puntuacions en competència cultural

- No s'observen diferències estadísticament significatives en relació amb el tipus de centre de treball i el desenvolupament més elevat en competència cultural.
- Treballar en un centre privat, està relacionat amb el fet d'obtenir més competència cultural. Però en la dimensionalitat del constructe, només s'observen diferències estadístiques en la dimensió de comportament cultural actiu.
- L'experiència de treballar en més d'un servei no està relacionat amb el fet de tenir més competència cultural.

⇒ Hi: Les persones d'atenció primària presenten majors puntuacions en competència cultural

Els resultats mostren que no hi ha diferències estadísticament significatives entre les puntuacions de CCA-S ni per cap de les seves dimensions en relació a treballar en un centre hospitalari o en un centre d'atenció primària ($p > 0,05$).

⇒ Hii: Les persones que treballen en el sector privat presenten major competència cultural

Els resultats mostren que hi ha diferències estadísticament significatives entre les puntuacions de l'escala total de la CCA-S i treballar en el sector públic o privat. En el cas de les dimensions del constructe, l'única que mostra diferències significatives és el comportament cultural actiu. En els dos casos, són els professionals que treballen en el sector privat els que presenten puntuacions més altes. Es poden observar les dades en els següents diagrames de caixes:

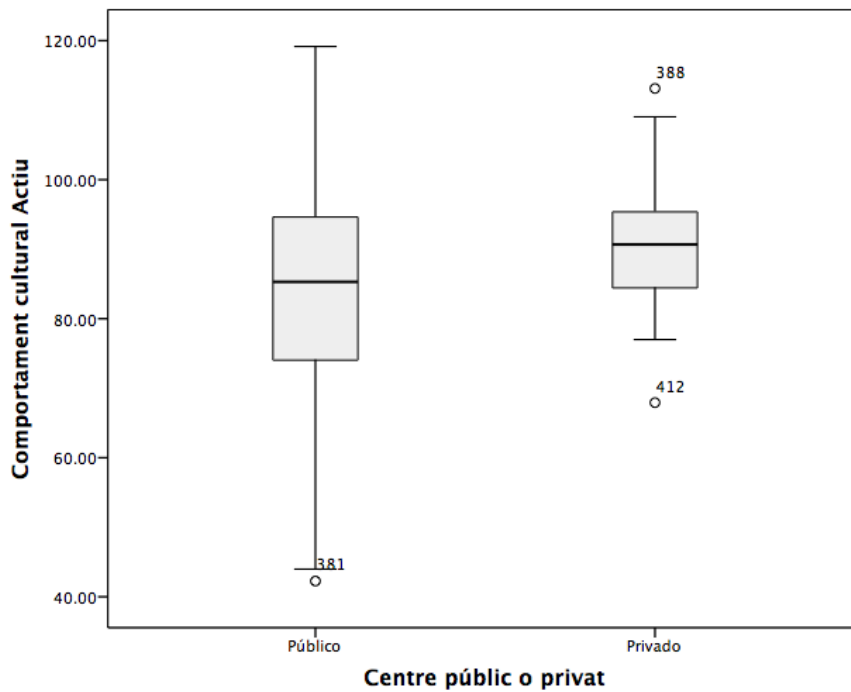


Figura 42: Diagrama de caixes de les puntuacions de l'escala total CCA-S en relació amb la condició de treball en un centre públic o privat

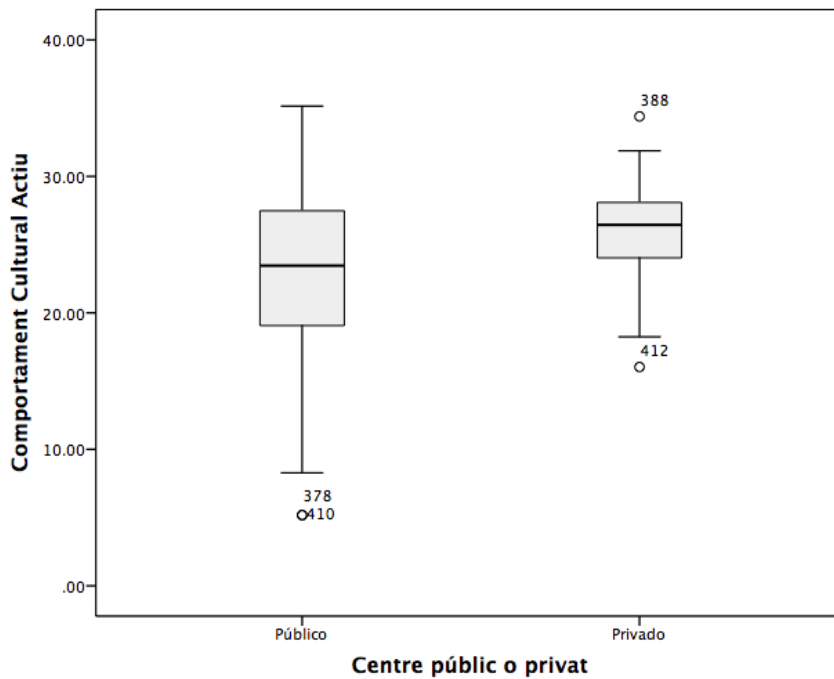


Figura 43: Diagrama de caixes de les puntuacions de l'escala total CCA-S en relació amb la condició de treball en un centre públic o privat

⇒ **Hiii: Les persones que treballen en més d'un servei presenten major competència cultural**

En relació amb la variable que va dividir la mostra entre aquells professionals que només treballen en un servei fixe entre aquelles que treballen en serveis diferents, no s'han observat diferències significatives en relació amb les puntuacions totals de CCA-S i de les dimensions consciència cultural, sensibilitat cultural i comportament cultural actiu ($p>0,05$).

Contrast de la hipòtesi I: les persones involucrades en docència presenten una major competència cultural

- Els resultats en relació amb les puntuacions de CCA-S i de les diferents dimensions no mostren diferències estadístiques en relació amb si els professionals de salut estan involucrats en docència o no ($p>0,05$).
-

5.8. Resultats relacionats amb l'objectiu 8

Identificar els perfils de professionals d'infermeria de la província de Tarragona en funció de la competència cultural i de les variables socioprofessionals

Anàlisi clúster

L'anàlisi clúster pren per objectiu definir diferents perfils que permetin conèixer diferents condicions en què es desenvolupa la competència cultural . Aquesta tècnica es caracteritza per formar grups basant-se en la semblança en una sèrie de característiques que tenen fortes propietats matemàtiques. L'objectiu és determinar grups altament homogenis internament i altament heterogenis entre ells.

Abans d'iniciar l'anàlisi, cal prendre tres decisions fonamentals:

- Decisió clúster 1: Seleccionar les variables rellevants per identificar els grups.
- Decisió clúster 2: Elecció de la mesura de proximitat entre els subjectes, i,
- Decisió clúster 3: Identificació del criteri per agrupar subjectes en conglomerats

⇒ **Decisió clúster 1: Seleccionar les variables rellevants per identificar els grups**

Les variables estudiades en l'anàlisi bivariant que van demostrar tenir algun tipus de relació amb la puntuació de CCA-S i/o amb alguna de les seves dimensions, van ser les que es van escollir per realitzar l'anàlisi clúster. Van quedar-ne excloses aquelles variables que presentaven un grup mostral menor de 60. En total es van escollir 8 variables més les puntuacions de l'escala total i les de les diferents dimensions.

A continuació es mostren en una taula les variables socioprofessionals escollides i un resum de la significació segons cada cas amb l'escala CCA-S total i cadascuna de les dimensions.

Inclusió al clúster	Variables	CA	CS	CAB	CDSI	Total CCA-S
X	Sexe		■			
X	Edat	■	■			
	Lloc de naixement					
	% població ates d'altres orígens					
X	Orígens més atesos			■		

X	Tipus de relació amb persones d'altres cultures				
X	Autopercepció en competència cultural				
X	Coherència en l'autopercepció				
X	Interès en formació en competència cultural				
X	Formació prèvia en competència cultural ^a				
	Tipus de formació prèvia				
	Tipus de centre de salut				
	Centre públic o privat				
	Pluralitat servei				
	Docència				

Taula 52: Taula resum de les variables de l'estudi que han presentat relació estadística en la CCA-S total o alguna de les dimensions.

⇒ Decisió clúster 2: Elecció de la mesura de proximitat entre els subjectes

En primer lloc, es va realitzar una anàlisi de conglomerats biatàpic o dos etapes. Això permet estandarditzar les variables, i es basa en un mètode de màxima verosemblança. Donat que treballem amb dades mixtes, es va utilitzar la mesura de distància de log-verosemblança i el criteri de conglomeració escollit va ser el bayesià de Scwarz (Rubio-Hurtado i Vilà-Baños, 2016). Lligats a les interpretacions de la teoria i les interpretacions deductives de les dades, el número mínim de grups havia de ser de 3. A partir dels resultats que es van obtenir, es van analitzar aquests resultats per decidir quina era l'opció més idònia.

⇒ Decisió clúster 3: Identificació del criteri per agrupar subjectes en conglomerats

A partir de l'anàlisi clúster biatàpic exploratòria es van obtenir 5 grups. Donats aquests resultats, es van analitzar les opcions de 5, 4 i 3 clústers. Es van analitzar les

proprietats de cada opció i es va decidir la més idònia per tal de formar perfils. Els grups formats van obtenir les següents mides:

	Solució 5 clústers		Solució 4 clústers		Solució 3 clústers	
	n	%	n	%	n	%
Clúster 1	49	11,3	86	19,8	92	21,2
Clúster 2	52	12,0	144	33,2	144	33,2
Clúster 3	142	32,7	53	12,2	198	45,6
Clúster 4	53	12,2	151	34,8		
Clúster 5	138	31,8				

Taula 53: Mida dels grups formats per els anàlisis biatòmics de 5, 4, i 3 clústers

A continuació es van analitzar les propietats de cada grup. Es van descriure les característiques més predominants en funció de les variables socioprofessionals més predictores dins de cada grup. També es van presentar els resultats en relació amb la puntuació de l'escala en funció de la seva categorització.

	Puntuació CCA-S	Característiques	Puntuació CCA-S	Característiques	Puntuació CCA-S	Característiques
Clúster 1	CCA-S: M CA: M+ CS: M CAB: M+ CDSI: M	Incoherència en major percepció de CC Percepció alta CC 44,59 anys No participació en cursos	CCA-S: M- CA: B+ CS: M CAB: M- CDSI: M-	Incoherència per major percepció en CC Percepció alta CC 44,73 anys No participació en cursos	CCA-S: M- CA: B+ CS: M- CAB: M- CDSI: M-	Incoherència per major percepció en CC Percepció alta en CC 44,25 anys
Clúster 2	CCA-S: B CA: B- CS: M- CAB: B+ CDSI: M	Incoherència en major percepció de CC Percepció mitja CC 44,38 anys No participació en cursos	CCA-S: M CA: M CS: M CAB: M+ CDSI: M-	Incoherència per menor percepció en CC Percepció baixa CC 43,37 anys No participació en cursos	CCA-S: M CA: M CS: M CAB: M CDSI: M-	Incoherència per menor percepció en CC Percepció de baixa CC 43,37 anys

Clúster 3	CCA-S: M CA: M CS: M CAB: M CDSI: M	Incoherència per menor percepció en CC Percepció baixa CC 43,16 anys No participació en cursos	CCA-S: A- CA: A CS: M+ CAB: A CDSI: M+	Incoherència per menor percepció en CC Percepció mitja CC 38,45 anys Si participació en cursos	CCA-S: M+ CA: M+ CS: M+ CAB: M+ CDSI: M	Coherència percepció CC Percepció de mitja CC 40,54 anys
Clúster 4	CCA-S: A CA: A CS: M+ CAB: A CDSI: A-	Incoherència per menor percepció en CC Percepció mitja CC 38,45 anys Si participació en cursos	CCA-S: M CA: M CS: M CAB: M- CDSI: M-	Coherència Percepció mitja CC 41,15 anys No participació en cursos		
Clúster 5	CCA-S: M CA: M CS: M CAB: M+ CDSI: M	Coherència Percepció de mitja CC 41,18 anys No participació en cursos				
No discrimina	Interès en CC: Si Tipus de relació amb persones d'altres cultures: amistat Sexe: dones Raça més freqüent atesa: Àfrica		Interès en CC: Si Tipus de relació amb persones d'altres cultures: amistat Sexe: dones Raça més freqüent atesa: Àfrica			Interès en CC: Si Tipus de relació amb persones d'altres cultures: amistat Sexe: dones Raça més freqüent atesa: Àfrica Participació en cursos: no

Taula 54: Resum característiques de cada clúster dels tres anàlisis biatòmics. En relació amb la puntuació de l'escala: A alta, M mitjana, B baixa. + o - en funció si la puntuació estava en el percentil 25 superior o inferior.

Observant les dades obtingudes, es va decidir, en primer lloc, no considerar com a opció més idònia l'opció de 3 clústers. Aquesta decisió va ser presa tenint en compte que per a 3 clústers, tot i que es presentessin diferències en funció de les puntuacions de CCA-S (mitja-baixa, mitja, mitja-alta), la variable participació en cursos de competència cultural no era discriminant. A causa d'això, es va procedir a analitzar els clústers de 4 i 5.

A continuació es presenten els resultats de la força de predictibilitat de les variables utilitzades per formar les anàlisis clúster.

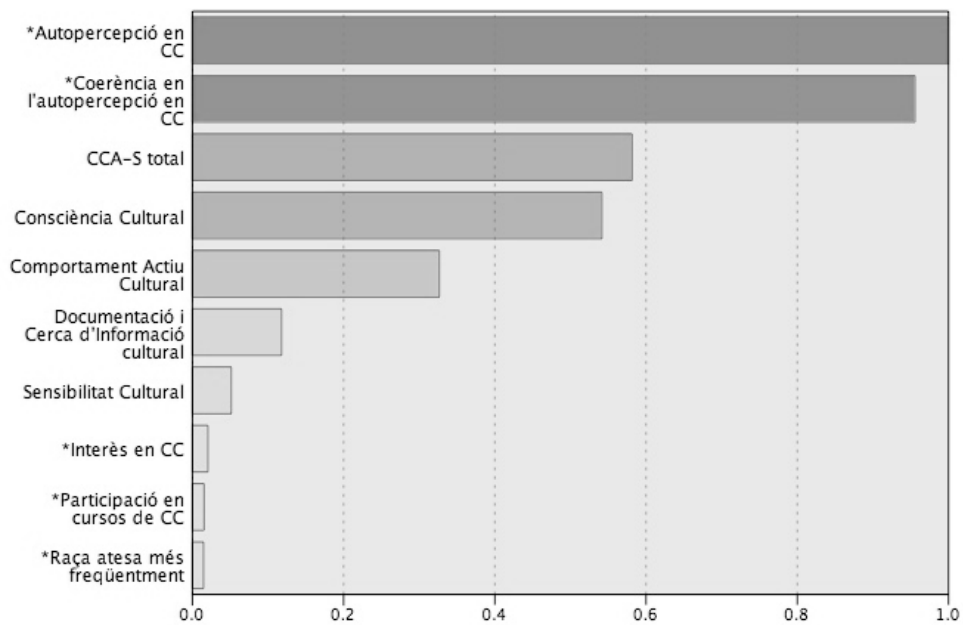


Figura 44: Gràfic de barres de la importància predictora de cada variable inclosa a l'anàlisi biatàpic de 5 clústers

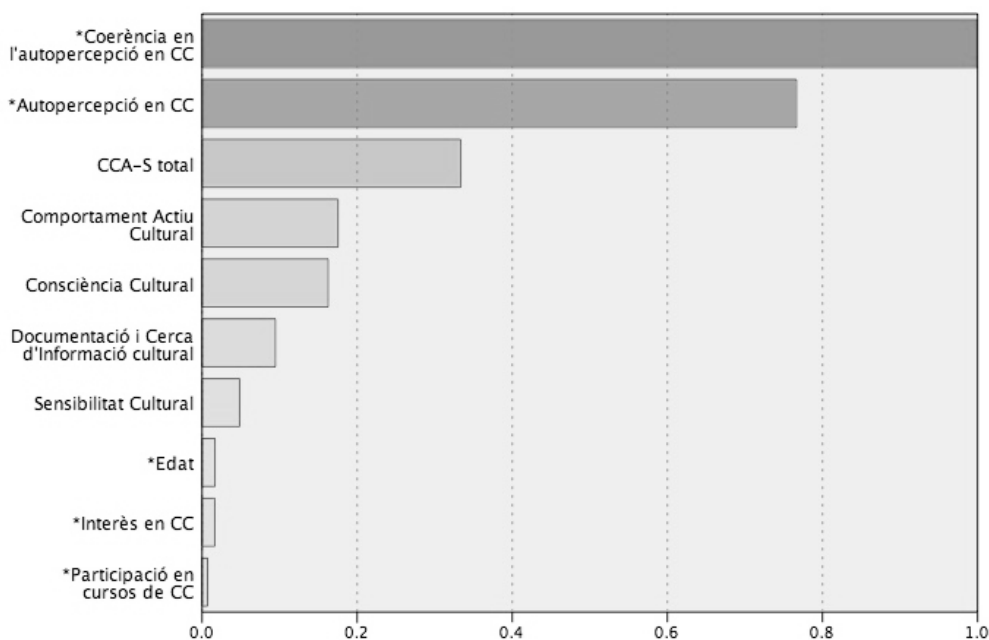


Figura 45: Gràfic de barres de la importància predictora de cada variable inclosa a l'anàlisi biatàpic de 4 clústers

En relació amb aquestes variables, es va realitzar una anàlisi de la variància del conjunt de les dades, per determinar si les diferències entre les mitjanes eren significativament diferents. En el cas del clúster per 4 grups, l'edat presentava valor predictiu y no per a 5 grups. I en el clúster per 5, presentava un valor predictiu per raça

atesa més freqüentment i en el clúster per 4 no. Tot i així, els dos valors predictius eren molt baixos.

A continuació es presenten les dades dels resultats de l'anàlisi. La significació serà donada en funció de l'estadístic d'ANOVA (quan l'estadístic de Levene ha estat menor a 0,05) o Welch (quan l'estadístic de Levene ha estat major a 0,05).

		5 clústers				4 clústers			
		Suma quad.	gll	Estadístic a=ANOVA b=Welch	<i>p</i>	Suma quad.	gll	Estadístic a=ANOVA b=Welch	<i>p</i>
Coherència en l'autopercepció en CC	Inter-grups	1450,4	4	2200,2 ^a	0,000**	1660,0	3	4740,1 ^a	0,000**
	Intra-grups	700,8	429			500,1	430		
	Total	2160,2	433			2160,2	433		
Autopercepció en CC	Inter-grups	1710,7	4	7890,2 ^a	0,000**	1440,2	3	4070,1 ^a	0,000**
	Intra-grups	230,3	429			500,7	430		
	Total	1950,0	433			1950,0	433		
CCA-S total	Inter-grups	610780,5	4	1690,3 ^a	0,000**	434560,3	3	1100,6 ^a	0,000**
	Intra-grups	386900,5	429			563120,7	430		
	Total	997690,1	433			997690,1	433		
CA	Inter-grups	209540,6	4	1650,8 ^a	0,000**	85080,1	3	460,9 ^a	0,000**
	Intra-grups	135470,3	429			259930,8	430		
	Total	345020,0	433			345020,0	433		
CAB	Inter-grups	64060,3	4	710,2 ^a	0,000**	42150,2	3	510,0 ^a	0,000**
	Intra-grups	96420,3	429			118330,4	430		
	Total	160480,7	433			160480,7	433		
CDSI	Inter-grups	31100,3	4	250,1 ^a	0,000**	25250,9	3	260,1 ^a	0,000**
	Intra-grups	132550,0	429			138390,4	430		
	Total	163650,3	433			163650,3	433		
CS	Inter-grups	4040,3	4	110,2 ^a	0,000**	3600,9	3	130,3 ^a	0,000**
	Intra-grups	38440,2	429			38870,6	430		

	Total	42480,5	433			42480,5	433		
Interès en CC	Inter-grups	20,2	4	40,8 ^a	0,001**	10,7	3	40,8 ^a	0,003**
	Intra-grups	500,8	429			510,4	430		
	Total	530,1	433			530,1	433		
Participació en cursos de	Inter-grups	30,8	4	40,2 ^a	0,002**		3	20,0 ^b	0,103
	Intra-grups	960,9	429				174,7		
	Total	1000,7	433						
Edat	Inter-grups		4	3,8 ^a	0,005**		3	5,4 ^b	0,001**
	Intra-grups		152				181,3		
	Total								
Raça atesa més freqüentment	Inter-grups		4	3,6 ^b	0,007**		3	20,2 ^b	0,079
	Intra-grups		148				173,5		
	Total								

Taula 55: Anàlisi ANOVA per els grups generats per l'anàlisi clúster biatàpic i l'anàlisi clúster jeràrquic.

*Significació <0,05. ** Significació <0,01

Arran dels resultats, es va decidir treballar amb l'opció de 5 grups, els quals presentaven un nombre més elevat de variables amb diferències significatives entre les mitjanes de cada grup. Aquests perfils es van descriure amb els següents noms:

Perfil 1: Competència cultural baixa amb risc d'incompetència inconscient (Clúster 2)

Perfil 2: Competència cultural mitjana amb risc d'incompetència inconscient (Clúster 1)

Perfil 3: Competència cultural mitjana amb incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural (Clúster 3)

Perfil 4: Competència cultural mitjana amb coherència en l'autopercepció d'eficàcia en competència cultural (Clúster 4)

Perfil 5: Competència cultural alta amb incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural (Clúster 5)

A continuació es presenta un gràfic amb les puntuacions de l'escala i de les seves dimensions en funció dels 5 grups. Les dades s'han transformat a percentatges per facilitar-ne la interpretació:

Puntuacions dels 5 perfils

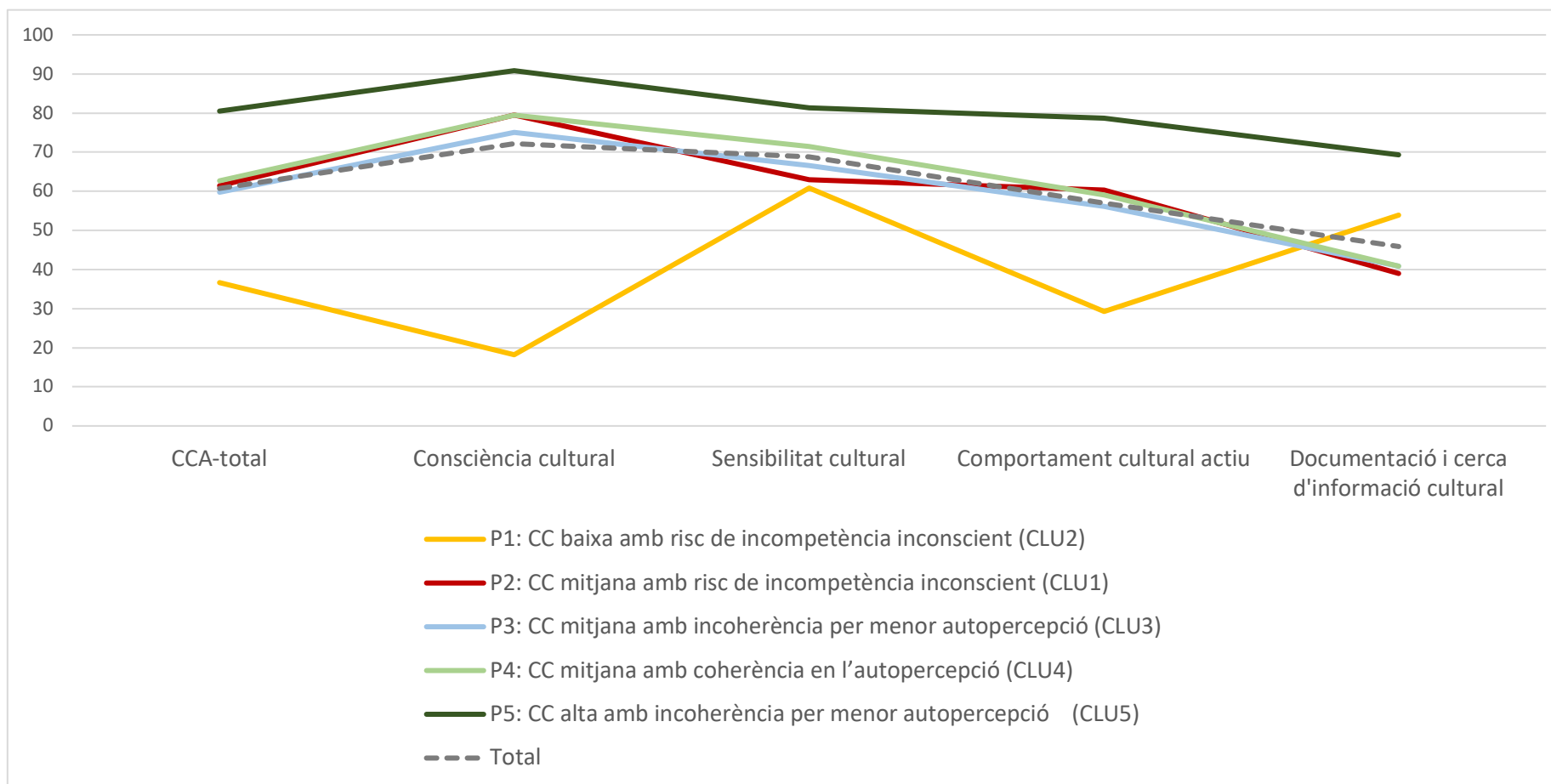


Figura 46: Gràfic de les puntuacions dels 5 clústers sorgit de l'anàlisi biatàpic

Anàlisi descriptiu dels perfils sorgits de l'anàlisi Clúster

Perfil 1: Competència cultural baixa amb risc d'incompetència inconscient (CLU2)

Aquest perfil es caracteritza per tenir puntuacions totals de l'escala baixes ($x = 58$) i tenir una autopercepció d'eficàcia en competència cultural més alta a la real, lligada a la incompetència inconscient citada per Purnell (1999). Destaca per ser el perfil amb menys consciència cultural ($\bar{x} = 18,20$) i comportament cultural actiu ($\bar{x} = 29,27$); però, en canvi, presenta puntuacions mitjanes en la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural ($\bar{x} = 19,23$). A continuació es presenta el gràfic de les puntuacions d'aquest perfil i els descriptius de l'autopercepció de competència cultural:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	58 (55,82-60,18)	36,67	$\bar{X}^{cat}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{cat}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{cat}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	11,86 (10,86-13,53)	18,20	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	12,70 (11,53-13,87)	60,84	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	14,28 (13,20-15,39)	29,27	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	19,23 (17,56-20,90)	53,88	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]

Taula 56: Descriptius puntuacions CCA-S del perfil 1

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Coherència en l'autopercepció en CC	Incoherència per major percepció (Risc incompetència inconscient)	Coherència	22	42,3
		Incoherència per menor percepció en CC	2	3,8
		Incoherència per major percepció en CC	28	53,8
Autopercepció en CC	Percepció de mitja CC	Percepció de baixa CC	12	23,1
		Percepció de mitja CC	33	63,5
		Percepció de alta CC	7	13,5

Taula 57: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural del perfil 1

A continuació es presenta un resum de les característiques d'aquest perfil en funció de les variables socioprofessionals.

El perfil 1 presenta una mitjana d'edat de 44,38 anys ($S=11,04$ $s^2=121,89$). Aquest perfil és el que presenta una mitjana d'edat més gran que el perfil 3, 4 o 5, però més petit que en el cas del perfil 2. Cal tenir en compte que aquest grup està format per valors mínims (22) i màxims (70) força dispersos. El 86,5% són dones i el 92,3% nascuts a Espanya.

En relació amb l'exposició a la diversitat, aquest perfil ha atès un percentatge del 26,86% de població d'altres orígens en els últims 6 mesos ($S=16,12$ $s^2=259,88$). Va representar el perfil amb un percentatge més baix d'atenció a persones d'altres orígens. Tot i que les puntuacions mínimes i màximes són força distants (2-70).

En relació amb l'origen més atès, un percentatge més alt atén persones, segons la classificació d'Ayala&Cela (2014), d'Àfrica (69,2%). I més de la meitat, van contestar tenir amistat amb persones d'altres cultures.

El 88,5% presenta un interès en competència cultural. En relació amb la formació, els percentatges són molt similars, però predomina no haver rebut formació. Dels que han rebut formació, el percentatge més elevat està relacionat amb cursos de formació en línia (30,8%), el percentatge més elevat juntament amb el perfil 3. Només 6 presenten formació derivada de la universitat, ja sigui de la carrera (3) o del màster (3).

En relació amb el tipus de centre, el 50% treballa en centres hospitalaris. Cap treballa en consultes privades. Només 2 treballen en residències i 3 en instituts psiquiàtrics. La majoria treballa en centres públics (94,2). Aquest perfil també es caracteritza per treballar en un sol servei (73,1).

En docència, un percentatge molt baix combina les tasques assistencials amb la docència (9,6).

En el següent quadre podeu trobar les dades resumides de cada perfil en relació amb les variables socioprofessionals:

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Edat	$\bar{x}= 44,38$ (IC= 41,31-47,46)			
Sexe	Dona	Dones	45	86,5
		Homes	7	13,5
Lloc de naixement professional	Espanya	A Espanya	48	92,3
		Altres	4	7,7
% de població atesa d'altres orígens	$\bar{x}=26,86$ (IC= 22,33-31,40)			
Raça atesa més freqüentment	Àfrica	Àfrica	36	69,2
		Europa+Àsia Central	5	9,6
		Àsia de l'Est+Amèrica	11	21,2
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Amistat	Sense relació	15	28,8
		Amb contacte però sense relació	10	19,2
		Amistat	27	51,9
Interès en CC	Si	Sí	46	88,5
		No	6	11,5
Participació en cursos de CC	No	Sí	25	48,1
		No	27	51,9
Tipus de cursos en els que s'ha participat	Centre d'atenció primària	Curs adicional de la universitat	0	0
		Contingut cobert per una assignatura a la universitat	3	5,8
		Congrés o seminari	4	7,7
		Programa de formació finançat per l'empresa	4	7,7
		Curs online	16	30,8
		Assignatura Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria	3	5,8
		Altres	1	1,9
Tipus de centre de treball	Centre d'atenció primària	Hospital	26	50
		Centre d'atenció primària	16	30,8
		Residència	2	3,8
		Institut psiquiàtric	3	5,8
		Consulta privada	0	0
		Altres	5	9,6
Centre públic o privat	Públic	Públic	49	94,2
		Privat	3	5,8
Pluralitat servei	1 servei	1 servei	38	73,1
		>1 servei	14	26,9
Docència	No	Sí	5	9,6
		No	47	90,4

Taula 58: Descriptius variables socioprofessionals del perfil 1

Perfil 2: Competència cultural mitjana amb risc de incompetència inconscient (CLU1)

Aquest perfil es caracteritza per tenir puntuacions totals de l'escala mitjanes ($\bar{x} = 84,86$) i tenir una autopercepció d'eficàcia en competència cultural més alta a la real, lligat a la incompetència inconscient citat per Purnell (1999). Aquest perfil presenta similituds en la puntuació del perfil 3 i 4. Es caracteritza per ser el que menys puntuació obté en sensibilitat cultural ($\bar{x} = 13,04$) i documentació i cerca d'informació cultural ($\bar{x} = 23,9$) té dels 3. A continuació es presenta el gràfic de les puntuacions d'aquest perfil i els descriptius de l'autopercepció en competència cultural:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	84,86 (81,04-88,67)	61,37	$\bar{X}^{cat}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{cat}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{cat}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	32,71 (31,71-34,29)	79,50	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	13,04 (12,10-13,99)	62,91	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	23,9 (22,04-25,79)	60,25	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	15,22 (13,22-17,12)	38,88	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]

Taula 59: Descriptius puntuacions CCA-S del perfil 2

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Coherència en l'autopercepció en CC	Incoherència per major percepció en CC (risc incompetència inconscient)	Coherència	5	10,2
		Incoherència per menor percepció	1	2,0
		Incoherència per major percepció	43	87,8
Autopercepció en CC	Percepció de baixa CC	Percepció de baixa CC	0	0
		Percepció de mitja CC	0	0
		Percepció de alta CC	49	100

Taula 60: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural del perfil 2

A continuació es presenta un resum de les característiques d'aquest perfil en funció de les variables socioprofessionals.

El perfil 2 presenta una mitjana d'edat de 44,59 anys ($S=11,42$ $s^2=130,45$). Aquest perfil és el que presenta una mitjana d'edat més alta, tot i que presenta un el valor mínim (23) i màxim (64) força dispers. Hi predomina el sexe femení (71,41%) i haver nascut a Espanya (83,7%).

En relació amb l'exposició a la diversitat, aquest perfil ha atès un percentatge del 26,73% de població d'altres orígens en els últims 6 mesos ($S=17,57$ $s^2=308,97$). Va representar el perfil amb un percentatge més baix en relació amb els altres dos perfils amb puntuacions mitjanes; tot i que presenta el valor mínim (1) i màxim (70) força dispers.

En relació amb l'origen més atès, el percentatge més elevat atén persones, segons la classificació d'Ayala&Cela (2014), d'Àfrica i Àsia de l'est+Amèrica (38,8% en els dos casos). I més de la meitat, van contestar tenir amistat amb persones d'altres cultures (59,2%).

El 71,4% presenta un interès en competència cultural. En relació amb la formació, només el 18,4% presentava formació prèvia en competència cultural. Dels que havien rebut formació, el percentatge més elevat estava relacionat amb aquells que havien contestat que la formació en competència cultural que havien rebut era d'una assignatura del Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (53,8%).

En relació amb el tipus de centre, el 73,5% treballa en centres hospitalaris. Només 1 treballa en consultes privades i 2 en residències. La majoria treballen en centres públics (91,8%). Aquest perfil també es caracteritza per treballar en un sol servei (81,6%).

En docència, un percentatge baix combina les tasques assistencials amb la docència però és el percentatge més alt dels 5 grups (16,3%).

En el següent quadre podeu trobar les dades resumides de cada perfil en relació amb les variables socioprofessionals:

5. Resultats

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Edat	$\bar{x}= 44,59$ (IC= 41,31-47,87)			
Sexe	Dones	Dones	35	71,42
		Homes	14	8,6
Lloc de naixement professional	Espanya	A Espanya	41	83,7
		Altres	8	16,3
% de població atesa d'altres orígens	$\bar{x}=26,73$ (IC= 21,45-32,01)			
Raça atesa més freqüentment	Àfrica i Àsia de l'Est+Amèrica	Àfrica	19	38,8
		Europa+Àsia Central	11	22,4
		Àsia de l'Est+Amèrica	19	38,8
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Amistat	Sense relació	9	18,4
		Amb contacte però sense relació	11	22,4
		Amistat	29	59,2
Interès en CC	Sí	Sí	35	71,4
		No	14	28,6
Participació en cursos de CC	No	Sí	9	18,4
		No	40	81,6
Tipus de cursos en els que s'ha participat		Curs adicional de la universitat	0	0
		Contingut cobert per una assignatura a la universitat	1	7,7
		Congrés o seminari	0	0
		Programa de formació finançat per l'empresa	2	15,4
		Curs online	3	23,1
		Assignatura Màster en Investigació en Ciències de la		
		Infermeria	7	53,8
Tipus de centre de treball	Hospital	Hospital	36	73,5
		Centre d'atenció primària	8	16,3
		Residència	2	4,1
		Institut psiquiàtric	0	0
		Consulta privada	1	2,0
		Altres	2	4,1
Centre públic o privat	Públic	Públic	45	91,8
		Privat	4	8,2
Pluralitat servei	1 servei	1 servei	40	81,6
		>1 servei	9	18,4
Docència	No	Sí	8	16,3
		No	41	83,7

Taula 61: Descriptius variables socioprofessionals del perfil 2

Perfil 3: Competència cultural mitja amb incoherència per menor autopercepció (CLU3)

Aquest perfil es caracteritza per tenir puntuacions totals de l'escala mitjanes ($\bar{x} = 83,16$) i tenir una autopercepció d'eficàcia en competència cultural menor a la real. Aquest perfil presenta una puntuació total en CCA-S similar amb els perfils 2 i 4. Destaca, com a característica d'aquest perfil, ser el que menor puntua en comportament cultural actiu ($\bar{x} = 22,61$). A continuació es presenta el gràfic de les puntuacions d'aquest perfil i els descriptius de l'autopercepció en competència cultural:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	83,16 (81,29-85,16)	59,80	$\bar{X}^{\text{cat}}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{\text{cat}}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{\text{cat}}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	31,20 (30,05-32,40)	75,06	$\bar{X}^{\text{cat}}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{\text{cat}}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	13,63 (13,12-14,14)	66,51	$\bar{X}^{\text{cat}}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{\text{cat}}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	22,61 (21,72-23,51)	56,10	$\bar{X}^{\text{cat}}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{\text{cat}}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	15,68 (14,67-16,69)	40,86	$\bar{X}^{\text{cat}}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{\text{cat}}=83,333$ [66,667-100]

Taula 62: Descriptius puntuacions CCA-S del perfil 3

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Coherència en l'autopercepció en CC	Incoherència per menor percepció en CC	Coherència	2	1,4
		Incoherència per menor percepció	140	98,6
		Incoherència per major percepció	0	0
Autopercepció en CC	Percepció de baixa CC	Percepció de baixa CC	142	100
		Percepció de mitja CC	0	0
		Percepció de alta CC	0	0

Taula 63: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural del perfil 3

A continuació es presenta un resum de les característiques d'aquest perfil en funció de les variables socioprofessionals.

El perfil 3 presenta una mitjana d'edat de 43,16 anys ($S=10,98$ $s^2=120,48$). Presenta un valor mínim (22) i màxim (64) força dispers. Hi predomina el sexe femení (88,0). I haver nascut a Espanya (93,0%).

En relació amb l'exposició a la diversitat, aquest perfil ha atès un percentatge del 27,96% de població d'altres orígens en els últims 6 mesos ($S=18,03$ $s^2=325,10$). Juntament amb el perfil 4, van ser els perfils de puntuació mitjana amb un percentatge més alt d'atenció a persones d'altres orígens. Tot i que en el cas d'aquest perfil presenta un valor mínim (1) i màxim (90) força dispers.

En relació amb l'origen més atès, un percentatge major atén persones, segons la classificació d'Ayala&Cela (2014), d'Àfrica (62,7%). I més de la meitat van contestar tenir amistat amb persones d'altres cultures (45,3%).

El 87,3% presenta un interès en competència cultural. En relació amb la formació, només el 12,7% presentava formació prèvia en competència cultural. Dels que han rebut formació, el percentatge més elevat està relacionat amb aquells que havien contestat que la formació en competència cultural que havien rebut era de tipus en línia (30,8%), seguit de cursos finançats per l'empresa (25,0%).

Segons la variable tipus de centre, el 64,8% treballa en centres hospitalaris. Només 2 treballen en consultes privades i 5 en residències. Només el 5,6% treballa en centres privats. Aquest perfil també es caracteritza per treballar en un sol servei (75,4%).

En docència, trobem un percentatge molt baix en professionals que combinen treball assistencial amb docència (5,6%).

