



**Universidad
de La Laguna**



Proyecto de Investigación:
**“Satisfacción de los usuarios de
otras culturas con los cuidados de
Enfermería en Atención Primaria”**

Autora: Dña. Violeta Concepción González

Tutora: Prof. M^a Dolores Mora Benavente

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna

Julio 2018

RESUMEN

En España, los movimientos migratorios son, actualmente, la principal fuente de crecimiento demográfico, y una de sus consecuencias es el aumento de la diversidad cultural. En este contexto, el Sistema Nacional de Salud, se enfrenta a una creciente demanda de atención personalizada para estas personas, extranjeras o no, culturalmente diferentes. La Enfermería Transcultural, al proponer un marco teórico-práctico enfocado en una atención holística del individuo, y entendiéndolo como parte de un grupo cultural y siendo esto un factor importante en los procesos de salud/enfermedad; es imprescindible para garantizar la calidad de los cuidados prestados. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud, se sigue rigiendo por el modelo “médico – hegemónico”, lo que dificulta la aplicación de la “competencia cultural” como una manera de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes. Por este motivo, se plantea un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo; con el que se pretende conocer la satisfacción de los pacientes de culturas diferentes con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria. Se estudiarán, por tanto, variables cuantitativas como la edad o el tiempo que lleva el usuario adscrito al centro, y cualitativas como lugar de origen, género, religión, etc. Además, se utilizará una versión modificada del PCAT – AE para conocer la percepción de estos usuarios sobre la “competencia cultural” de las enfermeras que los atienden. Los datos recogidos se analizarán mediante un estudio estadístico descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión, y de correlación.

PALABRAS CLAVES: competencia cultural, satisfacción del usuario, cuidados de Enfermería, Atención Primaria.

ABSTRACT

In Spain, migratory movements are currently the main source of population growth, which have also caused the increase of cultural diversity. In this context, the National Health System faces a growing demand of personalized attention for this people, foreign or not, who are culturally different. Transcultural Nursing, which proposes a theoretical and practical framework focused in the holistic care of the individual, considered as part of an specific cultural group, being this an important factor in processes of health/disease and essential to ensure the quality of the care provided. However, the National Health System, still governed under the current dominant medical model, hinders the application of the “cultural competence” as a way of improving care’s quality and patient satisfaction. Therefore, a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study is proposed; which goal is to discover the satisfaction of patients of different cultures with Primary Care Nursing. Quantitative variables such as age or time that the patient has been affiliated to the center, and qualitative ones as place of origin, gender, religion, etc; will be studied. In addition, a modified version of the PCAT – AE will be used to evaluate the perception of these users on the “cultural competence” of the nurses that provided them with care. The collected data will be examined through a descriptive statistical study, using measures of central and dispersing measures, as well as correlation ones.

Keywords: cultural competence, patient satisfaction, Nursing care, Primary Care.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES.....	6
2.1 LA ESPAÑA ACTUAL	6
2.2 LA SANIDAD ESPAÑOLA	10
2.3 LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	18
GENERAL.....	18
ESPECÍFICOS.....	18
METODOLOGÍA.....	19
6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
6.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	20
6.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	22
6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
6.7 CRONOGRAMA	25
6.8 PRESUPUESTO.....	25
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXO I: Revisión de las herramientas disponibles para evaluar la satisfacción del usuario de Atención Primaria.....	31
ANEXO II: Cuestionario PCAT -AE (español) adaptado para determinar la satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria	34
ANEXO III: Solicitud de Consentimiento a la Gestión de Atención Primaria.....	39
ANEXO IV: Consentimiento Informado para el/la Usuario/a	40
ANEXO V: Compromiso de Colaboración de la Enfermera	41

INTRODUCCIÓN

Los datos publicados en el Barómetro del CIS de febrero de 2018, revelan que la sanidad es el quinto problema que preocupa y afecta a los españoles. Además, los datos reflejan que el 69.1% de la población total ha consultado a un médico de familia; y de ellos, el 27.2% está completamente satisfecho, siendo la puntuación media dada de 7,98 sobre 10. Sin embargo, la encuesta también refleja un auge del uso de tratamientos o prácticas alternativas, entre las que destacan, por su alto índice de satisfacción de los usuarios: la medicina tradicional china, la aryuvedica, el chi-kung o la musicoterapia; siendo la razón principal de su uso, la creencia de que les ayuda a tener una vida sana y equilibrada⁽¹⁾.

Este aumento de las terapias alternativas y los motivos por los que se recurre a ellas, evidencia un cambio en el concepto tradicional de salud, su mantenimiento y cuidado; lo que hace relevante el papel de la Enfermería Transcultural. Ésta, entendida como el “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud o bienestar, afrontar su enfermedad, su discapacidad o hacer frente a su muerte”⁽²⁾, contextualiza al paciente dentro de un sistema cultural y de creencias, con el fin de poder comprender qué implica para él/ella la salud y/o el proceso de sanación y prestarle unos cuidados que se adapten a ello⁽³⁾.

Integrar los aspectos socio-culturales, tanto en la atención sanitaria como en la formación de las enfermeras, es uno de los principales retos de la Enfermería; ya que, pese a la creciente multiculturalidad de la España actual, se sigue priorizando la atención basada en el “Modelo Médico Hegemónico”. Por tanto, y ante la ausencia de datos, es importante conocer la satisfacción de estos usuarios, culturalmente diferentes, con los cuidados prestados por los profesionales de Enfermería.

ANTECEDENTES

2.1 LA ESPAÑA ACTUAL

Los datos demográficos de España a 1 de enero del 2017, al compararlos con los obtenidos sobre la población mundial, presentan un retrato de una sociedad caracterizada por una mayor esperanza de vida y una tasa de fecundidad menor, lo cual contribuye a lo que se denomina “población envejecida” y una tasa de crecimiento anual negativa (-0.1% entre 2010 – 2017)⁽⁴⁾.

Tabla 1: *Comparación de datos demográficos de la Población Mundial y España.*

	Población Mundial	España
<i>Población Total</i>	7,550 millones	46,4 millones
<i>0 – 14 años</i>	26%	15%
<i>15 – 64 años</i>	65%	66%
<i>>65 años</i>	9%	16%
<i>10 – 24 años</i>	24%	14%
<i>Tasa de fecundidad</i>	2.5 por mujer	1,4 por mujer
<i>Esperanza de vida (mujer)</i>	74 años	86 años
<i>Esperanza de vida (hombre)</i>	70 años	81 años

Tabla 1: *Elaboración propia en base a los datos obtenidos en el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFA por sus siglas en inglés) para 2017⁽⁴⁾.*

Por otra parte, si bien la tasa de fecundidad y el envejecimiento poblacional son factores relevantes en la configuración de la sociedad; actualmente, el elemento al que se le atribuye mayor importancia, son los movimientos migratorios. Se entiende por “migración” el cambio de residencia de un lugar, generalmente un país, a otro durante un periodo de tiempo específico, como mínimo un año; y está influenciada por la combinación de factores económicos, medioambientales, sociales y/o políticos del lugar de origen, que serían los “factores impulsores”; y/o del de destino o “factores motivadores”. Se entiende como inmigrante a aquella persona que llega o regresa al país en cuestión, y como emigrante a aquella que lo abandona⁽⁵⁾.

La Unión Europea (UE) ha sido tradicionalmente un lugar de acogida por su estabilidad económica y política, y durante el año 2016 se registró un total de 4.3 millones de inmigrantes y 3.0 millones de emigrantes. España, con un total de 414,700 inmigrantes, de los cuales 327.300 llegaron durante 2016, es el tercer país con más inmigrantes de la UE después de Alemania y Reino Unido. Además, durante el 2016 se concedió a 36,600

personas la nacionalidad española, siendo así el país miembro con un mayor incremento comparado con el 2015 y uno de los países en los que el crecimiento de la población se debe estrictamente a la “migración neta positiva”, que implica que el número de inmigrantes que han llegado a España, es mayor que el número de emigrantes que la han abandonado, que se ha reducido en un 4% con respecto al 2015^(5, 6, 7).

Por otra parte, es importante conocer las principales características de los diferentes grupos de inmigrantes que llegan a España. En primer lugar, cabe señalar que la mayoría de la población extranjera residente pertenece a estados no miembros de la UE; siendo las principales nacionalidades, por orden descendiente: Marruecos, Rumanía, Reino Unido, China, Italia, Colombia, Ecuador, Bulgaria, Alemania, Ucrania, Bolivia, Francia, Portugal, Pakistán y Brasil. Cabe mencionar que los inmigrantes de dichos países parecen seguir un patrón similar, ya que todos presentan unos números de hombres y mujeres similares, y se distinguen grupos de inmigrantes por edad: entre los países de Rumanía, Marruecos, China, Italia, Colombia, Ecuador, Bulgaria y Ucrania, destaca la presencia del grupo de 0-14 años además de una mayoría de aquellos que se encuentran en la franja de 20-60 años; sin embargo, los inmigrantes de Reino Unido y Alemania se caracterizan por pertenecer al grupo de > de 45 años. Estos datos nos permiten diferenciar dos tipos de inmigración: la primera, motivada por factores como oportunidades laborales, acceso a la sanidad y educación, situación política y económica general, etc; mientras que la segunda es más una inmigración motivada por los factores climáticos característicos de España, así como una mejor calidad de vida⁽⁸⁾. El otro grupo, es el de la inmigración humanitaria, que en el caso de España lo forman inmigrantes de Venezuela y Siria, que “en los nueve primeros meses de 2017, [se] habrían presentado en España 23.200 solicitudes de asilo, un número claramente superior a las 16.600 de 2016”; estos datos suponen un incremento que se debe, principalmente, a una mejora de los niveles de exigencia en los trámites y un menor tiempo de gestión⁽⁹⁾.

Además de las características de los inmigrantes que acuden a España, es importante conocer la “tasa de naturalización”. Ésta, también conocida como “nacionalización”, es el proceso por el que una persona de un país obtiene la nacionalidad de otro y, por norma general, el requisito de residencia es de 10 años. En España, estos 10 años de residencia legal y normalizada son el requisito para ciudadanos de la Unión Europea y para los ciudadanos de otros países salvo por las excepciones recogidas en el artículo 22 del Código Civil, que serían: 5 años para los refugiados, 2 años para los nacionales de países de América Central y del Sur, Andorra, Filipinas, Guinea Ecuatorial y Portugal; y 1 año para los nacidos en España de padres extranjeros, los matrimonios con un ciudadano español y los descendientes de ciudadanos españoles que han perdido la

nacionalidad involuntariamente; una excepción particular es la de los judíos sefardíes , que la obtendrían con 2 años de residencia, pero que también la pueden obtener sin residir en España mediante la “carta de naturaleza”: individualizada y otorgada por el Consejo de Ministros; o mediante la “nacionalización en origen” si sus antepasados fueron expulsados en 1492. En todos estos casos, es necesaria superar la prueba de idioma y conocimientos constitucionales y socioculturales^(10,11).

“Entre 2005 y 2015 se han naturalizado en España más de un millón de extranjeros, la mayoría de ellos después de la crisis de 2008” ⁽⁹⁾. En 2016, se aprobaron en España 36.600 concesiones más que en el año anterior; lo que la coloca en primera posición en cuanto al aumento respecto a años anteriores y permite afirmar que es una tendencia al alza y con un impacto notable en la sociedad española actual^(5,10). Con respecto a los inmigrantes a los que se les ha concedido la nacionalidad, es importante mencionar que mayoritariamente se otorgan a aquellos que llegan de América Central y del Sur, mientras que el siguiente grupo, los marroquíes, suponen menos de la mitad que los anteriores. Además, los datos disponibles indican un mayor porcentaje de solicitudes favorables para el primer grupo: 86.4% entre 2008-2014 de solicitudes favorables para nacionales de América Central y del Sur, frente a un 56.7% en el mismo periodo para los marroquíes.

Estos datos son relevantes, ya que indican una mejor aceptación de los inmigrantes que se perciben como similares al compartir una lengua y poseer tradiciones y formas de vida similares, y, por lo tanto, más facilidades para obtener la nacionalidad. Otro factor relevante, es la pérdida de la nacionalidad de origen en la mayoría de los casos, lo que actúa como detrimento para iniciar el proceso en muchas situaciones. Por último, es importante mencionar el aumento paulatino de “las naturalizaciones de niños nacidos en España con padre o madre extranjeros [...], ligado a la estabilización de la población migrante que, a su vez, representa un paso importante para formar nuevas familias” ⁽¹⁰⁾.

Tras analizar estos datos, se puede afirmar que la multiculturalidad es una característica definitoria de la sociedad española actual y que la adaptación de los inmigrantes supone un reto a nivel social, económico y político. Por ello, es importante mencionar el proceso de “aculturación”, entendida como el conjunto de fenómenos resultantes del contacto directo y continuo de diferentes grupos culturales y el inevitable cambio de los mismos. Sin embargo, se debe distinguir entre la cultura dominante y los grupos minoritarios, ya que sobre estos últimos se producirá una mayor modificación de los rasgos culturales que los definen y que se manifestarán en nuevos patrones de conducta, identidad etnocultural y/o sentido subjetivo de pertenencia. Además, a esto se le une el hecho de pertenecer a una minoría con menor poder y estatus que los autóctonos,

lo que puede suponer ser objetivo de prejuicios, racismo y/o discriminación, dependiendo de las herramientas y las maneras de afrontar la integración y la diversidad cultural del grupo dominante.

El proceso de aculturación puede realizarse de forma diferente dependiendo de la actitud u orientación positiva/negativa del inmigrante con respecto a la cultura de origen y a la anfitriona, siendo este el factor más importante y que nos permite diferenciar, según (Zlobina A., Páez D., 2017), entre⁽¹²⁾:

- Asimilación: para el inmigrante es importante establecer vínculos con la gente y la cultura anfitriona pero no mantener su identidad cultural y vínculos de origen; por ello, intentan adoptar el estilo del habla local (aprender bien el idioma, hablarlo sin acento o con el acento de la zona, uso de expresiones típicas...), incorporan las costumbres locales en su vida y se rodean mayoritariamente de autóctonos.
- Separación: el inmigrante mantiene un fuerte vínculo con las personas y su cultura de origen y reduce al mínimo su contacto con la gente y la cultura anfitriona. Mantienen su estilo de habla, adaptan poco o nada de las costumbres y el idioma de la región receptora y se relacionan mayoritariamente con personas que comparten su identidad etnocultural.
- Integración: el integrante mantiene los lazos con la cultura de origen y establece nuevas relaciones con la cultura anfitriona, puede ser de tipo alternante (depende de con quién o donde) o sumativa (mezcla propia de ambas identidades culturales).
- Marginación: es la exclusión y el distanciamiento de ambos grupos culturales, ya sea por escasa identificación con algún grupo y la alienación consecuente (“marginados”) o por una escasa relevancia a la pertenencia cultural en favor de una identidad basada en otros aspectos como la ocupación (“cosmopolitas” o “individualistas endurecidos”).

Por otra parte, en este proceso, y en la propia actitud del inmigrante, influyen factores propios del país anfitrión como la “vitalidad del grupo minoritario”, entendida como el número real de personas del grupo que habitan en el territorio y que implica favorecer los procesos de integración y separación si es alta; otro factor es la “visibilidad fenotípica de los extranjeros”, existe evidencia de que a mayor diferencia con el grupo dominante, es más frecuente la discriminación, los prejuicios y el racismo, motivos que afectan negativamente a la asimilación; propia y la “actitud hacia el grupo minoritario” por parte de

la población receptora. Con respecto a España, la percepción de los autóctonos es más favorable a los inmigrantes de Europa del Este y algunos países de América Central y del Sur, mientras que se perciben de forma negativa a los de África Subsahariana, Marruecos y Colombia⁽¹²⁾.

A pesar de estos datos, varios estudios señalan que la integración en sus diferentes grados, es el proceso de aculturación más común por los inmigrantes que residen en España, y que las relaciones con la cultura de origen y la receptora, así como los cambios en ellas, se deben principalmente al proceso de retroalimentación en el que el factor principal son las actitudes que perciben los inmigrantes del grupo dominante, ya sean positivas o negativas. Por ejemplo, un estudio revela que hay mayor exigencia a los magrebíes para que abandonen la lealtad cultural, lo que se refleja en una preferencia por la “integración” frente a los subsaharianos, entre los que es más común la asimilación al no percibir esa demanda y/o rechazo por su cultura⁽¹²⁾.

Para concluir con este análisis de la población española actual, es importante señalar la diversidad y el pluralismo cultural, no solo como fruto de los movimientos migratorios actuales, sino como la consecuencia de diversos acontecimientos históricos, el proceso de globalización y la integración y apertura a nuevas costumbres, tradiciones, etc; siendo uno de los factores importantes la elevada tasa de naturalizaciones y la residencia prolongada de inmigrantes sin la nacionalidad, lo cual ha favorecido la aparición de nuevos modelos de familia, así como el aumento de una mayor visibilidad a otros grupos étnicos, religiosos (desde 2015 a 2017 hubo un aumento del 0.7% de las personas que se consideraban creyentes de una religión diferente al catolicismo⁽¹³⁾), culturales...