En el següent quadre podeu trobar les dades resumides de cada perfil en relació amb les variables socioprofessionals:

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Edat	$\bar{x}=43,16$ (IC= 41,34-44,98)			
Sexe	Dones	Dones	125	88,0
		Homes	17	12,0
Lloc de naixement professional	Espanya	A Espanya	132	93,0
		Altres	10	7,0
% de població atesa d'altres orígens	$\bar{x}=27,96$ (IC= 24,92-30,99)			
Raça atesa més freqüentment	Àfrica	Àfrica	89	62,7
		Europa+Àsia Central	29	20,4
		Àsia de l'Est+Amèrica	24	16,9
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Amistat	Sense relació	40	28,2
		Amb contacte però sense relació	39	30,2
		Amistat	63	45,3
Interès en CC	Sí	Sí	124	87,3
		No	18	12,7
Participació en cursos de CC	No	Sí	48	33,8
		No	94	66,2
Tipus de cursos en els que s'ha participat	Hospital	Curs adicional universitat	1	1,9
		Contingut cobert per una assignatura a la universitat	8	15,4
		Congrés o seminari	5	9,6
		Programa de formació finançat per l'empresa	13	25,0
		Curs online	16	30,8
		Assignatura Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria	3	5,8
		Altres	1	11,5
Tipus de centre de treball	Hospital	Hospital	92	64,8
		Centre d'atenció primària	28	19,7
		Residència	5	3,5
		Institut psiquiàtric	0	0
		Consulta privada	2	1,4
		Altres	5	10,6
Centre públic o privat	Públic	Públic	134	94,4
		Privat	8	5,6
Pluralitat servei	1 servei	1 servei	107	75,4
		>1 servei	35	24,6
Docència	No	Sí	8	5,6
		No	134	94,4

Taula 64: Descriptius variables socioprofessionals del perfil 3

Perfil 4: Competència cultural mitjana amb coherència en l'autopercepció (CLU4)

Aquest perfil es caracteritza per tenir puntuacions totals de l'escala mitjanes lleugerament més elevades ($\bar{x}=86,34$) que el perfil 2 i 3; a més, per presentar una coherència en l'autopercepció en competència cultural. A diferència dels perfils 2 i 3, presenta la puntuació més elevada en sensibilitat cultural ($\bar{x}=14,44$). A continuació es presenta el gràfic de les puntuacions d'aquest perfil i els descriptius de l'autopercepció en competència cultural:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	86,34 (85,07-87,61)	62,72	$\bar{X}^{\text{cat}}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{\text{cat}}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{\text{cat}}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	32,70 (31,96-33,45)	79,47	$\bar{X}^{\text{cat}}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{\text{cat}}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	14,44 (14,02-14,86)	71,46	$\bar{X}^{\text{cat}}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{\text{cat}}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	23,56 (22,86-24,65)	59,12	$\bar{X}^{\text{cat}}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{\text{cat}}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	15,68 (14,85-16,50)	40,86	$\bar{X}^{\text{cat}}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{\text{cat}}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{\text{cat}}=83,333$ [66,667-100]

Taula 65: Descriptius puntuacions CCA-S del perfil 4

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Coherència en l'autopercepció en CC	Incoherència per major percepció en competència cultural (risc incompetència inconscient)	Coherència	137	99,3
		Incoherència per menor percepció	1	0,7
		Incoherència per major percepció	0	0
Autopercepció en CC	Percepció de baixa CC	Percepció de baixa CC	0	0
		Percepció de mitja CC	133	96,4
		Percepció de alta CC	5	3,6

Taula 66: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural del perfil 4

A continuació es presenta un resum de les característiques d'aquest perfil en funció de les variables socioprofessionals.

El perfil 4 presenta una mitjana d'edat de 41,18 ($S=10,70$ $s^2=114,49$). Representa dels tres grups de puntuacions mitjanes, el perfil més jove. Ofeix uns valors mínim (23) i màxim (62) dispersos. Hi predomina el sexe femení (79%) i haver nascut a Espanya (95,7%).

En relació amb l'exposició a la diversitat, aquest perfil ha atès un percentatge del 27,68% de població d'altres orígens en els últims 6 mesos ($S=17,20$ $s^2=295,91$). Juntament amb el perfil 3, van ser els perfils de puntuació mitjana amb un percentatge d'atenció a persones d'altres orígens més elevat. Tot i que en el cas d'aquest perfil presenta el valor mínim (1) i màxim (75) menys dispers que el perfil 3.

En relació amb l'origen més atès, un percentatge més alt atén persones, segons la classificació d'Ayala&Cela (2014), d'Àfrica (60,1%). I més de la meitat va contestar tenir amistat amb persones d'altres cultures (59,4%).

El 82,6% presenta un interès en competència cultural. En relació amb la formació, després del perfil 5, aquest presenta un percentatge de persones que han participat en formació prèvia en competència cultural més elevat (35,5%) tot i predominar no haver-hi participat (64,45%). En aquest perfil, el tipus de formació rebuda va ser més diversa. Van predominar els cursos en línia (26,4%), però seguit per poca diferència per les persones que havien rebut formació en competència cultural integrada a dins de la carrera (22,6%), cursos finançats per l'empresa (18,9%), congressos o seminaris (17,0%) i contingut d'una assignatura del Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria (15,1%).

El 69,6% treballa en centres hospitalaris. Una persona treballa en consultes privades i 4 en instituts psiquiàtrics. El 8% treballa en centres privats. Aquest perfil també es caracteritza per treballar en un sol servei (77,5%).

En docència, trobem el percentatge més baix de professionals que combinen les tasques assistencials amb la docència (2,9%).

En el següent quadre podeu trobar les dades resumides de cada perfil en relació amb les variables socioprofessionals:

5. Resultats

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Edat	$\bar{x}=41,18$ (IC= 39,39-42,97)			
Sexe		Dones	109	79,0
		Homes	29	21,0
Lloc de naixement professional	Espanya	A Espanya	132	95,7
		Altres	6	4,3
% de població atesa d'altres orígens	$\bar{x}=27,68$ (IC= 24,77-30,60)			
Raça atesa més freqüentment	Àfrica	Àfrica	83	60,1
		Europa+Àsia Central	25	18,1
		Àsia de l'Est+Amèrica	30	21,7
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Amistat	Sense relació	37	26,8
		Amb contacte però sense relació	19	13,8
		Amistat	82	59,4
Interès en CC	Sí	Sí	114	82,6
		No	24	17,4
Participació en cursos de CC	No	Sí	49	35,5
		No	89	64,5
Tipus de cursos en els que s'ha participat	Curs online	Curs addicional de la universitat	0	0
		Contingut cobert per una assignatura a la universitat	12	22,6
		Congrés o seminari	9	17,0
		Programa de formació finançat per l'empresa	10	18,9
		Curs online	14	26,4
		Assignatura Màster en Investigació en Ciències de la		
		Infermeria	8	15,1
		Altres	0	0
Tipus de centre de treball	Hospital	Hospital	96	69,6
		Centre d'atenció primària	24	17,4
		Residència	8	5,8
		Institut psiquiàtric	4	2,9
		Consulta privada	1	0,7
		Altres	5	3,6
Centre públic o privat	Públic	Públic	127	92,0
		Privat	11	8,0
Pluralitat servei	1 servei	1 servei	107	77,5
		>1 servei	31	22,5
Docència	No	Sí	4	2,9
		No	134	97,1

Taula 67: Descriptius variables socioprofessionals del perfil 4

Perfil 5: Competència cultural alta amb incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural (CLU5)

Aquest perfil es caracteritza per tenir puntuacions totals de l'escala altes ($\bar{x} = 105,74$). Però presenta una autopercepció incoherent en competència cultural (el 100% es consideren amb una percepció mitja). Totes les puntuacions en les diferents dimensions són categoritzades com a altes, menys la sensibilitat que es manté en la categoria mitja ($\bar{x} = 16,07$). A continuació es presenta el gràfic de les puntuacions d'aquest perfil i els descriptius de l'autopercepció en competència cultural:

Dimensió (rang)	Md (IC)	% puntuació	Baixa Md, (rang)	Mitja Md, (rang)	Alta Md, (rang)
Total CCA-S	105,74 (104,34-107,13)	80,57	$\bar{X}^{cat}=20,528$ [0-41,057]	$\bar{X}^{cat}=57,724$ [41,058-74,390]	$\bar{X}^{cat}=87,195$ [74,390-100]
Consciència	36,57 (35,96-37,17)	90,85	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Sensibilitat	16,07 (15,47-16,67)	81,40	$\bar{X}^{cat}=25,000$ [0-50,000]	$\bar{X}^{cat}=66,666$ [50,001-83,333]	$\bar{X}^{cat}=91,666$ [83,333-100]
Comportament cultural actiu	29,66 (28,98-30,34)	78,75	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]
Documentació i cerca d'informació	23,44 (22,44-24,44)	69,33	$\bar{X}^{cat}=16,666$ [0-33,333]	$\bar{X}^{cat}=50,000$ [33,334-66,666]	$\bar{X}^{cat}=83,333$ [66,667-100]

Taula 68: Descriptius puntuacions CCA-S del perfil 5

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Coherència en l'autopercepció en CC	Incoherència per major percepció en competència cultural (risc incompetència inconscient)	Incoherència per menor percepció	53	100
Autopercepció en CC	Percepció de baixa CC	Percepció de baixa CC	0	0
		Percepció de mitja CC	53	100
		Percepció de alta CC	0	0

Taula 69: Descriptius de l'autopercepció en competència cultural del perfil 5

A continuació es presenta un resum de les característiques d'aquest perfil en funció de les variables socioprofessionals.

El perfil 4 presenta una mitjana d'edat de 38,45 ($S=8,97$ $s^2=80,41$). Representa de tots els perfils, el més jove. Els valors mínim (23) i màxim (57) són els menys dispersos dels 5 perfils. Hi predomina el sexe femení (86,8%) i haver nascut a Espanya (92,2%).

En relació amb l'exposició a la diversitat, aquest perfil ha atès un percentatge del 27,87% de població d'altres orígens en els últims 6 mesos ($S=18,25$ $s^2=332,886$). Aquest percentatge és molt similar al dels perfils 3 i 4.

En relació amb l'origen més atès, un percentatge més alt atén a persones, segons la classificació d'Ayala&Cela (2014), d'Àfrica (43,4%). I més de la meitat va contestar tenir amistat amb persones d'altres cultures (45,3%).

El 100% presenta un interès en competència cultural. En relació amb la formació, aquest grup presenta un percentatge més elevat de persones que han participat en formació prèvia en competència cultural (52,8%). En aquest perfil, el tipus de formació rebuda va ser més divers. Van predominar per igual els cursos en línia (25%) i la formació en competència cultural integrada a dins de la carrera (25%). En segon i tercer lloc hi va haver les formacions finançades per l'empresa (17,9%) i els congressos i seminaris (13,4%).

El 64,8% treballa en centres hospitalaris. 5 persones treballen en residències i 5 en instituts psiquiàtrics. Aquest perfil també es caracteritza per treballar en un sol servei (66,0%), però presenta el percentatge més baix en relació amb els altres perfils.

En docència, el 13,2% combina les seves tasques assistencials amb la docència. Representa el 2n percentatge més alt, darrere del perfil 2.

En el següent quadre podeu trobar les dades resumides de cada perfil en relació amb les variables socioprofessionals:

Variable	Variable predominant	Descriptius	n	%
Edat	$\bar{x}=38,45$ (IC= 35,98-40,92)			
Sexe	Dona	Dones	46	86,8
		Homes	7	13,2
Lloc de naixement professional	Espanya	A Espanya	51	96,2
		Altres	2	4,3
% de població atesa d'altres orígens	$\bar{x}=27,87$ (IC= 22,84-32,90)			
Raça atesa més freqüentment	Àfrica	Àfrica	23	43,4
		Europa+Àsia Central	15	28,3
		Àsia de l'Est+Amèrica	15	28,3
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Amistat	Sense relació	13	24,5
		Amb contacte però sense relació	16	30,2
		Amistat	24	45,3
Interès en CC	Sí	Sí	53	100
		No	0	0
Participació en cursos de CC	Sí	Sí	28	52,8
		No	25	47,2
Tipus de cursos en els que s'ha participat		Curs adicional de la universitat	0	0
		Contingut cobert per una assignatura a la universitat	7	25,0
		Congrés o seminari	4	14,3
		Programa de formació finançat per l'empresa	5	17,9
		Curs online	7	25,0
		Assignatura Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria	3	7,1
		Altres	2	10,7
Tipus de centre de treball	Hospital	Hospital	26	64,8
		Centre d'atenció primària	12	19,7
		Residència	5	3,5
		Institut psiquiàtric	5	1,4
		Consulta privada	0	0
		Altres	5	10,6
Centre públic o privat	Públic	Públic	48	90,6
		Privat	5	9,4
Pluralitat servei	1 servei	1 servei	35	66,0
		>1 servei	18	34,0
Docència	No	Sí	7	13,2
		No	46	86,8

Taula 70: Descriptius variables socioprofessionals del perfil 5

Anàlisi bivariant dels perfils sorgits de l'anàlisi clúster

Tenint en compte cada perfil, es va calcular si existia associació estadística entre la puntuació total de CCA-S i de les seves dimensions amb cada variable de l'estudi. S'ha de tenir en compte que, en aquest cas, s'han analitzat totes les variables de l'estudi independentment de la mostra de cada grup. En el moment d'avaluar aquests resultats, s'ha de tenir en compte aquest factor. En el cas de les variables amb més de 3 alternatives, s'han intentat analitzar els grups significatius o agrupar, com és el cas, per tipus de centre hospitalari i, en el cas de no ser possible, no s'ha analitzat aquesta variable, com passa en relació amb el tipus de formació.

En la següent taula es presenten els resultats en funció de les associacions amb les puntuacions totals de CCA-S:

CCA-S		P1	P2	P3	P4	P5
Edat	Valor p^c	0,800	0,914	0,955	0,077	0,578
	r	0,036	-0,016	-0,005	0,151	-0,078
	Valor p^d	0,895	0,380	0,802	0,095	0,482
	p	0,019	-0,128	-0,021	0,143	-0,099
Sexe	Valor p^a	0,733	0,419	0,591	0,440	0,037*
Lloc de naixement professional	Valor p^a	0,219	0,926	0,753	0,676	0,327
% de població atesa d'altres orígens	Valor p^c	0,918	0,122	0,050*	0,000**	0,134
	r	0,015	-0,234	0,167	-0,296	0,209
	Valor p^d	0,903	0,007	0,059	0,000**	0,102
	p	-0,018	-0,266	0,161	-0,306	0,227
Raça atesa més freqüentment	Valor p^b	0,255	0,885	0,167	0,260	0,606
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Valor p^b	0,403	0,199	0,253	0,100	0,008**
Interès en CC	Valor p^a	0,920	0,049*	0,652	0,012*	-
Participació en cursos de CC	Valor p^a	0,099	0,019*	0,008**	0,128	0,048*
Tipus de centre de treball	Valor p^b	0,437	0,879	0,098	0,713	0,290
Centre públic o privat	Valor p^a	0,550	0,347	0,919	0,208	0,333
Pluralitat servei	Valor p^a	0,470	0,339	0,480	0,502	0,396
Docència	Valor p^a	0,413	0,097	0,767	0,829	0,359

Consciència cultural		P1	P2	P3	P4	P5
Edat	Valor p^c	0,886	0,822	0,523	0,743	0,355
	r	-0,179	-0,032	-0,054	0,028	-0,159
	Valor p^d	0,667	0,188	0,103	0,781	0,397
	p	-0,500	-0,186	-0,138	0,024	-0,119
Sexe	Valor p^a	0,213	0,528	0,777	0,266	0,969
Lloc de naixement professional	Valor p^a	0,324	0,623	0,151	0,077	0,470
% de població atesa d'altres orígens	Valor p^c	0,822	0,881	0,523	0,743	0,255
	r	-0,032	-0,022	-0,054	-0,028	-0,028
	Valor p^d	0,186	0,667	0,103	0,781	0,397
	p	0,188	-0,063	-0,138	0,024	-0,199
Raça atesa més freqüentment	Valor p^b	0,897	0,921	0,975	0,712	0,147
Típus de relació amb persones d'altres orígens	Valor p^b	0,815	0,375	0,142	0,207	0,136
Interès en CC	Valor p^a	0,073	0,049*	0,652	0,012*	-
Participació en cursos de CC	Valor p^a	0,420	0,713	0,983	0,003**	0,265
Típus de centre de treball	Valor p^b	0,727	0,157	0,493	0,470	0,694
Centre públic o privat	Valor p^a	0,236	0,537	0,863	0,201	0,449
Pluralitat servei	Valor p^a	0,167	0,187	0,928	0,943	0,858
Docència	Valor p^a	0,143	0,097	0,767	0,829	0,359
Sensibilitat cultural		P1	P2	P3	P4	P5
Edat	Valor p^c	0,256	0,784	0,196	0,369	0,021*
	r	-0,160	0,040	-0,109	-0,077	-0,317
	Valor p^d	0,215	0,885	0,204	0,386	0,045*
	p	-175	0,021	-0,107	-0,074	-0,276
Sexe	Valor p^a	0,477	0,479	0,330	0,155	0,528
Lloc de naixement professional	Valor p^a	0,090	0,291	0,075	0,904	0,943
% de població atesa d'altres orígens	Valor p^c	0,598	0,155	0,671	0,283	0,039*
	r	0,076	-0,238	0,036	-0,093	-0,285
	Valor p^d	0,966	0,060	0,336	0,267	0,033*
	p	-0,006	-0,283	0,082	-0,096	-0,294

5. Resultats

Raça atesa més freqüentment	Valor p^b	0,766	0,946	0,218	0,383	0,847
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Valor p^b	0,821	0,034*	0,032*	0,229	0,491
Interès en CC	Valor p^a	0,073	0,394	0,077	0,004**	-
Participació en cursos de CC	Valor p^a	0,956	0,468	0,168	0,490	0,044*
Tipus de centre de treball (es realitza el contrast entre hospital i Centre d'Atenció Primària)	Valor p^b	0,186	0,353	0,894	0,210	0,469
Centre públic o privat	Valor p^a	0,726	0,713	0,368	0,332	0,566
Pluralitat servei	Valor p^a	0,286	0,902	0,678	0,098	0,333
Docència	Valor p^a	0,810	0,863	0,204	0,253	0,120

Comportament cultural actiu		P1	P2	P3	P4	P5
Edat	Valor p^c	0,556	0,936	0,554	0,730	0,084
	r	0,084	0,012	0,050	0,030	0,240
	Valor p^d	0,733	0,756	0,831	0,474	0,084
	ρ	0,048	-0,045	0,020	0,061	0,240
Sexe	Valor p^a	0,143	0,219	0,249	0,274	0,259
Lloc de naixement professional	Valor p^a	0,083	0,317	0,690	0,855	0,496
% de població atesa d'altres orígens	Valor p^c	0,639	0,555	0,375	0,056	0,073
	r	-0,067	-0,090	0,076	-0,164	0,249
	Valor p^d	0,573	0,358	0,299	0,068	0,196
	ρ	-0,081	-0,140	0,089	-0,157	0,181
Raça atesa més freqüentment	Valor p^b	0,063	0,838	0,029*	0,231	0,974
Tipus de relació amb persones d'altres orígens	Valor p^b	0,083	0,593	0,604	0,104	0,071
Interès en CC	Valor p^a	0,361	0,314	0,413	0,223	-
Participació en cursos de CC	Valor p^a	0,175	0,339	0,240	0,854	0,820
Tipus de centre de treball (es realitza el contrast entre hospital i Centre d'Atenció Primària)	Valor p^b	0,688	0,670	0,031*	0,696	0,057
Centre públic o privat	Valor p^a	0,384	0,154	0,436	0,178	0,414
Pluralitat servei	Valor p^a	0,585	0,301	0,317	0,387	0,933
Docència	Valor p^a	0,810	0,143	0,842	0,509	0,198

Documentació i cerca d'informació cultural		P1	P2	P3	P4	P5
Edat	Valor p^c	0,337	0,735	0,490	0,001**	0,893
	r	0,136	-0,050	0,058	0,275	0,019
	Valor p^d	0,345	0,414	0,678	0,002**	0,863
	P	0,135	-0,119	0,035	0,264	-0,024
Sexe	Valor p^a	0,303	0,358	0,341	0,140	0,126
Lloc de naixement professional	Valor p^a	0,025*	0,568	0,034*	0,316	0,552
% de població atesa d'altres orígens	Valor p^c	0,768	0,923	0,034*	0,021*	0,071
	r	0,042	0,015	0,181*	-0,198*	0,250
	Valor p^d	0,675	0,911	0,048*	0,037*	0,127
	p	0,060	-0,017	0,169*	-0,179*	0,212
Raça atesa més freqüentment	Valor p^b	0,154	0,873	0,007**	0,009**	0,549
Típus de relació amb persones d'altres orígens	Valor p^b	0,939	0,299	0,137	0,087	0,386
Interès en CC	Valor p^a	0,605	0,782	0,617	0,403	-
Participació en cursos de CC	Valor p^a	0,305	0,016*	0,002**	0,409	0,229
Típus de centre de treball (es realitza el contrast entre hospital i Centre d'Atenció Primària)	Valor p^b	0,123	0,761	0,402	0,227	0,451
Centre públic o privat	Valor p^a	0,739	0,585	0,468	0,052	0,135
Pluralitat servei	Valor p^a	0,861	0,849	0,022*	0,289	0,583
Docència	Valor p^a	0,833	0,052	0,898	0,167	0,729

Taula 71: Resultats anàlisi bivariant dels diferents 5 perfils en funció de les variables socioprofessionals de l'estudi i les puntuacions de les diferents dimensions. *Significació <0,05. ** Significació <0,01

a: Es va utilitzar la prova Test U Mann-Whitney.

b: Es va utilitzar la prova Kruskal-Wallis.

c: Es va utilitzar la prova de correlació de Pearson.

d: Es va utilitzar la prova de correlació de Rho de Spearman

Anàlisi correlacional de les diferents dimensions de CCA-S

A continuació es presenten les dades de cada perfil en relació amb la correlació de les diferents dimensions i la puntuació total de CCA-S. Les dimensions consciència cultural, comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural, presenten correlació estadísticament significativa per explicar el desenvolupament de la CCA-S en tots els perfils. La dimensió que menys explica les puntuacions totals de CCA-S és sensibilitat cultural.

En el perfil 1 i 5, la dimensió documentació i cerca d'informació cultural és la que més correlació presenta amb la puntuació total de CCA-S. En canvi, en els perfils 2, 3 i 4 la dimensió que més explica la puntuació total de CCA-S és comportament cultural actiu.

			CA	CS	CAB	CDSI
Perfil 1	CCA-S	<i>r</i>	0,123	0,164	0,618**	0,658**
		Valor <i>p</i>	0,387	0,247	0,000**	0,000**
		<i>p</i>	0,312*	0,184	0,591**	0,649**
		Valor <i>p</i>	0,024*	0,191	0,000**	0,000**
Perfil 2	CCA-S	<i>r</i>	0,482**	0,205	0,851**	0,660**
		Valor <i>p</i>	0,000**	0,158	0,000**	0,000**
		<i>p</i>	0,465**	0,213	0,844**	0,662**
		Valor <i>p</i>	0,001**	0,141	0,000**	0,000**
Perfil 3	CCA-S	<i>r</i>	0,518**	0,190*	0,826**	0,409**
		Valor <i>p</i>	0,000**	0,023	0,000**	0,000**
		<i>p</i>	0,542**	0,192*	0,836**	0,427**
		Valor <i>p</i>	0,000**	0,022	0,000**	0,000**
Perfil 4	CCA-S	<i>r</i>	0,492**	0,210*	0,659**	0,434**
		Valor <i>p</i>	0,000**	0,013	0,000**	0,000**
		<i>p</i>	0,514**	0,181*	0,640**	0,456**
		Valor <i>p</i>	0,000**	0,034	0,000**	0,000**
Perfil 5	CCA-S	<i>r</i>	0,379**	0,161	0,573**	0,677**
		Valor <i>p</i>	0,005**	0,249	0,000**	0,000**
		<i>p</i>	0,395**	0,169	0,507**	0,691**
		Valor <i>p</i>	0,003**	0,227	0,000**	0,000**

Taula 72: Resultats anàlisi correlacional dels diferents 5 perfils en funció de les puntuacions totals de CCA-S i les diferents dimensions. *Significació <0,05. ** Significació <0,01.

r: correlació de Pearson.

p: correlació de Rho de Spearman

Contrast de la hipòtesi J: Es poden determinar perfils de professionals d'infermeria segons la seva competència cultural i les variables significatives sorgides de l'anàlisi bivariant

Les variables que més van explicar els 5 perfils van ser l'autopercepció en competència cultural així com la seva coherència d'aquesta, i la puntuació total de CCA-S.

Les variables socioprofessionals que es van obtenir que van mostra diferències significativament estadístiques entre els 5 perfils van ser les diferents dimensions de CCA-S, l'interès en CC, la participació en cursos de CC, l'edat, i la raça atesa més freqüentment. Tot i així, d'aquestes variables només la participació en cursos de CC va discriminar notablement un dels grups (El perfil 5 és l'únic amb més percentatge de professionals que han participat en cursos de CC).

Cal destacar que les dimensions de consciència cultural (24,71 punts de diferència) i comportament cultural actiu (15,38 punts de diferència) són les que han presentat més diferències entre els grups. Mentre que les que han obtingut menys diferències han estat la de sensibilitat cultural (3,37 punts de diferència) i la documentació i cerca d'informació cultural (8,22 punts de diferència).

Els diferents perfils es descriuen de la següent forma:

Perfil 1 (clúster 2): Presenta les puntuacions més baixes en CCA-S ($\bar{x}=58$). A més, presenta una incoherència en l'autopercepció de CC, lligada a un risc d'incompetència inconscient (Prunell, 1999). Presenta les puntuacions més baixes en totes les dimensions de CCA-S (CA $\bar{x}=11,86$; CS $\bar{x}=12,70$; CAB ($\bar{x}=14,28$), menys en la de documentació i cerca d'informació cultural ($\bar{x}=19,23$), que és més gran que en els perfils 2, 3 i 4. La dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és documentació i cerca d'informació cultural, essent una correlació positiva moderada ($r=0,659$).

En aquest perfil només s'observa una associació estadísticament significativa, dins del grup en la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural amb la variable de lloc de naixement ($p=0,025$). Tot i que no s'interpreta cap associació lògica.

Perfil 2 (clúster 1): És un dels tres perfils que obté una puntuació mitjana en CCA-S ($\bar{x}=84,86$) i es diferencia per tenir una major autopercepció de competència cultural (risc d'incompetència inconscient). Aquest grup és el que presenta un menor percentatge de població atesa d'altres orígens en comparació amb els dels tres perfils de puntuacions mitjanes ($\bar{x}=26,73$). També és el que presenta menor percentatge d'individus que han participat en formació en competència cultural (18,4%), fet que podria estar relacionat amb la baixa sensibilitat cultural ($\bar{x}=13,04$) i/o la puntuació baixa en documentació i cerca d'informació cultural ($\bar{x}=15,22$), les quals destaquen per ser les menors en relació amb els altres tres perfils de puntuacions mitjanes. La dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és comportament cultural actiu, essent una correlació positiva forta ($r=0,851$).

En relació amb les puntuacions totals en CCA-S, dins del grup s'observa associació estadísticament significativa amb les variables interès en CC ($p=0,049$) i participació en cursos de CC ($p=0,019$). L'interès en competència cultural resulta un factor promotor de competència cultural també en la dimensió de consciència cultural ($p=0,049$). La participació en cursos de CC, en canvi, resulta un factor promotor en la dimensió documentació i cerca d'informació cultural. Una altra variable que presenta una associació significativa és el tipus de relació amb persones d'altres cultures en la dimensió sensibilitat cultural. Així doncs, en aquest perfil, tenir una relació més pròxima amb persones d'altres cultures, està relacionat amb una major sensibilitat cultural.

El perfil 3 (Clúster 3): És un dels altres tres perfils amb puntuacions mitjanes ($\bar{x}=83,16$). Aquest perfil es caracteritza entre els tres per una incoherència lligada a una menor autopercepció de competència cultural, fet que podria estar lligat a ser el grup de puntuacions mitjanes que presenta menor comportament cultural actiu ($\bar{x}=22,61$). D'altra banda, juntament amb el perfil 4, representa dels 5 perfils, el que major percentatge de persones ateses d'altres orígens té ($\bar{x}=27,87\%$). La dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és comportament cultural actiu, essent una correlació positiva forta ($r=0,826$).

En el cas d'aquest perfil, el percentatge de població atesa d'altres orígens està relacionat a obtenir majors puntuacions totals en CCA-S, però amb una significació estadística

només per Pearson i una correlació dèbil ($p=0,050$ $r=0,167$). També s'obté associació estadística en la variable participació en cursos de CC, que s'intueix com un factor promotor en aquest perfil de competència cultural ($p=0,008$).

En la variable tipus de relació de persones d'altres cultures s'observa associació estadística en la dimensió sensibilitat ($p=0,034$). Igual que en el perfil 3, les persones amb una relació més propera amb persones d'altres cultures es vinculen amb una major sensibilitat cultural.

En la dimensió comportament cultural actiu, s'observen associacions estadístiques significatives en les variables raça atesa més freqüentment ($p=0,029$) i tipus de centre de treball ($p=0,031$). Observant les variables descriptives d'aquest grup, el major percentatge es troba en les persones que van respondre atendre persones de raça africana. I en el lloc de treball, s'observa una tendència més favorable dins del perfil a tenir comportament cultural actiu, als que treballen en un centre hospitalari.

En la dimensió documentació i cerca d'informació cultural, s'observen associacions estadístiques significatives en les variables següents: lloc de naixement ($p=0,007$), raça atesa més freqüentment ($p=0,007$), percentatge de població atesa d'altres orígens ($p=0,034$ $r=0,181$), participació en cursos de CC ($p=0,002$) i pluralitat de servei ($p=0,022$). En la variable lloc de naixement, el percentatge més elevat és en persones nascudes a Espanya, però el grup altres és molt petit ($n=7$). En relació amb la variable raça atesa més freqüentment, succeeix igual que en la dimensió comportament cultural actiu. En relació amb el percentatge de població atesa d'altres orígens, succeeix igual que en l'associació amb la puntuació total de CCA-S. En aquest perfil, la participació en cursos ha resultat tenir una tendència negativa en aquesta variable. Tenint en compte això, però, no s'observa cap formació que destaquí notablement sobre les altres en percentatge. I, finalment, en la variable pluralitat de servei, s'intueix una relació entre les persones que treballen en un sol servei i les puntuacions més altes en aquesta dimensió.

El perfil 4 (clúster 5): És el darrer grup de puntuacions mitjanes ($\bar{x}=86,34$). És el que presenta la puntuació superior, coincidint amb el grup que presenta una coherència amb l'autopercepció de competència cultural i la puntuació real obtinguda. Presenta la

puntuació més elevada en sensibilitat cultural ($\bar{x} = 14,44$). Com hem esmentat abans, juntament amb el perfil 3, representen els grups amb més percentatge de persones ateses d'altres orígens ($\bar{x} = 27,68$). La dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és comportament cultural actiu, essent una correlació positiva moderada ($r = 0,659$).

Aquest perfil presenta associacions estadísticament significatives en l'escala CCA-S en les variables percentatge de població atesa d'altres orígens ($p = 0,000$ $r = -0,296$) i interès en CC ($p = 0,012$). En relació amb el percentatge de població atesa d'altres orígens, hi ha una correlació dèbil i negativa; és a dir, s'intueix una tendència en aquest perfil en la qual atendre un percentatge de persones d'altres orígens més elevat, comporta una menor puntuació en CCA-S. En relació a tenir interès en CC, s'intueix com un factor que predisposa a més bones puntuacions en CCA-S dins del perfil.

En la dimensió consciència cultural, s'observa associació estadísticament significativa en les variables interès en CC ($p = 0,012$) i participació en cursos de CC ($p = 0,003$). Les dues variables són factors, dins del perfil, promotors de més bona puntuació en aquesta dimensió.

En la dimensió sensibilitat cultural, succeeix el mateix que en la dimensió consciència cultural amb la variable interès cultural ($p = 0,004$).

En el cas de la dimensió documentació i cerca d'informació cultural, s'observen associacions estadístiques significatives en les següents variables: edat ($p = 0,001$ $r = 0,275$), raça atesa més freqüentment ($p = 0,009$) i percentatge de població atesa d'altres orígens ($p = 0,021$ $r = -0,198$). En aquest perfil, les persones de més edat presenten puntuacions més altes en aquesta dimensió amb una correlació dèbil. En el cas del percentatge de persones ateses d'altres orígens, succeeix el mateix que en les puntuacions totals de CCA-S. Finalment, en relació amb la raça, si observem les dades, el 60% atén més freqüentment persones de raça africana.

Perfil 5 (clúster 4): Aquest perfil presenta puntuacions altes ($\bar{x} = 105,74$) en l'escala de CCA-S. Presenta una estabilitat en les diferents dimensions dins de la categoria d'altres menys, per pocs punts, la categoria de sensibilitat, que es manté en la categoria de mitjanes ($\bar{x} = 16,07$). El 100% d'aquest perfil té interès en formació en competència

cultural i la majoria ha rebut formació en competència cultural (52,8%). La dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és documentació i cerca d'informació cultural, essent una correlació positiva moderada ($r=0,677$).

En aquest perfil, les variables que presenten associació estadísticament significativa en amb les puntuacions totals de CCA-S són: sexe ($p=0,037$), tipus de relació amb persones d'altres orígens/cultures ($p=0,008$) i participació en cursos de CC ($p=0,048$). Si observem les dades d'aquest perfil, les dones s'associen a puntuacions més altes en CCA-S. També s'associa a més bones puntuacions totals en CCA-S tenir una relació més propera amb persones d'altres orígens/cultures i haver participat en cursos de competència cultural. Relacionat amb les dimensions de consciència cultural, comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural, no hi ha cap associació significativa.

En la dimensió de sensibilitat cultural, l'edat ($p=0,021$ $r=-0,317$), el percentatge de persones ateses d'altres orígens ($p=0,039$ $r=-0,285$) i la participació en cursos de CC ($p=0,044$) presenten associació significativa en aquest perfil. Les persones més joves presenten puntuacions més altes en aquesta dimensió, però amb una correlació dèbil negativa. En el cas del percentatge de persones ateses d'altres orígens, les persones que atenen un menor percentatge, obtenen puntuacions més altes, tot i que amb una força dèbil. I com en el cas de la puntuació total en CCA-S, haver participat en cursos de competència cultural es relaciona amb puntuacions més altes.

5.9. Resultats relacionats amb l'objectiu 9

Interpretar les puntuacions dels perfils identificats en
l'objectiu 8

Descripció perfils en funció de les puntuacions en l'escala CCA-S

Un cop descrits els 5 perfils en relació amb les seves característiques socioprofessionals, es va procedir a analitzar les puntuacions per ítem. A continuació es presenten els diferents 5 perfils, analitzats individualment en funció de les puntuacions obtingudes per cada ítem. Es troben marcats en groc els ítems amb puntuacions baixes (ítems crítics), i en blau els ítems que resultaven ser puntuacions mitges-baixes (ítems semi-crítics). En el cas de les puntuacions de les dimensions de consciència cultural i sensibilitat cultural les puntuacions baixes van de 1 fins a 4, i les mitges-baixes des de 4 fins a 5. En el cas de les dimensions de comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural, les puntuacions baixes van de 1 fins a 3, i les mitges-baixes des de 3 fins a 4,5.

Puntuacions crítiques i semi-crítiques en el perfil 1

A continuació es presenten les puntuacions de l'escala total de CCA-S per la mostra del perfil 1.

	\bar{x} PD (s)	\bar{x} PF (s)
Consciència cultural		
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones	1,54 (0,99)	1,33 (0,87)
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	2,00 (1,39)	1,71 (1,18)
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales	1,83 (1,64)	1,54 (1,39)
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria	2,33 (1,49)	1,91 (1,22)
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención médica» de distintas maneras	2,10 (1,76)	1,70 (1,43)
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural	2,13 (1,22)	1,57 (0,90)
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura	2,85 (2,53)	2,09 (1,87)
Sensibilitat cultural		
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud	5,08 (2,16)	3,60 (1,53)

5. Resultats

1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	4,40 (1,90)	3,06 (1,32)
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes	4,94 (2,10)	3,32 (1,41)
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual	4,15 (1,73)	2,72 (1,13)
Comportament cultural actiu		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras	2,56 (1,20)	2,00 (0,94)
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas	2,42 (1,04)	1,89 (0,81)
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas	2,69 (1,09)	1,85 (0,75)
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas	2,25 (1,33)	1,40 (0,83)
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas	2,79 (1,09)	1,72 (0,67)
25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente	3,81 (1,67)	2,21 (0,97)
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente	3,60 (1,66)	2,04 (0,94)
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos	2,15 (1,33)	1,17 (0,72)
Documentació i cerca d'informació cultural		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo	4,60 (1,64)	3,82 (1,36)
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas	4,49 (1,63)	3,72 (1,35)
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas	4,27 (1,65)	3,31 (1,28)
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud	4,23 (1,82)	3,15 (1,36)
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad	3,63 (1,84)	2,60 (1,31)
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas	4,04 (1,87)	2,61 (1,21)

Taula 73: Puntuacions CCA-5 perfil 1

S'han detectat les següents necessitats formatives en relació amb el perfil 1:

	Nivell dimensió	Ítems crítics	Ítems semi-crítics
Consciència cultural	Baix	Tots (3,4,6,7,9,10,11)	-
Sensibilitat cultural	Mitjà-baix	-	1,8,2
Comportament cultural actiu	Baix	18,19,20,21,22, 25	23,24
Documentació i cerca d'informació cultural	Mitjà-baix	-	12,14,15,16,17

Taula 74: Revisió dels ítems crítics segons cada dimensió del perfil 1

Puntuacions crítiques en el perfil 2

A continuació es presenten les puntuacions de l'escala total de CCA-S per la mostra del perfil 2.

	\bar{x} PD (s)	\bar{x} PF (s)
Consciència cultural		
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones	5,90 (1,21)	5,11 (1,05)
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	5,55 (1,34)	4,75 (1,14)
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales	6,02 (1,45)	5,08 (1,22)
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria	5,10 (1,70)	4,18 (1,40)
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención médica» de distintas maneras	5,90 (1,54)	4,79 (1,25)
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural	5,37 (1,42)	3,95 (1,05)
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura	6,59 (1,29)	4,85 (0,95)
Sensibilitat cultural		
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud	5,12 (1,93)	3,64 (1,37)
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	4,59 (1,94)	3,19 (1,34)
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes	4,94 (1,68)	3,32 (1,12)
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual	4,43 (1,68)	2,90 (1,10)
Comportament cultural actiu		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras	4,78 (1,74)	2,74 (1,40)
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas	4,67 (1,81)	3,65 (1,41)
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas	5,14 (1,65)	3,53 (1,13)
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas	5,04 (1,79)	3,14 (1,12)
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas	4,49 (1,62)	2,77 (0,99)

25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente	3,65 (1,93)	2,12 (1,13)
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente	3,61 (1,77)	2,05 (1,01)
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos	5,37 (1,69)	2,12 (1,13)
Documentació i cerca d'informació cultural		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo	2,90 (1,96)	2,41 (1,54)
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas	2,94 (1,62)	2,44 (1,63)
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas	3,51 (1,8)	2,72 (1,40)
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud	3,47 (1,89)	2,58 (1,41)
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad	3,82 (1,83)	2,72 (1,31)
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas	3,53 (1,92)	2,28 (1,24)

Taula 75: Puntuacions CCA-S perfil 2. PD: puntuacions directes. PF: puntuacions factorials

S'han detectat les següents necessitats formatives en relació amb el perfil 2:

	Nivell dimensió	Ítems crítics	Ítems semi-crítics
Consciència cultural	Mitja-alta		-
Sensibilitat cultural	Mitja-baixa	-	1,2,8
Comportament cultural actiu	Mitja-baixa		18,19,21, 25, 24, 18
Documentació i cerca d'informació cultural	Mitja-baixa	-	Tots (12,13, 14,15,16,17)

Taula 76: Revisió dels ítems crítics segons cada dimensió del perfil 2

Puntuacions crítiques en el perfil 3

A continuació es presenten les puntuacions de l'escala total de CCA-S per la mostra del perfil 3.

	\bar{x} PD (s)	\bar{x} PF (s)
Consciència cultural		
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones	5,46 (1,59)	4,73 (1,38)
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	5,26 (1,49)	4,50 (1,27)
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales	5,63 (1,72)	4,75 (1,45)
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria	5,50 (1,35)	4,51 (1,11)
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras	5,57 (1,67)	4,52 (1,36)
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural	4,87 (1,49)	3,59 (1,10)
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura	6,25 (1,69)	4,60 (1,24)
Sensibilitat cultural		
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud	5,52 (1,59)	3,92 (1,13)
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	5,01 (1,66)	3,48 (1,15)
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes	5,04 (1,64)	3,39 (1,10)
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual	4,34 (1,56)	2,84 (1,02)
Comportament cultural actiu		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras	4,65 (1,34)	3,64 (1,05)
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas	4,45 (1,30)	3,48 (1,01)
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas	4,36 (1,27)	2,99 (0,87)
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas	4,84 (1,63)	3,01 (1,01)
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas	4,31 (1,36)	2,65 (0,84)

25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente	3,67 (1,72)	2,13 (0,99)
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente	3,68 (1,74)	2,09 (0,98)
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos	4,82 (1,48)	2,62 (0,80)
Documentació i cerca d'informació cultural		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo	3,22 (1,69)	2,28 (1,41)
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas	3,20 (1,65)	2,65 (1,37)
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas	3,30 (1,66)	2,56 (1,29)
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud	3,68 (1,63)	2,74 (1,22)
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad	3,98 (1,62)	2,84 (1,16)
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas	3,41 (1,70)	2,20 (1,10)

Taula 77: Puntuacions CCA-S perfil 3. PD: puntuacions directes. PF: puntuacions factorials

S'han detectat les següents necessitats formatives en relació amb el perfil 3:

	Nivell dimensió	Ítems crítics	Ítems semi-crítics
Consciència cultural	Mitja-alta	4	7
Sensibilitat cultural	Mitja	-	2
Comportament cultural actiu	Mitja-baixa	-	19,20,23, 24, 25
Documentació i cerca d'informació cultural	Mitja-baixa	-	Tots (12,13,14,15,16,17)

Taula 78: Revisió dels ítems crítics segons cada dimensió del perfil 3

Puntuacions crítiques en el perfil 4

A continuació es presenten les puntuacions de l'escala total de CCA-S per la mostra del perfil 4.