2.2 LA SANIDAD ESPAÑOLA

En este contexto, es importante recordar que uno de los factores motivadores para los inmigrantes que escogen España como país de destino, es el Estado del Bienestar, siendo uno de sus pilares fundamentales el Sistema Nacional de Salud⁽¹⁴⁾. El artículo 43 de la Constitución Española (1978), recoge el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos, así como el deber de los poderes públicos de garantizar su financiación pública, la universalidad y su gratuidad en el momento del uso. Además, es importante señalar las condiciones necesarias para acceder a estos servicios⁽¹⁵⁾:

Tabla 2: Tipos de beneficiarios y asistencia correspondiente en el SNS.

<p>Asegurado (pensionista de la seguridad social, persona que recibe cualquier prestación periódica, persona que haya agotado la prestación de desempleo y que figure inscrita como demandante de empleo)</p>	<p>Asistencia Total</p>
<p>Personas con nacionalidad española o de algún país de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza, residentes en España y que no superan el límite de ingresos</p>	<p>Asistencia Total</p>
<p>Extranjeros titulares de la autorización de residencia que no superan el límite de ingresos</p>	<p>Asistencia Total</p>
<p>Extranjeros no registrados ni autorizados como residentes</p>	<p>Asistencia en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgencia por enfermedad grave y/o accidente hasta el alta médica. • Embarazo, parto y puerperio. • Menores de 18 años.

Tabla 2: Elaboración propia en base a la información facilitada en el informe “Sistema Nacional de Salud”⁽¹⁵⁾.

Esto implica que, siempre que se tenga el permiso de residencia, un extranjero podrá disfrutar de una asistencia sanitaria de calidad, y en los casos en los que dicho trámite no se haya realizado, se cubren los casos de mayor necesidad.

El Sistema Nacional de Salud se divide en: Atención Primaria, caracterizada por su accesibilidad y centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero también con capacidad resolutoria para los problemas de salud más frecuentes, y cuyo dispositivo asistencial son los centros de salud ; y una Atención Especializada, localizada tanto en hospitales como en centros de atención especializada (CAE), a la que se accede tras derivación del facultativo de atención primaria y que se caracteriza por una alta complejidad técnica empleada en el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías. Ambos deben estar en constante comunicación para garantizar una continuidad en el cuidado del paciente, así como facilitar la visión global de los problemas que pueda presentar⁽¹⁵⁾.

Una característica común a ambos, es la prevalencia del “modelo médico hegemónico”, generalmente entendido como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”⁽¹⁶⁾.

Se caracteriza, por tanto, por centrarse en la parte biológica de la persona y fomentar una actitud de subordinación y pasividad en ella, pero también implica que tanto en la formación de los futuros profesionales sanitarios como en las diversas investigaciones, prime el enfoque en el aspecto biológico y se omita o se reste importancia a otras circunstancias como la estratificación social, ingresos, ocupación y nivel de estudios entre otros; además de fomentar el concepto aislado de enfermedad, sin tener en cuenta las diversas asociaciones culturales y sociales que esta implica. Este modelo cuenta con diversas críticas como el aumento del coste de la atención sanitaria, tanto por una reducción de la inversión como por un incremento en la incidencia de patologías crónicas por una escasa prevención o aumento constante del consumo con fármacos; el incremento del “intervencionismo médico”, el predominio de los criterios de productividad sobre los de calidad o el mantenimiento de una desigualdad social pese a una sanidad socializada (tasas de mortalidad más altas en los estratos sociales más bajos). Todas estas críticas, si bien no se han resuelto completamente, sí que han impulsado un desarrollo de la Atención Primaria, mediante diferentes programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que implican un enfoque en el individuo como parte de una comunidad y como responsable y participante activo de su salud^(16,17).

Cabe mencionar también, que una circunstancia derivada del “modelo médico hegemónico”, es la prevalencia de estudios de diseño cuantitativo (85%) en España, frente a otros países como Noruega, Suecia y Reino Unido donde se realizan más estudios cualitativos con un enfoque holístico, incluso en el ámbito de Enfermería, donde hay una mayor preocupación holística por la persona. Esto implica que, en lugar de responder al “por qué” se centra en el “qué”, algo insuficiente para reflejar la complejidad de la realidad sanitaria actual; y por tanto se hace necesaria la construcción de otros contextos de conocimientos y prácticas, que incluyan y presenten al ser humano como un todo, más allá de su dimensión biológica; siendo ésta una de las líneas de mejora concreta en la Enfermería española⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, y teniendo en cuenta tanto las características del sistema como las del modelo de atención predominante, es importante conocer la satisfacción de los pacientes como una medida de la “calidad asistencial”. Esta se define como “una actitud positiva de los individuos sobre las diferentes dimensiones de la atención”⁽¹⁹⁾, pero es también la comparación entre la calidad percibida, es decir, aquella que el usuario manifiesta tras la atención sanitaria, y las expectativas, el ideal que tenía sobre la atención que recibiría. Ambas, se basan en la valoración de diferentes dimensiones o factores, tanto relacionados con los profesionales que le atienden (personal médico, de Enfermería, administrativos, etc), como con el entorno (limpieza, estado del material, etc) o la organización (tiempo de espera, coordinación del personal, etc)^(20, 21). Sin embargo, son escasas las herramientas y los estudios que se centran en conocer la satisfacción específica de los pacientes con la atención recibida por el personal de Enfermería en concreto.

2.3 LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

En este contexto de multiculturalidad, la Enfermería Transcultural pretende dar respuesta a esa necesidad creciente de proporcionar cuidados que contemplen y se adapten a una cultura diferente a la dominante. Leininger M. define la cultura como “las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular, que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción”⁽²²⁾, y J. Siles J., añade, posteriormente, que también se deben incluir los sentimientos implicados en los diversos procesos de satisfacción de las necesidades del grupo. En base a esta definición, la cultura es un elemento importante a considerar no solo en la valoración, sino también en el resto de etapas del proceso enfermero; y no solo como una característica individual que determina el concepto propio de salud/enfermedad, sino también como un elemento que determinará, en muchos casos, las relaciones e implicación de otros miembros de la comunidad con la persona atendida⁽²³⁾.

Se entiende, por tanto, que proporcionar unos cuidados culturalmente coherentes es un indicador de calidad, ya que colocan a la persona en el centro de la atención sin olvidar el contexto y las situaciones que lo han configurado como individuo pero también como parte de una comunidad. Es importante, por tanto, mencionar la “competencia cultural”, entendida como “la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes (cross-cultural communication) y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros”; y según (Ibarra TX., González JS., 2006), implica el desarrollo de⁽²⁴⁾:

- **Conocimiento Cultural**: los investigadores y profesionales deberán poseer y demostrar una base de conocimientos precisos, claros y actualizados sobre la población específica que pretender estudiar y/o cuidar; es decir, sobre los sistemas integrados de actitudes, sentimientos y valores, y sus patrones de comportamiento. Además, es importante destacar el conocimiento y la comprensión de la lengua como uno de los elementos más importantes dentro de este proceso, ya que las barreras lingüísticas son uno de los problemas más destacados a la hora de conocer las experiencias y problemas de un grupo cultural distinto al propio. Un amplio conocimiento cultural permitirá al investigador/profesional determinar qué estrategias y recursos deberá utilizar en las diferentes fases del proyecto y/o intervención.
- **Sensibilidad Cultural**: Es el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural. Para los profesionales de la salud, implica aceptar e integrar los factores culturales como significativos para los procesos de salud y enfermedad, así como mostrar preocupación o interés por las posibles diferencias. Se consigue mediante el desarrollo de las competencias interpersonales como confianza, credibilidad, apertura personal, técnicas de comunicación, etc.
- **Colaboración Cultural**: Se refiere tanto a la colaboración con otros profesionales e instituciones para realización de una investigación (antropología, psicología, etc), como a la colaboración del investigador/profesional con “informantes internos” del grupo, es decir, personas lo más representativas posibles del grupo a estudio; o incluso con la propia comunidad.

En los últimos años, ha aumentado el interés por esta disciplina, entendiéndose la necesidad de exigir profesionales formados en “competencia cultural” para hacer frente a las necesidades de una población diversa. España es uno de los principales países en cuanto a producción científica en el ámbito de Enfermería Transcultural, por detrás de Estados Unidos y Brasil; y con líneas de investigación centradas en: las experiencias y creencias ante la salud/enfermedad, el abordaje del cuidado transcultural por parte de los profesionales y la formación de profesionales y estudiantes en esta disciplina⁽²⁾; esperándose con ellas un aumento de los estudios cualitativos, imprescindibles en esta rama. Por otro lado, y si bien han aumentado los estudios relacionados con el tema, siguen siendo escasos aquellos que se centran en la “competencia cultural”, ya sea en su evaluación o su desarrollo; es decir, este tema en concreto todavía se encuentra en su primer estadio y la creación de herramientas y programas para mejorarla sería un tema interesante en España⁽²⁵⁾.