	\bar{x} PD (s)	\bar{x} PF (s)
Consciència cultural		
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones	5,80 (1,12)	5,03 (0,97)
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	5,44 (1,15)	4,65 (0,98)
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales	6,10 (1,08)	5,15 (0,91)
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria	5,45 (1,07)	4,47 (0,87)
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras	5,93 (1,16)	4,82 (0,94)
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural	5,09 (1,44)	4,74 (1,06)
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura	6,58 (1,04)	4,84 (0,76)
Sensibilitat cultural		
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud	5,93 (1,23)	4,21 (0,87)
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	4,95 (1,60)	3,43 (1,11)
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes	5,59 (1,42)	3,75 (0,96)
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual	4,64 (1,56)	3,04 (1,02)
Comportament cultural actiu		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras	4,86 (1,26)	3,80 (0,99)
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas	4,62 (1,28)	3,61 (1,00)
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas	4,76 (1,22)	3,27 (0,84)
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas	5,06 (1,46)	3,15 (0,91)
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas	4,57 (1,28)	2,82 (0,79)

25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente	3,57 (1,65)	2,07 (0,96)
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente	3,42 (1,59)	1,94 (0,90)
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos	5,35 (1,34)	2,91 (0,73)
Documentació i cerca d'informació cultural		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo	3,01 (1,54)	2,50 (1,28)
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas	2,93 (1,57)	2,43 (1,30)
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas	3,30 (1,50)	2,56 (1,17)
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud	3,88 (1,64)	2,89 (1,22)
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad	4,12 (1,56)	2,94 (1,12)
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas	3,62 (1,67)	2,34 (1,08)

Taula 79: Puntuacions CCA-S perfil 4. PD: puntuacions directes. PF: puntuacions factorials

S'han detectat les següents necessitats formatives en relació amb el perfil 4:

	Nivell dimensió	Ítems crítics	Ítems semi-crítics
Consciència cultural	Mitja-alta	-	-
Sensibilitat cultural	Mitja	-	1,2
Comportament cultural actiu	Mitja	-	24,25
Documentació i cerca d'informació cultural	Mitja-baixa	14	12,13,15,16,17

Taula 80: Revisió dels ítems crítics segons cada dimensió del perfil 4

Puntuacions crítiques en el perfil 5

A continuació es presenten les puntuacions de l'escala total de CCA-S per la mostra del perfil 5.

	\bar{x} PD (s)	\bar{x} PF (s)
Consciència cultural		
11. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones	6,66 (0,52)	5,77 (0,45)
4. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización	6,43 (0,72)	5,50 (0,62)
6. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales	6,64 (0,56)	5,61 (0,47)
3. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria	5,96 (0,94)	4,89 (0,77)
10. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de «atención mèdica» de distintas maneras	6,38 (0,95)	5,18 (0,77)
7. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural	6,15 (0,91)	4,53 (0,67)
9. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultura	6,92 (0,33)	5,09 (0,24)
Sensibilitat cultural		
5. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud	6,42 (0,77)	4,55 (0,55)
1. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	5,70 (1,55)	3,95 (1,08)
8. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes	6,19 (1,19)	4,16 (0,80)
2. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual	5,19 (1,48)	3,40 (0,97)
Comportament cultural actiu		
21. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras	6,02 (0,75)	4,71 (0,58)
20. Elimino los obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas	5,72 (0,77)	4,47 (0,60)
23. Encuentro maneras de adaptar mis servicios tanto a las preferencias culturales individuales como colectivas	5,70 (0,70)	3,91 (0,48)
22. Agradezco que los clientes me den su opinión sobre cómo me relaciono con personas de distintas culturas	6,11 (1,03)	3,81 (0,64)
19. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas	5,62 (0,86)	3,46 (0,53)

25. Documento las adaptaciones que hago con los pacientes cuando atiendo directamente al paciente	5,32 (1,27)	3,09 (0,74)
24. Documento las valoraciones culturales cuando atiendo directamente al paciente	5,06 (1,26)	2,87 (0,72)
18. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos	6,15 (1,05)	3,35 (0,57)
Documentació i cerca d'informació cultural		
13. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo	5,02 (1,35)	4,18 (1,12)
14. Consulto páginas de internet o tengo libros para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas	5,09 (1,20)	4,23 (0,99)
15. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas	4,66 (1,43)	3,62 (1,11)
17. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud	5,53 (1,10)	4,12 (0,82)
16. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad	5,85 (1,01)	4,18 (0,72)
12. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas	4,83 (1,42)	3,13 (0,92)

Taula 81: Puntuacions CCA-S perfil 5. PD: puntuacions directes. PF: puntuacions factorials

S'han detectat les següents necessitats formatives en relació amb el perfil 5:

	Nivell dimensió	Ítems crítics	Ítems semi-crítics
Consciència cultural	Alta	-	-
Sensibilitat cultural	Mitja-alta	-	-
Comportament cultural actiu	Alta-baixa	-	-
Documentació i cerca d'informació cultural	Alta-baixa	-	-

Taula 82: Revisió dels ítems crítics segons cada dimensió del perfil 5

Contrast de la hipòtesi K: els perfils descrits fent ús de la CCA-S, serveixen per determinar les necessitats formatives de la mostra estudiada

- L'anàlisi dels ítems de cada perfil, permet observar quins són els ítems crítics i semi-crítics per tal de determinar una anàlisi més adequada.
- Això donarà lloc a una reflexió dels ítems amb puntuacions crítiques i semi-crítiques per plantejar formacions en futures intervencions.

Resum avaluació de la utilitat de l'instrument CCA-S

Descripció dels perfils de professionals d'infermeria de Tarragona en relació amb la competència cultural

Es determinen un total de 5 perfils de professionals d'infermeria en el context de Tarragona en relació amb la competència cultural. Destacar el paper important que discrimina cada grup en relació amb la coherència en l'autopercepció d'eficàcia en competència cultural. L'anàlisi ha permès descriure cada perfil en relació amb diferents aspectes que s'han considerat significatius per aquesta població. En la següent taula es poden consultar resumidament els resultats de cada perfil:

	P1	P2	P3	P4	P5
Nivell competència cultural	Baix	Mitjà	Mitjà	Mitjà	Alt
Coherència en l'autopercepció CC	Incoherència per major autopercepció d'eficàcia en CC	Incoherència per major autopercepció d'eficàcia en CC	Incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en CC	Coherència	Coherència
Participació en cursos de CC	No	No	No	No	Sí
Dimensió que es correlaciona en CCA-S	CDSI	CAB	CAB	CAB	CDSI
Variables socioprofessionals					
Fomenten la CC		Desig cultural Exposició a la diversitat	Coneixement cultural Exposició a la diversitat Treballar a hospital	Desig cultural	Coneixement cultural Exposició a la diversitat (amistats)
Obstaculitzen la CC				Exposició a la diversitat	Exposició a la diversitat (Major % atès)
Necessitats formatives					
Crítiques	CA i CAB				
Semi-crítiques	CS i CDSI	CS, CDSI i CAB	Totes	CS, CAB i CSI	

Taula 83: Resum general dels perfils en funció de les seves característiques més significatives i necessitats formatives.

6. Discussió

6.1. Discussió dels resultats obtinguts

L'estudi sobre el tema d'investigació, la competència cultural en salut, ha donat lloc a la detecció de dos aspectes sobre els que cal incidir i que han estat ben presents al llarg d'aquesta tesi: En primer lloc, la falta d'una conceptualització ferma de com es desenvolupa la competència cultural. En segon lloc, la falta de formació adreçada als professionals de la salut que permeti el desenvolupament de les bones pràctiques en les relacions terapèutiques interculturals. Aquestes dues mancances posen de manifest la necessitat d'utilitzar un instrument que avaluï aquest constructe, i que conseqüentment, aquest ajudi a detectar com es forma la competència cultural i quines propostes formatives es poden derivar. En les següents línies, es discutiran els resultats obtinguts d'aquest treball en funció dels següents apartats:

- L'instrument CCA-S com un instrument adaptat i validat per avaluar la competència cultural en els professionals de la salut
- Desenvolupament de la competència cultural: una interpretació teòrica-empírica a partir d'una mostra de professionals d'infermeria de la província de Tarragona
- Propostes de treball en la formació en competència cultural adreçada als professionals d'infermeria del Camp de Tarragona

I per finalitzar, s'inclouran les limitacions de l'estudi, les línies futures d'investigació i les implicacions per a la pràctica clínica.

6.1.1. L'instrument CCA-S com un instrument adaptat i validat per avaluar la competència cultural en els professionals de la salut

A partir de la revisió d'instruments que avaluessin la competència cultural, l'instrument Cultural Competence Assessment va resultar el més idoni donades les seves propietats psicomètriques (validat en dos ocasions per les autores: Doorenbos, Schim, Benkert, i Borse, 2005; Schim, Doorenbos, Miller, i Benkert, 2003). A més, l'instrument compta amb una versió italiana (Cicolini et al., 2015) i una coreana (Chae, Kang, Benkert, i Doorenbos, 2018). No obstant, mentre l'escala original ha estat validada per a tots els professionals de la salut, tant la versió italiana com la coreana van ser validades únicament per professionals de la infermeria. Destacar que en el cas de Chae et al., va ser el principal autor d'un article on es revisaven els diferents instruments que existien per avaluar la competència cultural (Chae i Kang, 2013) i anys després, va escollir aquest per ser traduït al coreà, com a més idoni per avaluar la competència cultural en els professionals de la salut. La versió coreana de l'escala (KCCAS) va comptar amb una mostra de 161 infermers. Els resultats de l'anàlisi psicomètrics van presentar dades insatisfactòries per a 9 ítems els quals van ser eliminats de la KCCAS. En canvi, la versió italiana (CCAI), presenta més similituds amb la versió castellana (CCA-S), la qual però, va ser validada a professionals de la salut. La mostra va incloure infermers/es, metges/ses, auxiliars d'infermeria, psicòlegs/ues, fisioterapeutes, treballadors/es socials i zeladors/es. Tot i que la mostra que es va recollir no va ser proporcional en cada professió com comentarem més endavant.

La traducció i adaptació al castellà no va presentar complicacions. Les modificacions que es van precisar van estar relacionades a adaptacions transculturals com, per exemple, «client» per «pacient»; en l'avaluació «individual i organitzativa» que oferia la traducció literal, es va interpretar per «individual i col·lectiva»; i la inclusió de «pàgines web» en la cerca d'informació. A més, tots els ítems van ser considerats com a essencials pel grup d'experts (Índex de Validesa de Contingut=1). Per a la validació de l'instrument, es va comptar amb una mostra de 564 professionals de la salut. Diferents guies consultades, comptabilitzen una mostra mínima per a la validació de 5-10 participants per ítem, criteri el qual es va complir. En l'anàlisi psicomètrica, es va comptar amb els resultats de validacions prèvies per interpretar els resultats.

Partint d'un dels resultats de l'anàlisi factorial d'un segon estudi per part de les autores, es va suscitar la possibilitat d'un model explicat per més de 2 factors (Doorenbos, Schim, Benkert, i Borse, 2005b). Aquesta divisió sembla interessant per avaluar la dimensionalitat de consciència cultural i sensibilitat cultural per separat, així com els 14 ítems relacionats amb el Comportament Cultural, ja que presenten un ventall d'actituds que podrien ser avaluades i analitzades independentment (Caricati et al., 2015). En aquest estudi es va aplicar les proves Parallel Anlysis, el gràfic de sedimentació i el criteri Kaiser pels autovalors sorgits de l'anàlisi factorial, i va resultar que s'adequava per a un model de 4 o 5 factors. Després d'una anàlisi mètrica i lògica dels ítems, es va decidir que era més adequat per a un model de 4 factors. Aquesta divisió, presenta un ventall més ampli en l'anàlisi dels resultats de la CCA-S que l'instrument original. A més, l'estructura de 2 factors de l'escala original no es perd: cada una es divideix en dos. En l'instrument original, una subescala s'anomena Sensibilitat i Consciència i consta d'11 ítems. En la CCA-S, aquesta subescala es divideix en dues dimensions: sensibilitat cultural (4 ítems) i consciència cultural (7 ítems). En el cas de la subescala original de Comportament Cultural (14), s'ha dividit en comportament cultural actiu (6 ítems) i documentació i cerca d'informació cultural (8 ítems). Remarcar que a partir d'aquest model de 4 factors, la variància total explicada de l'escala original (56%) augmenta en la CCA-S (63,43%).

La versió Italiana (ICAA-25) va obtenir resultats similars, però no tots els ítems van estar inclosos en les mateixes dimensions (Caricati et al., 2015). En el cas de la dimensió consciència cultural, la versió italiana conté un dels ítems, que en el cas de la CCA-S, està inclòs en la dimensió de sensibilitat cultural. Tot i això, les dues subescales presenten múltiples similituds i podria ser interessant realitzar estudis internacionals, sempre i quan es consideri aquest aspecte a l'hora d'interpretar els resultats. En el cas de la versió coreana (KCCA-16), van conservar les dos subescales originals, però prescindint de 9 ítems (Chae et al., 2018). En aquest cas, l'estudi internacional estaria enfocat a les puntuacions totals i, depenent de l'objectiu de l'anàlisi, s'haurien de tractar amb cautela els resultats en funció de les dues dimensions.

En relació amb la consistència interna de l'escala, la dimensió sensibilitat cultural presenta valors mínims acceptables (Carretero-Dios i Pérez, 2005), però majors que en la versió italiana (CCA-S $\alpha=0,661$ i CCAI $\alpha=0,53$). La dimensió sensibilitat cultural en la

CCA-S, fa reflexionar sobre si els ítems que la componen són suficients, i si seria apropiat en futures investigacions, comparar el resultat amb una escala que avalués únicament la sensibilitat cultural (com en el cas de la «Intercultural Sensivity Scale» de Chen i Starosta, validada per Ruiz l'any 2012). Tot i així, aquesta dimensió va obtenir coeficients d'homogeneïtat acceptables per cada ítem, i es va considerar una dimensió a mantenir en la versió castellana de l'escala. La resta de dimensions, presenten una consistència interna forta (CA $\alpha=0,934$; CAB $\alpha=0,866$; CDSI $\alpha=0,867$) i conseqüentment, també l'escala total (CCA-S $\alpha=0,85$).

En referència a la fiabilitat, en el cas de l'anàlisi de l'estabilitat temporal, tenim una disminució important de la mostra en el retest. No obstant, ometent certs casos ($n=6$) que presentaven valors de diferència molt extrems, l'escala va obtenir valors d'estabilitat temporal moderada ($r=0,799$; $\rho=0,770$). En futurs estudis, es planteja reflexionar sobre estratègies per obtenir major mostra en el retest i validar aquests resultats. Cal destacar, que en els articles on s'han donat dades psicomètriques de l'estudi, en cap d'ells s'ha informat de dades relacionades amb l'estabilitat temporal (Benkert et al., 2011; Chae et al., 2018; Doorenbos et al., 2005b; Schim et al., 2003).

Com aportació mètrica en aquesta versió al castellà, es va calcular les puntuacions segons el pes factorial de cada ítem. D'aquesta forma, la puntuació s'obté a partir de la importància de cada ítem en relació amb la resta. Les dimensions consciència cultural (29,96%) i comportament cultural actiu (19,71%) són les que més variància total explicada obtenen. Les dimensions de sensibilitat cultural (5,71%) i documentació i cerca d'informació cultural (8,05%) obtenen valors més moderats, però acceptables.

En relació amb la categorització de les puntuacions, es va realitzar una anàlisi lògica de les puntuacions de l'escala, interpretant una categorització de les puntuacions en relació amb «baixes», «mitjanes» i «altes». Les dimensions conductuals, les quals presentaven un rang d'escala Likert del 1 al 7 amb puntuacions de «sempre» a «mai», es van categoritzar de forma proporcional. Altrament, en les dimensions cognitives, l'escala puntua de «totalment d'acord» a «totalment en desacord», però presenta una puntuació «neutra». A partir d'una decisió amb el grup d'experts, es va considerar que les categoritzacions de les puntuacions no es farien de forma proporcional ja que aquesta

neutralitat en l'avaluació d'aquests ítems es considerava com una puntuació baixa. Convé subratllar, que aquesta interpretació lògica i coherent, la qual va ser comprovada en l'anàlisi de les dades de la mostra de l'estudi, va presentar bons resultats. Així doncs, pel que fa a les puntuacions de l'escala, aquesta tesi aporta una interpretació de l'escala en relació amb les puntuacions Likert i a les puntuacions factorials.

En la conceptualització teòrica del desenvolupament de la competència cultural, es va considerar la construcció del constructe a partir de les dimensions cognitives i les conductuals. A partir d'aquesta divisió, observem com la consciència cultural pren un paper més important en la dimensió cognitiva i el comportament cultural actiu en la conductual. Fet que es fonamenta en ser les dos dimensions més correlacionades amb les puntuacions totals de CCA-S. El comportament cultural actiu presenta una correlació positiva forta ($r=0,840$; $\rho=0,840$) i la consciència cultural, positiva moderada ($r=0,714$; $\rho=0,659$). Així com les dues subescales presenten també una correlació moderada entre elles ($r=0,482$; $\rho=0,433$). Fet que fa reflexionar sobre la correlació directa entre tenir consciència cultural i desenvolupar actituds de comportament cultural actiu. D'altra banda, la que menys correlació mostra, sent aquest positiva i dèbil, és la dimensió de la sensibilitat cultural ($r=0,321$; $\rho=0,295$).

Cal fer esment específic a la correlació negativa entre les dimensions consciència cultural i documentació i cerca d'informació cultural ($r=-0,240$; $\rho=-0,108$). En conseqüència, a major consciència cultural, es donen menors actituds en documentació i cerca d'informació cultural, potser pel fet d'un coneixement ja assolit, i que les persones amb una baixa consciència cultural, precisen de desenvolupar majors actituds en relació amb documentació i cerca d'informació cultural per donar suport a les seves interaccions culturals. Aquest aspecte es discutirà de manera més àmplia en l'apartat 3 de la discussió dels resultats.

En relació amb la variància total de l'escala, es va observar que en el cas dels professionals de la salut de sexe femení, presentaven majors actituds culturals vers la dimensió documentació i cerca d'informació cultural que els homes (CDSI: \bar{x} homes=15,60 ; \bar{x} dones=17,03; $p=0,038$). També en el cas de la variable «professió», s'observa una tendència estadísticament significativa per part de la professió d'infermeria

a obtenir puntuacions més altes en aquesta dimensió en comparació amb la mostra de la professió de medicina (CDSI: \bar{x} infermeria=15,42 ; \bar{x} metges=17,04; $p=0,016$). En canvi, l'edat presenta diferències significatives ($p=0,016$) entre mitjanes en el cas de les dimensions cognitives: consciència cultural ($\bar{x} \leq 45=31,21$; $\bar{x} > 45=29,64$; $p=0,001$) i sensibilitat cultural ($\bar{x} \leq 45=14,55$; $\bar{x} > 45=13,79$; $p=0,009$), sent la població més jove la que presenta valors més alts en aquestes dimensions. Tot i que en tots els casos anteriorment citats, no s'obtenien diferències significatives en les puntuacions de l'escala total de CCA-S.

No obstant, si que ho feia el constructe de la desitjabilitat social. Resulta necessari avaluar aquest constructe per tal de valorar la tendència en que les puntuacions estan correlacionades amb elevats valors de desitjabilitat social. A priori, en l'anàlisi de les dades de la mostra de 564 professionals de la salut, tot i observar-se correlacions significatives ($p < 0,05$) en les puntuacions de l'escala total CCA-S ($r=0,085$; $\rho=0,121$) i en la dimensió comportament cultural actiu ($r=0,094$; $\rho=0,136$), els valors de la correlació van resultar molt dèbils (en el cas de Rho de Spearman) o inclús nuls (en el cas de Rho de Spearman). En estudis anteriors ja s'havia observat una correlació, també dèbil (Caplan i Black, 2014; Davenport, Reyes, i Lance, 2013), en aquesta dimensió. Per altra banda, no es correlaciona en les dimensions cognitives com succeeix en l'estudi de Benkert et al. (2011).

Així doncs, un dels primers resultats de la tesis ha estat l'aportació d'un instrument validat a la llengua castellana per avaluar la competència cultural: CCA-S. Cal tenir present, que la mostra de professionals de la salut va ser reduïda en varietat i nombre (metges $n=94$; auxiliars d'infermeria $n=23$; fisioterapeutes $n=6$; treballador/es socials $n=3$; zelador $n=2$; i educadora social $n=1$) i que per tant, seria interessant en futurs estudis, obtenir mostres majors de cada grup i validar-ne els resultats.

En el cas de professionals d'infermeria, es va obtenir una mostra major, sent aquesta representativa per la província de Tarragona, considerant les dades de col·legiats de la memòria del Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona (2017). Aquesta major participació per part d'infermeria, s'al·ludeix a la participació del Col·legi d'Infermers i Infermeres de Tarragona en la difusió de l'escala en diverses ocasions. Per aquest motiu,

es va procedir a analitzar les dades, i validar la interpretació teòrica del desenvolupament de la competència cultural, proposada a partir de l'anàlisi dels diferents models estudiats (Campinha-Bacote, 2002; L. D. Purnell, 1999; Schim i Doorenbos, 2010). No obstant, cal analitzar els resultats a partir de la perspectiva de que l'estudi s'ha realitzat a partir d'un col·lectiu de professionals i context concret: infermers i infermeres de la província de Tarragona.

6.1.2. Desenvolupament de la competència cultural: una interpretació teòrica-empírica a partir d'una mostra d'infermers/es de la província de Tarragona

Una vegada comprovades les propietats psicomètriques per la CCA-S, es van contrastar els resultats amb la interpretació del desenvolupament de la competència cultural, basada en les diferents teories estudiades (Campinha-Bacote, 2002; L. D. Purnell, 1999; Schim i Doorenbos, 2010). Treballant sobre l'esquema elaborat en el marc teòric (Figura 9), les variables socioprofessionals de l'estudi van estar enfocades a contrastar diferents elements que entren en joc en aquest desenvolupament, els quals alguns ja s'havien contrastat en alguns dels articles revisats (Benkert et al., 2011; Caplan i Black, 2014; Doorenbos et al., 2016; Marra et al., 2010; Schim et al., 2005; Venturin et al., 2013). Es van recollir els diferents elements i com els havien estudiat i es van aplicar a l'estudi. Aquests elements van ser l'exposició a la diversitat, el desig cultural, el coneixement cultural i l'autoconcepte en eficàcia en competència cultural. També es van avaluar característiques intrínseques i professionals. Els resultats es troben contextualitzats en una mostra representativa de professionals d'infermeria de la província de Tarragona (n=437).

En primer lloc, es va avaluar la desitjabilitat social en aquesta mostra. Es van obtenir correlacions significatives ($p < 0,05$) en les puntuacions de l'escala total CCA-S ($\rho = 0,121$) i la dimensió comportament cultural actiu ($\rho = 0,094$). Però no es va obtenir correlació de Pearson significativa, i els valors obtinguts de Rho de Rho de Spearman són o nuls o molt ínfims. També es va avaluar si la mostra presentava una mitjana de desitjabilitat social similar a la de la població espanyola, comparant-ho amb els resultats de l'escala validada per Guitiérrez et al. (2016). Els resultats van indicar que no es existia un biaix per desitjabilitat social (major al grau en que la població espanyola respon), en les respostes de la població estudiada ($p > 0,05$). Per últim, es van valorar els ítems amb puntuacions més extremes (positives), per comprovar que aquests no estaven condicionats per aquest biaix. Només 2 ítems van obtenir una correlació estadísticament significativa entre les puntuacions de desitjabilitat social i puntuacions altes en l'ítem ($p < 0,05$). Tot i així, les correlacions que es van presentar van ser dèbils (Ítem 10 $r = 0,18$; l'ítem 1 $r = 0,15$). Articles anteriors que havien avaluat la desitjabilitat social conjuntament amb la CCA, determinen

aquestes dimensions com les més susceptibles a aquest biaix, però amb intensitats fins ara dèbils (Benkert et al., 2011; Caplan i Black, 2014; Doorenbos et al., 2016c). Així doncs, tenint en compte els resultats obtinguts, l'escala de MC-SDS va resultar un bon instrument de control del biaix de les respostes a nivell de la desitjabilitat social, i que van validar-ne els resultats per la mostra treballada.

En l'anàlisi dels resultats en relació amb les puntuacions de CCA-S en la mostra de professionals d'infermeria de Tarragona, es van obtenir puntuacions mitjanes entre l'escala total CCA-S i les diferents dimensions. El que sí que observem, són resultats similars amb altres articles (Cicolini et al., 2015; Doorenbos et al., 2016b; Stephanie Myers Schim et al., 2005), on els professionals d'infermeria presenten puntuacions més elevades en les dimensions consciència cultural i no en documentació i cerca d'informació cultural.

En relació amb elements d'estudi, en l'exposició a la diversitat, una de les variables estudiades va ser el percentatge de població atesa d'altres orígens. Els professionals d'infermeria de la província de Tarragona, van presentar un percentatge mig força elevat de població atesa d'altres orígens/cultures ($\bar{x}=27,47\%$). Aquesta dada, resulta bastant significativa, donat que quan es parla de diversitat en una població, en general s'acudeix a consultar les dades epidemiològiques en relació amb la immigració, i en el cas de la província de Tarragona, el percentatge és gairebé la meitat de la mitjana de resposta dels professionals de la salut: 14,86% (IDESCAT, 2018). Això fa concloure que, en estudis futurs sobre diversitat cultural, resultaria un error enfocar-ho a partir de dades d'immigració. Avui en dia ja hi ha segones i terceres generacions d'immigració en els centres de salut que justifiquen aquesta diferència de percentatge. El professional de salut, els percep amb una cultura diferent a la pròpia (en aquest cas, no està directament relacionada per l'origen), i que precisa d'estratègies d'atenció que contemplin aquesta diversitat (Francisco, 2018; Gil Estevan i Solano Ruíz, 2017b).

Altres variables sobre les quals es va treballar l'exposició a la diversitat, va ser preguntant els orígens més atesos (exceptuant els nascuts a Espanya). Tot i ser una variable amb risc de biaix, donat que s'excloïa la població nascuda a Espanya i d'altres cultures, es va utilitzar per analitzar com les característiques fenotípiques, dels orígens als quals pertanyem, condicionen en el desenvolupament de la competència cultural. Les dades van

mostrar que l'origen més atès va ser el de Nord Àfrica, sent en aquest cas concret l'origen marroquí, seguit però amb 30 punts de diferència per orígens d'Amèrica del Sud. La darrera variable va mostrar que més de la meitat dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona tenien amistats d'orígens/cultures diferents a la seva. Aquesta variable, també ha estat estudiada en altres estudis on s'ha utilitzat la CCA, però s'ha de considerar el fet que la diversitat cultural, que els diferents països reflecteixen, és totalment diferent (Doorenbos et al., 2016b; Marra et al., 2010). Aquest fet fa pensar en la particularitat de cada context alhora d'avaluar els elements que generen un desenvolupament de la competència cultural o no.

L'última variable en l'anàlisi de l'exposició a la diversitat, avalua el tipus de relació amb persones d'altres cultures. En el cas de la mostra estudiada, el 52,2% van respondre tenir amistat o haver-ne tingut contacte amb persones d'altres cultures. En el cas del desig cultural, que es va avaluar a partir de preguntar si es tenia interès en formació en competència cultural, s'obté un percentatge elevat (85,8%). Per altra banda, el coneixement cultural, que va ser avaluat segons si havien rebut formació prèvia, només el 26,8% van contestar haver-ne rebut, predominant els cursos online (31,1%). L'autoconcepte en competència cultural, la resposta majoritària va ser «bastant competent».

Els resultats de l'anàlisi bivariant, van mostrar com la exposició a la diversitat Cultural, desig cultural, coneixement cultural i autoconcepte en eficàcia en competència cultural presentaven alguna associació estadística, ja fos en l'escala total CCA-S o en alguna de les seves dimensions. Es van determinar majors puntuacions en quan: a consciència cultural, tenir desig cultural ($p=0,002$) i coneixement cultural degut a formació prèvia ($p=0,002$); en sensibilitat cultural, una major exposició a la diversitat cultural per tenir amistats d'altres cultures ($p=0,015$); en la dimensió conductual comportament cultural actiu, una autopercepció coherent ($p=0,004$), tenir desig cultural ($p=0,001$) i un coneixement cultural degut a formació prèvia ($p=0,010$); i en documentació i cerca d'informació cultural, una major exposició a la diversitat cultural per tenir amistats d'altres cultures ($p=0,042$). Les puntuacions de comportament cultural actiu van ser significativament majors en atendre a persones del grup de raça, classificació la qual va estar realitzada a partir de la proposta d'Ayala i Cela (2014), Europea i Àsia central. En

relació amb la puntuació total de l'escala, es va relacionar en una autopercepció coherent ($p=0,001$), tenir desig cultural ($p=0,001$) i coneixement cultural degut a formació prèvia ($p=0,000$).

En el cas de les variables intrínseques, el sexe femení va obtenir puntuacions significativament més elevades que els homes en la dimensió sensibilitat cultural ($p=0,039$), i les persones més joves de 45 anys és van associar amb puntuacions més altes de consciència cultural ($p=0,005$) i sensibilitat cultural ($p=0,012$).

També es van estudiar diferents variables socioprofessionals per avaluar la relació d'aquestes amb el desenvolupament de la competència cultural. En el cas de la variable relacionada amb privadesa del centre assistencial, més concretament en el cas dels professionals d'infermeria que treballen a centres privats, obtenen majors puntuacions en comportament cultural actiu i la puntuació total de CCA-S. Però la mostra en el subgrup de centres privats va ser molt petita per considerar l'associació vàlida en aquest estudi. En futurs estudis, resultaria interessant explorar aquesta relació i la correlació entre les polítiques sobre cultura en les institucions privades i públiques.

Interpretant els resultats obtinguts i l'esquema proposat anteriorment en la figura 9, aquest es reinterpreta a partir de les aportacions d'aquest estudi. Es dona rellevància als elements de coneixement cultural i desig cultural com elements que condicionen el desenvolupament del constructe en general. L'autoconcepte en eficàcia en competència cultural es manté en la mateixa posició i es ressalta la seva rellevància. També es senyalitzen les dues dimensions que presenten més pes en el desenvolupament de la competència cultural i la correlació entre aquests dos. A continuació es presenta la figura:

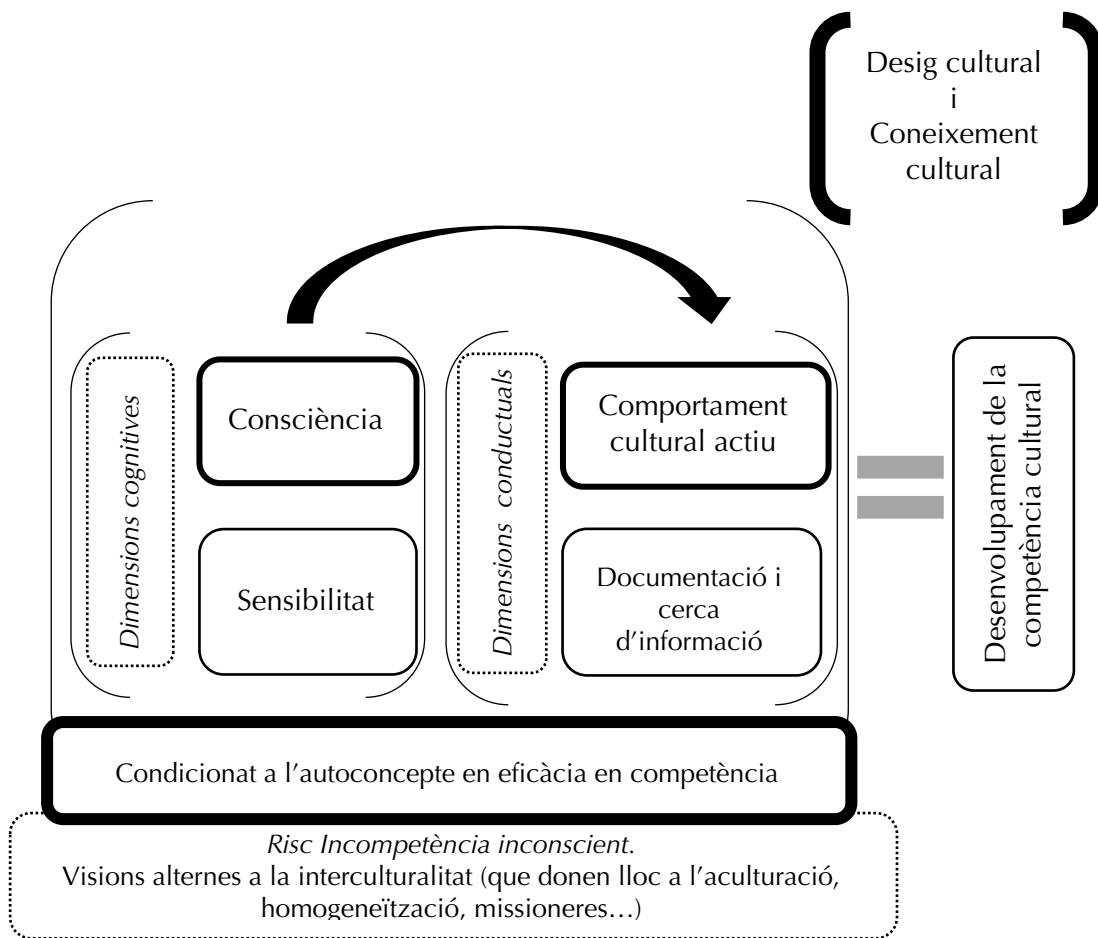


Figura 47: Reinterpretació de la figura 9 (elaboració pròpia) a partir dels resultats empírics.

6.1.2. Propostes de treball en la formació en competència cultural adreçada als professionals d'infermeria del Camp de Tarragona

A partir de l'ús de la CCA-S, es va comprovar l'efectivitat per discriminar perfils representatius que donessin lloc a propostes formatives per cada un. Es van descriure un total de 5 perfils dins de la població dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona (segons la mostra estudiada). Aquests perfils van ser descrits principalment per la puntuació total de la CCA-S i de l'autoconcepte en eficàcia en competència cultural. A més, la formació va discriminar els perfils fent que les puntuacions altes coincidissin amb els que havien rebut una major formació en competència cultural (52,8%).

L'edat també va ser una variable que va resultar discriminant ($F=3,8$ $p=0,005$). El grup amb menor puntuació total en CCA-S va ser el que va obtenir una mitja d'edat superior ($\bar{x}=44,59$), i el que va obtenir majors puntuacions en CCA-S va ser el que va presentar una mitja d'edat menor ($\bar{x}=41,18$). Això corrobora els resultats per la mostra total, on l'edat representava una característica individual relacionada amb majors puntuacions en competència cultural. Aquest factor es pot relacionar amb que les persones més joves van presentar un percentatge major en formació en competència cultural donat que s'ha integrat dins de les formacions universitàries (Plaza del Pino i Soriano, 2009; Rifà-Ros et al., 2013).

En relació amb les diferents dimensions, en el cas del perfil 1, es va representar la correlació negativa que la validació de l'escala mostrava: nivells molt baixos en la dimensió coherència cultural, i valors mitjans en la dimensió documentació i cerca d'informació cultural. Això suscita a plantejar que, tot i tenir una consciència cultural, es desenvolupen actituds de compensació relacionades en augmentar els coneixements culturals. També podria estar relacionat amb què la mostra que forma part d'aquest perfil, la formació més freqüent ha estat la online. Fet que podria justificar la major correlació de les puntuacions totals de CCA-S, que va ser amb la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural ($r=0,658$; $\rho=0,649$).

El perfil 1 i 2, van presentar una incoherència per major autopercepció en competència cultural. Segons Purnell (1999), això pot comportar un risc en l'atenció culturalment competent relacionat amb la incompetència inconscient.

L'autoconcepte en eficàcia cultural, va presentar interessants plantejaments en els perfils 3, 4 i 5, els quals presentaven totes tres puntuacions mitjanes i la dimensió que més es correlaciona amb les puntuacions totals de CCA-S és comportament cultural actiu (r i $\rho > 0,8$ en perfil 2 i 3; r i $\rho > 0,6$ en el perfil 4). Tots els perfils van obtenir puntuacions similars en consciència cultural. En relació amb la incompetència inconscient del perfil 2, s'observa una tendència inferior en les diferents dimensions. En canvi, en el perfil 3, el qual presenta una incoherència per considerar-se menys culturalment competent del que realment és, sembla presentar menys puntuació en sensibilitat cultural i documentació i cerca d'informació cultural. I en el cas del perfil 4, el qual es caracteritza per una coherència en l'autoconcepte de competència cultural, presenta puntuacions més compensades en les diferents dimensions, però com en tots els casos, la dimensió documentació i cerca d'informació cultural presenta puntuacions lleugerament més baixes que el perfil 2 i 3. Contràriament que en el cas del perfil 4, podríem considerar que al presentar puntuacions mitjanes-altes en totes les dimensions menys en la de documentació i cerca d'informació cultural, resulta una dificultat per augmentar la competència cultural, ja que no augmenta el coneixement cultural.

El perfil 5, el qual presenta una puntuació total de la CCA-S alta, és el que presenta un percentatge dominant en coneixement cultural per formació prèvia en competència cultural. A més, el 100% presenten desig cultural. La dimensió de documentació i cerca d'informació cultural representa la correlació més forta en desenvolupar millors puntuacions totals en la CCA-S ($r=0,677$; $\rho =0,691$).

En l'anàlisi bivariant de cada perfil, s'obtenen relacions molt similars a les observades per la mostra sencera. Fet que dona solidesa als elements anteriorment esmentats involucrats en el desenvolupament de la competència cultural. Per altra banda, es manté la incertesa de la solidesa de la dimensió sensibilitat cultural. Tots obtenen puntuacions mitjanes en aquesta dimensió, tot i que es van obtenir diferències significativament estadístiques en l'anàlisi ANOVA ($F=13,3$; $p=0,000$). A partir d'aquesta informació, es van descriure les necessitats formatives de cada perfil en relació amb les dimensions de l'escala CCA-S. Aquestes dades agrupades, amb les variables que fomenten o obstaculitzem el desenvolupament de la competència cultural, juntament amb les principals característiques de cada grup, propicia a 2 tipus de formacions en competència cultural.

6.2. Limitacions i línies futures de recerca

A continuació es presenten les limitacions detectades en relació amb l'obtenció de dades, de l'instrument i de la interpretació dels resultats de CCA-S en una mostra.

6.2.1. Limitacions i línies futures de recerca en relació amb l'obtenció de mostra

La principal limitació d'aquest estudi va ser obtenir una mostra homogènia de professionals de la salut. Amb una mostra homogènia s'hagués pogut fer l'anàlisi posterior correlacional d'acord amb les diferents professions, i per tant, profunditzar en el desenvolupament de la competència cultural per reflexionar en futures formacions a tots els professionals de la salut. Els resultats d'aquest estudi queden limitats, sent només representatius pels professionals d'infermeria. Aquesta limitació va ser ocasionada per les dificultats en accedir a contactes de diferents col·lectius de professionals de la salut. Destacar que es va contactar, igual que es va fer amb el Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona, amb altres col·lectius professionals, els quals no van accedir a fer difusió de l'instrument entre els seus col·legiats. En aquest sentit, es planteja la primera línia de recerca d'investigacions enfocades a augmentar la mostra de professionals de la salut, obtenint una mostra mínima representativa de cada col·lectiu.

Tanmateix en relació amb l'estudi de les variables socioprofessionals, sorgeix un interrogant en relació amb la competència cultural en els centres privats i públics. La mostra que treballa en centres privats, obté valors significativament majors que els públics, tot i que la mostra va ser massa petita per considerar els resultats vàlids. Resultaria interessant enfocar una futura investigació en avaluar les estratègies en atenció cultural en diferents institucions, entre les quals, es poguessin distingir diferents centres privats i públics. Obtenint mostres significatives, i correlacionat amb les actituds o polítiques de les institucions en relació amb l'atenció cultural, es podrien interpretar resultats en relació amb aquest aspecte.

6.2.2. Limitacions i línies futures de recerca en relació amb l'instrument

Una de les limitacions a nivell instrumental ha estat en relació amb la dimensió de sensibilitat cultural, la qual ha presentat resultats que precisen ser reavaluats per fomentar la solidesa de la dimensió. En relació amb aquesta limitació, es proposa que en futures investigacions, s'apliqui la CCA-S conjuntament amb l'escala de Sensibilitat Intercultural de Chen i Starosta validada per Ruiz l'any 2012. D'aquesta forma es podran correlacionar resultats i valorar la solidesa de la dimensió estructurada a la CCA-S per 4 ítems.

També relacionada amb l'instrument, en aquest cas sobre l'estabilitat temporal, es va obtenir una mostra retest baixa tot i que els resultats hagin estat acceptables. Resultaria interessant establir futures estratègies per fomentar el retest, i valorar l'estabilitat temporal de l'escala per poder comprovar l'adequació dels resultats amb els que s'han presentat en aquest treball.

6.2.4. Limitacions i línies futures de recerca en relació amb la interpretació de les dades

Diferents aspectes que es desenvolupen en l'anàlisi de les puntuacions de CCA-S i de les seves dimensions planteja diferents interrogants. Parlem de la correlació negativa en consciència cultural i sensibilitat cultural en l'anàlisi de tota la mostra. També de que en els perfils 1 i 5 (els extrems per puntuacions més baixes i més altes), presenten la dimensió de documentació i cerca d'informació cultural com la que més es relaciona en les puntuacions totals de CCA-S. En canvi en el cas dels perfils 2, 3 i 4, és la dimensió de comportament cultural actiu. Per donar resposta a la limitació relacionada amb la interpretació del comportament de les dimensions en la mostra i dels diferents perfils, es planteja un estudi de 5 grups focals caracteritzats pels trets dels 5 perfils. En cada grup, s'analitzaria qualitativament la construcció de la competència cultural. A partir d'aquesta anàlisi, podrien aparèixer diferents elements implicats en el desenvolupament de la competència cultural i ser inclosos en futures investigacions per construir un model més ampli. Aquest estudi, a més, podria estar enfocat a una investigació-acció-participativa per crear intervencions per millorar la competència cultural en salut i crear futures sinergies entre els diferents agents implicats.

6.3. Implicacions a la pràctica

L'origen d'aquesta tesi es trobava en la necessitat de fomentar una formació en competència cultural en salut. Com s'ha anat veient en el marc teòric, aquesta inquietud inicial va transformar-se, posant per davant, altres aspectes que precisaven ser aclarits prèviament: a) definir el concepte de competència cultural; i b) disposar d'un instrument vàlid que avalués el constructe de la competència cultural. Així doncs, un cop aconseguits aquests passos previs, les implicacions a la pràctica que es proposen donen resposta a la idea original de la tesi. L'instrument Cultural Competence Assessment en la seva versió al castellà, esta composta per 4 dimensions. A partir de les dimensions, dividides en 2 referents a dimensions cognitives (consciència cultural i sensibilitat cultural) i 2 de conductuals (comportament cultural actiu i documentació i cerca d'informació cultural), em pogut obtenir una imatge més precisa de com interpretar el constructe.

Tenint en compte les dimensions del constructe i els elements que han demostrat tenir influència en el desenvolupament de la competència cultural, ha permès definir uns perfils. La puntuació en l'escala CCA-S i la coherència d'autopercepció d'eficàcia en competència cultural, van esdevenir els elements principals que van discriminar els diferents perfils. A més, es van poder descriure diferents elements que caracteritzaven els grups (com l'edat en el perfil 1 i 5 o la formació prèvia en el cas del perfil 5).

Partint d'aquestes evidències, les implicacions a la pràctica que es posen sobre la taula, és donar resposta a l'altre element que s'havia evidenciat en el marc teòric: la manca de dissenys formatius basats en un model teoricopràctic i fent uns d'un instrument vàlid.

Donades les evidències dels diferents elements que intervenen en el desenvolupament de la competència cultural, es planteja la següent proposta de disseny de formacions en competència cultural:



Figura 48: Implicació pràctica de l'ús de la CCA-S en disseny de formacions en competència cultural

En la figura anterior, es mostra la implicació pràctica de l'ús de l'escala CCA-S per tal de crear formacions de adequades i adaptades segons les necessitats formatives i del col·lectiu diana escollit. Així doncs, posant d'exemple els resultats que em obtingut en la mostra estudiada de professionals d'infermeria de la província de Tarragona, el disseny formatiu estaria estructurat en dos mòduls:

- Un mòdul per fomentar les dimensions cognitives, on hi participarien els perfils 1 i 2;
- i un segon mòdul per fomentar les dimensions conductuals, on hi participarien tots els perfils.

A més, proposem que el disseny de les formacions es realitzi a partir d'un manual d'activitats validades. Com s'ha vist en el marc teòric, estudis previs que havien utilitzat l'escala CCA, alguns havien dissenyat formacions en competència cultural. No obstant, en els articles la informació sobre les activitats és escassa o nul·la. Per aquest motiu, es proposa, per tal de consolidar aquesta implicació pràctica, realitzar un manual d'activitats validades que es generaria a partir de l'anàlisi de les activitats ja existent (es contactaria amb els autors d'aquests articles per obtenir els seus dissenys formatius) i se'n dissenyaria d'altres en el cas de que fos necessari.

A partir d'un grup d'experts, es descriurien les activitats detalladament (en el cas de no obtenir-les, es dissenyarien). S'analitzarien les activitats a partir de la visió del model Tridimensional de la Congruència Cultural i dels ítems de la CCA amb l'objectiu de classificar-les. Aquesta classificació es basaria amb el principi de la usabilitat i replicació del disseny. Es a dir, la premissa seria establir un manual d'activitats que servís de guia per dissenyar formacions en competència cultural. Per tant, l'instrument CCA-S es proposa, a més d'una eina d'avaluació pre i post, com un pas previ en el disseny de les formacions.

En l'esquema de la següent pàgina, es resumeix la implicació pràctica de l'escala a partir de l'ús del futur manual d'activitats formatives en competència cultural. Es planteja el disseny d'aquest manual com a futur treball de final de grau de psicologia. En aquest s'integrarà un anàlisi en profunditat de les activitats formatives amb una base de reestructuració cognitiva en base a potenciar la competència cultural.

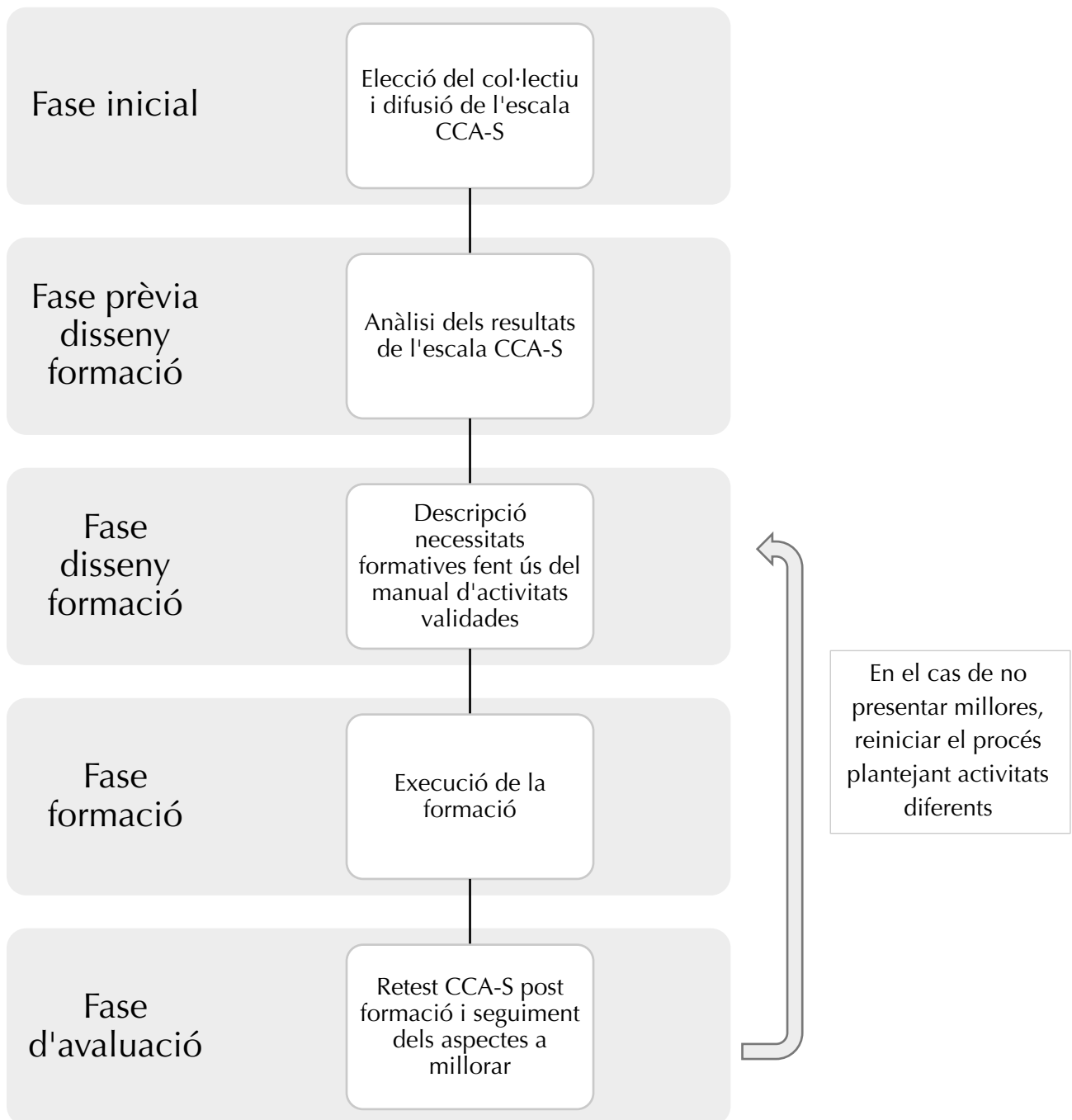


Figura 49: Esquema proposta formativa a partir de l'ús de l'escala i d'un manual d'activitats formatives validat

7. Conclusions

7.1. Conclusions (Català)

Objectiu específic 1

Realitzar l'adaptació transcultural al castellà de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA)

S'ha adaptat al castellà l'escala Cultural Competence Assessment (CCA) mantenint el sentit i orientació de l'escala original, conservant els 25 ítems.

Objectiu específic 2

Analitzar la dimensionalitat del constructe de la competència cultural d'acord amb els elements que la formen a partir de l'escala CCA-S

L'anàlisi factorial de la CCA-S, ha generat una interpretació del model original de 2 dimensions, per un model millor explicat per quatre factors (variància total explicada 63,43). S'obtenen dues dimensions cognitives: consciència cultural (7 ítems) i sensibilitat cultural (4 ítems). I dues dimensions conductuals: comportament cultural actiu (8 ítems) i documentació i cerca d'informació cultural (6 ítems).

Objectiu específic 3

Definir la versió CCA-S d'acord amb les puntuacions factorials i dimensions que millor expliquen el constructe

La definició de la CCA-S a partir de les puntuacions factorials va resultar satisfactori; les dimensions estan representades segons la construcció de la competència cultural total. A més, a partir d'una anàlisi mètric i conceptual sobre les puntuacions Likert, es van categoritzar les puntuacions en baixes, mitges i altes.

Objectiu específic 4

Determinar si existeix variància significativa entre les mitjanes de la CCA-S en relació amb sexe, professió i edat

L'anàlisi de la relació entre les variables sexe, professió i edat en les puntuacions totals de CCA-S i de les diferents dimensions, no obtenen diferències significatives.

Objectiu específic 5

Analitzar el constructe de la desitjabilitat social de l'escala com una variable de control de validesa de l'instrument CCA-S

L'ús de l'escala de desitjabilitat social de Marlowe-Crowne, resulta útil pel control de les respostes en funció de la desitjabilitat social. En relació amb la mostra total de professionals de la salut estudiada, només s'observa una correlació dèbil positiva entre la desitjabilitat social i dos ítems de les dimensions cognitives. I en el cas de la mostra de professionals d'infermeria de la província de Tarragona, presenta puntuacions de desitjabilitat social similars a les de la població espanyola. Per tant no es considera que existeixi un biaix degut a una desitjabilitat social de les mostres analitzades.

Objectiu específic 6

Identificar l'actitud dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona vers la competència cultural, fent ús de la CCA-S

En relació amb la mostra estudiada de professionals d'infermeria de la província de Tarragona, s'obtenen puntuacions mitges en l'escala CCA-S i en les diferents dimensions. S'observa una major tendència a puntuar més elevat en les dimensions cognitives que en les dimensions conductuals.

Objectiu específic 7

Explorar els factors socioprofessionals que actuen com a promotors del desenvolupament de la competència cultural en els professionals d'infermeria de la província de Tarragona

Els elements que es relacionen amb el desenvolupament de competència cultural són: tenir desig cultural; major coneixement cultural; major exposició a la diversitat cultural en races fenotípicament similars a la pròpia; i tenir una autopercepció coherent en l'eficàcia en competència cultural.

Objectiu específic 8

Identificar els perfils dels professionals d'infermeria de la província de Tarragona en funció de la competència cultural i de les variables socioprofessionals

S'han identificat 5 perfils diferents determinats principalment per la puntuació total de la CCA-S i l'autopercepció d'eficàcia en competència cultural:

Perfil 1: puntuacions baixes en CCA-S i una incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural (lligat a la incompetència inconscient).

Perfil 2: puntuacions mitges en CCA-S i incompetència per major autopercepció d'eficàcia en competència cultural.

Perfil 3: puntuacions mitges i incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural.

Perfil 4: puntuacions mitges i coherència d'autopercepció d'eficàcia en competència cultural

Perfil 5: puntuacions altes en CCA-S i incoherència per menor autopercepció d'eficàcia en competència cultural.

Aquest grup també coincideix en ser el més jove, i el que té major percentatge de formació prèvia en competència cultural.

Objectiu específic 9

Interpretar les puntuacions dels perfils identificats en l'objectiu 8

L'avaluació de la competència cultural a partir de la discriminació de perfils, permet observar i interpretar les carències formatives i tenir en compte els elements que hi influeixen. D'aquesta forma, generar possibles formacions més adequades i eficaces.

7.2. Conclusiones (castellano)

Objetivo específico 1

Realizar la adaptación transcultural al castellano de la escala Cultural Competence Assessment (CCA)

Se ha adaptado al castellano la escala Cultural Competence Assessment (CCA) manteniendo el sentido y orientación de la escala original, conservando los 25 ítems.

Objetivo específico 2

Analizar la dimensionalidad del constructo de la competencia cultural de acuerdo con los elementos que la forman a partir de la escala CCA-S

El análisis factorial de la CCA-S, ha generado una interpretación del modelo original de 2 dimensiones, por un modelo mejor explicado por cuatro factores (varianza total explicada 63,43). Se obtienen dos dimensiones cognitivas: conciencia cultural (7 ítems) y sensibilidad cultural (4 ítems). Y dos dimensiones conductuales: comportamiento cultural activo (8 ítems) y documentación y búsqueda de información cultural (6 ítems).

Objetivo específico 3

Definir la versión CCA-S de acuerdo con las puntuaciones factoriales y dimensiones que mejor explican el constructo

La definición de la CCA-S a partir de las puntuaciones factoriales resultó satisfactorio; las dimensiones están representadas según la construcción de la competencia cultural total. Además, a partir de un análisis métrico y conceptual sobre las puntuaciones Likert, se categorizaron las puntuaciones en bajas, medias y altas.

Objetivo específico 4

Determinar si existe varianza significativa entre las medias de la CCA-S en relación al sexo, profesión y edad

El análisis de la relación entre las variables sexo, profesión y edad en las puntuaciones totales de CCA-S y de las diferentes dimensiones, no obtienen diferencias significativas.

Objetivo específico 5

Analizar el constructo de la deseabilidad social de la escalera como una variable de control de validez del instrumento CCA-S

El uso de la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne, resulta útil para el control de las respuestas en función de la deseabilidad social. En relación a la muestra total de profesionales de salud estudiada, sólo se observa una correlación débil positiva entre la deseabilidad social y dos ítems de las dimensiones cognitivas. Y en el caso de la muestra de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona, presenta puntuaciones de deseabilidad social similares a las de la población española. Por lo tanto no se considera que exista un sesgo debido a una deseabilidad social de las muestras analizadas.

Objetivo específico 6

Identificar la actitud de los profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona hacia la competencia cultural, haciendo uso de la CCA-S

En relación a la muestra estudiada de profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona, se obtienen puntuaciones medias en la escala CCA-S y en las diferentes dimensiones. Se observa una mayor tendencia a puntuar más elevado en las dimensiones cognitivas que en las dimensiones conductuales.

Objetivo específico 7

Explorar los factores socio que actúan como promotores del desarrollo de la competencia cultural en los profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona

Los elementos que se relacionan con el desarrollo de competencia cultural son: tener deseo cultural; mayor conocimiento cultural; exposición a la diversidad cultural mayor en razas fenotípicamente similares a la propia; y tener una autopercepción coherente en la eficacia en competencia cultural.

Objetivo específico 8

Identificar los perfiles de los profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona en función de la competencia cultural y de las variables socio

Se han identificado 5 perfiles diferentes determinados principalmente por la puntuación total de la CCA-S y la autopercepción de eficacia en competencia cultural:

Perfil 1: puntuaciones bajas en CCA-S y una incoherencia por menor autopercepción de eficacia en competencia cultural (ligado a la incompetencia inconsciente).

Perfil 2: puntuaciones medias en CCA-S e incompetencia por mayor autopercepción de eficacia en competencia cultural.

Perfil 3: puntuaciones medias e incoherencia por menor autopercepción de eficacia en competencia cultural.

Perfil 4: puntuaciones medias y coherencia de autopercepción de eficacia en competencia cultural

Perfil 5: puntuaciones altas en CCA-S e incoherencia por menor autopercepción de eficacia en competencia cultural. Este grupo también coincide en ser el más joven, y el que tiene mayor porcentaje de formación previa en competencia cultural.

Objetivo específico 9

Interpretar las puntuaciones de los perfiles identificados en el objetivo 8

La evaluación de la competencia cultural a partir de la discriminación de perfiles, permite observar e interpretar las carencias formativas y tener en cuenta los elementos que influyen. De esta forma, generar posibles formaciones más adecuadas y eficaces.

7.3. Conclusions (English)

Specific objective 1

Carry out the cross-cultural adaptation to Spanish of the Cultural Competence Assessment (CCA) scale

The Cultural Competence Assessment (CCA) scale has been adapted to Spanish, maintaining the sense and orientation of the original scale, preserving the 25 items.

Specific objective 2

Analyze the dimensionality of the construct of cultural competence according to the elements that form it from the CCA-S scale

The factorial analysis of the CCA-S, has generated an interpretation of the original model of 2 dimensions, by a model better explained by four factors (total variance explained 63,43). Two cognitive dimensions are obtained: cultural awareness (7 items) and cultural sensitivity (4 items). And two behavioural dimensions: active cultural behaviour (8 items) and documentation and search for cultural information (6 items).

Specific objective 3

Define the CCA-S version according to the factorial scores and dimensions that best explain the construct

The definition of the CCA-S from the factor scores was satisfactory; the dimensions are represented according to the construction of total cultural competence. In addition, based on a metric and conceptual analysis of the Likert scores, the scores were categorized as low, medium and high.

Specific objective 4

To determine if there is significant variance between CCA-S means in relation to sex, profession and age

The analysis of the relationship between the variables sex, profession and age in the total scores of CCA-S and the different dimensions, do not obtain significant differences.

Specific objective 5

Analyze the construct of the social desirability of the ladder as a control variable of the validity of the CCA-S instrument

The use of the Marlowe-Crowne social desirability scale is useful for controlling responses in terms of social desirability. In relation to the total sample of health professionals studied, only a weak positive correlation is observed between social desirability and two items of cognitive dimensions. And in the case of the sample of nursing professionals from the province of Tarragona, it presents social desirability scores similar to those of the Spanish population. Therefore, it is not considered that there is a bias due to the social desirability of the analysed samples.

Specific objective 6

To identify the attitude of nursing professionals in the province of Tarragona towards cultural competence, making use of the CCA-S

In relation to the studied sample of nursing professionals in the province of Tarragona, mean scores are obtained on the CCA-S scale and in the different dimensions. There is a greater tendency to score higher in the cognitive dimensions than in the behavioural dimensions

Specific objective 7

To explore the social factors that act as promoters of the development of cultural competence in nursing professionals in the province of Tarragona

Elements that relate to the development of cultural competence are: having cultural desire; greater cultural knowledge; exposure to greater cultural diversity in races phenotypically similar to one's own; and having a coherent self-perception in effectiveness in cultural competence

Specific objective 8

To identify the profiles of nursing professionals in the province of Tarragona according to cultural competence and social variables

Five different profiles have been identified, mainly determined by the total score of the CCA-S and the self-perception of effectiveness in cultural competence:

Profile 1: low CCA-S scores and inconsistency due to lower self-perception of effectiveness in cultural competence (linked to unconscious incompetence).

Profile 2: mean scores in CCA-S and incompetence for greater self-perception of effectiveness in cultural competence.

Profile 3: mean scores and incoherence due to lower self-perception of effectiveness in cultural competence.

Profile 4: mean scores and coherence of self-perception of effectiveness in cultural competence.

Profile 5: high CCA-S scores and inconsistency due to lower self-perception of effectiveness in cultural competence.

This group also coincides in being the youngest, and the one with the highest percentage of previous training in cultural competence.

Specific objective 9

Interpreting the scores of the profiles identified in Objective 8

The evaluation of cultural competence on the basis of profile discrimination makes it possible to observe and interpret training deficiencies and to take into account the elements that influence them. In this way, it is possible to generate more appropriate and effective training.

8. Difusió de la recerca

Artículos científicos

Artículo 1: Raigal-Aran L, Rifà-Ros R, Borruei-Llovera A, Ferré-Grau C. Revisión sistemática sobre las investigaciones en Competencia Cultural en los profesionales de salud en España. Rev ROL Enferm 2017; 40(11-12): 780-787



Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural EN LOS PROFESIONALES DE SALUD EN ESPAÑA

LAIA RAIGAL-ARAN: Doctoranda en Enfermería. Enfermera en el Pius Hospital de Valls. Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
 ROSA RIFÀ-ROS: Doctora en Enfermería. Profesora Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull, Barcelona.
 ANNA BORRUEI-LLOVERA: Doctora en Història. Enfermera responsable del Servei de Atenció al Usuari del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Profesora associada Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
 CARMÉ FERRÉ-GRÀU: Doctora en Psicologia. Profesora Departament de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
 Correos e.: laia.raigal@urv.cat; carme.ferre@urv.cat

Resumen

Se presenta la revisión sistemática para conocer el interés de la competencia cultural (CC) de los profesionales de salud españoles y los estudios para evaluar o mejorar esta competencia. Se consultaron PubMed, Dialnet, Cochrane Library, además de otras fuentes de información. Se obtuvieron tan solo dos estudios en los que se evalúa esta competencia en España y uno de ellos en el que se realizó un curso formativo en CC. Todos los demás eran revisiones bibliográficas o guías prácticas. Se realizó la revisión sistemática de un total de 9 artículos escogidos a través de los criterios PRISMA y que cumplieran los criterios CASPe.

Se hace evidente que, aunque se resalte la necesidad de mejorar esta competencia y la exigencia de tenerla en cuenta, aún se encuentra en un estadio primario. Frente a otros países como Canadá y Estados Unidos, España se encuentra un paso por detrás en el abordaje de esta competencia a nivel de for-

mación de grado, posgrado y formación continua del profesional. La posibilidad de tener una herramienta validada sería interesante para trabajar esta competencia en relación con otros países. Para futuras investigaciones se plantea desarrollar un rol proactivo en esta competencia y crear herramientas y programas que mejoren la CC en los profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: COMPETENCIA CULTURAL, SALUD, PACIENTE, INMIGRACIÓN, REVISIÓN SISTEMÁTICA, APOYO A LA FORMACIÓN PROFESIONAL, ESPAÑA, COMPARACIÓN TRANSCULTURAL.

SYSTEMATIC REVIEW ON CULTURAL COMPETENCE RESEARCH ON HEALTH PROFESSIONALS IN SPAIN

Summary

We conducted a systematic review to determine Spanish health professionals' interest on cultural competence (CC) and identify studies which evaluate and/or aim at improving this competence. PubMed, Dialnet, Cochrane Library, together with other sources of information were consulted. Only two studies evaluating CC in Spain were found, one of them discussing an actual training course on CC which had been carried out. All other papers were bibliographical reviews or practical guides. A systematic review of a total of 9 articles selected through the PRISMA criteria, meeting the CASPe criteria, was performed.

Even though the importance and the need to improve this competence are clear, CC in Spain among health professionals is still at its primary stage of development. Compared to other countries such as Canada and the United States, Spain is one step behind in tackling CC at undergraduate, postgraduate and continuous professional training levels. The possibility of having a validated tool would be interesting to work with this competence in relation to other countries. For future research we propose having a proactive role towards this competence, developing tools and programs to improve CC among health professionals.

KEYWORDS: CULTURAL COMPETENCE, HEALTH, PATIENT, IMMIGRATION, SYSTEMATIC REVIEW, PROFESSIONAL TRAINING SUPPORT, SPAIN, CROSS-CULTURAL COMPARISON.

Introducción

Los cambios socioeconómicos y políticos que se están produciendo a nivel mundial comportan lo que se conoce como migraciones entre poblaciones. Una de las consecuencias principales de esta situación son las sociedades multiculturales. Los orígenes de procedencia son muy diversos, pero la mayoría de las migraciones están condicionadas por la búsqueda de una vida mejor: la búsqueda del bienestar [1]. En España, la sanidad tiene un valor muypreciado debido a su fácil acceso y a la amplitud de prestaciones en comparación con la de otros países, en especial en relación con los países de origen de las poblaciones mayoritariamente migratorias. La Unión Europea encargó en 2014 a la Organización Mundial de la Salud [2] la realización de un estudio comparativo de sus sistemas sanitarios y, según este estudio, España se sitúa como uno de los diez países con mayor esperanza de vida y calidad en la atención sanitaria [3].

En la última década, los profesionales de la salud se han encontrado con un cambio en cuanto a la tipología de la población a la que han de prestar sus servicios. Este cambio está marcado por el aumento de pacientes inmigrantes que acuden a estos servicios solicitando los cuidados y atenciones que precisan en cada momento. Observar su comportamiento y percibir sus sensaciones nos invita a preguntarnos si los cuidados que les dispensan los profesionales se ajustan a sus necesidades—vinculadas sin duda a una cultura que, en algunos aspectos, puede diferir mucho de la autóctona— y que pueden percibirse por este colectivo como insatisfactorios.

Etnoenfermería hace referencia a la actitud poco acertada frente al paciente debido a una falta de competencia cultural

Leininger [4], ya en los años sesenta del pasado siglo, conceptualizó un modelo que se adapta perfectamente a esta situación: la enfermería transcultural. Las diferencias étnicas y culturales han jugado un papel conservador en la sociedad, que ha llevado a jerarquías y relaciones estamentales que han propiciado a situaciones de desigualdad y exclusión. Leininger habla de la etnoenfermería como aquella actitud poco acertada que se lleva a cabo frente al paciente debido a una falta de competencia cultural (CC). Este último concepto es originario de Campinha Bacote [5], que lo define como un «cuidado cultural aceptable».

Se decidió realizar una revisión sistemática para conocer cuales es el interés que hay en España sobre esta competencia. Se hizo una lectura de los artículos de González y Santamaría [5, 6] sobre la revisión sistemática y metaanálisis para producir una revisión sistemática rigurosa, informativa, exhaustiva y explícita.

El objetivo principal fue proporcionar una revisión sistemática de las investigaciones realizadas en España en torno a las aptitudes en CC de los profesionales de salud, así como la preocupación sobre este nuevo rol ante la diversidad cultural. De esta forma, se pretendió valorar las próximas líneas de investigación al respecto.

Metodología

Diseño

Esta revisión sistemática de la literatura se hizo siguiendo las reco-

SALUD Y CULTURA

TABLA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS. ELABORACIÓN PROPIA

Dónde fue publicado	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Cultura de los cuidados	-	Índex de Enfermería	-
Ciudad	Navarra	Almería	Sevilla	Almería	Madrid
Profesión diana	Profesionales de salud de atención primaria	Enfermería	Profesionales de salud	Estudiantes de enfermería	Enfermería
Objetivos	Analizar los fenómenos y contribuir a que los profesionales sanitarios puedan entender y mejorar la atención al paciente inmigrante	Estudio cuantitativo: cuantificar el tipo de diversidad cultural atendida en el hospital General Universitario de Alicante. Estudio cuantitativo: conocer el impacto de los profesionales sobre la asistencia a la diversidad cultural	Manual de atención sanitaria a inmigrantes	Conocer los contenidos en CC y competencia comunicativa intercultural que ofrece la formación reglada de los futuros profesionales enfermeros	Traducción de una guía de buenas prácticas en diversidad cultural en la atención sanitaria
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Estudio cuantitativo: análisis descriptivo retrospectivo Estudio cualitativo: fenomenológico	Manual	Revisión bibliográfica	Guía
Autor y año	Fuertes y Martín 2006	Fernández 2006	García 2007	Plaza del Pino y Soriano 2009	Moreno 2011
#Estudio	#1	#2	#3	#4	#3

mendaciones recogidas por la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), disponible en www.prisma-statement.org, conjuntamente con las indicaciones de González y Balaguer [6-8]. Se elaboró un protocolo interno de la extracción y síntesis de los resultados para evitar sesgos.

Primer paso: formulación del problema

¿CUÁL ES EL INTERÉS EN ESPAÑA SOBRE LA COMPETENCIA CULTURAL?

De esta pregunta principal, se derivan cuestiones como: ¿Cuál es el concepto que se tiene en España sobre CC? ¿Cuáles son las preocupaciones/dificultades de los profesionales de salud ante la diversidad cultural? ¿Se considera algún servicio más propicio a tener diversidad cultural? ¿Existen estudios donde se evalúe la CC en profesionales de salud en España? ¿Cómo se aborda el «mejorar» la CC en los profesionales de salud en España?

Segundo paso: localización y selección de los estudios

Se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science, Dialnet y Cochrane Library, y la base de datos interbibliotecaria de WordCat Discovery. Las palabras clave fueron «competencia cultural» y «salud». Se acotó

la búsqueda de artículos publicados a los últimos 10 años. A continuación, se seleccionaron los artículos que fuesen de origen español, debido al interés en analizar el campo de investigación en España. Se incluyeron investigaciones primarias y secundarias, excluyendo los artículos que no estaban disponibles en texto completo.

Tercer paso: evaluación de la calidad de los estudios

Finalmente, se suprimieron los artículos duplicados, cartas al director y artículos que no cumplían los criterios Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) disponibles en <http://www.redcaspe.org>. Se seleccionaron un total de 9 artículos.

TABLA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS. ELABORACIÓN PROPIA

1

Revista Pediatría de Atención Primaria	Index de Enfermería	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Procedia – Social and Behavioral Sciences	Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Zaragoza	Barcelona	Navarra	Barcelona	Barcelona
Pediatras	Profesionales de salud	Profesionales de salud	Estudiantes de enfermería	Profesionales de salud
Identificar las barreras culturales en la atención al paciente inmigrante	Analizar los resultados del diagnóstico de la capacitación de los profesionales de salud del Parc de Salut Mar de Barcelona en referencia al Proyecto de Mejora de la Competencia Clínico Cultural.	Dar a conocer los aspectos que se recogen en la literatura sobre los retos a los que los profesionales de la salud se enfrentan en su día a día teniendo presente la realidad multicultural existente y las estrategias utilizadas para hacerles frente.	Evaluar el impacto y los beneficios de un curso de competencias culturales en estudiantes de Enfermería	Guía para los profesionales para garantizar una gestión respetuosa con todas las opciones espirituales y religiosas.
Revisión bibliográfica	Estudio descriptivo transversal	Revisión narrativa	Estudio casi-experimental con pretest y post-test	Guía
Macipe y Gimeno 2007	Serra, Mestres, González, Leyva, Sánchez y Montiel 2013	Belinbion, López- Dicastillo 2014	Garcimartin, Serra, González, Mestres y Leyva 2014	Busquets, Fons, Massallé y Padrós 2015
#5	#6	#7	#8	#9

Cuarto paso: proceso de extracción de datos

Toda la información de los artículos seleccionados se recogió por variables: autores, ciudad, el año de publicación, los objetivos, población a quien va dirigido el estudio, tipo de estudio y revista de publicación (tabla 1). También se realizó una tabla para facilitar el análisis de los ítems de interés (tabla 2).

Se valoraron de forma independiente en la discusión el riesgo de sesgo en establecer la calidad de los documentos primarios y secundarios.

En una primera intención se quiso realizar una revisión Cochrane, pero dada la inexistencia de ensayos al respecto, se decidió seguir para el análisis crítico las recomendaciones de la CASPe para revisiones sistemáticas [9]. Las autoras debatieron sobre la selección de los artículos finales.

Resultados

- Resultados de la selección de los artículos: pueden consultarse en la figura 1.
- Resultados de la revisión de los artículos: es posible examinarlos en la tabla 2.
- Resultados del contenido de los artículos: se decidió analizar el contenido en dos bloques siguiendo la tabla de los resultados de la revisión de los artículos (tabla 2).

1.º bloque de interés: diversidad y competencia cultural para los profesionales de la salud

¿Qué se define como competencia cultural en España?

Este término apareció en la literatura internacional alrededor de los años setenta del siglo pasado. La disciplina donde surgió fue la antropología, en Estados Unidos y Inglaterra [9-14]. En esos momentos, el interés estaba focalizado en el estudio de minorías, grupos étnicos y religiosos lejanos a nuestro contexto cultural. Sin embargo, este interés ha ido evolucionando con la multiculturalidad creciente de las poblaciones. La comprensión y adquisición de la CC en estos momentos está resultando

SALUD Y CULTURA

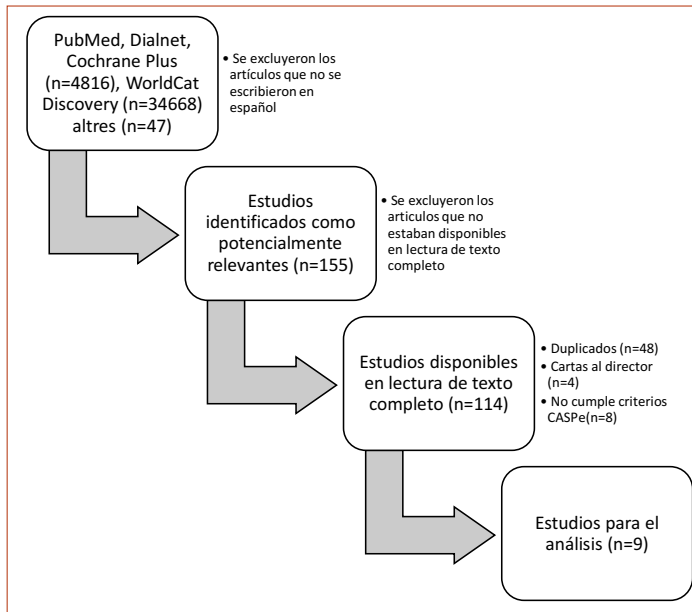


Figura 1: Diagrama de flujo de la información a través de 4 fases según los criterios de la declaración PRISMA. Elaboración propia.

de gran interés debido a la evidente diversidad social [15-16]. Se entiende CC como un conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos en los que el profesional debería tener capacidades adquiridas para ofrecer unos cuidados centrados en la particularidad de cada paciente. Se puede pensar que esta competencia va más allá de la práctica diaria y que es algo especial y particular, pero es todo lo contrario. Macipe [11] hace referencia a que no se trata de habilidades diferentes a las necesarias para efectuar una atención adecuada a los pacientes, aplicando las habilidades necesarias para un enfoque centrado en la persona.

La CC incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de aquellos colectivos con diferencias culturales marcadas que sean frecuentes en el contexto laboral [5-16]. Serra *et al.* [9] la define como «la capacidad de trabajar eficazmente y con sensibilidad en contextos culturales diversos».

A) BARRERAS CULTURALES CON LAS QUE SE ENCUENTRA EL PROFESIONAL DE SALUD

La barrera idiomática representa una dificultad evidente. En las revisiones bibliográficas se hace referencia a que los hijos desenvuelven un rol de mediadores. Pero Belintxon y López-Dicastillo [13] refieren que esta barrera no es la más difícil con la que se encontraran los profesionales de salud. Son obstáculos importantes el desconocimiento de la oferta del sistema sanitario, las diferencias culturales respecto al continuo salud-enfermedad y los problemas socioeconómicos y laborales [16-19]. En la revisión de Fuertes y Martín [18], aparecen evidencias de que la población inmigrante acude con menos frecuencia a los centros de salud, y que, en ocasiones, cuando acuden, presentan procesos avanzados de enfermedad.

B) SERVICIOS CON MÁS DIVERSIDAD CULTURAL Y ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE INMIGRANTE

Los centros de salud y los servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y, por lo tanto, donde primero acuden los inmigrantes [11-18].

Un campo de interés son las mujeres inmigrantes, como un foco crucial de los cuidados transculturales. El foco se ha de poner en las desigualdades de género y salud, las diferentes pautas reproductivas y de fecundidad, la anticoncepción y en la morbilidad asociada al embarazo y parto [10-19].

Otro foco poblacional que se plantea una intervención es la infancia. García *et al.* nos hablan de la necesidad de conocer la historia clínica del niño que a veces resulta difícil debido a la barrera idiomática de los padres. En este ámbito, se da mucha relevancia a la vacunación, con el establecimiento de estrategias como el conocimiento de los calendarios de vacunación de los países de origen, así como de protocolos de vacunación en ausencia de documentación [16].

En el campo de la salud mental, Sayed-Ahmad *et al.* [16] expresan que la migración no representa en sí misma una causa de trastorno mental. No obstante, define factores de riesgo, como que el inmigrante no este sano o padezca discapacidades, el medio de acogida le sea hostil o que se den ambas circunstancias.

En relación con las enfermedades por las que consultan al sistema sanitario, si nos imaginamos una pirámide, según Fuertes y Martín [18], en la parte superior tendríamos las enfermedades importadas como el motivo por el que menos acuden a Atención Primaria y, a continuación, las enfermedades de base genética, reactivas o de adaptación y, por último, las adquiridas. Aun así, se tiene que tener especial cuidado con esas enfermedades que pueden quedar latentes, ya que suelen ser enfermedades graves. Los mismos autores ci-

ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA LA REVISIÓN SISTEMÁTICA. ELABORACIÓN PROPIA								
1.º BLOQUE					2.º BLOQUE			
	¿Define el concepto de CC?	¿Se centra en un perfil particular de cultura?	¿Define barreras culturales?	¿Sobre qué disciplina de salud se centra?	¿Se habla de un servicio en concreto a tener en cuenta la CC? ¿Cuál?	¿Habla de alguna herramienta de evaluación de la CC?	¿Opina sobre el «grado» de CC de España? (si afirmativo, de qué forma: positivo o negativo)	¿Se plantea futuras líneas de intervención o mejora?
#1	✓	✗	✓	General	✓ Atención Primaria	✗	✓ Negativo, precisa cambios	✓
#2	✓	✗	✗	General	✗	✗	✗	✓
#3	✓	✗	✓	General	✓ Mujer, infancia, salud mental	✗	✗	✓
#4	✓	✗	✗	Enfermería	✗	✗	✓ Negativo, falta formación	✓
#5	✓	✗	✓	General	Atención Primaria	✗	✗	✗
#6	✓	✗	✗	General	✓ Salud mental, geriatría y materno-infantil	✓ Cuestionario de Competencia Clínico Cultural, Versión Precapacitación	✗	✓
#7	✓	✗	✓	General	✗	✗	✗	✓
#8	✓	✓	✗	Enfermería	✗	✓	✓ Negativo, falta formación	✓
#9	✓	✓	✓	General	✗	✗	✗	✗

tan un estudio descriptivo de los motivos de consulta de los inmigrantes en los que la mayoría de incidencias de patologías se podrían relacionar con sufrimiento psicológico.