Por otro lado, también es importante destacar el gran avance de los últimos años en la formación de las futuras enfermeras en España. Hasta el año 1977, las enfermeras se formaban en las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario, y por tanto carecían de una titulación universitaria; en el curso 1977-78, se da comienzo a los estudios de la Diplomatura de Enfermería con una duración de 3 años, iniciándose así un proceso por el que la Enfermería reclamaría una formación más autónoma y centrada en las actividades y conocimientos propios. Así, se empezaron a introducir asignaturas relacionadas con la Antropología de los Cuidados, como “Fundamentos de Enfermería,” donde se explicaban los modelos, teorías y procesos enfermeros; y aparecía por primera vez la opción de que las enfermeras se presentasen a oposiciones de profesores titulares. Al ser una diplomatura, si se quería acceder a un doctorado, se debía realizar un segundo ciclo universitario que en muchos casos era el de Antropología, ya que gracias a este se podía acceder a líneas de investigación como: “cuidados de Enfermería desde una perspectiva antropológica”, “antropología de la Salud y la Enfermedad”, “actualización en atención sociosanitaria”, etc^(26, 27).

Años más tarde, y tras diversas reclamaciones de los profesionales de distintos ámbitos en base a los requisitos europeos, se empieza a trabajar para la creación de la Licenciatura en Enfermería, que permitiría acceder directamente a un doctorado, y que en el plan de estudios recogía el desarrollo de competencias como: “capacidad de trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible; asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos”; “capacidad de emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes”; “conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud”; “conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades”. Esto se consolidaría con el Plan Bolonia, que impulsaría la publicación en el BOE de las condiciones de los planes de estudios del Grado en Enfermería, que garantizaba una formación completa durante 4 años y el acceso directo a máster y doctorados, y con ello a la creación y desarrollo de líneas propias de investigación^(26, 27).

Como se puede observar en este recorrido histórico, la integración en los planes de estudios de asignaturas obligatorias como “Antropología de los Cuidados” y “Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería”, ambas estrechamente relacionadas con la Enfermería Transcultural, para desarrollar las competencias mencionadas, ha sido un elemento clave para la autonomía de la Enfermería como profesión y será, también, importante en el avance tanto en la práctica como en la investigación de esta disciplina.

Además, tal y como se ha mencionado previamente, el proporcionar cuidados culturalmente competentes es una manera de garantizar una atención de calidad, pero también conseguir la satisfacción del paciente. Al abordar el problema planteado desde una perspectiva holística, se atiende a la persona sin separarla de elementos inherentes a ella como la cultura, sus necesidades y/o experiencias de vida, lo que a su vez facilita la comprensión del problema como algo más allá del ámbito biológico y permite proponer intervenciones y objetivos que contemplan todos los ámbitos que intervienen en la recuperación/mantenimiento del bienestar⁽²²⁾. Así, ya se han publicado ejemplos en los que un abordaje basado en cuidados culturalmente competentes, ha facilitado la completa resolución del problema; por ejemplo: el caso de una trabajadora española en Reino Unido con un IMC que había descendido de 25 a 17 en el último año⁽²⁸⁾, o el de un pakistaní con una lesión ulcerosa grado I en el dorso del pie izquierdo⁽²⁹⁾; en ambos, el abordaje holístico atendiendo al modelo propuesto por Leininger M., es imprescindible para identificar tanto el origen del problema: una pérdida de apetito secundaria al estrés migratorio y la colocación de pie izquierdo y la presión corporal durante el rezo, respectivamente; y poder elaborar y desarrollar un plan de cuidados efectivo y que considere y trabaje sobre los aspectos culturales del problema, incluyendo actividades específicas como favorecer una mayor involucración en las nuevas relaciones sociales ya establecidas en el caso de la trabajadora, o utilizar una protección específica en el momento del rezo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tal y como se ha descrito, existe un vacío de información sobre la satisfacción de los pacientes con los cuidados de Enfermería recibidos en cualquier grado de atención; pero, además, no se relaciona la pertenencia a un grupo cultural distinto como un factor influyente en la satisfacción; lo que hace imposible determinar el nivel de competencia cultural de las enfermeras españolas. Por otro lado, las características de la Atención Primaria, así como las actividades que Enfermería puede realizar en ella, con un enfoque más comunitario, hacen necesario conocer este dato con el fin de poder mejorar los cuidados prestados.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la satisfacción de los pacientes de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria en la isla de Tenerife?

JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, la sociedad española actual está altamente marcada por los movimientos migratorios que se llevan desarrollando desde hace varios años, y que, a día de hoy, constituyen la única fuente de crecimiento poblacional. En Canarias, a 1 de enero de 2017, existe una población total de 2.108.121, de los cuales 246.758 son extranjeros (11,7% de la población total), con un “saldo migratorio” positivo, es decir, sigue habiendo más inmigrantes que emigrantes^(30, 31, 32).

Por otro lado, en 2016, la población total de Tenerife era de 891.111, de los cuales, 56.017 eran inmigrantes; es decir, representan un 6,3% de la población total^(33, 34). La isla de Tenerife es de gran interés migratorio, ya que es un destino turístico a nivel internacional por su excelente clima y la buena acogida de los residentes frente al turismo y las oportunidades económicas y sociales que conlleva; lo que implica un flujo considerable de inmigrantes que buscan una mejor calidad de vida, generalmente de la zona de Marruecos y Norte de África, así como de América Latina, pero también, es destino de retiro y jubilación de alemanes y británicos^(35, 36, 37).

Con respecto al Servicio Canario de la Salud, y en concreto en Atención Primaria, la isla se divide en 41 “zonas básicas de salud”, que son las zonas geográficas y poblacionales en las que se presta este servicio, con 39 centros de salud y 63 consultorios locales que, en 2016, atendían a una población adscrita de 844.883 personas, de las que Enfermería atendió a 473.903, incrementándose el “índice de utilización” respecto a años anteriores^(38, 39).

Además, la Gerencia de Atención Primaria en la isla, es también entidad colaboradora con la Universidad de La Laguna, en concreto con la Facultad de Ciencias de la Salud – Sección Enfermería y la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, lo que permite que los alumnos acudan a diferentes centros de salud en el desarrollo de las asignaturas “Prácticas Clínicas I” y “Practicum”. Éstas son parte imprescindible de la formación práctica que se imparte en el Grado de Enfermería, cuyo plan de estudios recoge también el desarrollo de competencias relacionadas con el ámbito cultural a lo largo de los cuatro años; e incluye, también, asignaturas específicas como “Antropología de los Cuidados y Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería I” y “Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería II”, en las que se trabajan tanto los aspectos identificativos de varias culturas ante la salud, la enfermedad y otros procesos vitales, pero también los marcos teóricos sobre los que sustentar la práctica de cuidados

holísticos y, en el caso de la Enfermería Transcultural de Leininger M., culturalmente competentes.^(40, 41).

Por todo esto, y si se entiende el prestar cuidados culturalmente competentes como un indicador de calidad y satisfacción, es necesario llevar a cabo un estudio que determine cuál es el grado de satisfacción de las personas de culturas diferentes, con la atención y los cuidados recibidos por parte del personal de Enfermería en Atención Primaria. Esta información, a su vez, permitirá explorar el nivel de competencia cultural de las enfermeras que atienden a dichos pacientes y, si fuera necesario, poder crear intervenciones dirigidas a mejorar este ámbito y/o las relaciones con las comunidades y grupos que lo necesiten.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer la satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria de cuatro Centros de Salud representativos de la isla de Tenerife.

ESPECÍFICOS

- Identificar grupos de pacientes no satisfechos y/o características comunes (edad, raza, religión, nacionalidad, etc).
- Identificar los principales problemas que dificultan la comunicación enfermera-paciente.
- Explorar la necesidad de una formación específica en el desarrollo de la “competencia cultural” para las enfermeras de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizará una investigación cuantitativa, de tipo observacional y descriptiva, de corte transversal y retrospectiva.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio está integrada por los pacientes de otras culturas, extranjeros o no, que acudan y reciban cuidados de Enfermería en los siguientes Centros de Salud:

- Centro de Salud de Adeje: como muestra representativa de un área turística.
- Centro de Salud Casco Botánico: como muestra representativa de un área con comunidades de jubilados de otros países.
- Centro de Salud Tejina – Tegueste: como muestra de un área semi-urbana y consultorios periféricos para zonas rurales, pero también por la presencia del servicio de Enfermería de Enlace.
- Centro de Salud Barrio de la Salud: como muestra de un área urbana.

A día de hoy, dadas las dificultades para conocer el número de pacientes de otras culturas que acuden a los centros de Atención Primaria, se trabajará con muestra disponible. Sin embargo, se tendrá como dato de referencia que los inmigrantes suponían en 2016 un 6,3% de la población total de Tenerife, por lo que se estimará como muestra objetivo el 0'5% de la población de estudio, es decir, 445 personas, aproximadamente, distribuidas en los diferentes centros, sin existir una cuota mínima por centro.

- Criterios de Inclusión:
 - Usuarios de cualquier consulta de Enfermería: adultos, Pediatría, Matrona, Enfermería de Enlace y/u otros servicios y programas de cada centro, siempre que sean dirigidos por Enfermería.
 - Pacientes, extranjeros o no, de otras cultura; ya sea por motivos religiosos, de raza, nacionalidad, etc.
 - Pacientes de cualquier edad. Los padres/tutores legales de los menores de 16 años deberán facilitar la autorización y rellenar el cuestionario con los datos del menor; a partir de los 16 años, podrán realizar ellos el cuestionario previa autorización.

- Criterios de Exclusión:
 - Servicios ofertados por el centro como “Extracciones” o “Control del Sintrom”, ya que no requieren de una consulta individualizada.
 - Barreras comunicativas insalvables.

6.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se clasificarán las variables según el tipo de datos e información que aportan, indicando también la unidad de medida o las opciones disponibles, teniendo en cuenta que al seleccionar el ítem “Otro/a” o cuando se indique, se deberá especificar en la medida de lo posible:

- USUARIO/A:

Variables Cuantitativas	Medición
Edad	Años y meses
Tiempo que lleva adscrito al centro	Años y meses
Consultas de Enfermería en el último año	Nº de veces

Variables Cualitativas	Respuestas
Género	Hombre/Mujer/Otro
Nacionalidad	Española/Otra
Lugar de Origen	España/Otro
Lengua Materna	Español/Otra
Religión	Especificar
Práctica de dicha Religión	Sí/No
Nivel de Estudios	Analfabeta/Sin Estudios/Estudios de 1º Grado (primaria, ESO)/Estudios de 2º Grado(Bachillerato, FP Grado Medio, FP Grado Superior)/Estudios de 3º Grado (títulos universitarios, máster, doctorado)
Situación Laboral	Ocupado Sector Privado /Ocupado Sector Público/En paro
Servicio	Pediatría/UAF adultos/Matrona/Enfermería de Enlace/Otra
Motivo de Consulta	Control del Niño Sano, PAPPS, etc

Percepción sobre el nivel de “competencia cultural” de la enfermera que le atiende	Cuestionario
--	---------------------

Como se puede observar, se recogerán datos tanto cuantitativos como cualitativos. Con respecto a las variables cualitativas de los usuarios, se ha seleccionado aquellas que son de interés para identificar al individuo como parte de un grupo cultural dentro un determinado contexto social y, para las respuestas, se ha seguido el ejemplo del Instituto Nacional de Estadística. Por otro lado, se incluye también la pregunta “¿Conoce usted a su enfermera?” así como el nº de veces que se ha acudido a la consulta de Enfermería, ya que la confianza es un factor determinante en la satisfacción del usuario. Estos datos, si bien importantes, no influirán en la realización del cuestionario sobre la percepción de la satisfacción y, con ello, de la “competencia cultural”, pues el objetivo principal es detectar carencias, si las hubiera, y crear e investigar métodos para su mejora.

Con respecto al cuestionario, tras una revisión de las herramientas disponibles^(Anexo I), se ha seleccionado el PCAT – AE (Primary Care Assesment Tool, versión adultos). Esta herramienta, elaborada por (Starfiedl B., 2001), ha sido validada y utilizada en diversos estudios; y en esta ocasión, se trabajará con la versión validada por (Berra S. et al, 2013) para Argentina, ya que es el que más información puede aportar sobre las habilidades interpersonales y de comunicación de las enfermeras desde la perspectiva del paciente; pero también permite conocer actitudes de éstos, ante diferentes situaciones de la práctica diaria en Atención Primaria, y es el que mejor se complementa con el resto de las variables que se incluirán.

A efectos de esta investigación, se modificarán los términos necesarios para adaptarlos a la realidad de la Atención Primaria en la isla, y se presentarán los ítems de forma continua y sin distinciones de factor en la hoja del paciente. Con respecto a la numeración de los ítems, dado que se omiten los tres primeros factores, se empezará en el primer ítem de “Continuidad Interpersonal” y se omitirán y saltarán aquellos relacionados con “Coordinación – Integración de la Información” y la “Integralidad – Servicios Disponibles/Recibidos”, información que se aporta con la respuesta a las variables previas al cuestionario en sí.

Tras el análisis de todos los ítems restantes, se ha decidido utilizarlos todos salvo el ítem 10 “Los profesionales de su CAPS conocen su historia clínica completa”, ya que este documento se encuentra en el programa Drago – AP; el resto de los ítems son válidos ya que la actividad de Enfermería es variada y el estudio se realizará en centros diferentes, por lo que no necesariamente se gestionará y realizará la atención de la misma manera;

por ejemplo, una enfermera de Pediatría podría utilizar las consultas telefónicas para resolver dudas pequeñas y/o determinar si es necesario acudir al centro, pero otra no.

Por otro lado, y dado que es posible que parte de la población que se quiere estudiar no hable el español o no domine el español, además del rango de respuesta, se facilitará una ayuda visual para que el usuario, en caso de no entender la lengua o no saber leer, pueda señalar en qué medida está de acuerdo con el ítem. En este caso, y dado su sencillo entendimiento, se utilizarán dos emoticonos con expresiones faciales: una de felicidad para señalar el extremo “definitivamente sí” y otra triste para “definitivamente no”.

El tiempo necesario para que el paciente responda completamente el cuestionario^(Anexo II) será de 35 minutos, a los que se añadirá un margen de 10 min en el caso de existir barreras comunicativas. Este cuestionario, teniendo en cuenta las características de la población participante, podrá realizarse de forma autónoma e individual o como entrevista cerrada; y se dejará constancia de incidencias, principales dudas de los usuarios, etc.

6.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Para la recogida de información, será necesario contar con la colaboración de una o varias enfermeras de los Centros de Salud escogidos; que serán las informantes y las encargadas de seleccionar a los pacientes, así como de ayudarlos en caso de que lo necesiten. Para ello, una vez se disponga de la autorización por parte de la Gestión de Atención Primaria y del propio centro, se procederá a realizar una jornada explicativa, solicitando el tiempo que se suele conceder a las sesiones clínicas y/o de formación del personal, si fuera posible. En esta explicación, se presentará el proyecto de investigación, se aclararán las dudas existentes y se explicará el procedimiento de recogida de la información, para que aquellas enfermeras que quieran participar, que deberán firmar el compromiso de colaboración, dispongan de la información necesaria; una vez finalizado este trámite, se les proporcionará la documentación y los materiales necesarios para la recogida de datos.

Con respecto al procedimiento, serán las enfermeras que trabajen en las diferentes consultas (UAF adultos, pediatría, matrona...), las encargadas de seleccionar a aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Por tanto, una vez terminada la consulta, les presentarán el proyecto y aclararán posibles dudas, asegurando, especialmente, que

la participación o no en la investigación no afectará a la atención que se recibirá posteriormente.

Si el paciente decide participar, se le entregará el sobre en el que se presenta tanto el cuestionario como el consentimiento informado, éste deberá ser rellenado antes de la cumplimentación del cuestionario; si fuera necesario, la enfermera ayudará a rellenar el mismo, manteniendo la imparcialidad. Una vez concluido este paso, la enfermera guardará el cuestionario en el sobre, esta vez sellado, y éste en una carpeta que se le facilitará para evitar extravíos; el consentimiento, se guardará en otra carpeta de color sólido.

Se prevé que la recogida de los datos dure un año, con el fin de abarcar la mayor muestra posible e intentar llegar al objetivo de 445 personas. Por tanto, cada tres meses, la investigadora principal acudirá a los diferentes centros, tanto para recoger los cuestionarios ya realizados, como para aclarar dudas, solucionar problemas, etc. Además, las enfermeras informantes, tendrán un teléfono de contacto, por si lo necesitasen.

El vertido de los datos a una base de datos se empezará tras la primera reunión de control, para así evitar una sobrecarga de trabajo una vez terminada esta fase; mientras que el análisis de los mismos se empezará una vez terminado el proceso. Para finalizar, una vez obtenidos los resultados, se redactará un informe provisional sobre el que se elaborará el informe definitivo, y será éste el que se difundirá para dar a conocer los resultados y las conclusiones obtenidas.

6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará con el paquete informático SPSS para la versión de Windows 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY) y se complementará con una discusión que analice las repercusiones de los resultados obtenidos.

Con las variables cuantitativas y cualitativas se realizará un estudio estadístico descriptivo, utilizando para ello medidas de tendencia central y dispersión, tal y como el análisis de la frecuencia. Además, en base a los datos recogidos mediante las variables, se crearán grupos que compartan características similares (edad, nacionalidad, religión, lugar de origen, etc), con el fin de poder determinar la existencia o no de tendencias en cuanto a la percepción y la satisfacción con los cuidados de Enfermería.