2.º bloque de interés: interés sobre la competencia cultural en España

¿Que se está realizando en España para mejorar la CC?

En esta revisión, se encontraron dos guías sobre CC en Andalucía y Cataluña. En Cataluña la guía se llama *Guía per al respecte a la diversitat religiosa en centres sanitaris de Catalunya* [12] y en Andalucía se llama *Manual de atención sanitaria a inmigrantes* [16]. Este último remarca que una de las dificultades en el proceso de atención a la población inmigrante es la «falta de formación en aspectos clínicos y CC» por parte de los profesionales y a «formación deficitaria en los aspectos socioculturales de los procesos patológicos». Describe dos tipos de actitudes desfavorables: las hiperprotectoras y las de rechazo. Este manual explica las dificultades que se pueden encontrar los profesionales de diferentes servicios y presenta estrategias para gestionarlas. La guía catalana está enfocada en la misma línea que la andaluza, pero también va dirigida a los usuarios, como herramienta informativa de los servicios espirituales.

Fuertes y Martín [18] proponen utilizar el modelo de Western Ontario¹ para entrevistar a los pacientes inmigrantes como herramienta para mejorar los cuidados transculturales, también seleccionada en el manual andaluz

1. El método clínico centrado en el paciente de Western Ontario: modelo centrado en la comunicación con el paciente y que consta de: a) exploración de la enfermedad y la dolencia; b) comprensión de la persona; c) buscar puntos comunes con respecto al plan; d) incorporar la prevención y la promoción de la salud; e) incrementar la relación médico-paciente y f) ser realista.

Por desconocer la oferta sanitaria, la población inmigrante acude con menos frecuencia a los centros de salud y a menudo presenta procesos avanzados de enfermedad

SALUD Y CULTURA

[16]. Entre otras propuestas para ayudar en la práctica asistencial tenemos el documento «Diversidad cultural en la atención sanitaria», una guía canadiense traducida al castellano. Esta cuenta con unos protocolos para las buenas prácticas en CC en el contexto individual, externo e institucional [19].

En los estudios de formación de grado en enfermería, algunas universidades han integrado asignaturas que tratan aspectos relativos a los cuidados culturales. Algunas de estas asignaturas son: «enfermería transcultural», «los cuidados globales de enfermería» y «enfermería antropológica» [17].

¿Qué se propone para mejorar la competencia cultural?

Fuertes y Martín [19] creen que en los servicios donde se atiende inmigrantes se precisa un conocimiento previo por parte de los profesionales de la vivencia salud-enfermedad de la población atendida. En otros artículos, aparece la necesidad de la formación, tanto para los profesionales como para los inmigrantes [12-19]. En consonancia, se encuentra la guía andaluza, que, en su segundo plan, plantea «dejar de trabajar para la población inmigrante y pasar a trabajar con ella» en un marco de colaboración mutua y de esfuerzo bidireccional en relación con la cultura acogedora [16]. Plaza del Pino y Soriano [17] concluyen también que resulta necesaria la formación específica en este campo para poder atender y cuidar adecuadamente a la diversidad de pacientes. Otros autores consideran que esta formación debería ser de carácter transversal [19].

Plaza del Pino y Soriano concluyen en su estudio que la formación cultural en el grado de enfermería resulta aún limitada. Afirman estar convencidos de la necesidad de abordar a corto plazo una formación específica en CC, a nivel de grado, posgrado y en formación continuada en la disciplina de Enfermería [17].

Estudios de evaluación de la competencia cultural realizados en España

En la revisión tan solo se encuentra el artículo de Serra *et al.* [9], donde se analiza la CC a partir de una herramienta proporcionada por un proyecto llamado European Migrant Friendly Hospitals, iniciado en 2005. Se utilizó un cuestionario para valorar la capacidad del personal para adquirir competencias culturales, el Cuestionario de Competencia Clínica Cultural-Pre (CCCTQ-PRE). Se realizó un estudio descriptivo transversal con 573 cuestionarios recogidos de profesionales de salud del Parc de Salut del Mar (Barcelona). La participación fue multidisciplinar. Los resultados mostraron un mayor conocimiento de aspectos socioculturales en las áreas materno-infantil y de salud mental. Mientras que en el área de geriatría se manifestó un menor grado de conocimiento. Los médicos afirmaron tener más habilidades para tratar con aspectos socioculturales, seguidos de las auxiliares y, por último, las enfermeras. Más del 75 % de los participantes manifestaron la necesidad de recibir preparación en diversidad cultural y salud. Para finalizar, como dato relevante, fueron las áreas de geriatría y materno-infantil las que percibían una mayor necesidad formativa, siendo la quirúrgica la que menos. Los resultados pueden considerarse representativos/significativos de la realidad de los centros asistenciales, dada la alta participación.

Posteriormente, Serra, como coautora, aparece en un estudio dirigido por Garcimartín *et al.* [10], enfocado a mejorar la CC en los estudiantes de Enfermería. Se creó una asignatura en CC y se evaluó su efectividad pre-post. La formación se situó en el 3.º año de formación. Se recogieron 43 cuestionarios de alumnos de entre 20-46 años. Todas las dimensiones mejoraron después de la formación: conocimiento, habilidades, sensibilidad y conciencia.

Discusión

En total fueron escogidas 3 guías, 3 revisiones bibliográficas y 3 estudios (tabla 1). Se decidió escoger las guías por la aportación significativa del objetivo de esta revisión sistemática. Estas dan información de las acciones que se están realizando en España sobre CC en los profesionales de salud. Sorprendió el hecho de que hubiese tan poca bibliografía al respecto y tan pocos estudios empíricos realizados. Este hecho tal vez cuestione los resultados, pero, a nuestro parecer, es remarcable la situación en investigación sobre este tema.

En todos los artículos se habla de una creciente población extranjera que ha generado un replanteamiento de la atención al paciente. Además, se centran en los inmigrantes que proceden de países en vías de desarrollo y que, por lo tanto, se mueven por motivos económicos o de seguridad. En todos los artículos aparecen definiciones de esta competencia similar y las barreras culturales se asemejan. Salud mental, salud materno-infantil, geriatría y Atención Primaria parecen ser los focos de diversidad cultural que más preocupan a los profesionales.

En lo que se refiere a las iniciativas para mejorar o ayudar en la CC de los profesionales de salud, hemos hallado dos. En primer lugar, las guías/manuales hechos en Cataluña y Andalucía. La razón de su confección y publicación en estas dos comunidades autónomas tal vez estriben en que estas dos son las que han experimentado un mayor crecimiento de población inmigrante en comparación con otras comunidades [20-21]. Aun así, el papel de una guía a nivel práctico para los profesionales que trabajan en la asistencia puede ser poco efectiva. En segundo lugar, existen los dos estudios que surgieron de un grupo de investigación del Parc de Salut del Mar (Barcelona) llamado Competencia Cultural. Estos estudios de Serra y Garcimartín [9-10] evidencian un interés por par-

te de los profesionales de salud en CC (en este caso, enfermería), utilizando una herramienta de evaluación de la cual no se ha encontrado su validación al castellano.

Parece sorprendente que, dado el número de revisiones bibliográficas existentes desde 2006 sobre CC y la preocupación que se muestra por mejorarla en el contexto español, no se hayan encontrado programas o investigaciones potencialmente relevantes. Esta revisión servirá como punto de partida para estudiar una realidad que preocupa a los profesionales de salud y que no tiene un respaldo formativo hoy día ni herramientas para valorar el grado de CC de los profesionales.

Conclusiones

Se ha encontrado una evidente preocupación ante la creciente población inmigrante que se atiende en los hospitales y, a su vez, un interés en formar a los profesionales en CC.

Los resultados de la selección de los artículos demuestran cuál es el estado de las investigaciones sobre la CC en salud en España: contemplativo.

Tras la revisión sistemática, se propone la creación de una herramienta que permita evaluar la CC de los profesionales, así como futuros cursos de formación a profesionales con una evaluación pre-post intervención. También sería interesante la evaluación y análisis de la formación universitaria que se está realizando en las disciplinas de salud y potenciar así un papel proactivo en CC en salud.

Bibliografía

- [1] La migración mundial en cifras [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, 2013 [Citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/mig/SPANISH.pdf>
- [2] OMS. Los Sistemas Sanitarios de la Unión Europea del siglo XXI [Internet]. 2014 [Citado 22 Feb 2016]. Disponible en: https://www.uniss.gov.es/estadEstudios/estadisticas/occs/Sist_sznUEXXI.pdf
- [3] Carta A. La Sanidad Española, entre las mejores de la UE, según la mayoría de los indicadores. ABC [Internet]. 2014 [Citado 22 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.abc.es/sociedad/20140906/abc-comparativa-espana-salud-201409062318.html>
- [4] Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice. Nueva York: 2002. 621 p.
- [5] Campinha-Bacote J, Transcultural F, Asociados CARE. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. Journal Transcultural Nursing [Internet]. 2002 [Citado 8 Feb 2017];13(181). Disponible en: <http://tcn.sagepub.com>
- [6] González de Dios J, Balaguer Santamaría A. Revisión sistemática y metanálisis (I): conceptos básicos. Evidencias en Pediatría. 2007; 3(4): 21.
- [7] González de Dios J, Balaguer Santamaría A. Revisión sistemática y metanálisis (II): evaluación crítica de la revisión sistemática y metanálisis. Evidencias en Pediatría. 2008;4(1): 19.
- [8] Urrutia G, Bonfil X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. Medicina Clínica (Barcelona) [Internet]. [Sevier: octubre de 2010] [citado 6 Feb 2017]; 135(11): 507-11. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775310001454>
- [9] Serra Galceran M, Mestre Camps L, González Soriano M, Leyva Moral JM, Sánchez RDD, Montiel Pastor M. Competencia cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. Index de Enfermería [Internet]. Fundación Index; junio de 2013 [Citado 8 Feb 2017]; 22(1-2): 16-9. Disponible en: http://scielo.scll.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100004&lng=en&nrm=iso&lng=en
- [10] Garcemartin Cerezo P, Galceran S, Soriano G, Camps LM, Moral JL, Soriano E, et al. Design and evaluation of an educational course in cultural competence for nursing. Procedia - Social and Behavioral Sciences [Internet]. 2014 [Citado 18 Feb 2017]; 132: 262-8. Disponible en: www.sciencedirect.com
- [11] Maíce Costa RM, Gimeno Feliú LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Pediatría Atención Primaria. Revista Pediatría de Atención Primaria; 2011; 13(50): 299-319.
- [12] Busquets JM, Fons C, Massalé A, Padrós J. Guia per al respecte a la diversitat de creences als centres sanitaris de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2015. 185 p.
- [13] Beintxon M, López Dícastillo G. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. Anales Sistema Sanitario Navarra. 2014; 37(3).
- [14] Osorio Merdian MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud, necesidad emergente en un mundo globalizado. Index de Enfermería. 2008; 17(4): 265-270.

Los estudios en competencia cultural en España son por ahora contemplativos, pero los necesitamos proactivos, para que analicen, por ejemplo, mejoras en la formación universitaria en materia de competencia cultural

- [15] Ibarra Mendoza TX, González JS. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería. 2006; 15(55): 44-8.
- [16] García Galán R, coordinador. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. 383 p. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/salud/gaenias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
- [17] Plaza del Pino FJ, Soriano E. Formación de los profesionales de enfermería. Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. Index Enfermería [Internet]. 2009 [Citado 7 Feb 2017]; 18(3): 190-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300011&lng=es&lng=en
- [18] Fuentes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2006, p. 9-25.
- [19] Moreno M. Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural. Entornos laborales saludables. Guías buenas prácticas. IRYAD-Investin. 2007. Disponible en: http://naa.ca/sites/naa-ca/files/Aceptacion_de_la_diversidad.pdf
- [20] Fernández de Molina MA. Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. Cultura de los Cuidados. 2008; 20: 62-8. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/86571/culturacuidados_20_8.pdf
- [21] Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población a 1 de enero de 2016. Estadística de Migraciones 2015. Adquisiciones de Nacionalidad Española de Residentes 2015. Notas de Prensa [Internet]. 2016 [Citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>

Article 2 (resumen): Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. Cultural Competence Assessment: Adaptación cultural, validación psicométrica al castellano y propuestas de mejora. Gac Sanit. 2018;32(Espec Congr):141-299

266

XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIII Congreso da Associação Portuguesa de Epidemiologia

predicción, utiliza directamente los algoritmos de los scores de riesgo que son métodos de estimación del riesgo cardiovascular basados en modelización matemática. Se obtienen mediante estudios epidemiológicos de cohortes con seguimiento prolongado. Estos modelos multifactoriales permiten estimar el riesgo de presentar un episodio cardiovascular generalmente en 10 años. La nueva versión 2.0 ofrece mejoras en el entorno gráfico de usuario (GUI) y en los formatos de ficheros que admite, además de elaborar gráficos con los resultados obtenidos. Está desarrollada en Shiny. El código fuente del proyecto está alojado en GitHub y disponible bajo licencia GNU/GPL. Desde el entorno gráfico principal, debemos suministrarle una base de datos en la que hemos recogido, para cada individuo, las variables sexo, edad, colesterol, HDL, TAS, TAD, fuma, diabetes e hipertrofia. Además de esto, seleccionaremos el modelo que deseamos aplicar: Framingham clásico, Framingham-Wilson, Regicor, Dorica, Score de riesgo alto o Score de riesgo bajo. El resultado obtenido es una nueva columna de datos, con los resultados de la estimación de riesgo cardiovascular para cada uno de los individuos de la base y según el modelo seleccionado. Conclusión: la nueva versión de CVRCALC, rediseñada y desarrollada en Shiny, ofrece la posibilidad de utilizar el programa directamente a través de la web y aumenta las posibilidades de interacción tanto a la hora de suministrarle datos como a la hora de visualizar y descargar los resultados.

307. UTILIDAD DE LOS MODELOS PREDICTIVOS. ANÁLISIS DE CURVA DE DECISIÓN (DCA). MODELO EMPIRE

B.M. Fernández-Félix, J. Allotey, K.S. Khan, S. Thangaratnam, A. Muriel, J. Zamora

Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal (IRYCIS); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); QMUL's Barts Research Centre for Women's Health (BARC), Queen Mary University of London.

Antecedentes/Objetivos: Los métodos estadísticos habituales para evaluar los modelos de predicción se basan en valorar su rendimiento como discriminación y calibración. Estos métodos no incorporan información de la utilidad del modelo. Un modelo preciso no siempre es un modelo útil en la práctica clínica. El objetivo del estudio es evaluar la utilidad clínica del modelo EMPIRE de predicción de crisis epiléptica en mujeres embarazadas.

Métodos: Usamos el conjunto de datos del estudio multicéntrico EMPIRE, que incluyó 399 mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento antiepiléptico en 50 unidades de maternidad del Reino Unido entre 2011 y 2014. Desarrollamos y validamos, interna y externamente, el modelo EMPIRE para predecir crisis epilépticas en el embarazo y hasta 6 semanas después del parto. El modelo incluyó tipo de crisis, edad en la primera crisis, antecedentes de enfermedad mental o dificultad de aprendizaje, presencia de crisis tónico-clónicas y no tónico-clónicas en los 3 meses previos al embarazo y dosis de lamotrigina. Evaluamos la utilidad clínica del modelo EMPIRE para la decisión de derivar a las mujeres a niveles asistenciales especializados con un seguimiento más estricto mediante un análisis de curva de decisión (DCA). Fijamos un umbral p_i para esta decisión y calculamos el beneficio neto para las diferentes estrategias de actuación (derivar a todas las mujeres, no derivar a ninguna o derivar según riesgo predicho). Se consideró la estrategia óptima aquella con el mayor beneficio neto.

Resultados: El modelo EMPIRE mostró un buen rendimiento en términos de discriminación con un área bajo la curva ROC de 0,78 (IC95% 0,74;0,82) y de calibración, testada gráficamente. Para el umbral de probabilidad de $p_i = 0,25$, fijado por un consenso de expertos, el beneficio neto de usar el modelo EMPIRE para tomar la decisión de derivación de las pacientes fue de 0,297. El beneficio neto para las estrategias alternativas de derivar a todas las pacientes o no derivar a ninguna fue 0,278 y 0, respectivamente. El uso del modelo evitaría una derivación incorrecta de 6 de cada 100 mujeres.

Conclusiones/Recomendaciones: El modelo EMPIRE puede ser usado para predecir el riesgo de crisis en mujeres embarazadas con epilepsia en tratamiento. Ha mostrado un buen rendimiento predictivo, y utilidad para la práctica clínica. El uso del modelo facilitará las decisiones sobre el manejo óptimo de estas mujeres personalizado a su perfil de riesgo.

865. COMMUNITY HEALTH BEYOND THE P-VALUE: HOW QUALITATIVE METHODOLOGIES CAN SUPPORT EVALUATION RESEARCH

V. Cassetti, T. Sanders, A. Barnes

University of Sheffield.

Background/Objectives: Evaluating community interventions presents a challenge to traditional evaluation designs as communities are complex systems where it is difficult to account for the variety of factors affecting outcomes in health or in the social determinants. In recent years, in Spain, health promotion interventions implemented in local neighbourhoods have increasingly adopted an asset-based approach to design and deliver the intervention, which centres on working in partnership with local people and local organisations to enhance or improve the use of available resources (assets). However, understanding how these interventions actually work is challenging. This study aims to explore how asset-based approaches can promote health and reduce inequalities when implemented in less advantaged neighbourhoods.

Methods: Qualitative methodologies and theory-based evaluation approaches have been chosen to explore the perceived impact of an asset-based intervention in a local community in Spain. A theory of change about how the programme is expected to work has been developed, and field data will be collected using ethnographic methodologies combined with more participatory tools. The findings will be analysed using thematic analysis and contrasted with findings from the literature on asset-based approaches to promote health in communities, to develop a conceptual model of how these types of interventions work.

Results: A theory of change of the intervention has been co-produced with programme staff. It has shown how the programme has changed over the years to adapt to the needs and demand of the people and organisations it works with. A timeline of the programme has been developed as a result of the theory of change workshop. Assumptions have been discussed and areas where more information is needed about how the programme works have been identified. This has informed the focus of the field research. Data will be collected to respond to those gaps in the understanding of the intervention and will be contrasted with the theory of change to check initial assumptions.

Conclusions/Recommendations: Evaluating interventions in local communities is challenging and new approaches are needed. Qualitative methodologies, although often underestimated, can enhance the understanding of how complex health programmes adapt when implemented in complex systems like communities. When combined with more participatory approaches such as theory of change tools, qualitative research can contribute to provide valuable data on the mechanisms through which health programmes can achieve changes at local level and on the impacts which can be associated with the intervention.

Funding: Beca University Prize, de la Universidad de Sheffield.

787. CULTURAL COMPETENCE ASSESSMENT: ADAPTACIÓN CULTURAL, VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA AL CASTELLANO Y PROPUESTAS DE MEJORA

L. Raigal Aran, C. Ferré Grau, A.G. Belzunegui Erasó

Universitat Rovira i Virgili.

Antecedentes/Objetivos: Desde hace años, España ha sido el objetivo de inmigración para muchas personas. Acorde a esto, la población española ha ido cambiando progresivamente, volviéndose cada vez más culturalmente diversa. Por este motivo, la competencia cultural (CC) se ha convertido en un requisito fundamental para la sociedad y las instituciones. Concretamente, existe un sector en el que la adquisición de esta competencia repercute directamente en las personas, e indirectamente en la economía: hablamos del sector sanitario. El objetivo de este trabajo es adaptar y validar la primera herramienta al castellano que evalúe el constructo de Competencia Cultural en los profesionales de salud acorde a un modelo de atención cultural.

Métodos: El instrumento escogido fue de las autoras Schim et al (2003) acorde con su modelo de congruencia cultural: Cultural Competence Assessment (CCA). Se sometió a una traducción inversa, al método Delphi y a una prueba piloto. El análisis estadístico y métrico se realizó de una muestra de 576 profesionales de la salud de la atención clínica. Participaron profesionales de 54 instituciones distintas incluyendo desde hospitales de tercer nivel hasta consultorios rurales.

Resultados: La adaptación no presentó dificultades, tan solo algún término que se cambió debido a la concepción sociocultural: "cliente" por "paciente"; se incluyó "internet" en un ítem enfocado a la búsqueda de información. El análisis de fiabilidad de la CCA-Castellano demostró una adecuada consistencia interna global y de cada subescala (Total CCA-C: α : 0,86; conciencia-sensibilidad (10 ítems, α : 0,83) y búsqueda de información-comportamiento (15 ítems, α : 0,86). Para confirmar esta consistencia, se realizó la correlación media inter-ítem. Todos los ítems tuvieron valores $> 0,15$ menos uno (1,3) pero este obtuvo una desviación típica adecuada (1,8). El análisis factorial confirmatorio (KMO $< 0,05$) mostró una varianza total explicada del 50% con 2 factores. La estabilidad temporal se midió a través del retest (n = 84, Pearson: 0,53; Spearman: 0,57) con un intervalo de media 32 días.

Conclusiones/Recomendaciones: El modelo de Congruencia cultural define 4 categorías: conciencia cultural, sensibilidad cultural, búsqueda de información y comportamiento activo. El instrumento original las agrupa en 2 subescalas. Aunque el instrumento resulte válido al castellano con dos subescalas, parece interesante en un futuro analizar los ítems, tal y como se hizo en la versión italiana. El AFE muestra que el 64% de la varianza sería explicada con 4 factores. Esto permitiría analizar mejor y poder desarrollar una formación adecuada con las carencias en CC. Se propone realizar un método Delphi con en análisis factorial exploratoria para determinar esta hipótesis.

CO32. Tabaco

Jueves, 13 de septiembre de 2018. 17:15-19:15
Aula 7

Moderan: Sofía Belo Ravara y Xavier Continente García

748. CONSUMO DE TABACO Y CANNABIS EN ESTUDIANTES DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE CATALUÑA (ESTUDIO ECTEC)

C. Martínez, M. Fu, Y. Castellano, A. Baena, A. López, A. Bueno, K. Laroussy, E. Fernández

Unidad de Control del Tabaco, Instituto Catalán de Oncología; Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona; Universitat Oberta de Catalunya; Centro de Atención Primaria de Roses; Centro de Atención Primaria de Valls.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermeras son agentes de salud claves en la prevención y control del tabaquismo. Sin embargo, se desconoce cuál es la prevalencia de consumo de tabaco y cannabis de las estudiantes de enfermería en Cataluña. Los objetivos de este trabajo son analizar la prevalencia de consumo de tabaco y cannabis en estudiantes de enfermería, describir sus determinantes y patrón de consumo.

Métodos: Estudio multicéntrico de prevalencia mediante cuestionario autocumplimentado, dirigido a todas las estudiantes del Grado de Enfermería de Cataluña durante el curso 2015-16. Las preguntas incluían información sobre el consumo de productos del tabaco (cigarrillos manufacturados y de liar, shisha, cigarrillos electrónicos) y cannabis, además de diversas variables sociodemográficas. Se realizó un análisis descriptivo y se calcularon odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95% para estudiar los factores relacionados con el consumo.

Resultados: La participación fue del 57,2% (n = 4.381). El 29,7% fumaban (18,4% diariamente y 11,3% ocasionalmente). El consumo diario aumentaba con la edad (≤ 19 : 10,8%; 20-24: 20,0%; ≥ 25 : 27,6%; $p < 0,001$). Entre quienes fumaban, el 66,4% consumía cigarrillos manufacturados, el 47,0% de liar, el 10,0% shisha y el 0,4% cigarrillos electrónicos. El 71,5% presentaba una dependencia baja a la nicotina. Los principales predictores de fumar fueron: ser ≥ 25 años (OR: 2,57, IC95%: 2,03-3,26) y provenir de otras comunidades autónomas (OR = 1,82, IC95%: 1,30-2,54). El 11,5% consumía cannabis (diaria u ocasionalmente), principalmente los hombres (OR = 2,81, IC95%: 2,11-3,73).

Conclusiones/Recomendaciones: El consumo de tabaco en este colectivo es elevado. Sería recomendable realizar campañas en las Universidades para fomentar el abandono de tabaco y cannabis, teniendo en cuenta que la dependencia a la nicotina es baja y que el consumo se consolida con edad.

Financiación: Consejo de Enfermeras de Cataluña.

568. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

C. Vidal, M. Fu, N. Travier, M. García

Instituto Catalán de Oncología-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio fue identificar grupos de población que podrían obtener un mayor beneficio neto de intervenciones preventivas (cesación tabáquica y cribado de cáncer de pulmón) adaptadas a su riesgo individual.

Métodos: Se utilizó la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012 (n = 21.006) para estimar la proporción de dos perfiles de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón: 1. Individuos de alto riesgo: 55-74 años, con historia de consumo de 30 paquetes-año y en caso de ser exfumador, haber abandonado el consumo de tabaco hace ≤ 15 años (criterios NLST) y que, además, obtuviesen un riesgo $\geq 2\%$ de desarrollar cáncer de pulmón en seis años según el modelo de predicción de riesgo PLCom2012. Por su riesgo inmediato, estos individuos serían susceptibles de beneficiarse de alguna estrategia de detección precoz. 2. Individuos potencialmente a riesgo: fumadores menores de 55 años que alcanzarían los criterios NLST si mantenían el consumo de tabaco pero que evitarían ser población de alto riesgo si abandonasen el hábito tabáquico. Finalmente, se estimó el número absoluto de personas que se incluirían en cada uno de los perfiles de riesgo mediante la extrapolación de los resultados del análisis de la ENSE a los datos de la población española (censo 2014).

Resultados: La proporción de individuos de alto riesgo fue de 2,5% (4,4% en hombres, 0,9% en mujeres), mientras que la proporción de individuos potencialmente a riesgo fue de 4,5% (6,0% de los hombre, 3,1% de las mujeres). En cifras absolutas, los grupos de población diana

Article 3: Raigal-Aran, L., Ferré-Grau, C., i Belzunegui-Eraso, A. (2019). The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement. *Nurse Education Today*, 72, 47-53. <http://doi.org/10.1016/J.NEDT.2018.10.011>

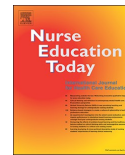
Nurse Education Today 72 (2019) 47–53



Contents lists available at ScienceDirect

Nurse Education Today

journal homepage: www.elsevier.com/locate/nedt



The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement



Laia Raigal-Aran^{a,*}, Carme Ferré-Grau^a, Angel Belzunegui-Eraso^b

^a Nursing Department, Faculty of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain

^b History and Art History Department, Faculty of Arts, Universitat Rovira i Virgili, Avinguda Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Cultural competence
Healthcare professionals
Minority groups
Transcultural
Scale
Measurement
Psychometrical study

ABSTRACT

Background: Cultural competence (CC) is becoming an essential component of healthcare professionals. There is a gap in the research evaluating CC in order to develop competency-based approach programs. Spain has become a multicultural society and it is necessary to evaluate and promote CC attitudes to reduce the disparity of care for vulnerable and minority groups.

Objectives: To adapt and validate the Cultural Competence Assessment (CCA) of Schim et al. (2003), to get evidence-based data of CC in Spanish healthcare professionals.

Method: A process of translation/back-translation and cultural adaptation was carried out in accordance with international standards. An on-line cross-sectional survey questionnaire was used. Statistical and metrical analysis was based in a sample of 568 healthcare professionals who worked daily with patients in a health care institution in South Catalonia in 2018.

Results: The results of the exploratory factorial analysis and subsequent confirmatory analysis showed that the data had an adequate fit for a four-factor model. The reliability analysis results confirm an acceptable consistency for each subscale: active behaviour (0.86), seeking information (0.86), awareness (0.94), and sensitivity (0.69). ANOVA showed no differences between healthcare professionals, age and gender. The scores showed a normal distribution and it was proposed a standardization of scores.

Conclusions: The translation and transcultural-validation process of the CCA resulted in a Spanish-language for the 25 items, like the original. The psychometric analysis proved that the Spanish version is a reliable and valid instrument. This scale is going to be useful to analyze healthcare professional's attitudes to create effectiveness training programs focused on specific needs. The four-factor model and the standardization of the scores will be useful to achieve future objectives about research in cultural competence in healthcare professionals.

1. Introduction

Cultural competence (CC) is a concept that has emerged recently from the sociodemographic changes. In general, it is a set of skills that allows someone to increase their understanding and appreciation of cultural differences between groups. Many things make up a person's cultural identity: country of origin, language, race, ethnicity, education, family, spiritual traditions, traditional medical and dietary practices, and much more. Globalization grows multicultural societies, and interaction between cultures emerge. Even though it could lead as a richness in social aptitudes, cultural heritage shows interactions based on superior-subordinate relationship (Ke and Hsu, 2015).

Healthcare providers should be made aware of racial and ethnic disparities in healthcare. But the educational system doesn't consider

the cultural competence as a main attitude (Bas-Sarmiento et al., 2015; Raigal Aran et al., 2017; Rodríguez-Álvarez et al., 2017). Repercussions of healthcare providers who are not CC are not palpable. Although evidence show that disparities in CC care involve failures in the healthcare system, cultural and linguistic barriers and prejudice during the clinical encounter (Belintxon and Dicastillo, 2014; Ganle, 2015; Murcia and Lopez, 2016; Vázquez et al., 2016). And what if we could be able to bring axiomatic evidence of having CC professionals? It would bring action in transcultural education which could have a dual beneficial strategy: decreasing the disparity of care for vulnerable and minority groups, and decreasing anxiety of healthcare professionals sensation as a result of not being able to respond at particular needs (Sandín-Vázquez^a et al., 2014).

* Corresponding author.

E-mail addresses: laia.raigal@urv.cat (L. Raigal-Aran), carme.ferre@urv.cat (C. Ferré-Grau), angel.belzunegui@urv.cat (A. Belzunegui-Eraso).
@lraigal (L. Raigal-Aran)

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.011>

Received 7 May 2018; Received in revised form 28 September 2018; Accepted 24 October 2018
0260-6917/ © 2018 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1.1. Sociodemographic Data

Spain is becoming increasingly multicultural. It was reported in the Eurostat statistics as the 3rd country with the largest number of immigrants and the 3rd country with the highest increases in residents who granted Spanish citizenship (Eurostat, 2014). In 2017 a total of 4,549,858 of immigrants were recorded in Spain: it represents the 10% (INE, 2017). The north-east represents one of the most elected places for immigrants. Catalonia has a total of 15%, and it oscillates from a 3% to a 31% in different villages. (IDESCAT, 2018).

1.2. Literature Review

The research in cultural competence goes back to 1982 (Shen, 2015). One of the most known model of culture interaction is from the nurse Madeline Leininger. She defined CC the provision of respectful care to people of diverse cultures, which leads to health and wellbeing as well as the strength to face death or disabilities for individuals or groups (Leininger, 2002). Campinha-Bacote (2002) defines cultural competence as a process/skill of effort to achieve the ability to work properly within a cultural context with an individual, family or community. She considers 4 necessary aspects to take into consideration to promote: cultural awareness, cultural skills, encounters and cultural desire. In this same line, the Three-dimensional Model of Cultural Congruence of Schim and Doorenbos (2010) defines CC as a puzzle with 4 components CC: diversity, conscience, sensitivity and behavior. Another expert author in this concept is Purnell (1999). He speaks of CC as a skill that can be evaluated on 4 levels: unconsciously incompetent, consciously incompetent, unconsciously competent, consciously competent. These models agree that CC is an adaptation of the attention that configures a non-linear process, so, it can improve or get back on track. It is considered a skill that requires constant work since it fluctuates with each cultural encounter (Marrero González, 2013; Poortinga, 2013).

In Spain, qualitative studies in healthcare professionals and students have been carried out showing required evaluation and formation of cultural competence (Macipe Costa et al., 2013; Martínez García and Encarnación, 2015; Plaza and Hernández, 2014; Rifa-Ros et al., 2013). Sandín-Vázquez et al. (2014) in her study about immigrant patient care inequalities concluded: “these professionals perceive the reception of immigrants as a challenge to the proper provision of healthcare”. Monge et al. (2015) in her review of methodological limitations and recommendations about immigrant health Spain, identified as a limitation “missing data mostly related to measurement tools”. In Spanish we found three validated instruments which tries to evaluate how healthcare professionals face cultural diversity, but we assess some deficiencies which make them not suitable instruments to evaluate the construct of CC. In the case of the “Scale of Ethnocultural Empathy” translated by Albar et al. (2015) it focuses only with empathy and don't evaluate behaviour. In the case of the only instrument made in Spain, which his translated name is “Behaviour in Front Immigration” (Antonín Martín and Tomás-Sábado, 2004), have some limitations with its validation but although this, it is not the best option to be used because it has some items directly related with ethnic groups (i.e. “in general, I can't bear Muslim people”). This can evolve bias with areas with more immigration related on the group the items regard. Another instrument is the “Cultural Sensitivity Tool: Hispanic Version” (Lee et al., 2006), but its content validity is poor (Cronbach's alpha: 0.60). Another instrument founded was from a European project called “Migrant Friendly and Culturally Competent Health”(Krajic et al., 2004) which includes different interesting areas of cultural competence like awareness and knowledge, but it does not evaluate the cultural competence as a construct and it was not found a validation or factorial analysis. The last instrument founded was from a psychology study and although it was designed considering some of the items from the scales of empathy and from the project explained before, it only have 14 items

(De Arenillas, 2017).

Although the “Clinical Cultural Competency Questionnaire” seemed suitable, we considered that it did not involve the full meaning of the CC construct and have not been a really used instrument since the project finished in 2004. We think it is because it's length and complexity. We decided to explore the idea of translating and validate an instrument from another country. Choosing one with of the best characteristics to be used in our context and not missing the meaning of CC. According to the Shen (2015), awareness, sensitivity and behaviour have been the most common domains of CC. A systematic review analysed the Cultural Competence Assessments of healthcare providers (Lin et al., 2017). A total of ten instruments were found. These instruments were analysed considering the following statements: a) considering at least the three domains awareness, sensitivity and behaviour; b) being supported by a theoretical model; c) being validated. After this analysis, two instruments were the most suitable as they were supported by a theoretical model and for its applicability with all healthcare professionals. One of this instruments was “Cultural Competence Assessment” (Doorenbos et al., 2005; Schim et al., 2003). It has been translated and validated into Italian (CCAI-25) and Korean (KCCA-16) (Caricati et al., 2015; Chae et al., 2018). It is related with the theory of 3D model of Cultural Congruence. Surprisingly, the authors elaborate the theory after testing the instrument, so it emerges from an hypotheticodeductive study. The other instrument was the “Inventory For Assessing The Process Of Cultural Competence Among Healthcare Professionals” (Campinha-Bacote, 2002). This instrument is designed to measure CC among healthcare professionals. The languages we could corroborate that it was properly translated were Swedish (Olt et al., 2010), and Japanese (Kawashima, 2008). This instrument is related with Campinha-Bacote Cultural Competence Model.

After a review of the contents of each one, the scale of Schim et al. (2003) was chosen. The original version of the CCA measure two main domains: Cultural Awareness and Sensitivity dimension, and Cultural Competence Behaviors. These categories are part of the Three-Dimensional Model of Cultural Congruence (Schim and Doorenbos, 2010) from the authors of the scale. It has several qualities which make it suitable to be the Spanish tool to evaluate CC: it has been already translated into other languages; it is relatively short and easy to administer; and it has been tested in several research studies; it uses a colloquial language; and has been demonstrated to be sufficiently reliable. This instrument have been used successfully in several studies (Cicolini et al., 2015; Doorenbos et al., 2016; Housman et al., 2012; Reyes et al., 2013; Schim et al., 2005, 2006).

Considering the clinical usefulness and consistent results that the original scale has shown, we aim to get a transcultural adaptation and determine the construct validity and internal consistency reliability of the “Cultural Competence Assessment” to Spanish context.

2. Methods

2.1. Overview of Study Design

The study design is an instrument adaptation and psychometric testing. Following the International Test Commission guidelines and the guidelines of revision of instrumental studies from Carretero-Dios and Pérez (2005), the study was conducted in two phases. In the first phase the transcultural adaptation was done. The second phase was a prospective cross-sectional survey design with a convenience sample of healthcare professionals.

2.2. Phase 1: Transcultural Adaptation Process of the Original Scale Into Spanish

2.2.1. Translation and Back-translation

The cultural adaptation process started with the translation from the original instrument. The English version was given to two bilingual

translators: a translator of Spanish origin and a bilingual nurse from an English origin. They were told that the translation of each item should be semantic rather than literal, with conceptual and linguistic equivalence. A reunion with the translators and members of the research group met to assess the semantic and conceptual aspects. The initial Spanish version of the scale obtained was back-translated by a third bilingual translator to evaluate the equivalence between the original and the Spanish version.

The members of the group and translators met again to assess the translated and back-translated versions, compared with the original, in order to obtain the final version. As the original, we obtained a scale of 25 items with two subscales. The Spanish version of the scale was called Cultural Competence Assessment Spanish Version (CCA-S).

2.2.2. Pilot Test

The pilot test was carried out with 10 healthcare professionals: 5 nurses, 2 professor nurses, 1 nursing assistance and 1 physician. We could determine a needed time of 15 min to complete the questionnaire (including 10 items of sociodemographic data and the 25 items of the CCA).

2.3. Phase 2: Validation Process of the Scale and Development of the Final Version, Statistical and Metric Analysis

2.3.1. Participants and Data Collection

The sample consisted of 568 healthcare professionals who worked daily with patients in a health care institution in South Catalonia. Data collection was carried out between September 2017 to January 2018. The sample included 435 nurses, 94 physicians, 23 nursing assistance, 6 physiotherapists, 3 social workers, 2 orderlies, and 1 social educator. The mean age was 43 (DS 10,9) and 80% were women. The scale was sent to the institutions the province of Tarragona (Spain) in an online version which included the informed consent and an explanation of the objectives of the scale. Participation was voluntary and anonymous, and informed consent was obtained.

2.3.2. Instrument

The original version, the CCA, was validated in 2003 with a Cronbach's alpha coefficient of 0,91. The responses are of the Likert type and have shown good stability in the retest (0,85). The CCA-S consisted in two parts. The first included sociodemographic variables. The second part included the 25 items divided into two sub-scales: cultural awareness and sensitivity (11) and cultural competence behavior (14). The last version of the original CCA scale uses a Likert-type response scale with scores ranging from 1 (strongly agree/always) to 7 (not agree/never). There are 4 items which score invers. It has a "no opinion" response.

2.4. Psychometric Testing

2.4.1. Content Validity

A Delphi method was applied. A qualitative analysis of the instrument by the opinion of experts was used. A group of 16 expert healthcare professionals in the care and teaching field around therapeutic relation and cultural encounters participated voluntarily. They assessed the importance of the scale and the suitability of its constituent items. The Index of Validity Content (IVC) was used. According to Lawshe (1975), from a sample around 14, the IVC need to be at least of 0,51.

2.4.2. Construct Validity

A Confirmatory Factorial Analysis (CFA) was done. Also an Exploratory Factorial Analysis (EFA) in order to analyze if the items could be redistributed as the Italian version of the CCA (Caricati et al., 2015).

2.4.3. Reliability

The reliability was calculated using Cronbach's alpha coefficient (α). The reliability was calculated for each scale.

Spearman and Pearson were calculated to analyze temporal stability of the test. Participants were asked to participate in the retest after 21 days of the first participation.

2.4.4. Analysis of Variance

To compare if there were differences between the mean results we realized an analysis of variance (ANOVA). A significant level of $p < 0,05$ was set to indicate significant differences between the mean score from age, gender and profession.

2.4.5. Standard Score

In order to make the CCA a suitable tool to analyze CC, we standardized the scores to have a normal distribution at Kolmogorov-Smirnov test ($p > 0,05$) and proposed a form to read individuals scores.

2.4.6. Data Analysis

Statistical analysis was performed using SPSS 21.00 Software for Mac.

2.4.7. Ethical Considerations

The research was approved by the Ethic Committee of the Pere Virgili Institute (IISPV) for the project "Adaptation and validation from the Cultural Competence Assessment to Spanish". Permission was obtained from the authors of the original scale and the participating centres who made diffusion of the scale which was adapted via online. The principles established in the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2001) and Spanish Law 15/1999 (BOE, 1999) on data protection were followed.

3. Data/Results

3.1. Phase 1

Items were translated without difficulty. The original format was maintained. During this phase, we obtained two version which were compared to the original version. As a result of this process, we changed the word "client" to "patient" as the references that in Spain we have mostly a public health system. Also, we considered more appropriate to use the formal form of the personal pronoun in Spanish.