Respecto al cuestionario, se mantendrá la escala tipo Likert de 4 categorías, más una quinta respuesta de “no sabe-no contesta” a la que se le dará la puntuación de 2,5. Se tomará como referencia una puntuación de 2,4, tras realizar el promedio de las

puntuaciones obtenidas, para considerar que el paciente está satisfecho con la habilidad/actitud descrita. Sin embargo, solo se considerará un desarrollo apto de la “competencia cultural”, si la percepción de los usuarios otorga una puntuación estrictamente mayor que 2,4 de forma general.

Por otro lado, y mediante la correlación de Pearson, se determinará la existencia de una relación entre las diferentes variables del usuario con la puntuación del cuestionario, con el fin de identificar un posible grupo descontento con la calidad de los cuidados recibidos.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, se solicitarán los permisos correspondientes a la Gestión de Atención Primaria en Tenerife, así como la colaboración de los centros mencionados. Se facilitará un escrito en el que conste lo siguiente: objetivo general de la investigación, metodología que se empleará y la herramienta que se utilizará para recoger los datos^(Anexo III).

Tanto la participación de las enfermeras como de los usuarios deberá ser completamente voluntaria, y si bien se pide la respuesta a variables que identificarán al usuario como parte de un grupo cultural, se mantendrá el anonimato y se respetará la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 del 13 de diciembre, asegurando la preservación de los resultados y la confidencialidad de los datos aportados previa autorización mediante el consentimiento informado^(Anexo IV).

Por otro lado, a las enfermeras participantes, se les proporcionará toda la información necesaria para la correcta cumplimentación del cuestionario, y de forma representativa, se firmará un compromiso ético de colaboración para la duración de la recogida de datos^(Anexo V).

67 CRONOGRAMA

	MES 1	MES 2	MES 3 – MES 14	MES 15	MES 16	MES 17	MES 18	MES 19	MES 20
Solicitud de permisos									
Explicación en los Centros de Salud									
Recogida de Datos									
Análisis Estadístico									
Informe Preliminar									
Informe Definitivo									
Difusión de los resultados									

6.8 PRESUPUESTO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	COSTE/UNIDAD	COSTE TOTAL
Cuestionarios	Cada cuestionario consta de 5 hojas, y se presentará y guardará en un sobre. A su vez, dichos sobres se almacenarán en una carpeta.	0,03€/hoja impresa 0,50€/sobre 2,0€/carpeta	312,50€
Consentimiento Informado	El consentimiento informado para los usuarios, consta de una sola página. Cada enfermera dispondrá de una carpeta para almacenarlos.	0,03€/hoja impresa 2,0€/carpeta	33,50€
Solicitudes	Se presentará la solicitud, que consta de una página, tanto en la Gestión de Atención Primaria como en los cuatro centros previstos. Se llevarán copias para que tanto la investigadora principal como los centros y la Gestión, dispongan de un resguardo.	0,03€/hoja impresa	0,30 €
Compromiso Colaboración	Se estima la participación de 10 enfermeras en total. El compromiso de	0,03€/hoja impresa	0,30€

	colaboración consta de una página		
Clasificador	La investigadora principal dispondrá de un clasificador para organizar tanto las solicitudes y compromisos de colaboración, como los cuestionarios y consentimientos.	6,50€/unidad	6,50€
Transporte	Para el desplazamiento hasta cada centro, tanto al inicio como durante el desarrollo de la investigación, se utilizará el transporte público.	2€/tarjeta Ten+ 30€/recarga que cubre el acceso a todos los puntos de la isla.	62€
Elaboración Base de Datos	Se contratará a un informático para la creación de una base de datos.	2000€/sueldo	2000€
Vertido Datos	Se contratará a personal adiestrado para el vertido de los datos en la base diseñada	10€/cuestionario	5000€
Trabajo Estadístico	Se contratará a un/a estadístico para el análisis de los datos	3000€/sueldo	3000€.
Investigador Principal	Realizará la labor de manera voluntaria, incluye las tareas de diseño del proyecto, petición de permisos, contactos con los centros y las enfermeras, elaboración del material de apoyo, etc.	7€/hora	1695€
Elaboración Informe	Incluye la elaboración del informe preliminar y definitivo, así como del material infográfico.	3500€/sueldo	3500€

TOTAL: 15.610,10€

BIBLIOGRAFÍA

1. CIS. Barómetro de febrero 2018 – Distribuciones Marginales. España: febrero 2018. Disponible online en: <https://bit.ly/2JPCVjz>
2. Berchid F., Herrero R., Hueso C., “Producción científica en enfermería transcultural en el periodo 2007–2014”. Cul Cui. 2017, 21(49): 115-123. Disponible online en: <https://bit.ly/2MCtn95>
3. Spector R. “La enfermería transcultural: pasado, presente, y futuro”. Cul Cui. 2002, 4(7 – 8): 116-127. Disponible online en: <https://bit.ly/2t1M1PF>
4. UNFPA. Mundos aparte – Estado de la población mundial 2017. Nueva York: 2018 (p. 125). [consultado en abril 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2xPUxAQ>
5. EUROSTAT. Glossary: Migration. Actualizado el 11 noviembre 2015 [consultado en abril 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2leG7pS>
6. EUROSTAT. Migration and migrant population statistics. Actualizado el 12 abril 2018 [consultado en abril 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/1BKrFtc>
7. EUROSTAT. Contribution of natural change and net migration (and statistical adjustment) to population change, 2016. Actualizado el 20 julio 2017 [consultado en abril 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2t84vhp>
8. Fàbregues F., Farrés O., “5. Principales nacionalidades de extranjeros: pirámide de edad (% , 2017)” [página 320]. En*: CIDOB (Ed) “La inmigración en el ojo del huracán – Anuario CIDOB de la inmigración 2017”. Barcelona, España: 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2LZqVIB>
9. Arango J., Mahía R., Moya D., Sánchez-Montijano E. “La inmigración en el ojo del huracán” [páginas 18-19]. En*: CIDOB (Ed) “La inmigración en el ojo del huracán – Anuario CIDOB de la inmigración 2017”. Barcelona, España: 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2LZqVIB>
10. Finotelli C., La Barbera MC. “Naturalizaciones en España: Normativa, datos y tendencias” [páginas 254-273]. En*: CIDOB (Ed). “La inmigración en el ojo del huracán – Anuario CIDOB de la inmigración 2017”. Barcelona, España: 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2LZqVIB>
11. Artículo 22 – Código Civil. España: Boletín Oficial del Estado [act. 09/10/2002 en vigor 09/01/2003]. Disponible online en: <https://bit.ly/2K2KBho>
12. Zlobina A., Páez D. “Aculturación y comunicación intercultural: El caso de inmigración en España”. En*: CABECINHAS, Rosa. CUNHA, Luís. (coordinadores). “Comunicación Intercultural. Perspectivas, dilemas y desafíos”. 2ªed. V. N. Famalicão: Edições Húmus; 2017: p. 37 – 59. Disponible online en: <https://bit.ly/2JYO2IV>