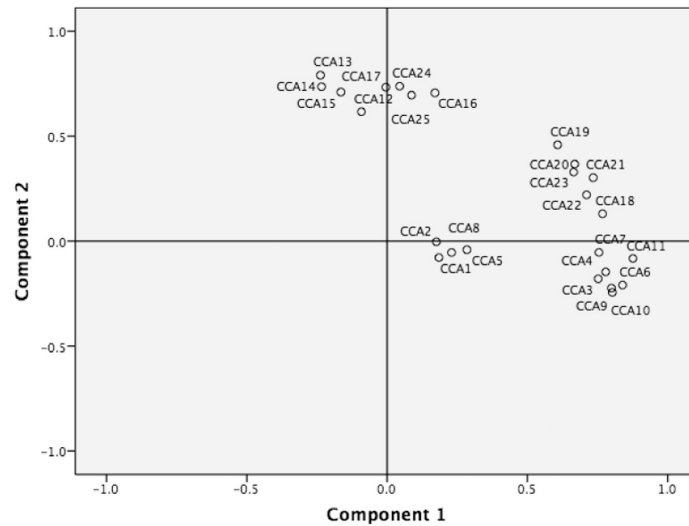
Two of the items which were taken into consideration were 15 and 17. Item 22 refers to including cultural evaluation and it considers "individual" and "organizational". Discussion with the research group and with the notes of the pilot test, "organizational" was changed into collectives, as it is better defined the evaluation that nurses made to the patients. Item 24 talks about the sources they use to learn about people from other cultures. The original item says, "books and other materials", and the CCA Spanish Version considered after a consensus that it was more accurate include "webpages, books or other material".

Furthermore, all the items but this concept changed were understood and well-formulated and understandable. All of the experts considered all the items essential to be included in the CCA Spanish Version (CVI = 1).

3.2. Phase 2

3.2.1. Analysis of Validity

The application of factorial analysis was considered appropriate with the index Kaiser-Meyer-Olkin (0,89) and the Barlett test was significant ($< 0,000$). After confirming that the sample was suitable for analysis, the CFA adjusted to the original two factor model obtaining a sufficient fit ($X^2 = 2550.430$, $g.l.l = 251$, $p = 0,000$) but communalities and pattern matrix show values below 0,3. With a model of two factors,



Graphic 1. Graphic of factor distribution by a two-factors model.

it explains the 51,8% of the total variance. If we observe Graphic 1, we will see the tendencies of model is better explained by 4 factor model.

For this reason, before considering removing any item, we decided to do an EFA ($X^2 = 786.208$, $g.l.l = 185$, $p = 0,000$). As the Italian Version, we want to explore if the scale fits by a four-factor model: awareness (CA), sensitivity (CS), seeking information (CSI) and active behavior (CAB). The total variance explained increases from to 65% by a (four-factor model). Even though factor 3 and 4 explain a % of variance lower than the 2 first factors, we find suitable to try to fit the scale by a four-factor model. It will give more useful information about each result. Table 1 shows CFA results by four-factor model ($X^2 = 1119.565$, $g.l.l = 206$, $p = 0,000$) and Graphic 2 shows the screen plot. Item 18 was considered to fit better in the CAB subscale rather than CA.

3.2.2. Reliability

The CCA-SV had an acceptable reliability in the internal consistency ($\alpha:0,863$). The four-factor model obtained also an acceptable reliability for each subscale. CS subscale had a moderate reliability (see Table 2).

The mean days of response from the retest were about 31 days. The test-retest method to examine the temporal stability show a moderate significant correlation (Pearson = 0,529; Spearman = 0,570).

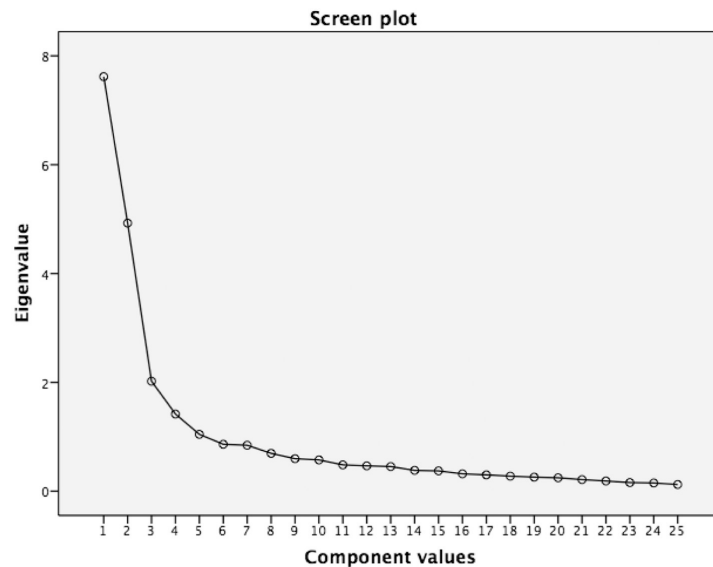
3.2.3. Analysis of Variance

The results of ANOVA showed that there were no differences between age and gender. The means were similar among categories. Levene statistic obtained a $p > 0,05$, so we consider similar variances (age $p = 0,474$, gender $p = 0,292$).

Table 1

Factorial structure four-factor, 25 items. Item 18 was considered for its information to fit better in the factor active behaviour.

Items	CA	CSI	CAB	CS
11. I think that knowing about different cultural groups helps direct my work with individuals, families, groups and organization	0.880			
4. Aspects of cultural diversity need to be assessed for each individual, group, and organization.	0.864			
6. Spirituality and religious beliefs are important aspects of many cultural groups	0.854			
3. Many aspects of culture influence health and healthcare	0.835			
10. I understand that people from different cultures may define the concept of "healthcare" in different ways	0.824			
9. I believe that everyone should be treated with respect no matter what their cultural heritage.	0.763			
7. Individuals may identify with more than one cultural group	0.751			
18. I avoid using generalizations to stereotype groups of people	0.550		0.535	
13. I seek information on cultural needs when I identify new patients and families in my practice		0.837		
14. I have resource webpages, books and other materials available to help me learn about patients and families from different cultures		0.833		
15. I use a variety of sources to learn about the cultural heritage of other people		0.779		
17. I ask patients and families to tell me about their expectations for care		0.746		
16. I ask patients and families to tell me about their own explanations of health and illness		0.714		
12. I include cultural assessment when I do patient or collective evaluation		0.639		
21. I act to remove obstacles for people of different cultures when patients and families identify such obstacles to me			0.773	
20. I act to remove obstacles for people of different cultures when I identify such obstacles			0.772	
23. I find ways to adapt my services to patient and family cultural preferences.			0.676	
22. I welcome feedback from patients about how I relate to others with different culture			0.617	
19. I recognize potential barriers to services that might be encountered by different people			0.608	
25. I document the adaptations I make with patients and families			0.593	
24. I document cultural assessments			0.579	
5. If I know about a person's culture, I do not need to assess their personal preferences for health services				0.728
1. Race is the most important factor in determining a person's culture				0.723
8. Language barriers are the only difficulties for recent immigrants				0.694
2. People with a common cultural background think and act alike				0.674



Graphic 2. Screen plot from the factorial analysis of CCA Spanish Version.

Table 2
Descriptive statistics, reliability and correlation of the CCA-SV dimensions by a four-factor model.

	M	SD	Cronbach's alpha	
			Two-factor	Four-factor
CAB active behaviour (8)	4.422	2.648	0.863	0.863
CSI seeking information (6)	3.691	3.072		0.865
CA awareness (7)	5.352	3.244	0.869	0.941
CS sensitivity (4)	5.132	2.692		0.697

Table 3
Descriptive results among mean score of age, gender and profession.

	N	Mean	DT	E	IC 95%		Min	Max
					Min. limit	Max. limit		
18–25	39	116.87	19.104	3.059	110.68	123.06	67	152
26–35	115	118.80	20.800	1.940	114.96	122.64	59	164
36–45	166	115.27	20.726	1.609	112.09	118.44	55	153
46–55	159	115.09	21.624	1.715	111.71	118.48	40	159
56–65	85	112.41	19.050	2.066	108.30	116.52	66	149
> 66	2	91.00	0.000	0.000	91.00	91.00	91	91
Total	566	115.53	20.688	0.870	113.82	117.24	40	164
Men	112	114.87	19.175	1.812	111.28	118.46	65	155
Women	455	115.68	21.041	0.986	113.74	117.62	40	164
Total	567	115.52	20.672	0.868	113.81	117.22	40	164
Nurse	435	114.87	22.351	1.072	112.76	116.98	0	164
Other	132	117.24	16.149	1.406	114.46	120.02	61	152
Total	567	115.42	21.081	0.885	113.68	117.16	0	164

We wanted to see if there were significant differences between professions. As the different samples we got, we decided to compare nurses ($n = 435$) and other healthcare professionals ($n = 132$). Although the significance for the Levene statistic for the profession ($p = 0,000$), the ANOVA result ($p = 0,258$) that there were no differences between variances (see Table 3).

3.2.4. Standard Score

The score was standardized to a maximum score of 10. The distribution of the scores resulted to be normal (Z Kolmogorov-Smirnov = 1109, $p = 0,171$). Each dimension had a score of 2,5.

4. Discussion

The main objective of this study was to adapt and obtain a scale which evaluates the CC. The chosen scale was the CCA developed by Schim et al. (2003). Its adaption into Spanish language show minimal difficulties. For the psychometric analysis, we obtained that the scale had an acceptable reliability. Although its temporal stability, we can consider that the response days mean was high, and it influences directly on its result. With this result we could include all the items in the CCA-S as the Italian version but not as the Korean version, which deleted 14 items.

In our results in the factorial analysis, we obtained similar results as the Italian version (Caricati et al., 2015). Although the original scale was structured by a model of two factors, the proposed refinement has been well explained by four-factor model present multiple opportunities to this instrument. The construct of CC can be better analysed as his correlation with the Three-Dimensional Model of the authors. The brake down of the two main subscales cause the opportunity to evaluate the first subscale in two main of the main dimension (CS&CA) that involves CC that Schen (2015) defended in his review. Moreover, the division of the subscale of cultural behaviour brought to get two dimensions related to behaviour: one which involves active cultural behaviour in clinical practice, and the other related to the interest/search of information about other cultures. This division in a four-factor model could be useful to get empirical evidence in front of the scarcity information we got since now to promote CC formation.

We considered the “age”, “gender” and “profession” three aspects to analyze if there were differences between mean scores. Being a man or a woman doesn't show significant differences to take into consideration in the future. It happens the same with the age. Although, the range of age from 18 to 25 it is smaller, the mean is very similar to the other ranges. The only range which could be taken into consideration could

be the > 66 but collect a sample of healthcare professionals of this range of age is difficult if we consider that our sample nowadays normally retire at the age of 65. If we take a look into the “profession” results. We can see that both means are really similar, and statistical analysis showed no significant differences between nurses and other professions. Nonetheless, its results should be interpreted with caution.

However, if we considered each professional separately to validate the scale, we could have only been able to validate it with nurses, as it has a representative number: 5–10 responses for each item (Carretero-Dios and Pérez, 2005; International Test Commission, 2017). Despite of that, if we consider that the scale is being validated to healthcare professionals as a group who each participant fulfills the inclusion criteria, the sample is enough. Even though, we consider that in future uses of this instrument confirm each.

Furthermore, another propose for this scale in this study was to standardize the scores to make it easier to analyze. The 10 points score for the scale have shown a suitable option having a proportional score for each subscale of 2.5. The distribution of the scores has been normal. This gives the opportunity to analyze the construct for each dimension and analyze the final score with a coherence for its meaning inside the CC.

We believe that the transcultural adapted tool that we are offering to the Spanish context constitutes to develop future strategies to understand healthcare professionals' attitudes towards patients from other cultures. Having the CCA (Spanish version) scale and incorporating it into the regular evaluation of healthcare competences in the institutions means the possibility to get valuable information to prevent social inequalities in health care services and to promote better practices.

5. Conclusion

The psychometric properties in the Spanish version of the CCA scale confirmed the validity and reliability of the 25 items scale. We propose a refinement of this scale in terms of measured constructs as the Italian version. Its four-factor dimension could be useful to analyze results and determine better approaches with the objective to create formation to improve CC.

The opportunity to have a scale which evaluates the CC as a construct can give more representative results which prevent health care politics around the topic of cultural interaction. It is needed to include new interventions to promote wellbeing attitudes which effect to healthcare professionals and patients from other cultures.

Although the sample of each professional could be questionable, we can confirm that the scale is valid for healthcare professionals. It can be used perfectly with nurses, but we consider that its reliability properties should be confirmed if it is used with other group of professionals.

Acknowledgments

To the authors of the original scale, for their generosity and help. To all the institutions who cooperate with the diffusion of the scale and to all the healthcare professionals who take the time to respond.

Contribution Statements

All authors have made substantial contributions to all of the following: the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, drafting the article or revising it critically for important intellectual content, final approval of the version to be submitted.

Sources of Funding

None.

References

- Albar, M.-J., García-Ramírez, M., Perez Moreno, P., Luque-Ribelles, V., Garrido, R., Bocchino, A., 2015. Adaptation to Spanish of an ethnocultural empathy scale. *Texto Context. - Enferm.* 24, 621–628. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001270014>.
- Antonín Martín, M., Tomás-Sábado, J., 2004. La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería científica* 77–82 ISSN 0211-9005, N° 262-263, 2004. (77–82).
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.J., García-Ramírez, M., 2015. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac. Sanit.* 29, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>.
- Belintón, M., de Dicastillo, O.L., 2014. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An. Sist. Sanit. Navar.* 37. BOE, 1999. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. de Protección de Datos de Carácter Personal, Madrid.
- Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J. Transcult. Nurs.* 13, 181–184. <https://doi.org/10.1177/1045960213003003>.
- Caricati, L., Dicembrino, R.B., Gionti, L., Petre, L., Ungurean, L., 2015. Cultural competence assessment instrument: initial Italian validation and proposed refinement. *Acta Biomed* 86, 142–149.
- Carretero-Dios, H., Pérez, C., 2005. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 5, 521–551.
- Chae, D., Kang, K.-H., Benkert, R., Doorenbos, A.Z., 2018. Evaluation of the psychometric properties of the Korean version of the Cultural Competence Assessment. *Jpn. J. Nurs. Sci.* 15, 56–66. <https://doi.org/10.1111/jjns.12169>.
- Cicolini, G., Della Pelle, C., Comparcini, D., Tomietto, M., Cerratti, F., Schim, S.M., Di Giovanni, P., Simonetti, V., 2015. Cultural competence among Italian nurses: a multicentric survey. *J. Nurs. Scholarsh.* 47, 536–543. <https://doi.org/10.1111/jnu.12165>.
- De Arenillas, M.G.M., 2017. Competencias para la equidad en comunidades culturalmente diversas. Conceptualización y medida de la competencia cultural comunitaria. Universidad de Sevilla.
- Doorenbos, A.Z., Schim, S.M., Benkert, R., Borse, N.N., 2005. Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers. *Nurs. Res.* 54, 324–331. <https://doi.org/10.1097/00006199-200509000-00006>.
- Doorenbos, A.Z., Morris, A.M., Haozous, E.A., Harris, H., Flum, D.R., Doorenbos, A.Z., Morris, A.M., Haozous, E.A., Harris, H., Flum, D.R., 2016. Assessing cultural competence among oncology surgeons. *J. Oncol. Pract.* 12, 61–62. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.006932>.
- Eurostat, 2014. Migration and migrant population statistics. *Eur. Secur.* 2012, 1–13.
- Ganle, J.K., 2015. Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: a qualitative study. *BMC Int. Health Hum. Rights* 15 (10). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0048-9>.
- Housman, J., Meaney, K.S., Wilcox, M., Cavazos, A., 2012. The impact of service-learning on health education Students' cultural competence. *Am. J. Health Educ.* 43, 269–278. <https://doi.org/10.1080/19325037.2012.10599245>.
- IDESCAT, 2018. Població estrangera per municipis. Província: Tarragona. URL: <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=7&geo=prov:43>.
- INE, 2017. Cifras Población 2017. Inst. Nac. Estadística. URL: http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf.
- International Test Commission, 2017. URL: <https://www.intestcom.org>.
- Kawashima, A., 2008. Study on Cultural Competency of Japanese Nurses. (ProQuest Diss. Theses).
- Ke, Y.-T., Hsu, M.-T., 2015. An exploration of nursing preceptorship and functions and nurses' intention to stay from the perspective of cultural differences. *Nurse Educ. Today* 35, 597–601. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.019>.
- Krajic, K., Like, R.C., Schulze, B., Straßmayr, C., Trummer, U., Pelikan, J.M., LBISHM, 2004. Staff Training Towards Cultural Competence. *Clinical Cultural Competency Questionnaire - Pre (CCCTQ-Pre)*, MFH Subproject C.
- Lawshe, C.H., 1975. A quantitative approach to content validity. *Pers. Psychol.* 28, 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>.
- Lee, C.A., Anderson, M.A., Hill, P.D., 2006. Cultural sensitivity education for nurses: a pilot study. *J. Contin. Educ. Nurs.* 37, 137–141. <https://doi.org/10.3928/00220124-20060301-05>.
- Leininger, M.M., 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*, 3rd ed. McGraw-Hill, New York, USA.
- Lin, C.-J., Lee, C.-K., Huang, M.-C., 2017. Cultural competence of healthcare providers: a systematic review of assessment instruments. *J. Nurs. Res.* 25, 174–186. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000153>.
- Macipe Costa, R.M., Gimeno Feliu, L.A., Barrera Linares, F., Lasheras Barrio, M., Charlotte Robert, A., Luzón Oliver, L., 2013. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. *Pediatría Atención Primaria* 15, 15–25. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322013000100002>.
- Marrero González, M.C., 2013. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales. *ene Rev. enfermería* 7, 1–9.
- Martínez García, E., Encarnación, 2015. Influencia del país de nacimiento materno sobre la atención y resultados del embarazo en el poniente Almeriense.
- Monge, S., Ronda, E., Pons-Vigués, M., Vives Cases, C., Malmusi, D., Gil-González, D., 2015. Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. *Gac. Sanit.* 29, 461–463. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.012>.
- Murcia, S.E.A., Lopez, L., 2016. The experience of nurses in care for culturally diverse families: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 24, e2718. <https://doi.org/10.1590/1518-8787.20150500>.

- doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718.
- Ölt, H., Jirwe, M., Gustavsson, P., Emami, A., 2010. Psychometric Evaluation of the Swedish Adaptation of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals—Revised (IAPCC-R). *J. Transcult. Nurs.* 21, 55–64. <https://doi.org/10.1177/1043659609349064>.
- Plaza, S.H., Hernández, S., 2014. ¿Diversidad cultural o desigualdad social? Una aproximación crítica a la competencia cultural en la salud a partir de las necesidades sentidas por mujeres en contextos de diversidad, injusticia social y austeridad. *Configurações* 103–128. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2290>.
- Poortinga, Y.H., 2013. Research on culture in psychology: taking stock and looking forward. *Acta Investig. Psicológica* 3, 1136–1148. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70957-8](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70957-8).
- Purnell, L.D., 1999. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cult. los Cuid. Rev. enfermería y humanidades* 91–102. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.13>.
- Raigal Aran, L., Rifà Ros, R., Borrueal Llovera, A., Ferré Grau, C., 2017. Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural en los profesionales de salud en España. *Rev. ROL enfermería* 40, 60–67.
- Reyes, H., Hadley, L., Davenport, D., 2013. A comparative analysis of cultural competence in beginning and graduating nursing students. *ISRN Nurs.* 2013 (929764). <https://doi.org/10.1155/2013/929764>.
- Rifà-Ros, R., Costa-Tutusaus, L., Espinosa-Fresnedo, C., 2013. Influencia de la formación en competencia cultural sobre la actitud frente a la inmigración de los estudiantes de tercero de enfermería. *FEM.* 16, 105–110. <https://doi.org/10.4321/S2014-98322013000200009>.
- Rodríguez-Álvarez, E., González-Rábago, Y., Borrell, L.N., Lanborena, N., 2017. Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gac. Sanit.* 31, 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.014>.
- Sandín-Vázquez^a, M., Larraz-Antón, R., Río-Sánchez, I., 2014. Immigrant patient care inequalities: the importance of the intercultural approach. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 132, 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.310>.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., 2010. A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *J. Soc. Work End-of-Life Palliat. Care* 6, 256–270. <https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023>.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., Miller, J., Benkert, R., 2003. Development of a cultural competence assessment instrument. *J. Nurs. Meas.* 11, 29–40. <https://doi.org/10.1891/jnum.11.1.29.52062>.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., Borse, N.N., 2005. Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *J. Nurs. Scholarsh.* 37, 354–360. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00061.x>.
- Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., Borse, N.N., 2006. Enhancing cultural competence among hospice staff. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 23, 404–411. <https://doi.org/10.1177/1049909106292246>.
- Shen, Z., 2015. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J. Transcult. Nurs.* 26, 308–321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>.
- Vázquez, M.-L., Vargas, I., López Jaramillo, D., Porthé, V., Andrés López-Fernández, L., Vargas, H., Bosch, L., Hernández, S.S., Azarola, A.R., 2016. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy (NY)* 120, 396–405. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011>.
- World Medical Association, 2001. World medical association declaration of Helsinki. *Bull. World Health Organ.* 79, 373–374. <https://doi.org/S0042-96862001000400016> (pii).

Article 4: Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. How does the wave of cultural diversity develop nursing cultural competence? A prospective study with a multiple correlation analyzes. *Nursing Education in Practice* (Enviat a l'agost del 2018, enviat als revisors)

Premis

3r premi en la fase local del concurs «presenta la teva tesis en 4 minuts»

Organitzat per: Universitat Rovira I Virgili

Maig 2018

Premi: en metàl·lic

1r premi «best Flash Talk in Social Sciences»

Organitzat per: Jornada d'Investigadors Predoctorals Interdisciplinar, Universitat de Barcelona.

Febrer 2018

Premi: certificat

1r premi al millor treball de recerca

Organitzat per: Jornada d'investigació i recerca infermera, Col·legi Oficial d'Infermeria de Tarragona.

Desembre 2017

Premi: en metàl·lic

Ponència Convidada

Presentation of Cultural Competence in healthcare (research Project)

Organitza: II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental i IX Congresso Internacional. Bragança, Portugal

Octubre 2018

Comunicacions i pòsters

Internacionals

Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Mora López G, Berbis Morelló C, Belzunegui Eraso A. El impacto de la discapacidad social en una escala de competencia cultural en enfermeros. XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. 14-16 de noviembre 2018. Comunicació. Còrdoba. España

Raigal-Aran L, Belzunegui Eraso A, Ferré-Grau C. Cultural Competence Assessment: Adaptación cultural, validación psicométrica al castellano y propuestas de mejora. XXXVI Reunión Científica de la SEE - XIII Congreso da APE. 12-15 de setembre 2018. Comunicació. Lisboa, Portugal

Raigal-Aran L, Ollé-Gilabert A, Sastre-Fullana P, Benet-Català A, Mesa-Garrido E, Ferré-Grau C. Percepción de la atención en el proceso de maternidad en la población musulmana atendida en el Pius Hospital de Valls. I Congreso Internacional de investigación e innovación en cuidados: Evidencia, Enfermería de Práctica Avanzada y Seguridad Clínica. 25-27 d'octubre de 2017. Comunicació. Mallorca, Espanya

Nacionals

Raigal-Aran L, Belzunegui Eraso A, Ferré-Grau C. Cultural competence in healthcare: a new required competence in response to the multiculturalism societies. Jornada d'Investigadors Predoctorals Interdisciplinar. 10 de febrer del 2018. Comunicació. Barcelona, Spain

Raigal-Aran L, Belzunegui Eraso A, Ferré-Grau C, Rifà Ros R, Berbis-Morelló C, Ollé-Gilabert A. Validació i propietats psicomètriques de la versió al castellà de la "Cultural Competence Assessment". 3ra Jornada d'Innovació i Recerca. 12 de desembre del 2017. Comunicació. Tarragona, Espanya

Raigal-Aran L, Belzunegui Eraso A, Ferré-Grau C, Rifà Ros R. Mediación cultural mediante la plataforma www.cuidadorascronicos.com para el apoyo de cuidadores

inmigrantes no profesionales de pacientes crónicos: el proyecto. 3ra Jornada d'Innovació i Recerca. 12 de desembre de 2017. Projecte de recerca. Tarragona, Espanya

Raigal-Aran L, Vives-Relats C, Rodero-Sánchez V, Rifà-Ros R, Ollé-Gilabert A, Ferré-Grau C. Mediación Cultural: mediante la plataforma web en el apoyo de cuidadores inmigrantes no profesionales de pacientes crónicos. IX Jornadas Nacionales Asociación Enfermería Comunitaria. Poster. 21-22 de setembre de 2017. Teruel, Espanya

Raigal-Aran L, Rifà-Ros R, Borrueu-Llovera A, Ferré-Grau C. (2017) Anàlisis sobre la proactivitat en Competència Cultural en l'àmbit de la salut. 1st Workshop: URV PhD Programme in Nursing". Pòster. 26 de maig de 2017. Tarragona, Espanya

Raigal-Aran L, Borrueu-Llovera A, Ollé-Gilbert A, Chacón S, Ferré-Grau C. (2016). Un pas endavant en la Competència Cultural. Jornada 20 anys d'Àgora d'infermeria. Pòster. 1 de febrer de 2017 Barcelona, Espanya

Col·laboracions docents

Seminari sobre recerca en cultura i Competència Cultural

Assignatura: Cultura i salut

Màster en Recerca en Ciències de la Infermeria (Curs 2017-2018)

Seminari i taller d'interculturalitat

Assignatura: relació terapèutica i comunicació

Grau d'Infermeria a la Universitat Rovira i Virgili (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019)

Menció internacional

Amb la col·laboració del Dr. Carlos Sequeira de la Universidade d'Enfermagem d'Oporto, es va treballar per l'adaptació de l'instrument en portuguès (carta petició annex XVI). A partir de jornades de treball amb un grup d'experts de Portugal, es va obtenir la versió portuguesa de l'escala: CCA-P. Aquesta traducció també compta amb el permís de les autores (annex XVII).

A continuació es presenta el certificat de col·laboració i l'instrument validat (incloent la fulla d'informació, el consentiment informat, la CCA-P i l'escala de desitjabilitat social versió curta validada al portugués per Pechorro et al. 2012)



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos e a pedido da interessada, que Laia Raigal Aran, Phd student in Nursing and Health at Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, efetuou dois períodos de investigação em Portugal sob a orientação do Professor Doutor, Carlos Alberto da Cruz Sequeira, integrada na equipa de investigação, do grupo de investigação - Innovation and Development in Nursing – NursID, do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O primeiro período foi realizado entre 26/02 a 22/04 de 2018, destinado a adaptar o instrumento de Avaliação de Competência Cultural e realizar a fazer o teste piloto. O segundo período foi realizado entre 12/09 a 19/10 de 2018, destinado a recolher e analisar os dados.

Porto, 25 de Novembro de 2018

O Coordenador do grupo NURSID e UNIESEP

A handwritten signature in black ink that reads 'Carlos Sequeira'.

Prof. Doutor Carlos Alberto Cruz Sequeira

SS/OB

FICHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título: "Atitude dos profissionais de saúde em relação às diferenças culturais: adaptação transcultural para português e validação da escala de Avaliação de Competências Culturais (CCA)".

Investigador Principal: Laia Raigal Aran

Organização de Ensino: Universidade Rovira i Virgili, Tarragona (Espanha)

Introdução

O presente texto visa informá-lo acerca do trabalho de investigação no qual está convidado a participar. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Investigação com Medicamentos do Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus (Espanha)

A nossa intenção é apenas que receba as informações corretas e suficientes para que possa avaliar e julgar se deseja ou não participar neste estudo. Para isso, leia atentamente esta ficha informativa e esclareceremos quaisquer dúvidas que possam surgir após a explicação da mesma. Além disso, pode consultar o investigador principal do projeto, Laia Raigal Aran, que trabalha na Universidade Rovira i Virgili, em Tarragona, Espanha (Tel: +34 638419018. Mail: laia.raigal@urv.cat).

Informações acerca do Instrumento

Esta investigação é projetada para explorar pensamentos, sentimentos e ações ao interagir com outras pessoas no contexto da saúde e da educação. As suas respostas são estritamente confidenciais. Os investigadores irão analisá-las, juntamente com as dos outros participantes, para obter um perfil global em relação à competência cultural e às necessidades educacionais. As suas respostas e as de outros permitir-nos-ão criar programas de treino em competência cultural adaptados a necessidades específicas. As suas informações pessoais e suas respostas individuais não serão compartilhadas com ninguém.

As perguntas desta investigação pretendem reunir informações sobre como pensa, sente e age. Algumas perguntas podem não se ajustar exatamente à sua situação, dependendo do tipo de trabalho que faz no momento. Por favor, tente responder a todas as perguntas. Se não tiver a certeza ou não tiver uma opinião sobre qualquer uma das questões, use as opções "sem opinião" ou "não tenho a certeza". Não há respostas "certas" ou "erradas".

A participação nesta investigação é totalmente voluntária e levará cerca de 20 minutos. Caso assim entenda, pode decidir não participar. Pode também decidir parar a qualquer momento.

Participação voluntária

A sua participação neste estudo é voluntária e pode decidir não participar ou alterar a sua decisão e retirar o consentimento a qualquer momento.

Descrição geral do estudo

"Atitude dos profissionais de saúde em relação às diferenças culturais: adaptação transcultural para português e validação da escala de Avaliação de Competências Culturais (CCA)"

Na Universidade Rovira i Virgili está a ser realizado um estudo (tese de Doutoramento) voltado para profissionais de saúde que lidam diariamente com utentes.

Neste estudo os dados referentes à sua opinião sobre competência cultural serão colhidos anonimamente.

Para tal, e caso autorize, precisamos que participe nesta investigação.

Benefícios e riscos derivados da sua participação no estudo

Trata-se de um estudo psicométrico, por isso o participante não será sujeito a qualquer ação diferente do que é habitualmente praticado, pelo que o estudo não causa em si qualquer risco.

O participante não terá nenhum benefício por participar no estudo.

Confidencialidade

As respostas, a comunicação e a cedência dos dados pessoais de todos os participantes serão ajustadas às disposições da Lei Orgânica 15/1999, de 13 de dezembro, sobre a Proteção de Dados Pessoais. De acordo com a legislação acima mencionada, o participante pode exercer os direitos de acesso, retificação, oposição e cancelamento de dados, para os quais deve contactar o investigador.

O participante pode exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento, oposição de dados (ARCO) entrando em contacto com o investigador principal deste estudo.

Os dados colhidos para o estudo serão identificados por um código e as respostas serão anónimas.

O acesso às suas informações pessoais será restrito ao autor principal, quando necessário para verificar os dados e procedimentos do estudo, mas mantendo sempre a confidencialidade dos mesmos, de acordo com a legislação vigente.

Compensação económica

A sua participação no estudo não trará nenhum benefício económico.

Outras informações relevantes

Se decidir retirar o consentimento para participar deste estudo, nenhum novo dado será adicionado à base de dados.

Nome e sobrenomes:

(Assinatura, data)

Escala de Competência Cultural

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO:

O objetivo desta investigação é validar um instrumento psicométrico de avaliação da competência cultural. Para tal é essencial a sua colaboração. Assim, pede-se que responda a este questionário agora e, daqui a cerca de um mês, a investigadora principal irá enviar-lhe um e-mail para que o faça novamente (este processo denomina-se "teste-reteste").

Esta investigação foi projetada para explorar pensamentos, sentimentos e ações na interação com outras pessoas no contexto de saúde. As suas respostas são estritamente confidenciais. Os investigadores irão analisá-las, juntamente com as dos outros participantes, para obter um perfil global em relação à competência cultural. As suas respostas e as de outras pessoas permitir-nos-ão projetar programas de treino em competência cultural adaptados a necessidades específicas.

As questões desta investigação pretendem reunir informações sobre como pensa, sente e age. Por favor, tente responder a todas as perguntas. Se não tiver certeza ou não tiver uma opinião sobre qualquer uma das questões, use as opções "sem opinião" ou "não tenho a certeza". Não há respostas certas ou erradas.

A participação nesta investigação é totalmente voluntária e levará cerca de 10 minutos. Se assim entender, pode decidir não participar. Pode também decidir interromper a sua participação a qualquer momento. As respostas apenas são registadas se concluir a participação no estudo.

Responsável pela investigação: Laia Raigal Aran (laia.raigal@urv.cat)

Escala de Desejo de Aceitação Social (versão curta traduzida da Marlowe-Crowne Social Desirability Scale):
Este instrumento foi adaptado e validado por Pechorro et al. em 2012

Cultural Competence Assessment:
Instrumento original de Dr. Schim et al (2003)

VERSÃO ORIGINAL: 5 de março de 2016 ; VERSÃO TRADUZIDA E ADAPTADA: 8 de maio de 2018

-
1. A sua função profissional implica a prestação de cuidados regular e direta a utentes?
 Sim Não
 2. Este é um processo de validação, portanto, precisamos que responda a este questionário duas vezes num período de 1-2 meses. Concorda em preencher o questionário duas vezes?
 Sim Não
 3. Indique um endereço de e-mail (que serve unicamente para lhe reenviar o questionário no prazo de 1 mês)
.....
 4. Indique se:
 É a primeira vez que faz o teste
 É a segunda vez que faz o teste

12. No seu atual ambiente de trabalho, qual a percentagem da população (valor aproximado) atendida que não é de origem portuguesa? (exemplo: 50)

.....

13. Em geral, como se sente a trabalhar com pessoas que são de culturas diferentes da sua?

- Muito competente
- Competente
- Nem competente nem incompetente
- Incompetente
- Muito incompetente

14. Acha que seria interessante criar cursos de consciencialização dos profissionais de saúde relativamente a outras culturas para melhorar a competência cultural?

- Sim
- Não

15. Já participou em alguma formação acerca destes temas ou temas semelhantes: diversidade cultural / interculturalidade / competência cultural?

- Sim
- Não

16. Se já participou numa formação em diversidade cultural, quais das seguintes opções a descreveria melhor?

- Curso adicional na universidade com créditos reconhecidos
- Conteúdo abordado numa unidade curricular da universidade
- Congresso ou seminário profissional
- Programa de formação financiado pela minha organização
- Curso online
- Outro tipo de curso
- Nunca participei

17. Se respondeu "outros" na questão anterior, especifique a sua resposta:

18. Finalmente, na sua vida diária, tem ou já teve relação com pessoas de outras culturas? Assinale a opção que melhor se adapta à sua situação:

- Não, nenhuma relação
- Sim, mas sem estabelecer amizade
- Sim, trabalhei ou estou a trabalhar com pessoas de outras culturas, mas não tenho relação de amizade com as mesmas
- Sim, e alguns dos meus amigos foram ou são de outras culturas

ESCALA DE COMPETÊNCIA CULTURAL

Primeira parte

Indique com um X o grau de concordância com cada frase:

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo Nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. A raça é o fator mais importante para determinar a cultura de uma pessoa.							
2. As pessoas que compartilham um fundo cultural comum pensam e agem da mesma forma.							
3. Diversos aspetos da cultura influenciam a saúde e os cuidados de saúde.							
4. Alguns aspetos da diversidade cultural devem ser avaliados para cada pessoa, grupo e organização.							
5. Se eu conheço a cultura de uma pessoa não preciso de avaliar as suas preferências pessoais no que diz respeito aos serviços de saúde.							
6. As crenças espirituais e religiosas são aspetos importantes em muitos grupos culturais.							
7. As pessoas podem identificar-se com mais do que um grupo cultural.							
8. As barreiras linguísticas são a única dificuldade existente para os recém-imigrados.							
9. Creio que todas as pessoas devem ser tratadas com respeito, independentemente da sua origem cultural.							
10. Compreendo que pessoas de diferentes culturas possam definir o conceito de "cuidados de saúde" de formas distintas.							
11. Penso que ter conhecimento acerca de diferentes grupos culturais ajuda a direcionar o meu trabalho com as pessoas, famílias, grupos e organizações.							

Segunda parte

Indique com um X com a **frequência que executa os seguintes comportamentos:**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
12. Incluo uma avaliação cultural quando faço avaliações individuais ou coletivas.							
13. Procuo informação acerca das suas necessidades culturais quando conheço novas pessoas no trabalho.							
14. Eu consulto websites ou tenho livros para me ajudar a aprender sobre pessoas de diferentes culturas.							
15. Uso diversas fontes para saber mais acerca da herança cultural de outras pessoas.							
16. Peço às pessoas que me falem sobre a forma como encaram a saúde e a doença							
17. Peço às pessoas para me dizerem as suas expetativas relativamente aos serviços de saúde.							
18. Evito fazer generalizações / estereotipar grupos de pessoas.							
19. Reconheço as potenciais barreiras aos serviços que podem ser encontradas pelas diferentes pessoas.							
20. Minimizo os obstáculos que podem representar uma barreira aos serviços para pessoas de diferentes culturas.							
21. Minimizo os obstáculos que podem representar uma barreira para pessoas de diferentes culturas quando alguém me identifica essas barreiras.							
22. Aprecio o feedback dos clientes acerca da forma como me relaciono com pessoas de diferentes culturas.							
23. Encontro formas de adaptar os meus serviços às preferências culturais das pessoas e dos grupos.							
24. Faço o registo das avaliações culturais quando presto serviços diretos ao(s) cliente(s).							
25. Faço o registo das adaptações que faço com o(s) cliente(s) quando presto serviços diretos ao(s) mesmo(s).							

ESCALA DE DESEJABILIDADE SOCIAL
--

Leia cada afirmação e indique se, para si, esta é verdadeira ou falsa.