13. Observatorio del Laicismo según datos del CIS. Datos sobre creencia o convicciones en España. Anuales. 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2MDwspg>
14. López V. (autora). Ortega T.(tutora). “Los pilares del Estado de Bienestar Finlandia – España”. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. Jaén, 2014. Disponible online en: <https://bit.ly/2K2Pt68>
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud [páginas: 6 - 12]. España: 2012. Disponible online en: <https://bit.ly/2rllHxb>
16. Menéndez EL. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. Disponible online en: <https://bit.ly/2JVJ6OS>
17. Belmartino S. Modelo Médico Hegemónico. En: Primeras Jornadas de Atención primaria de la Salud – CONAMER – A.R.H.N.R.G.; 1987: p. 197 – 211. Disponible online en: <https://bit.ly/2tib685>
18. Merino-Castillo JL. “El saber, el poder y los procesos de subjetivación en las enfermeras. Una posible “agenda enfermera” del siglo XXI” (Editorial). Evidentia. 2016, 13(54). Disponible online en: <https://bit.ly/2leDyUR>
19. Delgado A., López LA., Luna JD. “La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía”. Gac San. 1993; 7: p. 32–40. Disponible online en: <https://bit.ly/2JY0fe5>
20. Palacio F., Marquet R., Oliver A., Castro P., Bel M., Piñol JL. “Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo”. Aten Primaria 2003, 31(5):307-14. Disponible online en: <https://bit.ly/2JMhIHb>
21. Mira JJ. et al. “Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria”. Revista de Calidad Asistencial. 2002, 17(5): p. 273-283. Disponible online en: <https://bit.ly/2ykuLUu>
22. McFarland M. “Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales”. En*: Raile M. “Modelos y teorías en enfermería”. 8ª Ed. Elsevier; 2014. p. 405-429. Disponible online en: <https://bit.ly/2lyhbtV>
23. Castrillón E. “La enfermería transcultural y el desarrollo de la competencia cultural”. Cult Cui. 2015, 19(42): 128-136. Disponible en: <https://bit.ly/2LWRbn5>
24. Ibarra TX., González JS. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Index Enferm . 2006; 15(55): 44-48. Disponible en: <https://bit.ly/2LZU06F>
25. Paigal L., Rifà R., Borrueal A., Ferré 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. Disponible online en: <https://bit.ly/2M1dSX9>
26. Organización Colegial de Enfermería. Sala de Prensa-Noticias: “1977-2017: 40 años de Enfermería en la universidad” [online]. 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2JSUr2g>
27. González T., Martínez L., Luengo R., “Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la Enfermería en España”. Texto Contexto – Enferm [Internet]. 2006; 15(1): 155-61. Disponible online en: <https://bit.ly/2MznHwl>
28. Vega J., De Diego R., Badanta B., Barrientos S. “The migratory factor as a determinant of health: A transcultural occupational health nursing intervention”. Enfermería Clínica (English Edition). 2018: vol 28 (1), pp: 57-62. Disponible online en: <https://bit.ly/2yHY9dY>
29. Brugada M., Medrano R., Mora O., Valverde I., Martín A., Marcos E. Diversidad y universalidad como respuesta a pie diabético en paciente paquistaní con diabetes mellitus tipo 2 desde Atención Primaria. Gerokomos [Internet]. 2013 Sep [citado 2018 Feb 19]; 24(3): 139-143. Disponible online en: <https://bit.ly/2lzymex>
30. ISTAC. Tablas o indicadores: Población. 2017 [consultado en mayo 2018]. Disponible online: <https://bit.ly/2JSoAyB>
31. ISTAC. Tablas o indicadores: Población extranjera. 2017 [consultado en mayo 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2M0e2xW>
32. ISTAC. Tablas o indicadores: Migraciones. Saldo migratorio. 2016. [consultado en mayo 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2t4FJP5>
33. ISTAC. Población según indicadores. Islas de Canarias y años. 2017 [consultado en mayo 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2JSoAyB>
34. ISTAC. Estadística de Variaciones Residenciales/Series anuales. Municipios de Canarias. 1988-2016. [consultado en mayo 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2KpORaS>
35. Díaz – Armas, R. Gutiérrez – Taño, D. “La actitud del residente en el destino turístico de Tenerife: evaluación y tendencia”. PASOS. 2010; 8(4): p. 432-44. Disponible online en: <https://bit.ly/2LWT9Uv>
36. Fàbregues F., Farrés O. “2. Stock de población extranjera por provincias (cifras absolutas, 2017)” [página 318]. En*: CIDOB (Ed) “La inmigración en el ojo del huracán – Anuario CIDOB de la inmigración 2017”. Barcelona, España: 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2LZqVIB>
37. Fàbregues F., Farrés O. “6. Principales nacionalidades de extranjeros en España y por provincias (cifras absolutas, 2017)” [página 321]. En*: CIDOB (Ed) “La

- inmigración en el ojo del huracán – Anuario CIDOB de la inmigración 2017”. Barcelona, España: 2017. Disponible online en: <https://bit.ly/2LZqVIB>
38. ISTAC. Personas distintas atendidas en consulta según tipos y lugares de consulta por islas de Canarias y años. 2016 [consultado en mayo 2018]. Disponible online en: <https://bit.ly/2JSoAyB>
39. Gerencia Atención Primaria de Tenerife. “Memoria 2016”. En*: Servicio Canario de la Salud – Gobierno de Canarias. 2016. Disponible online en: <https://bit.ly/2tocMgH>
40. Escuela Universitaria de Enfermería Ntra. Sra, de Candelaria. “Grado en Enfermería: Guías Docentes”. En: Universidad de La Laguna. 2018. Disponible online en: <https://bit.ly/2li01k8>
41. Facultad de Ciencias de la Salud – Sección de Enfermería y Fisioterapia. “Grado en Enfermería. Guías Docentes”. En: Universidad de La Laguna. 2018. Disponible online en: <https://bit.ly/2JSplaV>
42. Pasarín MI., Berra S., Rajmil L., Solans M., Borrel C., Starfield B. “Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población”. Aten Primaria 2007; 39: p. 395-401. Disponible online en: <https://bit.ly/2K2pDiS>
43. Berra S. et al. “Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT – AE para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33 (1): 30-39. Disponible online en: <https://bit.ly/2lhShhG>

ANEXOS

ANEXO I: Revisión de las herramientas disponibles para evaluar la satisfacción del usuario de Atención Primaria.

	ENCUESTA 1 ⁽²⁰⁾	ENCUESTA 2 ^(42, 43)	ENCUESTA 3 ⁽¹⁹⁾
<i>Título</i>	-	PCAT-AE	Cuestionario de Satisfacción del Usuario
<i>Autor/es</i>	PALACIO, F. MARQUET, R. OLIVER, A. CASTRO, P. BEL, M. PIÑOL, JL.	STARFIELD, B. (VO) BERRA, S. et al (V. Argentina)	HULKA, BS ZYZANSKI, SJ (VO) DELGADO, A. LÓPEZ, LA. LUNA, J.D (V. Español)
<i>Lenguaje Validado</i>	Español	Inglés (VO), Español, Catalán, etc	Inglés (VO), Español
<i>Descripción del Instrumento</i>	Cuestionario elaborado a partir de una primera fase cualitativa (uso de informadores clave) en la que se identificaron los aspectos más importantes para los pacientes en la Atención Primaria.	Los cuestionarios PCAT están compuestos por preguntas que proporcionan información sobre los principales factores que configuran la Atención Primaria; el PCAT -AE es el dirigido a los usuarios adultos, pero también existen modelos del PCAT adaptados a los niños, gestores de recursos y a los profesionales; y existe una versión larga y otra corta. Además, su consistencia interna y confiabilidad, así como su validez factorial, los convierte en una herramienta altamente utilizada.	El cuestionario facilitado en el anexo del artículo, hace referencia a los factores que intervienen directamente en la satisfacción del usuario; y se complementa con el estudio de diferentes variables de la organización, el médico y el propio usuario; relacionándolas después con la información obtenida en el cuestionario.
<i>Ítems</i>	60	104 (V. Argentina)	18
<i>Factores que Analiza</i>	Centro y Tangibles (Factor IV) Organización y Accesibilidad (Factor I)	Primer Contacto (Utilización) Primer Contacto (Acceso 1) Primer Contacto (Acceso 2) Continuidad Interpersonal Coordinación	Cualidades Personales del Médico Competencia Profesional del Médico

	<p>Relación con los Profesionales (Factor II)</p> <p>Servicios Disponibles (Factor III)</p>	<p>(Integración de la información)</p> <p>Integralidad (Servicios Disponibles)</p> <p>Integralidad (Servicios Recibidos)</p> <p>Enfoque Familiar</p> <p>Orientación Comunitaria</p> <p>Competencia Cultural</p>	<p>Accesibilidad</p>
<p><i>Rango de Respuesta</i></p>	<p>1 (nada importante)</p> <p>↓</p> <p>10 (muy importante)</p>	<p>1 (definitivamente no)</p> <p>2(probablemente no)</p> <p>3 (probablemente sí)</p> <p>4(definitivamente sí)</p> <p>(no sabe/no recuerda)</p>	<p>(muy en desacuerdo)</p> <p>(en desacuerdo)</p> <p>(ni de acuerdo ni en desacuerdo)</p> <p>(de acuerdo)</p> <p>(muy de acuerdo)</p>
<p><i>Análisis de los Datos</i></p>	<p>La puntuación final de cada ítem será la media aritmética de todas las puntuaciones que se le han dado (1-10). Se considerará un ítem relevante para la satisfacción del paciente, aquel que supere la puntuación de 8.</p>	<p>Las categorías de respuesta son escalas tipo Likert (4 categorías) que miden el grado de cumplimiento del ítem. La puntuación final se obtiene mediante el promedio de las puntuaciones obtenidas.</p>	<p>Se estudia qué variables se relacionan con la satisfacción, en el caso de las cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que las cualitativas se realizan mediante análisis sucesivos de varianza. Esto permite identificar aquellas asociaciones más fuertes.</p>
<p><i>Aspectos Positivos</i></p>	<p>Se centra en la perspectiva del paciente</p> <p>El factor “Relación con los profesionales” es extenso y contempla diversas habilidades comunicativas y sobre el desarrollo de actividades y actitudes que centran la actitud en el paciente.</p> <p>Dispone de una pregunta indirectamente relacionada con la “competencia cultural” (18)</p>	<p>Se centra en la perspectiva del paciente</p> <p>Validado en varios idiomas, utilizado ampliamente a nivel internacional</p> <p>Las preguntas relacionadas con las actitudes de los profesionales del CAPS evidencian un enfoque holístico y la importancia de las habilidades interpersonales.</p> <p>Se estudian factores relacionados con la familia y la comunidad del usuario.</p> <p>Se incluye el factor de “Competencia Cultural”</p>	<p>Se centra en la perspectiva del paciente</p> <p>Validado en varios idiomas</p> <p>Evalúa aspectos relacionados con las creencias y percepciones del usuario acerca de la labor del médico.</p> <p>Valora aspectos relacionados con las habilidades comunicativas, pero también con la realización de procedimientos.</p>
	<p>Se modificará el término “profesionales” por el de “enfermera”</p>	<p>Se modificará el término “profesionales” por el de “enfermera”.</p>	