	Falso	Verdadeiro
1. Por vezes, quando não consigo o quero fico chateado		
2. Já me aconteceu desistir de fazer certas coisas por pensar que não tinha capacidade para as fazer		
3. Já senti vontade de me revoltar contra as pessoas com mais autoridade do que eu, apesar de saber que elas tinham razão		
4. Ouço sempre com muita atenção todas as pessoas com quem falo, sejam elas quem forem		
5. Já fingi estar doente para me safar de uma situação		
6. Já me aproveitei de outras pessoas para meu benefício pessoal		
7. Quando cometo um erro estou sempre disposto a admitir que o cometi		
8. Por vezes, tento vingar-me em vez de perdoar e esquecer		
9. Sou sempre simpático, mesmo se as pessoas são mal-educadas para mim		
10. Nunca me aborreci quando as pessoas tinham ideias contrárias às minhas		
11. Houve alturas em que tive bastante inveja da boa sorte dos outros		
12. Por vezes, fico irritado com as pessoas que insistem em me pedir favores		
13. Nunca disse coisas para magoar os sentimentos de outra pessoa		

9. Referències bibliogràfiques

- Abrishami, D. (2018). The Need for Cultural Competency in Health Care. *Radiologic technology*, 89(5), 441-448. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29793905>
- Aguilera, R. E. (2000). El problema del etnocentrismo en el debate antropológico entre Clifford Geertz, Richard Rorty y Lévi-Strauss. *Gazeta de antropología*, 11(18). Recuperat de: <http://hdl.handle.net/10481/7399>
- Albar, M.-J., García-Ramírez, M., Perez Moreno, P., Luque-Ribelles, V., Garrido, R., & Bocchino, A. (2015). Adaptation to spanish of an ethnocultural empathy scale. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 621-628. <http://doi.org/10.1590/0104-07072015001270014>
- Álvarez-Miranda Navarro, B. (2008). La diversidad de los inmigrantes musulmanes en Europa. *Colección Mediterráneo económico*, 14. Recuperat de <http://www.asp-research.com/sites/default/files/pdf/me1409%20berta.pdf>
- Antonín-Martín, M., & Tomás-Sábado, J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería científica*, ISSN 0211-9005, N°. 262-263, 2004, págs. 77-82, (262), 77-82. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=830160>
- Arenillas, M. G. M. De. (2017). *Competencias para la equidad en comunidades culturalmente diversas. Conceptualización y medida de la competencia cultural comunitaria* (tesis doctoral). Universitat de Sevilla, Sevilla, Espanya. Recuperat de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/70390>
- Aramayo, G. A. (2007) Migración y territorio. IX Jornadas de Investigación del Centro de Investigaciones Geográficas y del Departamento de Geografía, 1 y 2 de noviembre de 2007, La Plata. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.737/ev.737.pdf
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29. <http://doi.org/10.6018/rie.33.1.182391>
- Ayala, F., & Cela, C. (2014). Razas humanas. *Pasajes. Revista de pensamiento contemporáneo*, 44, 1-25. Recuperat de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/48893/68-87.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Balcazar, F., Suarez-balcazar, Y., Taylor-ritzler, T., Rodakowski, J., Willis, C., Ed, M., & Portillo, N. (2009). Cultural Competence Assessment Instrument (CCAI), 1-4. *Center for Capacity Building on Minorities with Disabilities Research* (3). Recuperat de <http://ccbmdr.ahslabs.uic.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/04/CCAI.pdf>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. *Choice Reviews Online*, 35(03), 35-1826-35-1826. <http://doi.org/10.5860/CHOICE.35-1826>
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 601-607. <http://doi.org/10.1037/h0045550>
- Barker, P. (2000). Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International journal of nursing studies*, 37(4), 329-336. [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00012-2](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00012-2)
- Barth, F. (1998). Ethnic Groups and Boundaries. En *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference* (p. 9-38). Illinois, Estats Units: Waveland Press
- Bartram, D., & Muniz, J. (2017). Guidelines for Translating and Adapting Tests, *International Test Commission*, 4 (2), 1-41. Recuperat de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. . a. J., & García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>

9. Referències bibliogràfiques

- Bauman, Z. (2016). *Extraños llamando a la puerta*. Barcelona, Espanya: Paidós.
- Belintxon, M., & Dicastillo, O. L. de. (2014). Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 401-409
- Benkert, R., Templin, T., Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Bell, S. E. (2011). Testing a multi-group model of culturally competent behaviors among underrepresented nurse practitioners. *Research in nursing & health*, 34(4), 327-41. <http://doi.org/10.1002/nur.20441>
- Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista médica de Chile*, 143(3), 401-402. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872015000300018>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302. [http://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](http://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)
- BOE. (1999). *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Madrid. Recuperat de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Boucher, F., & Maclure, J. (2018). Moving the debate forward: interculturalism's contribution to multiculturalism. *Comparative migration studies*, 6(1), 16. <http://doi.org/10.1186/s40878-018-0078-2>
- Brunet, I., Pastor, I., & Belzunegui, Á. (2002). La realitat de la immigració en l'àmbit educatiu: interculturalitat i multiculturalitat a les escoles del Camp de Tarragona. Tarragona. *Fundació Jaume Bonfill*. 1-46. Recuperat de <https://www.fbofill.cat/sites/default/files/1303.pdf>
- Burchum, J. L. R. (2002). Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x>
- Busquets, J., Fons, C., Massallé, & Padrós. (2015). *Guia per al respecte a la diversitat de creences als centres sanitaris de Catalunya*. (Generalitat de Catalunya, Ed.). Barcelona: Departament de Salut. <http://doi.org/10.1038/ncb1201-1069>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., ... Kane, R. L. (2016). *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27148614>
- Cai, D. Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 268-273. <http://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>
- Campinha-Bacote, J. (1998). Cultural Diversity in Nursing Education: Issues and Concerns. *Journal of Nursing Education*, 37(1), 3-4. <http://doi.org/10.3928/0148-4834-19980101-03>
- Campinha-Bacote, J. (1999). A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207. <http://doi.org/10.3928/0148-4834-19990501-06>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <http://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J., & Munoz, C. (2001). A guiding framework for delivering culturally competent services in case management. *The Case Manager*, 12(2), 48-52. <http://doi.org/10.1067/mcm.2001.114902>
- Campinha-Bacote, J., & Padgett, J. J. (1995). Cultural competence: a critical factor in nursing research. *Journal of cultural diversity*, 2(1), 31-4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7663899>

- Caplan, S., & Black, R. (2014). Evaluation of the cross-cultural health assessment as an interdisciplinary method of cultural competency education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4). <http://doi.org/10.5430/jnep.v4n4p58>
- Caricati, L., Dicembrino, R. B., Gionti, L., Petre, L., & Ungurean, L. (2015). Cultural competence assessment instrument: Initial Italian validation and proposed refinement. *Acta Biomedica*, 86, 142-149. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26629669>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Castrillóna, E. C. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, 19(42), 128-136. <http://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
- Chae, D. H., & Kang, K. H. (2013). Review of Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Nurses - Focused on IAPCC & CCA. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(1), 48. <http://doi.org/10.11111/jkana.2013.19.1.48>
- Chae, D., Kang, K. H., Benkert, R., & Doorenbos, A. Z. (2018). Evaluation of the psychometric properties of the Korean version of the Cultural Competence Assessment. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(1), 56-66. <http://doi.org/10.1111/jjns.12169>
- Chen, G.-M., & Starosta, W. (2000). The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Communication Studies Faculty Publications*. Recuperat de https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs/36
- Cicolini, G., Della Pelle, C., Comparcini, D., Tomietto, M., Cerratti, F., Schim, S. M., ... Simonetti, V. (2015). Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 536-543. <http://doi.org/10.1111/jnu.12165>
- Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona. (2017). *Memòria Anual 2017*. Tarragona. Recuperat de <https://www.codita.org/memoria/2017/#p=4>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354. <http://doi.org/10.1037/h0047358>
- Davenport, D., Reyes, H., & Lance, H. (2013). A Comparative Analysis of Cultural Competence in Beginning and Graduating Nursing Students. *Administrative Issues Journal*, 23, 1-5. Recuperat de <https://dc.swosu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.es/&httpsredir=1&article=1162&context=aij>
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10-12. Recuperat de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.6286&rep=rep1&type=pdf>
- de la Rica, S., Glitz, A., & Ortega, F. (2014). Immigration in Spain: what have we learned from recent evidence? *Cuadernos económicos de ICE*, 87, 9-28. Recuperat de http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_87_9-28__5131A453B751E3293582C1DAC0600D8A.pdf
- Doorenbos, A. Z., Morris, A. M., Haozous, E. A., Harris, H., Flum, D. R., Doorenbos, A. Z., ... Flum, D. R. (2016a). Assessing Cultural Competence Among Oncology Surgeons. *Journal of Oncology Practice*, 12(1), 61-62. <http://doi.org/10.1200/JOP.2015.006932>
- Doorenbos, A. Z., Schim, S. M., Benkert, R., & Borse, N. N. (2005). Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Healthcare Providers. *Nursing Research*, 54(5), 324-331. <http://doi.org/10.1097/00006199-200509000-00006>
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., ... Purnell, L. (2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109-121. <http://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- Eurostat. (2018). Migration and Migrant Population Statistics. Recuperat de <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/1275.pdf>

9. Referències bibliogràfiques

- Francisco, J. (2018). Humanización de la salud: Un desafío para el sistema sanitario en contextos de multiculturalidad Humanization of health: A challenge for the health system in multicultural contexts. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1, Mar), 1-2. <http://doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.01>
- Fuertes, C., & Martín Laso, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 9-25. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272006000200002>
- García Galán, R., Baraza Cano, M., Cañas García-Otero, E., Díaz Gavira, C., Domínguez Castellano, Á., Falces Aramendi, A., ... & García Galán, R. (2007). *manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*. Sevilla, Consejería de Salud. Recuperado de <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1457>
- Garcimartín Cerezo, P., Galceran, S., Soriano, G., Camps, L. M., Moral, J. L., Soriano, E., ... Casanova, M. A. (2014). Design and evaluation of an educational course in cultural competence for nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 262-268. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.308>
- Generalitat de Catalunya. (2015). *Guia per al respecte a la diversitat religiosa en centres sanitaris de Catalunya*. Recuperat de http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers_religiosos/documents/Guia_Creences_Centres_Sanitaris.pdf
- Gerhard, F. (2008, abril 3). Tarragona té l'índex d'immigrants més elevat de tot Catalunya. *El periodico*. Recuperat de <https://www.elperiodico.cat/ca/tarragona/20080403/tarragona-te-lindex-dimmigrants-mes-elevat-de-tot-catalunya-41112>
- Giddens, A., & Cifuentes, P. (2000). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid, España: Taurus
- Gil-Estevan, M. D., & Solano-Ruíz, M. del C. (2017). Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care. *Atencion Primaria*, 49(9), 549-556. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
- Gimenez, C. (2003). Familia e interculturalidad. (Coord) Borobio, D. En *Familia e interculturalidad*, (p. 129-196). Universidad Pontificia de Salamanca. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=813840>
- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2016). La Escala de Deseabilidad social de Marlowe-Crowne: Baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1), 206-217. <http://doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>
- Hammar, T. (1997). Book Review: Migration and Economic Integration in Nordic Common Labour Market Migration and Economic Integration in Nordic Common Labour Market . FischerPeter A. and StraubhaarThomas. Copenhagen: Nordic Counsel of Ministers, 1996. pp. 248. *Asian and Pacific Migration Journal*, 6(3-4), 481-483. <http://doi.org/10.1177/011719689700600311>
- Hanefeld, J., Vearey, J. & Lunt, N. (2017). A global research agenda on migration, mobility, and health. *The Lancet*, 389(10087), 2358-2359. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31588-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31588-X)
- Hart, A., Hall, V., & Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an «inequalities imagination»: a model for use in education and practice. *Journal of advanced nursing*, 41(5), 480-9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603573>
- Hernández, V. H. (2017). Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: Evolución de un término. *UDGVirtual*. 1-12. Recuperat de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1151>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(5). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>
- Ibarra Mendoza, T. X., & González, J. S. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 15(55), 44-48.

- Idescat. (2015). Idescat. Població estrangera per continents. Catalunya. Recuperat 17 juliol 2018, de <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=6>
- IDESCAT. (2018). Població estrangera per municipis. Província: Tarragona. Recuperat de <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=7&geo=prov:43>
- INE. (2017). *Cifras Población 2017*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperat de http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf
- International Test Commission. (2017). Recuperat 26 juliol 2017, de <https://www.intestcom.org/>
- Jacorzynski, W. (2013). Reflexiones sobre la actualidad del relativismo cultural: respuesta a Nicolás Sánchez Durá. *Desacatos*, 41, 49-64. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2013000100003
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 232. <http://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
- Kawashima, A. (2008, març 27). *Study on cultural competency of Japanese nurses*. (Tesis doctoral) George Mason University. Virginia, Estats Units. Recuperat de <http://mars.gmu.edu/handle/1920/3072?show=full>
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111-117. <http://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of advanced nursing*, 35(6), 918-25. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555040>
- Krajic, K., Like, R. C., Schulze, B., Straßmayr, C., Trummer, U., Pelikan, J. M., & LBISHM. (2004). Staff training towards cultural competence. Clinical Cultural Competency Questionnaire - Pre (CCCTQ-Pre), MFH Subproject C. Recuperat de <http://www2.umdj.edu/fmedweb/chfcd/INDEX.HTM>
- Kupiszewska, D., Kupiszewski, M., Martí, M., & Ródenas, C. (2010). PROMINSTAT Thematic Study on Migration Flows: *Possibilities and limitations of comparative quantitative research on international migration flow*: Alicante, Espanya, 2010 Recuperat de https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Rodenas2/publication/258628916_Possibilities_and_limitations_of_comparative_quantitative_research_on_international_migration_flow/links/546c7c3d0cf21e510f61cf7b/Possibilities-and-limitations-of-comparative-quantitative-research-on-international-migration-flow.pdf
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Leininger, M. (1989). Transcultural Nurse Specialists and Generalists: New Practitioners in Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(1), 4-16. <http://doi.org/10.1177/104365968900100103>
- Leininger, M. (2002). Culture care assessments for congruent competency practice. En *Transcultural Nursing-concepts, Theories, Research and Practice* (p. 117-143). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <http://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Lin, C. J., Lee, C. K., & Huang, M. C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research*, 25(3), 174-186. <http://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000153>
- Lipson, J. G., & Meleis, A. I. (1989). Methodological issues in research with immigrants. *Medical Anthropology*, 12(1), 103-115. <http://doi.org/10.1080/01459740.1989.9966014>
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, 289101. <http://doi.org/10.1155/2013/289101>

9. Referències bibliogràfiques

- Macipe Costa, R. M., & Gimeno Feliu, L. A. (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 299-319.
- Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural Nursing: Its Importance in Nursing Practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43
- Marra, J., Covassin, T., Shingles, R. R., Canady, R. B., & MacKowiak, T. (2010). Assessment of certified athletic trainers' levels of cultural competence in the delivery of health care. *Journal of Athletic Training*, 45(4), 380-385. <http://doi.org/10.4085/1062-6050-45.4.380>
- Marrero-González, M. C. (2013). Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales. *ene Revista de enfermería*, 7(3), 1-9.
- Martínez, M. F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 331-350. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007
- Meneses, J. (2016). Aspectes bàsics de l'anàlisi multivariant. En Meneses, J. *Introducció a l'anàlisi multivariant*. Barcelona: Editorial UOC
- Molina, M. Á. F. (2006). Migration phenomena and their influence in trans-cultural care within a hospital frame. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 62-68. Recuperat de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009534376&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Monge, S., Ronda, E., Pons-Vigués, M., Vives Cases, C., Malmusi, D., & Gil-González, D. (2015). Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 461-463. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.012>
- Muñoz-Cano, J. M., Maldonado-Salazar, T., & Bello, J. (2014). Desarrollo de proyectos para la formación de la competencia intercultural por estudiantes de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 17(3), 161-169. <http://doi.org/10.4321/S2014-98322014000300006>
- Muñoz de Rodríguez, L., & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), 98-104. Recuperat de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Murcia, S. E. A., & Lopez, L. (2016). The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2718. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718>
- Navarro-Arancegui, M. (2003). Análisis y políticas de clusters: teoría y realidad. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, (53), 14-49. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856638>
- Navarro, E. B. G. (2015). *Competencia cultural en salud : conocimientos, prácticas Culturales, y actitudes ante los cuidados*. (Tesis doctoral) Universidad de Huelva, Huelva, España
- O'Connor, B. P. (2000). *SPSS and BAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test*. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* (Vol. 32). Recuperat de <http://flash.lakeheadu.ca/~boconn02/>
- Olt, H., Jirwe, M., Gustavsson, P., & Emami, A. (2010). Psychometric evaluation of the Swedish adaptation of the inventory for assessing the process of cultural competence among healthcare professionals—Revised (IAPCC-R). *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1), 55-64.
- Osorio Merchan, M. B., & López Díaz, A. L. (2008). Competencia cultural en salud, necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 17, N.º. 4, 2008, págs. 266-270, 17(4), 266-270.

- Owiti, J. A., Palinski, A., Ajaz, A., Ascoli, M., De Jongh, B., & Bhui, K. S. (2015). Explanations of illness experiences among community mental health patients: An argument for the use of an ethnographic interview method in routine clinical care. *International Review of Psychiatry*, 27(1), 23-38. <http://doi.org/10.3109/09540261.2014.995602>
- Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of advanced nursing*, 37(3), 258-64. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11851796>
- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 2. <http://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., Peray, J. L. de, & Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria*, 24(1), 23-27.
- Plaza del Pino, F. J., & Soriano, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería : Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index Enfermería*, 18(3), 190-194. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962009000300011>
- Plaza del Pino, F. J., & Veiga del Pino, M. (2011, Abril). *Vision de los Pacientes Musulmanes de la Competencia intercultural de los Profesionales de Enfermería que les Cuidan*. Pòster presentat a la V Reunió Internacional d'Investigació en Infermeria, Granada, Espanya. Recuperat 6 octubre 2015, de <http://www.index-f.com/para/n11-12/064p.php>
- Plaza, S. H., & Hernández, S. (2014). ¿Diversidad cultural o desigualdad social? Una aproximación crítica a la competencia cultural en la salud a partir de las necesidades sentidas por mujeres en contextos de diversidad, injusticia social y austeridad. *Configurações*, (14), 103-128. <http://doi.org/10.4000/configuracoes.2290>
- Purnell, L. (2016). Are We Really Measuring Cultural Competence? *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 124-127. <http://doi.org/10.1177/0894318416630100>
- Purnell, L. D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (6), 91-102. <http://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.13>
- Purnell, L. D. (2013). *Transcultural health care : a culturally competent approach*. Philadelphia, Estats Units: F.A. Davis.
- Quiñoz Gallardo, M. D. (2010). Los cuidados prestados por población inmigrante ¿pueden ser un intercambio de saberes culturales? *Index de enfermería*, 19(2), 93-96. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962010000200004>
- Raigal Aran, L. (2016). *Percepció de l'atenció en el procés de maternitat en la població musulmana atesa en el Pius Hospital de Valls: Conèixer per cuidar millor*. Universitat Rovira i Virgili. Recuperat de <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFM%3A204>
- Raigal Aran, L., Rifà Ros, R., Borrueal Llovera, A., & Ferré Grau, C. (2017). Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural en los profesionales de salud en España. *Revista ROL de enfermería*, 40(11), 60-67. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6213537>
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*, 55(1), 57-66.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural*. Toronto, Canada: Recuperat de http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Aceptacion_de_la_diversidad.pdf
- Reina, L. M., & Romero, M. N. (2014). La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 18(38), 128-138. <http://doi.org/10.7184/cuid.2014.38.15>

9. Referències bibliogràfiques

- Reyes, H., Hadley, L., & Davenport, D. (2013). A comparative analysis of cultural competence in beginning and graduating nursing students. *ISRN Nursing*, 2013, 1-5. <http://doi.org/10.1155/2013/929764>
- Riera, D., Baraza Mendoza, M. C., Masvidal Aliberch, R. M., Frutos Gallego, E. de, & Estabanell Buxó, A. (2009). Aspectos sociofamiliares de la población inmigrante en Cataluña. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 439-450.
- Rifà-Ros, R., Costa-Tutusaus, L., & Espinosa-Fresnedo, C. (2013). Influencia de la formación en competencia cultural sobre la actitud frente a la inmigración de los estudiantes de tercero de enfermería. *FEM*, 16(2), 105-110. <http://doi.org/10.4321/S2014-98322013000200009>
- Rifà-Ros, R., Espinosa-Fresnedo, C., Alcázar-París, M., Raigal-Aran, L., & Ferré-Grau, C. (2018). Risk for Complicated Immigration Transition: New Diagnosis for NANDA-International. *International Journal of Nursing Knowledge*, 0(0). <http://doi.org/10.1111/2047-3095.12206>
- Rodríguez, S., Noelia, G., Domingo, H., Prieto De La Higuera, M., Martínez, M., Maribel, S., ... Murillo Torrecilla, F. J. (2010). Investigación Acción. Recuperat de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Inv_accion_trabajo.pdf
- Rotter, J. B., Chance, J. E., & Phares, E. J. (1972). An introduction to social learning theory. En *Applications of a social learning theory of personality* (p. 1-44).
- Rubio-Hurtado, M.-J., & Vilà-Baños, R. (2016). El análisis de conglomerados bietápico o en dos fases con SPSS. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 10(1), 118-126. <http://doi.org/10.1344/reire2017//>
- Ruiz, M. P. (2012). *Validación de un instrumento para el estudio de la sensibilidad intercultural*. Universitat Jaume I. Recuperat de https://www.uv.es/gem/gemhistorico/mavaco/publicaciones/Validacion_de_un_instrumento_para_el_estudio.pdf
- Saldaña, D. (2001). *Cultural Competence. A practical guide for mental health providers*: San Antonio, 2001. Recuperat de la Hogg Foundation for Mental Health, University of Texas at Austin: https://www.psyrehab.ca/files/documents/Hogg_Foundation_for_MentalHealth.pdf
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mèxic DF, Mèxic: McGraw-Hill.
- Sanchis García, P. (2016). El cuaderno de Ángela y Marina Hacia la construcción de la identidad cultural versus interculturalidad mediante la lectura. *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, 56, 215-226.
- Sandín-Vázquez, M., Larraz-Antón, R., & Río-Sánchez, I. (2014). Immigrant patient care inequalities: the importance of the intercultural approach. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 277-284.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., & Benkert, R. (2003). Development of a Cultural Competence Assessment instrument. *Journal Nursing Measurement*, 11(1), 29-40. <http://doi.org/10.1891/jnum.11.1.29.52062>
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Benkert, R., & Miller, J. (2007). Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110. <http://doi.org/10.1177/1043659606298613>
- Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 6(3), 256-270. <http://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023>
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2005). Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 354-360. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00061.x>

- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2006). Enhancing cultural competence among hospice staff. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23(5), 404-411. <http://doi.org/10.1177/1049909106292246>
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Segarra, A. (2008). Pla Estratègic del Camp de Tarragona: La suma que multiplica. Mesa Camp de Tarragona. Tarragona. Recuperat de http://www.mesacamp.tarragona.cat/media/upload/arxiu/2.7_PlaEstrategic_Document_final.pdf
- Serra, M., Mestres, L., González, M., Leyva, J. M., & De Dios, R. (2013). Competencia clínica cultural : Análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 1-5. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>
- Shen, Z. (2015). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308-321. <http://doi.org/10.1177/1043659614524790>
- Soler-González, J., Rodríguez Rosich, A., & Marsal, J. R. (2014). Competencias del estudiante de medicina para respetar las creencias y la cultura del paciente. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 17(2), 69-74.
- La Spina, E. (2012). *Familias transnacionales, sociedades multiculturales e integración. España, Italia y Portugal en perspectiva comparada*. Librería-Editorial Dykinson. Valencia, Espanya. Recuperat de <https://books.google.es/books?id=OgYklw5mQsMC&pg=PA40&lpg=PA40&dq=familias+vinculadas+a+la+inmigración&source=bl&ots=1CLAK66Mmg&sig=wZL8ToqxraTkxMwHYDKPxHPHWeI&hl=ca&sa=X&ved=2ahUKewiW9L3SuOLdAhVI2KQKHcxOCsAQ6AEwDXoECAkQAQ#v=onepage&q=familias+vinculadas>
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of community Psychology*, 34(2), 237-245. Wiley-Blackwell. Recuperat de <http://doi.org/10.1002/jcop.20095>
- Suhonen, R., Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). Cross-cultural nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 593-602. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.006>
- Swihart, D. L., & Hughes, J. (2018). Cultural Religious Competence. *StatPearls Publishing LLC*. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630268>
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competence in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1), 99. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Vázquez, M. L., Terraza, R., Vargas, I., & Lizana, T. (2009). Perceived needs of health personnel in the provision of healthcare to the immigrant population. *Gaceta sanitaria*, 23(5), 396-402. Recuperat de http://scielo.isciii.es/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500007&lng=es&nrm=iso
- Venturin, J. S., Durall, P. S., Enciso, R., Clark, G. T., & Mulligan, R. (2013). Comparing methods of cultural competency training and assessment in a predoctoral dental course. *Journal of dental education*, 77(4), 476-84. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23576593>
- Wang, Y.-W., Davidson, M. M., Yakushko, O. F., Savoy, H. B., Tan, J. A., & Bleier, J. K. (2003). The Scale of Ethnocultural Empathy: Development, validation, and reliability. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 221-234. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.50.2.221>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health*, 18(1), 987. <http://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
- Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 761-769. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012>

9. Referències bibliogràfiques

- World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. *Bulletin of the world health organization.*, 79(4), 373-374. <http://doi.org/S0042-96862001000400016>
- Zapata-Barrero, R. (2017). Interculturalism in the post-multicultural debate: a defence. *Comparative Migration Studies*, 5(1), 14. <http://doi.org/10.1186/s40878-017-0057-z>

Annexos

Annex I: Permís de traducció i validació de l'escala Cultural Competence Assessment al castellà



Biobehavioral Nursing and Health Informatics

September 27, 2017

Laia Raigal Aran
Becaria de suport a la recerca a la Facultat d'infermeria de la URV
Infermera al Pius Hospital de Valls
Doctoranda en infermeria i estudiant de psicologia

Dear Laia Raigal,

I am writing to confirm that I, as the author of the Cultural Competence Assessment (CCA) tool provided permission to Laia Raigal to translate and validate the CCA in Spanish.

Sincerely,

ARDITH Z. DOORENBOS PhD, RN, FAAN
Professor
BNHI, School of Nursing
Anesthesiology and Pain Medicine, School of Medicine (Adj.)
Global Health, School of Public Health (Adj.)
T602B, Health Sciences Building Box 357266
1959 NE Pacific St, Seattle, WA 98195-7266
206.616.0927 / fax 206.543.4771
doorenbos@uw.edu

Box 357266 Seattle, WA 98195-7266
206.685.8615 fax 206.543.4771 www.nursing.uw.edu

Annex II: GoogleForms CCA-S, dades sociodemogràfiques i MC-SDS versió breu

ESCALA DE COMPETENCIA CULTURAL

FINALIDAD DE LA ENCUESTA?

La realización de esta encuesta tiene el fin de validarla como una herramienta estandarizada. Para ello, necesito de su ayuda para hacer este proceso. Tendrá que contestar esta encuesta una vez ahora, y dentro de 1 mes aproximadamente le recordaré por medio de un correo electrónico volver a hacerlo (este proceso se llama test-retest)

DE QUE TRATA LA ENCUESTA?

Esta encuesta está diseñada para explorar los pensamientos, sentimientos y acciones al interactuar con otros en el contexto de la salud. Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Los investigadores van a analizarlas junto con la de los demás participantes para obtener un perfil global en relación a la competencia cultural. Sus respuestas y las de otras personas como usted, nos permitirán diseñar programas de formación en competencia cultural adaptados a necesidades específicas.

Las preguntas de esta encuesta tienen el objetivo de recopilar información sobre cómo piensa, siente y actúa. Por favor trata de contestar todas las preguntas. Si no está seguro o no tienes una opinión sobre alguna de las preguntas, utilice las opciones "sin opinión" o "no estoy seguro". No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas".

Completar esta encuesta es completamente voluntario. Le llevará a unos 20-30 minutos. Puede decidir no participar. También puede decidir parar en cualquier momento. Solo se guardan las respuestas cuando se llega al final.

Información de contacto de la responsable de la investigación:

Laia Raigal Aran
laia.raigal@urv.cat

Versión Breve de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Clowne:

Este instrumento fue adaptado a su versión breve y validado por Gutiérrez et al. en enero de 2016
Cultural competence Assessment:

El original de este instrumento ha sido cedido para su traducción y adaptación al castellano por la Dra. Ardith Z. Doorenbos.

VERSIÓN ORIGINAL: 5 de marzo de 2016

VERSIÓN TRADUCIDA Y ADAPTADA: 27 de Abril del 2017

El trabajo cuenta con un CEIm, con referencia 176/2017

* **Necessari**

Participa contestando a la encuesta y tendrás la posibilidad de llevarte una Smart Band!
El sorteo se realizará el próximo 30 de abril de 2018

- * Requisitos de participación: ser profesional de la salud de algún centro de la provincia de Tarragona y que tu trabajo diario sea con pacientes. Se comprobará cuando se de el premio personalmente.
- * El sorteo se realizará a través del correo electrónico que nos facilites y se utilizará la web *Randomium*
- * **RECUERDA!** Si respondes al retest que te enviaremos al mes de haber respondido por primera vez, tendrás dos opciones de ganar!
- * Si ya has participado y pusiste el correo, ya estas participando! No es necesario que la vuelvas a hacer. En breves recibirás para hacer el retest y tener 2 posibilidades de ganar!

1. Por favor, lea atentamente el consentimiento informado que encontrará en el siguiente enlace:

<https://www.dropbox.com/s/2u48jgs97yecfbr/Hoja%20de%20informaci%C3%B3n%20al%20participante%20i%20consentimiento%20informado.pdf?dl=0> *

- He leído el consentimiento informado y estoy de acuerdo en participar en este estudio contestando a la encuesta, siendo mis respuestas guardadas de forma anónima. El correo electrónico será utilizado solo para el retest y después eliminado.

2. (Si ya es la segunda vez que responde al test pasa a la 3ª pregunta) Se trata de un proceso de validación, por ello, necesitamos que respondas este test dos veces en un plazo de 1-2 meses. ¿Esta de acuerdo en realizar el test dos veces?

- Si
- No

3. Indíquenos un correo electrónico (este correo solo servirá para reenviarle el re-test dentro de 1-2 meses i para participar en el sorteo) *

La vostra resposta

4. Indique si *

- Es la primera vez que realizo el test
- Es la segunda vez que realizo el test

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estos datos nos ayudaran a determinar información personal anónima para ayudar al análisis de los datos.

Hospital donde trabaja habitualmente. Si no sale en la lista, añádalo en la última casilla. Se pueden marcar más de una *

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CAP de Montblanc | <input type="checkbox"/> CUAP Tarragona |
| <input type="checkbox"/> CAP Marià Fortuny, Reus | <input type="checkbox"/> Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre |
| <input type="checkbox"/> CAP Sant Pere, Reus | <input type="checkbox"/> Hospital Universitario Joan XXIII |
| <input type="checkbox"/> CAP Alcover | <input type="checkbox"/> Hospital Santa Tecla de Tarragona |
| <input type="checkbox"/> CAP de Falset | <input type="checkbox"/> Hospital Sant Joan de Reus |
| <input type="checkbox"/> CAP Baix Penedès interior | <input type="checkbox"/> Hospital Verge de la Cinta Tortosa |
| <input type="checkbox"/> CAP del Morell | <input type="checkbox"/> Hospital Comarcal Mora d'Ebre |
| <input type="checkbox"/> CAP Vendellós-Hospitalet | <input type="checkbox"/> Hospital Lleuger de Cambrils |
| <input type="checkbox"/> CAP Sant Pere i Sant Pau, Tarragona | <input type="checkbox"/> Institut Psiquiàtric Pere Mata, Reus |
| <input type="checkbox"/> CAP Jaume I, Tarragona | <input type="checkbox"/> Pius Hospital de Valls |
| <input type="checkbox"/> CAP de Cornudella | <input type="checkbox"/> Residencia Alt Camp |
| <input type="checkbox"/> CAP Torreforta | <input type="checkbox"/> Residència Jaume I de l'Espluga |
| <input type="checkbox"/> Clínica CCAadicciones | <input type="checkbox"/> Serveis d'Emergències Mèdiques (SEM) |
| | <input type="checkbox"/> Altres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Clínica Terres de l'Ebre Tortosa | |

En que servicio/servicios trabaja? Se puede marcar más de una. Si no aparece, añádala *

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atención primaria | <input type="checkbox"/> Hematología | <input type="checkbox"/> Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Matronería | <input type="checkbox"/> Quirófano |
| <input type="checkbox"/> Cuidados intensivos | <input type="checkbox"/> Medicina interna | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Traumatología |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Neonatología | <input type="checkbox"/> Urgències |
| <input type="checkbox"/> Enfermera escolar | <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Altres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Paliatius | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Pediatria | |

1. ¿Cuál es su profesión? *

- Auxiliar de enfermería
- Enfermera/o
- Médico
- Psicóloga/o
- Fisioterapeuta
- Trabajador/a social
- Celador/a
- Altres: _____

2. ¿En qué ámbito trabaja? Se pueden marcar más de una *

- Hospital (assitencial) _____
- Atención primaria (assitencial)
- Residencia (assitencial)
- Consulta privada (assitencial)
- Atención psiquiátrica (assitencial)
- Universidad (docencia)
- Escolar (docencia)

3. ¿De qué países de origen eran los pacientes que ha tratado en los últimos 12 meses? Exceptuando españoles. Marca todos con los que haya coincidido *

- Marruecos
- China, Japón
- Pakistán
- Latinoamericanas: Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, Argentina, Brasil...
- Senegal , Gambia
- Rumania, Ucrania, Rusia, Países Balcanes
- Otros

4. ¿De qué países de origen eran los pacientes que más ha tratado en los últimos 12 meses? Exceptuando españoles. Marca solo UNO *

- Marruecos
- China, Japón
- Países de la Unión europea: Italia, Francia, Alemania...
- Pakistán
- Latinoamericanas: Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, Argentina, Brasil...
- Senegal, Gambia
- Rumania, Ucrania, Rusia, Países Balcanes
- Otros *ya especificado anteriormente

5. ¿En su entorno de trabajo actual, qué porcentaje de la población atiende que no sea de origen español? (ejemplo respuesta: 50) *

La vostra resposta _____

6. En general, ¿Cómo te sientes al trabajar con personas que son de culturas diferentes a la tuya? *

- Muy competente
- Bastante competente
- Ni competente ni incompetente
- Algo incompetente
- Muy incompetente

7. ¿Cree que sería interesante la creación de cursos en sensibilización con otras culturas para mejorar la competencia cultural de los profesionales de salud en general? *

- Si
- No

8. ¿Ha participado anteriormente en alguna formación en alguno de estos temas o similares: diversidad cultural/interculturalidad/competencia cultural? *

- Si
- No

9. Si ha participado anteriormente en alguna formación sobre diversidad cultural, ¿cuál de las siguientes opciones la describiría mejor?(Marque todas las que correspondan)

- Curso adicional en la universidad con reconocimiento de créditos
- Contenido cubierto en una asignatura de la universidad
- Congreso o seminario profesional
- Programa de formación financiado por mi empresa
- Curso en línea (por ordenador)
- Otro tipo de curso (especificar) _____

Si has marcado "otros" a la pregunta anterior, especifica:

La vostra resposta _____

10. Por último, ¿en su vida diaria tiene o ha tenido relación con personas de otras culturas? Marque la que se ajuste más a su situación: *

- No, ninguna relación
- Sí, pero sin establecer amistad (por ejemplo: vecinos, compañeros de clase, en el gimnasio...)
- Sí, he trabajado o estoy trabajando con gente de otras culturas, pero no tengo amistad
- Sí, y algunos de mis amigos han sido o son de otras culturas

Parte 1 ECC

En este apartado se trata de que conteste en relación al grado de acuerdo con la frase que se expone en cada caso.

- 1: Totalmente desacuerdo
 - 2: Desacuerdo
 - 3: Parcialmente desacuerdo
 - 4: Neutro
 - 5: Parcialmente de acuerdo
 - 6: De acuerdo
 - 7: Totalmente de acuerdo
- Si deja la pregunta en blanco: No estoy seguro

11. La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

12. Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

13. Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

14. Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

15. Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

16. Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

17. Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

18. Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

19. Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultural

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

20. Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de "atención médica" de distintas maneras

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

21. Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

Parte 2 ECC

En este apartado se trata de que conteste en relación a la frecuencia con la que realiza las acciones que se presentan.

- 1: Nunca
 - 2: Pocas veces
 - 3: A veces
 - 4: A menudo
 - 5: Bastante a menudo
 - 6: Muy a menudo
 - 7: Siempre
- Si deja la pregunta en blanco: No estoy seguro

22. Incluyo evaluación cultural cuando hago evaluaciones individuales o colectivas

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

23. Busco información sobre necesidades culturales cuando identifico personas nuevas en mi trabajo

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

24. Consulto páginas de internet, libros o otro material para ayudarme a aprender acerca de las personas de diferentes culturas

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

25. Utilizo una variedad de fuentes para aprender sobre el patrimonio cultural de otras personas

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

26. Pido a las personas que me hablen de sus propias concepciones de la salud y de la enfermedad

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

27. Pido a las personas que me expliquen qué esperan de los servicios de salud

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

28. Evito utilizar generalizaciones basadas en estereotipos

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

29. Identifico barreras potenciales en el servicio con las que pueden haberse encontrado las personas de distintas culturas

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

30. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera a los servicios para las personas de distintas culturas cuando las identifico yo

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

31. Elimino obstáculos que pueden representar una barrera para las personas de distintas culturas cuando alguien me identifica estas barreras

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

Versión Breve de la Escala de Desabilidad Social de Marlowe-Clowne

Sus respuestas a estas últimas preguntas nos ayudarán a entender las respuestas anteriores y su significado psicosocial. Estás, igual que las anteriores son estrictamente confidenciales.

*

	Verdadero	Falso
36. Nunca dudo en dejar o que estoy haciendo para ayudar a alguien con problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A veces me cuesta ponerme a trabajar si no me encuentro con ánimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Nunca me ha caído nadie realmente mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. A veces estoy descontento cuando no puedo hacer las cosas a mi manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Siempre soy muy cuidadoso con mi forma de vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. En casa me comporto tan bien en la mesa como cuando estoy en un restaurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. En algunas ocasiones he renunciado a hacer algo porque pensaba que me faltaba habilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. A veces me gusta cotillear un poco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Ha habido veces que he tenido sentimientos de rebeldía contra personas con autoridad aún sabiendo que ellos tenían la razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Independientemente de con quién esté hablando, siempre escucho atentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Alguna vez me «he hecho el loco» para quitarme a alguien de encima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Siempre intento hacer lo que digo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. A veces trato de vengarme en lugar de perdonar y olvidar lo que me han hecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Siempre soy cortés, aun con gente desagradable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. En algunas ocasiones siento que soy un "manazas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Nunca emprendo un viaje largo sin revisar el coche (moto, bici, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. En algunas ocasiones me he sentido bastante celoso de la buena fortuna de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. A veces me irrita que la gente pida favores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annex III: Imatge dissenyada per anunciar el sorteig

THREE
INTELLIGENT WAKE-UP

Smart alarm clock
sleep monitor

When you are in light sleep, the smart band will gently wake you up through vibration at your wrist when someone calls, without disturbing people around you. With the intelligent wake-up function, you don't need to worry about missing calls.

PWTT test blood pressure technology princ

Participa contestando a la encuesta y tendrás la posibilidad de llevarte una Smart Band!
El sorteo se realizará el próximo 30 de abril de 2018

- * Requisitos de participación: ser profesional de la salud de algún centro de la provincia de Tarragona y que tu trabajo diario sea con pacientes. Se comprobará cuando se de el premio personalmente.
- * El sorteo se realizará a través del correo electrónico que nos facilites y se utilizará la web *Randorium*
- * RECUERDA! Si respondes al retest que te enviaremos al mes de haber respondido por primera vez, tendrás dos opciones de ganar!
- * Si ya has participado y pusiste el correo, ya estas participando! No es necesario que la vuelvas a hacer. En breves recibirás para hacer el retest y tener 2 posibilidades de ganar!

Annex IV: Vídeo del sorteig realitzat

Accés mitjançant codi QR



Accés mitjançant l'enllaç web:

<https://www.dropbox.com/s/c9fzicrgyvq3s77/Sorteig.mp4?dl=0>

Annex V: Descripció dels ítems del qüestionari d'estudi

Ítem	Nom variable	Tipus Variable	Dimensió	Indicador	Escala de mesura	Valor escala
	Edat (VI)	Quantitativa discreta	Demogràfica	Edat en anys	Raó	-
	Sexe (VI)	Qualitativa dicotòmica	Demogràfica	Home Dona	Nominal	-
	País de naixement (VI)	Qualitativa	Demogràfica	País	Nominal	-
	Centre de salut / hospital en el que habitualment treballa	Qualitativa	Demogràfica	Resposta lliure	Nominal	
	Serveis en el qual treballa	Qualitativa	Demogràfica	Resposta lliure	Nominal	
1	Professió (VI)	Qualitativa	Demogràfica	a. Auxiliar d'infermeria b. Infermer c. Metge d. Altres	Nominal	-
2	Lloc de treball (VI)	Qualitativa	Demogràfica	a. Assistencial (Hospital, Atenció primària, Residència, consulta privada, Atenció psiquiàtrica, altres) b. Docència (universitat, escolar, formació no universitària, altres)	Nominal	-
3	País d'origen atesa amb més freqüència	Qualitativa	Demogràfica	a. Marroc b. Xina, Japó c. Països de la Unió europea d. Pakistan e. Llatinoamèrica f. Senegal, Gambia g. Romania, Ucraïna, Rússia, Països Balcans h. Altres	Nominal	-
5	% Població atesa de diferents cultures (VI)	Qualitativa	Demogràfica	Percentatge	Raó	-
6	Autopercepció Competència Cultural (VI)	Qualitativa	Demogràfica	a. Molt competent b. Bastant competent c. Ni competent ni incompetent d. Una mica competent e. Molt incompetent f. Altres	Nominal	-
7	Interès en cursos de Competència Cultural (VI)	Qualitativa Dicotòmica	Demogràfica	Sí No	Dicotòmica	-
8	Participació en formació de Competència Cultural (VI)	Qualitativa Dicotòmica	Demogràfica	Sí No	Dicotòmica	-
9	Tipus de formació si resposta ítem 8 "sí" (VI)	Qualitativa	Demogràfica	a. Curs addicional en la universitat con reconeixement de crèdits b. Contingut cobert en una assignatura de la universitat c. Congrés o seminari professional	Nominal	-

				d. Programa de formació finançat per mi empresa e. Cursa en línia f. Altres		
10	Relació amb persones d'altres cultures (VI)	Qualitativa	Demogràfica	a. Cap relació b. He tingut contacte però no he establert amistat c. He treballat o hi estic treballant, però no hi tinc amistat d. Algunes de les meves amistats són d'orígens/cultures diferents a la meva	Nominal	-
11	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y Sense opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 Sense opinió. 0
12	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 Sense opinió. 0
13	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
14	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
15	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord	Nominal	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4


				c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord		e. 5 f. 6 g. 7 Sense opinió. 0
16	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
17	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
18	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 Sense opinió. 0
19	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
20	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0

21	Escala Competència Cultural: Subescala consciència i sensibilitat	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Totalment d'acord b. D'acord c. Parcialment d'acord d. Neutre e. Parcialment desacord f. En desacord g. Totalment desacord	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
22	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
23	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
24	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
25	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
26	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
27	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0


28	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
29	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
30	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
31	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
32	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
33	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
34	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0

35	Escala Competència Cultural: subescala comportament	Qualitativa	Escala	Likert (7) y no opinió a. Sempre b. Casi sempre c. Bastant sovint d. Sovint e. A vegades f. Poques vegades g. Mai	Nominal	a. 7 b. 6 c. 5 d. 4 e. 3 f. 2 g. 1 Sense opinió. 0
36	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
37	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
38	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
39	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
40	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
41	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
42	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
43	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
44	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
45	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
46	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
47	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
48	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
49	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
50	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
51	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=1 Fals = 0
52	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1
53	Escala de Deseabilidad Social de Marlow-Crowne	Qualitativa	Escala	Cert Fals	Dicotòmica	Cert=0 Fals=1

Annex VI: Permís del Comitè ètic d'investigació de l'IISPV



IISPV
INSTITUT
D'INVESTIGACIÓ
SANITÀRIA
PERE VIRGILI



CEIM
COMITÈ ÈTIC
D'INVESTIGACIÓ
AMB MEDICAMENTS
Edifici de Nutrició i Salut
Avda. de la Universitat, 1, 2a planta
43204 Reus (Tarragona)
Tel. 977 75 93 94 **5210/15dic17**

DE: DR. JOSEP M. ALEGRET COLOMÉ -
A: SRA. LAIA RAIGAL ARAN.

SECRETARI DEL CEIM
PIUS HOSPITAL DE VALLS

Assumpte : CCA
Ref. CEIm : 176/2017

Benvolguda,

Li comunico que amb data 30 de novembre de 2017, el CEIm ha avaluat l'estudi titulat "L'actitud infermera vers les diferències culturals: adaptació transcultural al castellà i validació de l'escala Cultural Competence Assesment (CCA)", del qual sou investigadora principal.

El dictamen del CEIm respecte a l'anomenat projecte en el format actual és **favorable**.


Cordialment,

Dr. Josep M. Alegret Colomé
Secretari Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments
Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili


Reus, 30 de novembre de 2017

Registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya nòm. inscripció 2.706.- NIF G43814045


1 / 1



Generalitat de Catalunya UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI Institut Català de la Salut GRUP SAGESSA GRUP PERE MATA
Edifici d'R+D+i de Nutrició i Salut - Av. Universitat, 1, 2a planta - 43204 Reus (Tarragona) - Tel. 977 759 394 - www.iispv.cat



IISPV
 INSTITUT
 D'INVESTIGACIÓ
 SANITÀRIA
 PERE VIRGILI
 CEIm
 Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments



CEIM
 COMITÈ ÈTIC
 D'INVESTIGACIÓ
 AMB MEDICAMENTS
 Edifici de Nutrició i Salut
 Avda. de la Universitat, 1, 2a planta
 43204 Reus (Tarragona)
 Tel. 977 75 93 94

S210/150ic17

DICTAMEN COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CON MEDICAMENTOS

DON JOSEP M. ALEGRET COLOMÉ, Secretario del COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CON MEDICAMENTOS DEL INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA PERE VIRGILI.

HACE CONSTAR QUE:

Este Comité, en su reunión de fecha **30 de noviembre de 2017** acta número 11/2017 se ha evaluado y decidido emitir **Informe Favorable** para que se realice el estudio titulado:

"L'actitud Infermera vers les diferències culturals: adaptació transcultural al castellà i validació de l'escala Cultural Competence Assessment (CCA)."

Código: CCA
 Hoja de Información al paciente: Versión 1 del 27 de 09 de 2017
 Ref. CEIM: 176/2017

CONSIDERA QUE:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiera con el respeto a los postulados éticos.

Este comité **acepta** que dicho estudio sea realizado en el Pius Hospital de Valls por la Sra. Laia Raigal Aran.

La composición actual del CEIm del Insituto d'Investigació Sanitària Pere Virigili es la siguiente:


Presidente


Dra. Maria Teresa Auguet Quintilla
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Representante de la Comisión de Investigación.


Secretario


Dr. Josep M^a Alegret Colomé
 Cardiólogo. Hospital Universitari Sant Joan de Reus


1 / 2











Edifici d'R+D+i de Nutrició i Salut – Av. Universitat, 1, 2a planta – 43204 Reus (Tarragona) – Tel. 977 759 394 – www.iispy.cat

Registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya, núm. inscripció 2.206, NIF CA3814045



CEIm
Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments



Edifici de Nutrició i Salut
Avda. de la Universitat, 1, 2a planta
43204 Reus (Tarragona)
Tel. 977 75 93 94 **S210 145 dic 17**

Vocales

- Dr. Xavier Ruiz Plazas**
Uròlogo. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Joan XXIII.
- Sra. Montserrat Boj Borbonés**
Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
- Sra. Anna Borruei Llovera**
Diplomada Universitaria en Enfermeria. UAU
- Sra. Immaculada de Molina Fernández**
Diplomada Universitaria en Enfermeria. Hospital Universitari Joan XXIII.
- Dr. Joaquín Escribano Súblas.**
Médico del Servicio de Pediatría. Representante de la Comisión de Bioética Asistencial. Miembro de la Comisión de Investigación.
- Dr. Joan Fernández Ballart**
Catedrático de Medicina Preventiva i Salut Pública. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili.
- Sra. M. Mar Granell Barceló**
Abogada i Asesora Jurídica del Comitè.
- Dr. Josep M. Crespo Bernabeu**
Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Joan XXIII.
- Dr. Jesús Miguel López-Dupla**
Servicio de Medicina Interna Hospital Universitari Joan XXIII
- Sr. Jordi Mallol Mirón**
Catedrático de Farmacología, Facultat de Medicina, Universitat Rovira i Virgili.
- Dra. Núria Plana Gil**
Médico adjunto del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
- Sra. Isabel Rosich Martí**
Farmacéutica Atenció Primària
- Sr. Francesc Xavier Sureda Batlle**
Profesor Titular de Farmacología. Universitat Rovira i Virgili.
- Dr. Vicente Valentí Moreno**
Oncólogo. Hospital Sant Pau i Santa Tecla.
- Sra. Elisabet Vilella Cuadrada**
Departamento de Formación e Investigación del Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata. Representante de la Comisión de Investigación.
- Sra. Mercè Vilella Papaseit**
Representante de la Sociedad Civil.

Firma

Dr. Josep M. Alegret Colomé
Secretario CEIm IISPV

Reus, 28 de septiembre de 2017

2 / 2



Annex VII: Permís del Comitè de Bioètica del Pius Hospital de Valls



Sra. Laia Raigal Aran
Infermera 4ª Planta.
Pius Hospital de Valls.

Benvolguda Sra. L. Raigal,

Li comuniquem l'aprovació, per part de la Comissió de Bioètica, per la realització d'un estudi psicomètric titulat: "*Avaluar la competència cultural amb el tracte dels professionals de salut amb els pacients d'altres cultures*". El propòsit d'aquest treball és la traducció i adaptació d'una enquesta, ja utilitzada a Estats Units, per ser validada a Espanya.

Li recordem l'obligació de respectar la llei de Protecció de dades i el consentiment informat dels professionals de la salut.

Atentament,



Anna Ollé Gilabert
Vocal Comitè de Bioètica.

Valls 25 setembre 2017

Genèrb Pius Hospital de Valls. CMI Inscripció en el Registre Mercantil de Tarragona, Núm. 1-0929, del 13, tomo 663, NIF A-3333618

PIUS HOSPITAL de Valls Plaça de Sant Francesc, 1 43800 Valls Tel. 977 61 30 00 Fax 977 60 50 14 www.piushospital.cat	Centre SOCIOSANITARI Plaça de Sant Francesc, 1 43800 Valls Tel. 977 61 30 00 Fax 977 60 50 14	Residència ALT CAMP Camí del Bosc, 16 43800 Valls Tel. 977 60 02 92 Fax 977 60 38 14	 UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI Hospital associat Centre proveïdor del  CatSalut
---	--	---	--

Annex VIII: Anàlisi de la Desitjabilitat Social en les puntuacions de la CCA per la mostra recollida

Codi subescala	Nº ítem en la CCA-S	Ítem	Prova Kruskal-Wallis			Correlació de Rho Rho de Spearman entre DS i puntuació alta ítem	Mitjana DS individus que puntuen alt en CCA en e ítem	% individus que puntuen alt Competència Cultural en aquest ítem
			Sig. entre DS total ítem total	Sig. entre DS i puntuacions de Competència Cultural mitja i baixa	Sig. entre DS y puntuació de Competència Cultural alta			
CS	1	La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.*	0.041	.236	0.011	0.011	5.296	46.7
	2	Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual. *	0.71	0.104	0.052	0.249	5.796	33.6
	5	Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.*	0.114	0.63	0.898			69.3
	8	Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.*	0.098	0.247	0.52	0.52**		59.7
CA	3	Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	0.33	0.326	0.202			52.8
	4	Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización.	0.147	0.213	0.123			54.2
	6	Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	0.381	0.395	0.174			72.5
	7	Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	0.01*	0.00*	0.195	0.950		43.3
	9	Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultural.	0.235	0.297	0.108			82.2
	10	Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de "atención médica" de distintas maneras.	0.016	0.088	0.007	0.007		69.6
	11	Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	0.16	0.187	0.226			62.0

Annex IX: País de naixement de la mostra de l'estudi

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Espanya	407	93.1	93.1	93.1
Marroc	4	.9	.9	94.1
Palestina	4	.9	.9	95.0
Portugal	2	.5	.5	95.4
Moldàvia	1	.2	.2	95.7
Síria	1	.2	.2	95.9
Suïssa	2	.5	.5	96.3
Ucraïna	1	.2	.2	96.6
República dominicana	1	.2	.2	96.8
Veneçuela	1	.2	.2	97.0
Alemanya	2	.5	.5	97.5
Equador	3	.7	.7	98.2
Colòmbia	2	.5	.5	98.6
Mèxic	2	.5	.5	99.1
Argentina	2	.5	.5	99.5
Itàlia	1	.2	.2	99.8
Andorra	1	.2	.2	100.0
Total	437	100.0	100.0	

Annex X: Variància total explicada de la mostra empírica de l'estudi a partir de l'AFE

Componente	Varianza total explicada								
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7.489	29.954	29.954	7.489	29.954	29.954	5.334	21.335	21.335
2	4.928	19.711	49.666	4.928	19.711	49.666	3.875	15.498	36.833
3	2.011	8.045	57.711	2.011	8.045	57.711	3.729	14.917	51.750
4	1.429	5.714	63.425	1.429	5.714	63.425	2.072	8.288	60.038
5	1.044	4.176	67.600	1.044	4.176	67.600	1.891	7.563	67.600
6	.880	3.520	71.121						
7	.854	3.417	74.537						
8	.703	2.814	77.351						
9	.606	2.425	79.776						
10	.585	2.340	82.116						
11	.495	1.980	84.096						
12	.471	1.884	85.979						
13	.464	1.854	87.834						
14	.387	1.546	89.380						
15	.383	1.532	90.913						
16	.327	1.306	92.219						
17	.307	1.226	93.445						
18	.281	1.125	94.571						
19	.261	1.046	95.617						
20	.250	1.001	96.617						
21	.218	.873	97.490						
22	.189	.755	98.245						
23	.162	.647	98.892						
24	.152	.609	99.501						
25	.125	.499	100.000						
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.									

Annex XI: Subescales de l'escala original de la CCA

8 9 11 12 14 15 16	Cultural Awareness i Sensitivity Subscale (CAS)	Strongly Agree = 7 Agree = 6 Somewhat Agree = 5 Neutral = 4 Somewhat Disagree = 3 Disagree = 2 Strongly Disagree = 1 No Opinion = do not include item	Add all item codes and divide by # items answered individual Cultural Awareness i Sensitivity Subscale Score Larger number means greater awareness i Sensitivity Range = 1 to 7
6 7 10 13	Cultural Awareness i Sensitivity Subscale – reverse coded items	Strongly Agree = 1 Agree = 2 Somewhat Agree = 3 Neutral = 4 Somewhat Disagree = 5 Disagree = 6 Strongly Disagree = 7 No Opinion = do not include item	
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	Cultural Competence Behavior Subscale (CCB)	Always = 7 Very Often = 6 Somewhat Often = 5 Often = 4 Sometimes = 3 Few Times = 2 Never = 1 Not Sure = do not include item	Add all item codes and divide by # items answered individual Cultural Competence Subscale Score Larger number means more Cultural competence Behaviors demonstrated Range = 1 to 7

Annex XII: Descriptius dels resultats de les puntuacions de CCA-S i de les diferents dimensions segons sexe, professió i edat

CCA total

		N	\bar{X}	s	ES	Interval de confiança per la mitjana al 95%		Mínim	Màxim
						Límit inferior	Límit superior		
Sexe	Homes	112	84.0598	13.38911	1.26515	81.5528	86.5668	46.14	112.14
	Dones	452	84.5710	14.72016	.69238	83.2103	85.9317	42.26	119.16
Professió	Auxiliar d'infermeria	23	86.7185	11.76148	2.45244	81.6324	91.8045	64.69	110.62
	Infermer/a	432	84.2134	15.20731	.73166	82.7753	85.6514	42.26	119.16
	Metge/essa	94	84.1756	11.06682	1.14146	81.9089	86.4423	44.52	103.70
	Psicòleg/a	3	103.0213	8.10186	4.67761	82.8952	123.1475	93.95	109.52
	Fisioterapeuta	6	89.6387	12.29879	5.02096	76.7319	102.5455	72.77	103.45
	Treballador/a social	3	88.5913	17.39856	10.04506	45.3709	131.8118	68.53	99.47
	Educador social	1	98.1110	.	.	.	.	98.11	98.11
Edat	Celador	2	71.4095	11.04713	7.81150	-27.8450	170.6640	63.60	79.22
	≤45	320	85.2391	14.56095	.90881	83.6376	86,8405	42.26	119.16
	>45	244	83.8430	14.28306	.81371	81.6591	85.2631	44.52	114.87

CA

		N	\bar{X}	s	ES	Interval de confiança per la mitjana al		Mínim	Màxim
						95%			
						Límit inferior	Límit superior		
Sexe	Homes	112	31.8683	7.24272	.68437	30.5121	33.2244	5.67	39.68
	Dones	452	30.2018	8.69625	.40904	29.3979	31.0056	5.67	39.68
Professió	Auxiliar d'infermeria	23	30.8273	6.33996	1.32197	28.0857	33.5689	16.46	39.68
	Infermer/a	432	30.1975	8.94155	.43020	29.3519	31.0430	5.67	39.68
	Metge/essa	94	31.4590	6.85947	.70750	30.0540	32.8639	9.64	39.68
	Psicòleg/a	3	36.1313	.42703	.24654	35.0705	37.1921	35.64	36.41
	Fisioterapeuta	6	32.2723	2.88261	1.17682	29.2472	35.2974	27.28	34.80
	Treballador/a social	3	33.9207	5.00384	2.88897	21.4904	46.3509	30.67	39.68
	Educador social	1	36.3760	.	.	.	.	36.38	36.38
	Zelador	2	34.4025	5.06501	3.58150	-11.1048	79.9098	30.82	37.98
Edat	≤45	320	31.2113	8.32902	.53555	30.2952	32.1273	5.67	39.68
	>45	244	29.6428	8.51434	.47375	28.5663	30.7193	6.49	39.68

CS

		N	\bar{X}	s	ES	Interval de confiança per la mitjana al		Mínim	Máxim
						95%			
						Límit inferior	Límit superior		
Sexe	Homes	112	14.5887	3.00571	.28401	14.0259	15.1515	2.73	19.12
	Dones	452	14.0006	3.11974	.14674	13.7122	14.2890	2.73	19.12
Professió	Auxiliar d'infermeria	23	12.3230	2.82832	.58975	11.0999	13.5460	7.48	16.40
	Infermer/a	432	14.0173	3.12769	.15048	13.7216	14.3131	2.73	19.12
	Metge/essa	94	14.6240	2.88170	.29722	14.0337	15.2142	4.75	19.12
	Psicòleg/a	3	16.8113	.40825	.23570	15.7972	17.8255	16.34	17.07
	Fisioterapeuta	6	15.0447	2.60451	1.06329	12.3114	17.7779	10.21	17.74
	Treballador/a social	3	18.6690	.38798	.22400	17.7052	19.6328	18.45	19.12
	Educador social	1	18.4230	.	.	.	.	18.42	18.42
	Celador	2	16.7490	.54589	.38600	11.8444	21.6536	16.36	17.14
Edat	≤45	241	14.5507	2.85054	.18362	14.1890	14.9124	2.73	19.12
	>45	320	13.7941	3.24669	.18065	13.4387	14.1495	2.73	19.12

CAB

		N	\bar{X}	s	ES	Interval de confiança per la mitjana al 95%		Mínim	Màxim
						Límit inferior	Límit superior		
						Sexe	Homes			112	22.0056	6.15881	.58195	20.8524	23.1588	5.18	32.61
	Dones	452	23.3339	5.92741	.27880	22.7860	23.8818	5.18	35.16
Professió	Auxiliar d'infermeria	23	26.2933	4.62078	.96350	24.2951	28.2914	17.86	35.11
	Infermer/a	432	22.9578	6.07689	.29237	22.3832	23.5325	5.18	35.16
	Metge/essa	94	22.6690	5.34854	.55166	21.5735	23.7644	8.79	32.61
	Psicòleg/a	3	27.0907	1.79907	1.03870	22.6215	31.5598	25.30	28.90
	Fisioterapeuta	6	25.4650	4.64324	1.89559	20.5922	30.3378	17.83	30.48
	Treballador/a social	3	24.0683	16.43922	9.49119	-16.7690	64.9056	5.18	35.16
	Educador social	1	23.4450	.	.	.	.	23.45	23.45
	Celador	2	14.2265	3.33259	2.35650	-15.7157	44.1687	11.87	16.58
Edat	≤45	320	23.4567	5.52208	.35571	22.7560	24.1574	5.18	35.16
	>45	244	22.7818	6.31299	.35126	22.0907	23.4728	5.18	35.16

CDSI

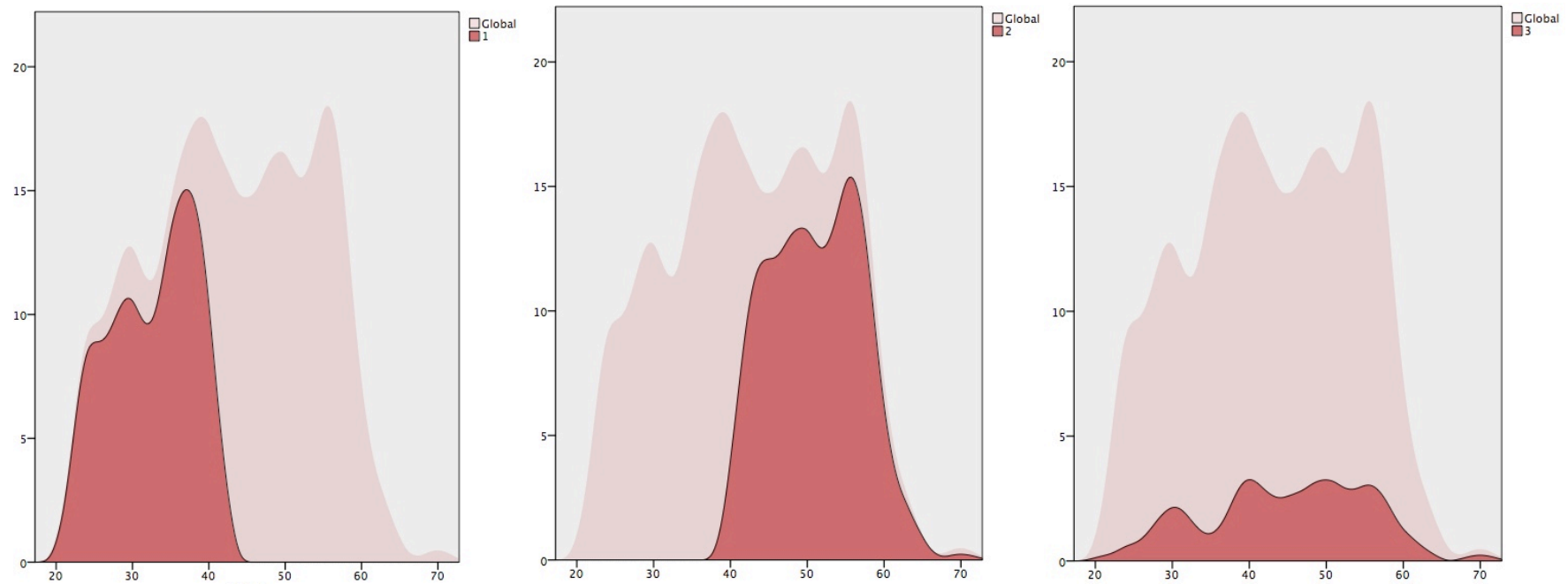
		N	\bar{X}	s	ES	Interval de confiança per la mitjana al 95%		Mínim	Màxim
						Límit inferior	Límit superior		
Sexe	Homes	112	15.5972	5.82962	.55085	14.5057	16.6888	4.54	28.74
	Dones	452	17.0347	6.25369	.29415	16.4567	17.6128	4.54	31.16
Professió	Auxiliar d'infermeria	23	17.2750	7.11792	1.48419	14.1970	20.3530	4.54	29.22
	Infermer/a	432	17.0408	6.14853	.29582	16.4593	17.6222	4.54	31.16
	Metge/essa	94	15.4237	5.77359	.59550	14.2411	16.6062	4.54	29.56
	Psicòleg/a	3	22.9880	6.18989	3.57373	7.6115	38.3645	15.89	27.26
	Fisioterapeuta	6	16.8567	7.58387	3.09610	8.8979	24.8154	8.97	26.37
	Treballador/a social	3	11.9333	6.50435	3.75529	-4.2244	28.0910	4.54	16.79
	Educador social	1	19.8670	.	.	.	.	19.87	19.87
	Celador	2	6.0315	2.10364	1.48750	-12.8690	24.9320	4.54	7.52
Edat	≤45	320	16.7126	6.38785	.41148	15.9020	17.5232	4.54	31.09
	>45	244	16.7766	6.05413	.33686	16.1139	17.4394	4.54	31.16

Annex XIII: Gràfics de distribució dels conglomerats d'edat segons la puntuació seves dimensions

Eix y: freqüència

Eix x: edat

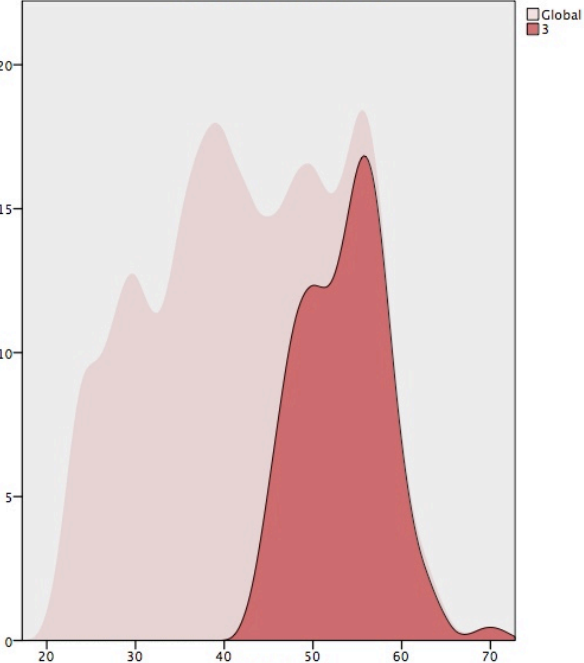
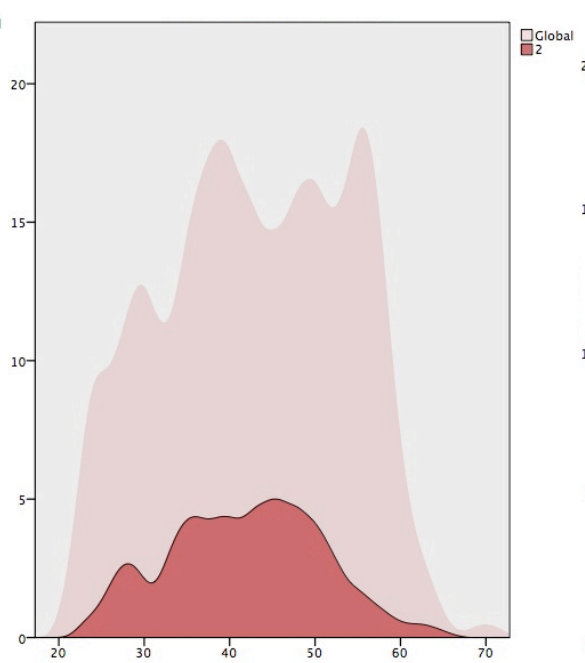
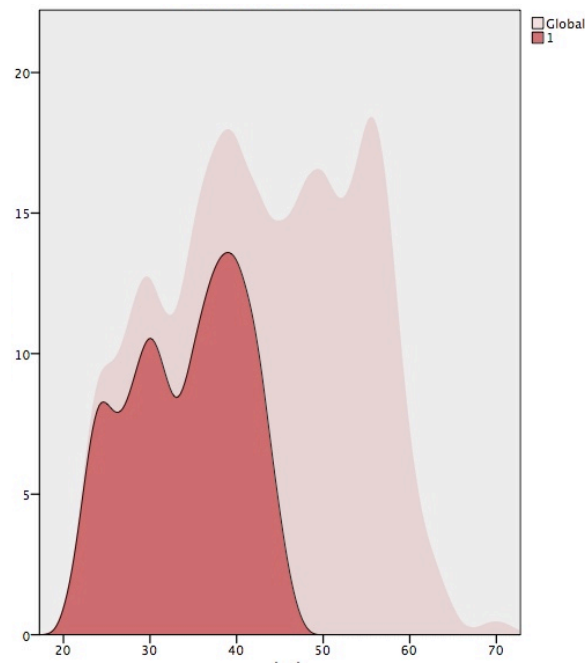
CA



Eix y: freqüència

Eix x: edat

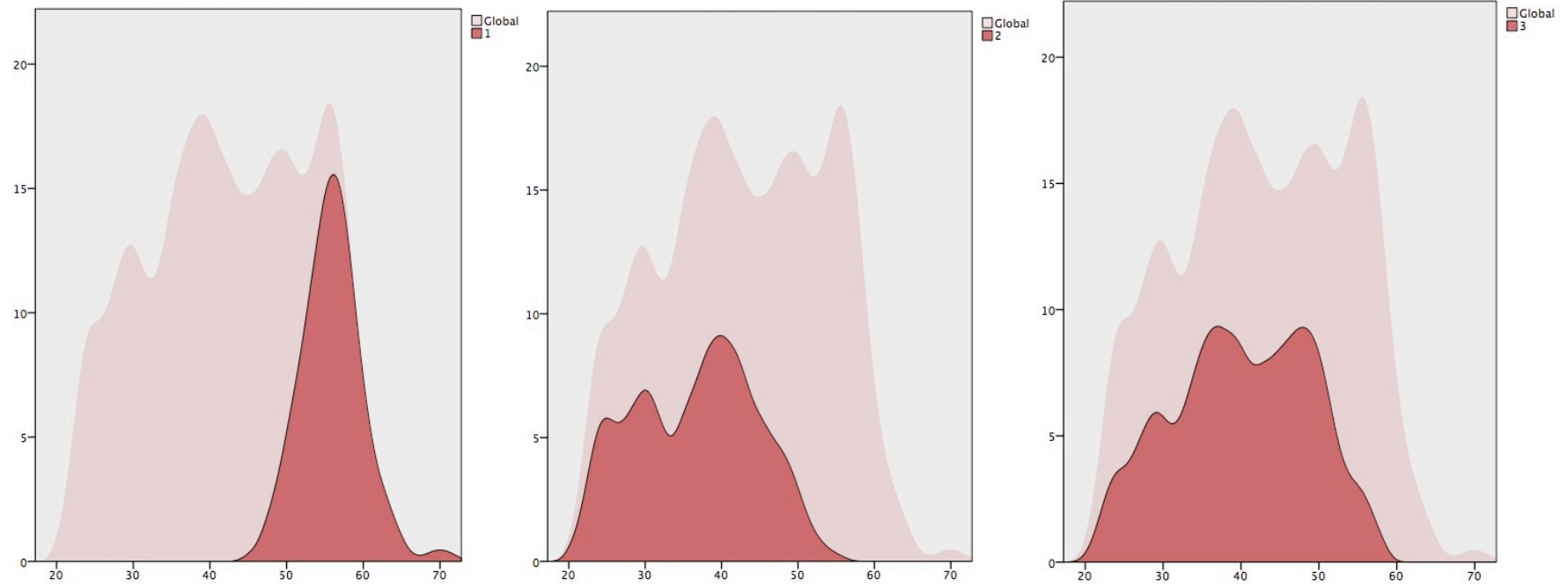
CS



Eix y: freqüència

Eix x: edat

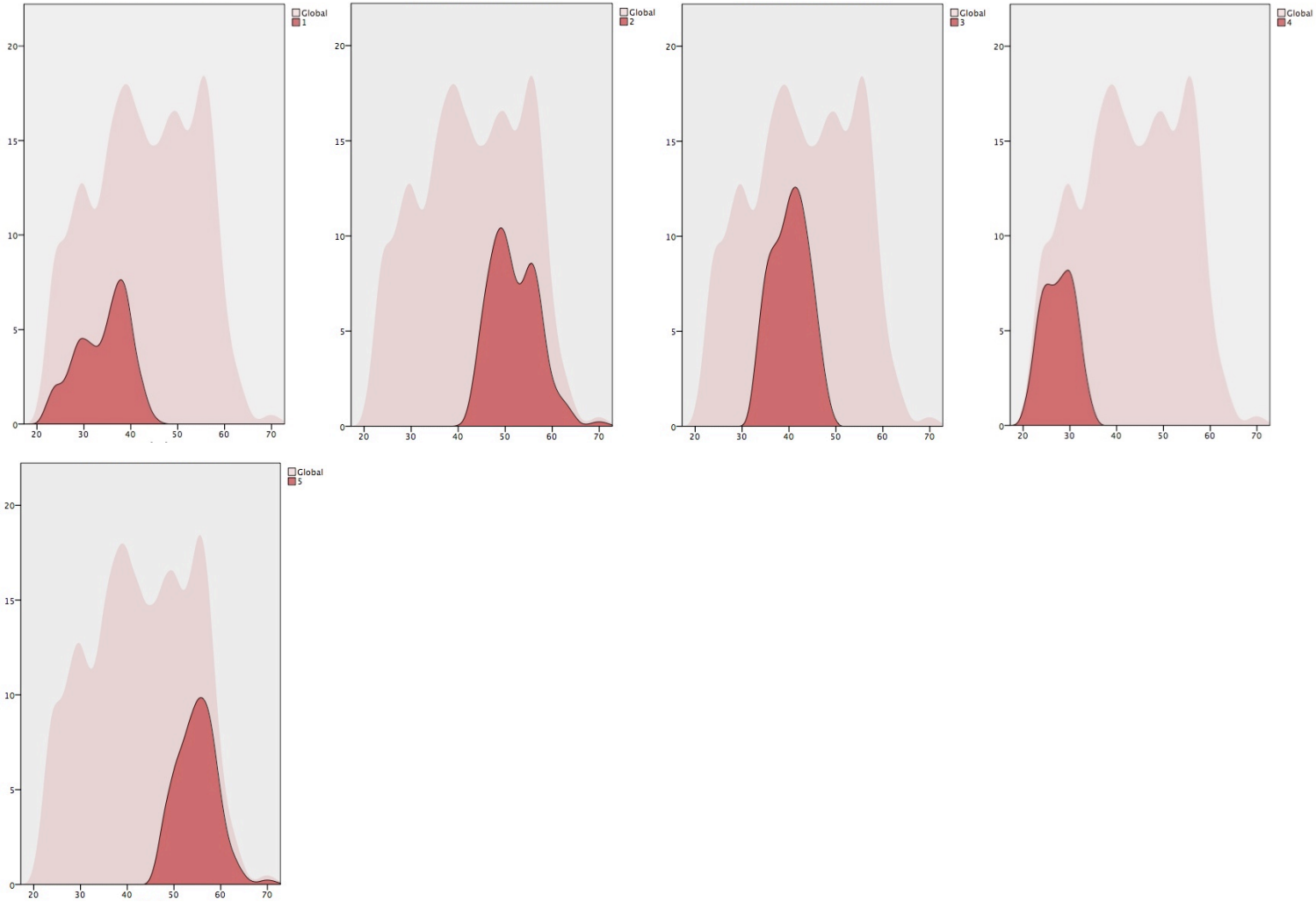
CAB



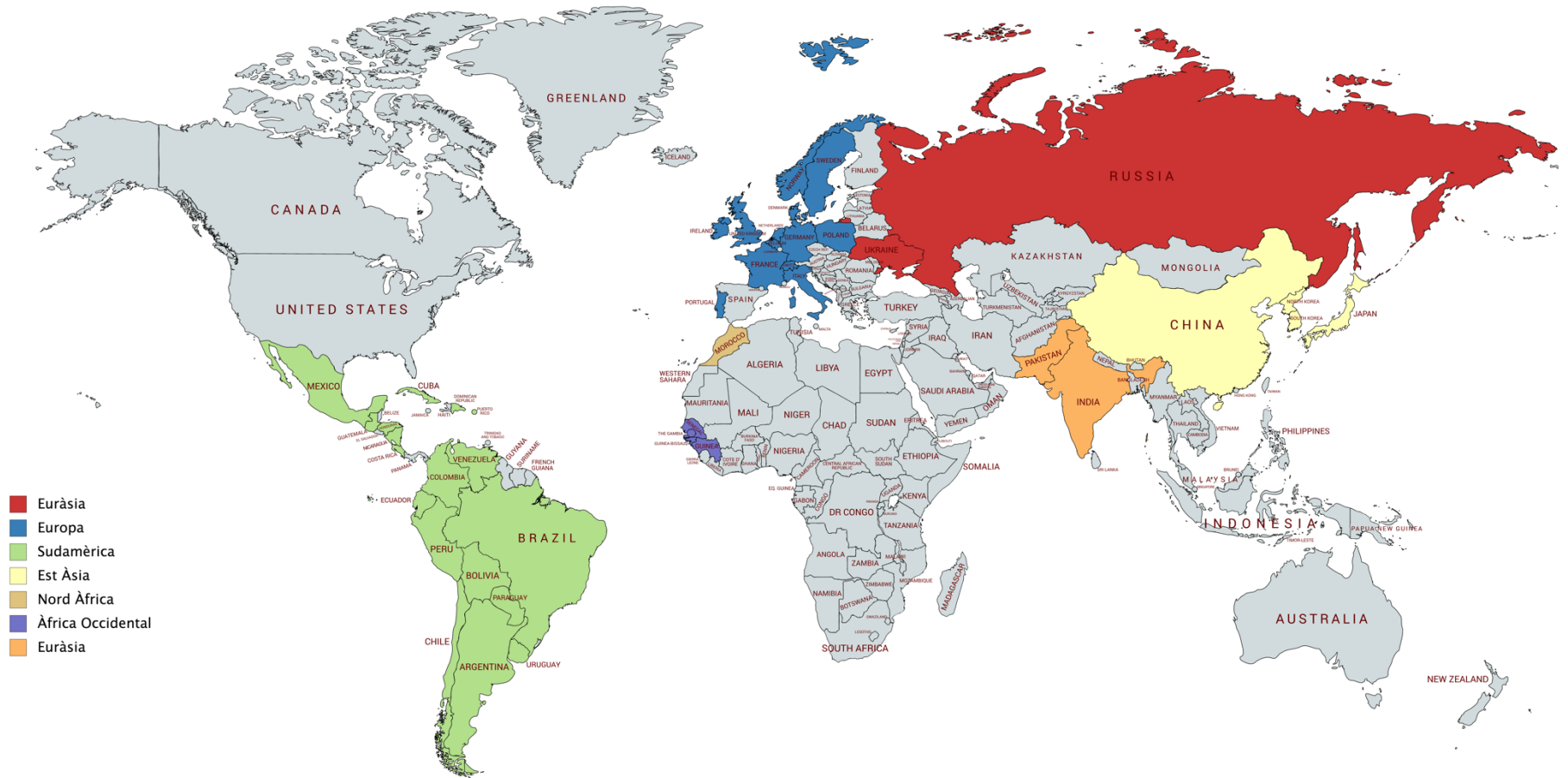
Eix y: freqüència

Eix x: edat

CDSI



Annex XIV: Mapamundi dels orígens més freqüents atesos per la mostra d'infermers i infermeres de la província de Tarragona



Created with mapchart.net ©

Annex XV: Anàlisi de l'associació entre els ítems de les dimensions CA i CS amb l'escala MC-SDS

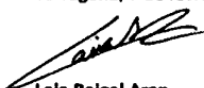
Nº ítem	Descripció ítem	Prueba Kruskal-Wallis						
		Sig. entre DS total ítem total	Sig. entre DS i puntuaciones de Competència Cultural mitja o baja	Sig. entre DS y puntuación de Competència Cultural alta	ρ	\bar{x} edat	% mostra que puntúan alt	
CS	1	La raza es el factor más importante que determina la cultura de una persona.	0.041*	.236	0.011*	0.011	41.72	46.7
	2	Las personas que comparten un fondo cultural común piensan y actúan igual.	0.71	0.104	0.052	0.249	41.41	33.6
	5	Si conozco la cultura de una persona, no es necesario que valore sus preferencias personales en cuanto a los servicios de salud.	0.114	0.63	0.898			69.3
	8	Las barreras lingüísticas son la única dificultad para los inmigrantes.	0.098	0.247	0.52	0.52		59.7
CA	3	Muchos aspectos de la cultura influyen en la salud y la atención sanitaria.	0.33	0.326	0.202			52.8
	4	Los aspectos de diversidad cultural deben ser evaluados para cada individuo, grupo y organización.	0.147	0.213	0.123			54.2
	6	Las creencias espirituales y religiosas son aspectos importantes para muchos grupos culturales.	0.381	0.395	0.174			72.5
	7	Las personas individualmente pueden identificarse con más de un grupo cultural.	0.059	0.057	0.195	0.950		43.3
	9	Creo que cada persona debe ser tratada con respeto con independencia de su origen cultural.	0.235	0.297	0.108			82.2
	10	Entiendo que las personas de diferentes culturas pueden definir el concepto de "atención médica" de distintas maneras.	0.016*	0.088	0.007*	0.007		69.6
	11	Creo que el conocimiento acerca de los diferentes grupos culturales me ayuda directamente en mi trabajo con personas, familias, grupos y organizaciones.	0.16	0.187	0.226			62.0

Annex XVI: Carta de petició de treball amb Portugal i cronograma

Exmo. Senhor
Presidente
da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Laila Raigal Aran, que desenvolve seu doutorado em enfermagem e saúde, com um estudo sobre competência cultural em profissionais de saúde e quem tem diretores na Espanha para a Dra. Carme Ferré Grau e Dr. Ángel Belzunegui Eraso e orientador du estança du doctoramiento internacional Professor Carlos Alberto Sa Cruz Sequeira, professor nesta escola, solicita a sua aceitação como colaborador da UNIESEP (Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto), bem como, a utilização das instalações da ESEP, no período de 26 de fevereiro 2018 a 2 de julho de 2018.

Tarragona, 7 de fevereiro 2018



Laila Raigal Aran

Estudante de doutorado em enfermagem e saúde na Universidade Rovira i Virgili
Estudante de psicologia na Universidade Oberta de Catalunya
Bolsista de pesquisa para o grupo de pesquisa "Infermeria Avançada" na Universidade Rovira i Virgili

Annex XVII: Permís de traducció i validació de l'escala Cultural Competence Assessment al portugués



Biobehavioral Nursing and Health Informatics

February 27, 2018

Laia Raigal Aran
PhD student in nursing and health
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona (Spain)

Dear Laia,

I am writing to confirm that I, as the author of the Cultural Competence Assessment (CCA) tool provide permission to Laia Raigal to translate and validate the CCA into Spanish. Additionally, I give permission to translate and validate the CCA into Portuguese. I understand that the Portuguese translation of the CCA will be done with the support of Dr Carlos Sequeira from the Universidade do Porto.

I wish you the very best in your work.
Sincerely,

ARDITH Z. DOORENBOS PhD, RN, FAAN
Professor
BNHI, School of Nursing