<p><i>Modificaciones Necesarias</i></p>	<p>Se seleccionarían los ítems del factor “Relación con los profesionales” que hagan referencia a las habilidades interpersonales, de comunicación, y aquellas que manifiesten actitudes del paciente.</p> <p>El ítem 23* se modificará eliminando “de los enfermos terminales” con el fin de disponer de una pregunta que evalúe el enfoque familiar</p>	<p>Se modificará el término “CAPS” por el de “Centro de Salud”.</p> <p>Se seleccionarán los ítems de los factores de “Continuidad Interpersonal” (13), “Enfoque familiar”(3), “Orientación Comunitaria” y “Competencia Cultural” que guarden relación con las habilidades interpersonales y de comunicación, así como aquellas que reflejen actitudes del paciente.</p>	<p>Se modificará el término “medico” por el de “enfermera”.</p> <p>Se omitirán los ítems relacionados con la organización del espacio físico, así como aquellas que no puedan relacionarse con intervenciones enfermeras.</p>
---	---	---	---

ANEXO II: Cuestionario PCAT -AE (español) adaptado para determinar la satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria

Parte I: El Usuario

- Edad: años/meses
- Tiempo que lleva adscrito al Centro de Salud.....: años/meses
- Consultas de Enfermería en el último año: n° de veces
- Género: Mujer – Hombre – Otro:.....
- Nacionalidad: Española – Otra:.....
- Lugar de Origen: España – Otro:.....
- Lengua Materna: Español – Otro:.....
- Religión:.....
- ¿Se considera practicante?: No – Sí
- Nivel de Estudios: Analfabeto/a – Sin Estudios – Estudios de 1º Grado – Estudios de 2º Grado – Estudios de 3º Grado
- Situación Laboral: Ocupado (Sector Privado) – Ocupado (sector Público) – En paro
- ¿Conoce a la enfermera que le atiende hoy?: No – Sí
- Servicio:
- Motivo de Consulta:.....

Parte II: Cuestionario

A continuación, se le plantearán una serie de frases frente a las que usted deberá MARCAR CON UNA X en función de lo verídicas que sean para usted, en el siguiente rango de respuesta: "definitivamente no" – "probablemente no" – "probablemente sí" – "definitivamente sí"; y también tendrá la opción de "no sabe - no recuerda". Si tiene dudas o precisa alguna aclaración, no dude en pedirle ayuda a su enfermera.



	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO	PROBABLEMENTE SÍ	DEFINITIVAMENTE SÍ	NO SABE NO RECUERDA
Siempre le atiende la misma enfermera					
La enfermera comprende lo que usted dice o pregunta					
La enfermera responde a sus preguntas de manera que usted entienda					
Puede llamar y hablar con la enfermera que lo/la conoce más					
La enfermera le da suficiente tiempo para hablar sobre sus problemas					
Se siente cómodo/a hablando de sus problemas					

con la enfermera de su Centro de Salud					
La enfermera de su Centro de Salud le conoce como persona					
La enfermera de su Centro de Salud sabe con quién vive					
La enfermera conoce los problemas más importantes de usted y su familia					
La enfermera de su Centro de Salud conoce sus ocupaciones					
La enfermera sabría si tiene problemas para conseguir medicamentos					
La enfermera conoce los medicamentos que está tomando					
Cambiaría de Centro de Salud si fuera fácil					
La enfermera pregunta opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento de alguien de la familia					
La enfermera conoce los problemas que pueden existir en la familia					
La enfermera se reuniría con alguien de la familia para ayudar a su tratamiento					
Alguien del Centro de Salud realiza visitas a domicilio					

La enfermera conoce los problemas de salud más importantes del barrio					
La enfermera acepta opiniones e ideas que podrían mejorar la atención de salud					
Encuestas a los pacientes sobre las necesidades de la gente					
Encuestas a los integrantes de la comunidad sobre sus problemas de salud					
Se invita a alguien del barrio a participar de las reuniones del equipo de salud					
La enfermera realiza reuniones con instituciones de la comunidad					
La enfermera realiza actividades de participación comunitaria					
Le recomendaría su Centro de Salud a un amigo o pariente					
Le recomendaría su centro de Salud a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país					
Le recomendaría su Centro de Salud a una persona que usa hierbas o medicamentos					

caseros, o asiste al curandero, etc.					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Observaciones, incidencias, comentarios:

¿Precisó ayuda el usuario para completar la encuesta? (Especificar en caso afirmativo)

ANEXO III: Solicitud de Consentimiento a la Gestión de Atención Primaria

Dña. Violeta Concepción González, con DNI, estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, está realizando un proyecto de investigación titulado:

**“Satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de
Enfermería en Atención Primaria”**

Este proyecto, tiene como objetivo conocer la satisfacción de los usuarios de otras culturas con la atención recibida en los diferentes servicios de Enfermería de Atención Primaria de la isla de Tenerife.

Para ello, se ha diseñado un estudio cuantitativo, de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal y retrospectivo; y se ha adaptado la herramienta PCAT – AE, además de incluir diversas variables sociodemográficas, de formación y culturales, con el fin de obtener datos que permitan alcanzar los objetivos planteados.

Solicita, por tanto, la autorización de la Gestión de Atención Primaria y del Centro de Salud....., para poder llevar a cabo esta investigación en el centro mencionado.

Se declara, también, que todos los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación, se tratarán con absoluta confidencialidad.

Gracias por su colaboración

En San Cristóbal de La Laguna, a de de 2018

Firma de la solicitante:

ANEXO IV: Consentimiento Informado para el/la Usuario/a

Estimado/a Usuario/a:

Dña. Violeta Concepción González, con DNI, estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, está realizando un proyecto de investigación titulado:

“Satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria”

Este proyecto, tiene como objetivo conocer la satisfacción de los usuarios de otras culturas con la atención recibida en los diferentes servicios de Enfermería de Atención Primaria.

Para ello, se ha diseñado un estudio cuantitativo, de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal y retrospectivo; y se ha adaptado la herramienta PCAT – AE (cuestionario), además de incluir diversas variables sociodemográficas, de formación y culturales, con el fin de obtener datos que permitan alcanzar los objetivos planteados.

Se le invita a participar de forma voluntaria en este estudio, y se le garantiza que su participación o no, no afectará a la atención sanitaria que reciba; y que la información que facilite, será estrictamente confidencial y utilizada, únicamente, para esta investigación. Asimismo, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Si le surgiese alguna duda sobre este estudio, podrá aclararlas en cualquier momento. Y si existiese alguna pregunta del cuestionario o de la información solicitada que le resultase incómoda, tiene derecho a no responderla.

Yo,,
con DNI, he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y doy mi consentimiento para participar voluntariamente en este proyecto.

Yo,,
con DNI, he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe voluntariamente en este proyecto.

En La Laguna, a de de 2018

Firma del participante:

Firma del informador:

ANEXO V: Compromiso de Colaboración de la Enfermera

Estimado/a Compañero/a:

Dña. Violeta Concepción González, con DNI, estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, está realizando un proyecto de investigación titulado:

“Satisfacción de los usuarios de otras culturas con los cuidados de Enfermería en Atención Primaria”

Este proyecto, tiene como objetivo conocer la satisfacción de los usuarios de otras culturas con la atención recibida en los diferentes servicios de Enfermería de Atención Primaria.

Para ello, se ha diseñado un estudio cuantitativo, de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal y retrospectivo; y se ha adaptado la herramienta PCAT – AE, además de incluir diversas variables sociodemográficas, de formación y culturales, con el fin de obtener datos que permitan alcanzar los objetivos planteados.

Se le invita a ser informador/a de esta investigación, mediante la recogida de información de aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Por tanto, y dada las características del estudio, su participación como enfermera implica la necesidad de establecer un compromiso de colaboración basado en la responsabilidad, la confidencialidad y la imparcialidad, especialmente en las situaciones en las que ayude a un usuario a realizar el cuestionario; así como para la custodia de la información hasta su recogida por el investigador principal.

Yo,,
con DNI, he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y me comprometo a colaborar en este proyecto en calidad de enfermera e informadora.

En La Laguna, a de de 2018

Firma de la enfermera:

Firma de la investigadora principal: