

RELACIÓN ENFERMERA/O-PACIENTE INMIGRANTE EN SALUD MENTAL. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA (MADRID)

Autora: Gemma Vera del Sur

Tutora: Dra. María Lidón Escrig Sos

Unidad Docente: Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

INTRODUCCIÓN

La cultura y la diversidad cultural es lo que nos diferencia del resto de especies. Este término, el de cultura, es definido por Marvin Harris (1) como “conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetidos de pensar, sentir y actuar”. Mientras que Geertz (2), desde la Antropología Simbólica, define la cultura como, “una ciencia interpretativa en busca de significaciones”. Cabe destacar que las influencias de la cultura en la salud mental de las personas, son estudiadas por la Psiquiatría Transcultural, rama de la Psiquiatría centrada en el estudio de la enfermedad en diferentes culturas intentando hacer comparaciones entre ellas.

Las nociones de normalidad y anormalidad, tan importantes en el campo de la psiquiatría, están influidas por la cultura: son un constructo sociocultural. Conductas que en un contexto geográfico pueden ser consideradas patológicas, pueden no serlo en otro. Así pues, en la atención en salud mental, estudiar y replantearse las nociones de normalidad y anormalidad desde una perspectiva cultural puede ayudar a los profesionales de enfermería a brindar unos mejores cuidados a las personas diagnosticadas de enfermedad mental. De hecho, existen “estudios que demuestran que la cultura es fundamental para conocer las causas y el curso de la psicopatología” (3), es decir, las relaciones e influencias entre naturaleza y cultura, entre lo fisiológico y lo socio-cultural en el estudio y comprensión holística de enfermedad mental.

Son ejemplo de que la patología puede ir asociada a la cultura los *culture bound syndromes* (síndromes ligados a la cultura), o síndromes presentes en un grupo particular de gente, cultura o zona geográfica concreta, que suele darse en contextos determinados (4). Este tipo de síndromes, que podemos llegar a considerar patológicos en la cultura occidental y dentro del modelo de la psiquiatría biomédica, pueden ser abordados en las culturas en los que aparecen de una forma totalmente opuesta a como se abordaría dentro de las clasificaciones diagnósticas occidentales. Algún ejemplo representativo de ello pueden ser el *Koro* o “episodio súbito e intenso de ansiedad, por el hecho de que el pene (o la vulva y las mamas de la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte” (5) característico de zonas como Malasia, China,

Assam o Tailandia; o el *Zar* o “posesión, cursa con gritos y susurros, estereotipias, golpes de cabeza contra la pared, cantar o llorar” (5), típico de zonas como Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán o Irán de entre los cuadros más destacados (5). Así pues, los *culture bound syndromes* constituyen un ejemplo de la complejidad de cuidar en salud mental a pacientes de otras culturas de origen, ya que pueden aparecer en contextos migratorios muy alejados de los lugares en los que se dan con más frecuencia.

Por otra parte, no podemos olvidar que una de las clasificaciones diagnósticas por excelencia en salud mental en el mundo occidental, el DSM-V¹, se ha convertido en una de las herramientas fundamentales del modelo biomédico hegemónico para universalizar los diagnósticos psiquiátricos independientemente de la cultura a la que pertenezcan los pacientes.

Para intentar comprender mejor la diversidad cultural de las personas que cuidamos en las unidades de hospitalización de salud mental y observar cómo inciden los aspectos socioculturales en los procesos de salud, enfermedad y atención sanitaria, sería importante comprender qué supone el proceso migratorio, sus causas complejas y cómo esto puede incidir en la forma de brindar cuidados por parte de los profesionales en las unidades de salud mental.

El proceso migratorio, trasladarse de un lugar a otro, “es un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente” (6). Todo proceso migratorio puede dividirse en varias fases: la de preparación y toma de decisión de marchar, en la que se mezclan sentimientos ambivalentes, tanto por el hecho de querer irse como por empezar a sentir la pérdida de lo que se va a dejar atrás, siendo en esta etapa donde puede iniciarse el duelo migratorio. La fase de llegada o asentamiento en la que se continúa con esa ambivalencia emocional junto con miedo y confusión y en la que son frecuentes las crisis de identidad. La fase de adaptación e integración una vez que se resuelven los problemas sociales y económicos y, por último, la fase de encrucijada en la que se vive una ambivalencia emocional entre ambas culturas e identidades (6).

Los motivos más comunes de emigración son los motivos económicos (para obtener una estabilidad laboral con mejor salario), sociales (presiones familiares y situaciones adversas), políticos o de seguridad (guerras y conflictos internos) de entre los más destacados (6).

Todo proceso de emigración puede ser un factor de riesgo para padecer problemas de salud mental. La patología mental asociada a los procesos migratorios puede estar relacionada con la aparición de diferentes estresores como la soledad, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por sobrevivir en la que deben cubrirse necesidades tan básicas como la alimentación, la vivienda o el miedo. Todos ellos, componentes de un duelo común en estos casos, el duelo migratorio. Estos factores, pueden verse potenciados por la cronicidad, la ausencia de sensación de control y de red social y los estresores que toda migración conlleva: el cambio de cultura y de lengua (7).

1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales que contiene síntomas y criterios para el diagnóstico de la enfermedad mental. Proporciona un lenguaje común para los profesionales dedicados a la psicopatología.

El proceso de adaptación, no siempre es funcional y, en ocasiones, acaba desembocando en una sintomatología que se repite con cierta frecuencia en este tipo de pacientes como puede ser: la tristeza, el llanto, la culpa, incluso ideas de muerte. Asimismo, también puede aparecer tensión, nerviosismo, preocupaciones recurrentes, insomnio o irritabilidad sin olvidar los síntomas físicos como la fatiga o la cefalea de entre los más destacados (7).

El estrés que aparece en este periodo de adaptación puede acabar desembocando en enfermedades mentales por el simple hecho de ser esta, la migración, un factor más de riesgo que se suma a las tantas dificultades que puede llegar a vivir esta población durante este periodo. Pero, como afirman Sayed-Ahmad et al (8), “la inmigración puede dar lugar a manifestaciones diferenciadas de los cuadros mentales que conviene conocer, para no confundir las reacciones vivenciales con los auténticos trastornos mentales y evitar así tanto la psiquiatrización del malestar como la medicalización de reacciones vivenciales normales”.

Debemos recalcar que, en muchas ocasiones, la inmigración se entiende más como un problema que como una oportunidad de conocer al otro. La llegada de inmigrantes se suele percibir por parte de la sociedad anfitriona como un problema, generando miedo y rechazo, llegando a crear marginación y exclusión de los inmigrados, sin llegar a ser capaces de percibir muchas veces la parte positiva de este fenómeno. La inmigración, actualmente, cumple un papel fundamental en la sociedad española. Por una parte esta población cubre nichos laborales que muchos de los no migrantes no ocupan como pueden ser trabajos poco cualificados y mal remunerados y, por otra, son los encargados de evitar un envejecimiento cada día más patente de la población, con tasas más elevadas de fecundidad que los autóctonos.

Si además de haber pasado por un proceso de migración se padece una enfermedad mental, estas personas ven acrecentados sus problemas de manera exponencial.

El personal de enfermería, al cuidar a pacientes inmigrantes con enfermedad mental, puede caer en la denominada “ceguera transcultural” que aparece cuando “tendemos a ignorar, o al menos a minusvalorar, las partes de las culturas que difieren de la nuestra” (9). Esta ceguera, puede afectar a la relación enfermero/a-paciente inmigrante ya que no deja de ser un tipo de barrera para el buen cuidado de estos de usuarios/as. Así mismo, García Campayo (10) afirma que tan perjudicial puede ser negar los aspectos transculturales que nos diferencian del paciente como mostrar excesivo interés por ellos, ya que ambos extremos acabarían dificultando nuestra relación con el paciente inmigrante.

En la literatura revisada, hay numerosos estudios referidos a la población inmigrante y al trato que reciben en nuestro sistema sanitario, así como de las barreras y facilidades encontradas para acceder al mismo. Por el contrario, existe un déficit de bibliografía sobre qué dificultades, percepciones y expectativas tiene el personal de enfermería la hora de brindar cuidados al paciente inmigrante y cómo influyen las barreras antes descritas en la prestación de cuidados de este tipo de usuarios/as.

En la disciplina enfermera, encontramos teorías y modelos relacionados con la transculturalidad y con la relación enfermera/o-paciente inmigrante en los que poder enmarcar este trabajo.

Una de las teóricas de enfermería más reconocidas en el ámbito de los cuidados transculturales es Madeleine Leininger, quien elaboró la *Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales* y definió Enfermería Transcultural como un “área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de salud y la enfermedad y el modelo de conducta” (11). Esta enfermera basó su teoría en la creencia que son los pacientes quienes guían a los profesionales a la hora de hacerles ver cuáles son sus necesidades culturales para que estos puedan recibir los cuidados más adecuados (11). Cabe destacar que el cuidado transcultural es un nuevo reto centrado en cuidados integrales y holísticos, desmarcado del modelo biomédico (12).

Por otra parte, Hildegard Peplau es otra de las teóricas de la Enfermería que con su *Teoría de las Relaciones Interpersonales*, estableció las bases epistemológicas de la enfermería en salud mental. Su trabajo se centró en el estudio de la capacidad de las enfermeras para comprender su comportamiento e identificar las dificultades percibidas en el ámbito de los cuidados de salud mental. También describió la importancia de la relación enfermera-paciente y como elementos principales de ésta el paciente, la enfermera y lo que ocurre entre ellos. La relación entre ambos tiene que ver con las expectativas que se tiene de esta relación, así, si las enfermeras son conscientes de ello, pueden llegar a aprovecharlo para crear una relación más terapéutica y por consiguiente de mayor utilidad para ambos (11).

Otro de los autores a tener en cuenta en este estudio es Phil Barker, quien redactó *el Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental* con el que trata de explicarnos que las personas vivimos en un “océano de experiencia” y que la enfermedad mental no es más que otra de las cosas que puede amenazar con “hundirnos”. Es ahí donde entra el papel de la enfermería y de sus cuidados para tratar de devolver a las personas a ese “océano de experiencia” en el que puedan continuar con sus vidas. Como profesionales de enfermería, debemos ayudar a las personas a que tomen conciencia de los pequeños cambios que se producen en sus vidas que en última instancia acabarán provocando grandes efectos. Esto se realizará tratando siempre de empoderar a los usuarios para que produzcan dichos cambios. Barker, coloca a la enfermería a un nivel similar al del paciente, defendiendo que debemos “cuidar con la persona” y no sobre ella (es decir, intentar mantener una relación de igual a igual) (11).

Con la ayuda de estos enfoques teóricos, podemos comprender la importancia de establecer las bases teóricas de la enfermería psiquiátrica y las conexiones de la cultura con los cuidados en salud mental.

La revisión del estado de la cuestión sobre la relación enfermera/o-paciente inmigrante con problemas de salud mental, se ha visto muy limitada por una llamativa falta

de fuentes documentales encontradas, lo que nos ha hecho pensar que no es un objeto de estudio muy relevante dentro de la disciplina enfermera.

Podemos encontrar variables que influyen en la relación enfermero/a-paciente inmigrante que no existen en las relaciones con pacientes no inmigrantes, como las barreras idiomáticas, la falta de recursos humanos (traductores y mediadores culturales) y materiales en el ámbito sanitario (trípticos informativos traducidos a otras lenguas), así como las dinámicas hospitalarias y la rigidez de la estructura hospitalaria que dificulta la traducción cultural de sus síntomas y necesidades. Estas barreras son bidireccionales tanto para el personal de enfermería que mantiene relación con el paciente inmigrante, como para el propio paciente. Algo que está menos explorado, en este sentido, son las barreras o factores que influyen o pueden influir en la relación del personal de enfermería que cuida de los pacientes inmigrantes con enfermedad mental. Es importante identificar esas barreras para dar una buena atención a estos usuarios cada vez más presentes en el ámbito sanitario. El equipo de enfermería se enfrenta a unos problemas específicos (culturales, religiosos, estilo de vida, interpretación de la salud y enfermedad) y nuevas demandas a las que no está acostumbrado (13).

Un estudio relevante para este anteproyecto, se llevó a cabo en Italia en el año 2013, en el que se intentaron vislumbrar que variables podían afectar a la calidad de los cuidados brindada a los pacientes inmigrantes, a lo que los enfermeros respondieron como principales dificultades encontradas en la relación con el paciente inmigrante las diferencias lingüísticas, los problemas de comunicación y la sobrecarga laboral que esto suponía y que intentaban apoyarse en mediadores culturales para salvar estos escollos. Esta nueva conflictividad, aseguran, está causando un gran impacto en la enfermería aunque se observa la enfermería transcultural como algo de interés por parte de los profesionales (14).

Otros de los obstáculos percibidos en la atención al colectivo inmigrante fueron estudiados en Cataluña en el año 2007 en el trabajo que llevaron a cabo Vázquez, Terraza y Vargas denominado *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*, donde se describieron como principales barreras a superar, las relacionadas con la comunicación o conocimiento y utilización de la lengua. En este estudio se afirmó que la población inmigrante tiene poca predisposición para comunicarse en consulta, cosa que dificultaba el trabajo de los profesionales; otro punto a tener en cuenta es que el personal percibe una sobrecarga de trabajo mayor ya que este tipo de pacientes requiere más tiempo de atención por las barreras comunicacionales y se les hace más pruebas complementarias por no saber comunicarse de una manera comprensible. Cabe decir, que algunos de los entrevistados afirmaron que conforme ha pasado el tiempo este problema ha ido disminuyendo por la integración de esta población. Otro punto destacable es que la barrera idiomática produce en el personal agotamiento físico y mental por el alto grado de dependencia que genera este colectivo en cuanto a sus cuidados así como el malestar en el resto de pacientes al ser conscientes de eso (13).

Un escollo percibido dentro de los profesionales de enfermería son los relacionados con las características del colectivo inmigrante como las prácticas culturales y religiosas que pueden afectar a la dinámica de las unidades de hospitalización, como el ayuno durante el Ramadán, aunque algunos de los entrevistados afirmaban que esas prácticas pueden ser beneficiosas para el paciente. La adaptación a las normas locales sería otra dificultad percibida, ya que podría aumentar la carga de trabajo (cosa que también existe cuando el personal del equipo de enfermería también es inmigrante), las condiciones laborales del personal (que en ocasiones dificulta realizar un buen seguimiento de los pacientes) o el sexo del personal, que puede ser punto de conflicto en la relación enfermera-paciente cuando se trata de temas tan personales como en autocuidado (13).

Otro gran bloque de dificultades lo representaría la organización asistencial caracterizada por la sobrecarga laboral y el déficit de recursos humanos, así como la falta de formación de los profesionales de enfermería en competencias culturales (13).

Y por último, las dificultades relacionadas con las actitudes del personal y lo que surge del choque cultural o extrañamiento cultural, donde el encuentro cultural no es tanto un choque, como un desencuentro por desconocimiento, una extrañeza irreflexible entre enfermera-paciente inmigrante como puede ser desde el racismo hasta la discriminación positiva del paciente (15).

No podemos olvidar que nuestras propias creencias hacen que cada uno de nosotros estemos influenciados por nuestra cultura, creencias y valores. Se cree que los inmigrantes “generan sobrecarga asistencial y sentimientos de frustración, ansiedad y agotamiento en el personal” (16), siendo muchos de los cuidados de enfermería prestados “ineficaces o de evolución muy lenta debido a la existencia de inmigrantes de origen muy diferente” (16).

Tampoco podemos menospreciar los estereotipos y prejuicios que se tiene sobre la población inmigrante que acaban dificultando la relación enfermera-paciente. Hay personal sanitario que cree que “los inmigrantes son muy exigentes y además no pagan” (17). Estos prejuicios “vienen activados por otros factores, tales como la inseguridad ante el desconocimiento sobre cómo atender a personas procedentes de otras culturas” (17).

Por otra parte, se ha encontrado un estudio del que pueden extraerse paralelismos importantes para este anteproyecto aunque no esté vinculado a la relación enfermera/o- paciente inmigrante con patología mental. Se llevó a cabo un estudio en España en el año 2006, en el que se entrevistó a diferentes facultativos, sobre las prácticas de los médicos de familia españoles con pacientes inmigrantes, en el que se les preguntó qué dificultades eran las más importantes para el manejo del paciente inmigrante, a lo que el 27,7% de los 119 encuestados (entre médicos y residentes de familia) respondieron que eran las diferencias culturales. Otra pregunta formulada en ese estudio fue si creían que existiese posibilidad de diagnóstico erróneo de cuadros psiquiátricos por creencias culturales, con lo que se mantuvieron de acuerdo un 43,6% de estos 119 profesionales encuestados (18).

La relación enfermera/o-paciente inmigrante se vuelve más compleja cuando se asocia la inmigración a trastorno mental.

JUSTIFICACIÓN

Durante mi experiencia como Enfermera Interna Residente (EIR), empecé a ser consciente, de la conflictividad inherente a la relación enfermero/a-paciente inmigrante con patología mental, que puede presentar el personal de enfermería de los servicios de Salud Mental del Hospital Universitario de Fuenlabrada y del Instituto Psiquiátrico y Servicios de Salud Mental José Germain, así como la necesidad de poder gestionar esa relación de forma positiva para todas las partes, y de investigar más sobre los factores y variables que inciden en esa relación.

Ya no sólo hay que ser conscientes de las barreras idiomáticas, o las diferencias culturales que nos diferencian (incluyendo los diversos modelos explicativos para la enfermedad, que pueden tener paciente y personal sanitario), sino los prejuicios (tanto positivos como negativos) que podamos tener unos y otros, las limitaciones estructurales de las instituciones, la falta de recursos humanos (traductores y mediadores culturales), sin olvidar los déficits formativos de los profesionales de enfermería en competencias culturales para los cuidados durante los estudios de grado y post-grado. Todo ello influye en la relación diaria enfermera/o-paciente inmigrante, así como en la percepción que se tiene respecto a estos usuarios. Esto, es importante para establecer una relación de cuidado de calidad y competente culturalmente. Lo anteriormente expuesto, es lo que me ha motivado en gran parte a realizar este trabajo.

Otra de las causas que me ha motivado a realizar este trabajo ha sido, como ya se ha comentado en el apartado anterior, la falta de literatura científica específica encontrada sobre el objeto de estudio propuesto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Identificar las barreras y los facilitadores percibidos por el personal de enfermería en su relación de cuidado con las personas inmigrantes en la Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las dificultades y barreras en la relación de cuidado con los pacientes inmigrantes tal cual son percibidas por el personal de enfermería, mostrando su causalidad compleja y las variables que las condicionan.
- Describir aspectos positivos y los facilitadores de la relación de cuidado con los pacientes inmigrantes tal cual se perciben por el personal de enfermería, mostrando su causalidad compleja y las variables que las condicionan.

- Explorar sentimientos y emociones generados en el personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve durante el proceso de atención al paciente inmigrante.
- Identificar el nivel de formación en enfermería transcultural para los cuidados en Salud Mental del personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

La naturaleza exploratoria del objetivo general de este estudio, hace que la estrategia de investigación propuesta sea cualitativa, aplicada y transversal. Se centra no sólo en la descripción de los datos que se recabarán en entrevistas semiestructuradas en profundidad a los profesionales de enfermería, sino en su análisis e interpretación.

La recogida de datos se llevará a cabo mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad que se realizarán al personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

La investigación cualitativa está basada en el paradigma naturalista, pretendiendo explicar los fenómenos desde la experiencia y la subjetividad de los sujetos estudiados. Este tipo de investigación se caracteriza por intentar comprender la experiencia de los sujetos a través de sus discursos. En este tipo de investigaciones, el investigador debe plantearse cómo sus valores, creencias o prejuicios pueden influir en el estudio. A este proceso se le denomina reflexividad (19).

Y más concretamente, dentro de la investigación cualitativa se ha escogido un diseño fenomenológico que pretende explicar la visión de cada uno de los participantes del estudio dando significado a las experiencias vividas desde su punto de vista (20).

a. POBLACIÓN Y CONTEXTO DEL ESTUDIO

Ámbito de estudio: El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Hospitalización Breve de salud mental (UHB) del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Este hospital es una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia creado en 2002 con un total de 406 camas. La Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental cuenta con un total de 16 camas, dos de ellas forman parte de “habitaciones de observación” en las que el personal de enfermería tiene visión directa a través de cámaras y cristal para poder vigilar en todo momento al paciente que allí se aloja.

Población de estudio: personal del equipo de enfermería: catorce enfermeras/os (once de las cuales son mujeres y tres hombres) y doce auxiliares de enfermería (de los que once son mujeres y un hombre) comprendidos entre los 27 y 65 años de edad, que trabajen en la UHB del Hospital Universitario de Fuenlabrada y que cumplan los criterios de selección expuestos más adelante.

Entorno social del estudio: el entorno del estudio es la ciudad de Fuenlabrada, situado al sur de la Comunidad de Madrid. Según datos del ayuntamiento de este municipio, en enero de 2016, contaba con 199.057 habitantes, siendo la localidad con mayor crecimiento de población entre 1981 y 2001.

MUESTRA

El tipo de muestreo utilizado para este estudio será a criterio o intencional. En esta modalidad de elección de muestra, es el propio investigador quien selecciona a los sujetos más apropiados para formar parte de la muestra (18). En este estudio, se pretende que, inicialmente, se integre a todo el personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Fuenlabrada que cumplan con los criterios de inclusión, que en este caso corresponde al equipo formado por enfermeras/os y auxiliares de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) y que deseen participar voluntariamente en el estudio. Se tomarán en cuenta las variables edad, sexo, formación académica, número de años trabajados, situación laboral, tipo de contrato, país de origen y años vividos en España.

Antes de comenzar con la captación de la muestra, se obtendrá el permiso oportuno del Hospital Universitario de Fuenlabrada para realizar el estudio, se explicarán los objetivos del mismo, así como los criterios de inclusión de los sujetos participantes a la supervisora de la Unidad de Hospitalización Breve, y será ésta quien transmita la información al equipo de enfermería de su unidad. Es por esta razón por la que previamente se llevará a cabo una entrevista con la supervisora de la unidad dónde se le explicará el estudio y se le pedirá que transmita esta información a su equipo.

El investigador principal identificará a los profesionales interesados en el estudio y los invitará a participar. Ese mismo investigador, comprobará que cada uno de los sujetos seleccionados cumpla con los criterios de inclusión y, si es así, concertará una cita con ellos para explicar en qué consistirá el estudio y cuál será su función en el mismo. Se les dará un plazo de tiempo a los interesados para que mediten si desean participar. Una vez acepten la participación en el proyecto se concertará una cita de forma telefónica concretando lugar, fecha y hora con cada uno de los participantes para la realización de las entrevistas. Antes de comenzar con las entrevistas cada uno de los sujetos deberá leer y firmar el consentimiento informado y la hoja informativa del estudio (ANEXO 1 y 2).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Criterios de selección de la muestra

— Criterios de Inclusión:

— Profesionales de la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada de las siguientes categorías profesionales: Auxiliar de enfermería, Diplomado universitario en enfermería o Grado en enfermería, así como enfermeras especialistas en Salud Mental.

- Haber trabajado en la Unidad de Hospitalización Breve un mínimo de seis meses.
 - Aceptar participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
 - Profesionales del equipo de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada de origen cultural diferente al español.
- Criterios de exclusión:
- No formar parte de las categorías profesionales mencionadas en los criterios de inclusión.
 - No firmar el consentimiento informado ni querer participar en el estudio.
 - Personal con menos de seis meses de experiencia en la unidad de Hospitalización Breve.
 - Personal que no comprenda o hable el castellano.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se recogerán las variables de la muestra en un formulario que rellenarán todos los participantes (ANEXO 3) acerca de los profesionales entrevistados:

- Edad:
- Sexo: hombre/mujer
- Categoría profesional:
 - Auxiliar de enfermería
 - Enfermera
 - Enfermera especialista en salud mental
- Titulación:
 - Auxiliar de enfermería
 - Diplomado universitario en enfermería
 - Grado en enfermería
 - Enfermera especialista en salud mental vía EIR
 - Enfermera especialista en salud mental vía excepcional
 - Otros
- Años de experiencia en servicios de salud mental: a partir de seis meses
- Situación laboral: fijo, eventual, laboral
- País de origen:
 - Años vividos en España

— Formación específica en competencia cultural para el cuidado y enfermería transcultural.

Las variables principales del estudio son las que tienen que ver con las barreras y facilitadores de la relación enfermera/o-paciente inmigrante que se desarrollan más adelante en el árbol de categorías dentro del apartado análisis de datos.

RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se van a realizar entrevistas en profundidad semiestructuradas.

El número de entrevistas no se establecerá de antemano con el informante, sino que se realizarán hasta la saturación de información, es decir, cuando los datos obtenidos sean redundantes y repetitivos, no aportando nada nuevo la información previa recogida (19).

Las entrevistas en profundidad tienen como objetivo recoger la visión personal de cada uno de los sujetos del estudio. Serán semiestructuradas y comenzarán con una pregunta abierta siguiendo con preguntas encaminadas a cumplir los objetivos del estudio si no surge la información necesaria con la primera pregunta. Existirá un guión de entrevistas que recoja los temas a tratar durante las mismas (ANEXO 4).

Cada entrevista será grabada en soporte audio para una posterior transcripción literal.

El lugar de realización de las entrevistas debe ser neutro tanto para los entrevistados como para los investigadores. Se ofrecerá la opción de realizar las entrevistas en lugares cercanos al domicilio de los profesionales para facilitar su asistencia.

Las entrevistas no tendrán una duración establecida, llegarán a su fin cuando el participante lo decida o se haya contestado al guión establecido. Tras la finalización de la entrevista se le agradecerá a los sujetos la participación en la misma.

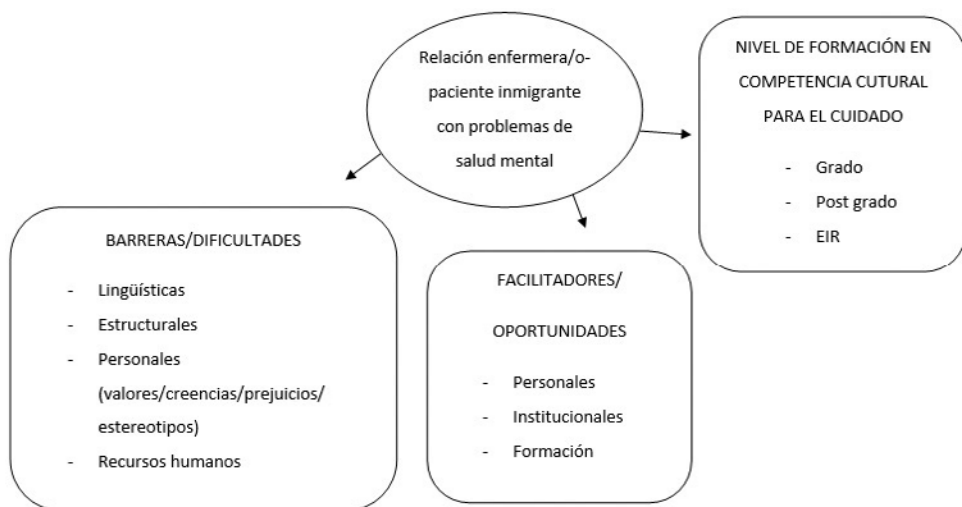
El entrevistador garantizará la confidencialidad de los informantes mediante códigos que se asignarán a cada uno de ellos al comienzo de la entrevista. Estos códigos se asignarán de la siguiente manera:

- Número de orden de la persona entrevistada.
- Sexo (H/M) y edad.
- Titulación: Auxiliar de enfermería (AE), Grado en enfermería (GE), D.U.E. (DUE), especialista en salud mental vía EIR (EIR) o vía excepcional (NEIR), otros (O).

Algunos ejemplos de cómo serían los códigos de identificación son:

1-M30-DUE
9-H49-AE
4-M27-EIR

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS



En este estudio en concreto, se utilizará el siguiente árbol de categorías:

La codificación tiene como objetivo intentar darle sentido a la información recolectada y transcrita; trata de simplificar y dar sentido a toda la información recabada. Analiza el contenido de las entrevistas para determinar qué es significativo y hacer de nuestros datos unidades analizables (21).

Antes de comenzar la codificación se realizará una lectura de todos los datos en profundidad. Para identificar los datos que produce cada participante y asegurar la confidencialidad, se asignará un código a cada uno de ellos y tras esto, comenzará la codificación. Posteriormente se relacionarán todas estas categorías entre sí con la ayuda de la herramienta informática de soporte de análisis de texto Atlas ti 7.0, programa de análisis cualitativo de datos (21).

A partir de los resultados y de su discusión, se realizará un análisis DAFO² de la situación a partir de la cual identificar las debilidades y fortalezas de la relación enfermera/o-paciente inmigrante en salud mental, así como las amenazas y oportunidades de esa relación. El objetivo de realizar este análisis DAFO de los resultados no es otro que aportar e identificar propuestas de mejora en la atención holística e individualizada de los inmigrantes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Uno de los retos de la investigación cualitativa es mostrar que la interpretación que se ha realizado de la información recogida es sólida; para ello, los investigadores cuentan con diferentes herramientas que se utilizarán en este estudio como son: (19)

2 DAFO: herramienta utilizada para analizar una situación estudiando sus factores externos (amenazas y oportunidades) e internos (debilidades y fortalezas) muy común en ámbito de economía y proyectos.

- La triangulación, que se basa en utilizar diferentes métodos y perspectivas para corroborar el elemento estudiado y añadir rigor, profundidad y amplitud a una investigación. La triangulación de datos consiste en utilizar diferentes fuentes de datos para poder validar las conclusiones alcanzadas (19). Se realizará triangulación de investigadores en los que más de un investigador analizará e interpretará la información recogida. Posteriormente, se realizará una reunión de equipo para discutir lo identificado de los análisis para llegar a un consenso.
- La verificación con los propios participantes, que consiste en retornar a los entrevistados el análisis obtenido para que verifiquen, rectifiquen o maten dicho análisis (19).
- La reflexividad que sirve para que el investigador examine cómo puede influir sobre la investigación y los sujetos que estudia, cómo influyen sus valores y creencias sobre lo estudiado o cómo es el propio estudio el que influye a la hora de recoger y analizar los datos (19).

RECURSOS NECESARIOS

- Recursos humanos:
 - Enfermera especialista en salud mental con formación investigadora.
 - Otros investigadores: una persona con formación investigadora en investigación cualitativa sin tener que tener formación sanitaria.

- Recursos materiales:
 - Material para la toma de notas (libreta y bolígrafos).
 - Grabadora para la recogida de las entrevistas.
 - Ordenador portátil de gama media para la transcripción, ordenación y análisis de los datos obtenidos.
 - Acceso a Internet.
 - Software informático Atlas Ti.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este anteproyecto respetará los principios éticos de la investigación: beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia. Esto podrá asegurarse a través de las siguientes medidas:

- El proyecto deberá obtener la aprobación por parte del comité ético y el permiso del Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Se cumplirá el Real Decreto 994/1999 del 11 de Junio, en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal y la Declaración de Helsinki. Se asegurará la confidencialidad de las grabaciones y

el anonimato de los participantes. Las transcripciones de las entrevistas se mantendrán en un solo dispositivo al que tendrá acceso el equipo investigador.³

- Se cumplirá la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre que regula el derecho a la información del usuario y al consentimiento informado. Se solicitará un consentimiento informado para acceder al estudio en el que se informará del carácter voluntario y objetivos del mismo. Si así lo solicitan, se les entregará a los participantes una copia del proyecto finalizado. El proyecto podrá ser abandonado en cualquier momento.⁴

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los estudios cualitativos suelen realizarse en un contexto concreto y con una población específica. De ahí, que una de las limitaciones del estudio sea que los datos sean difícilmente extrapolables a la población general, aunque sí que se espera poder identificar las barreras y facilitadores que percibe el equipo de enfermería de la UHB del Hospital de Fuenlabrada durante su relación con el paciente inmigrado y por tanto hacer una generalización para esta unidad (22).

Otra de las posibles limitaciones se produciría si hubiese falta de colaboración por parte de los participantes, cosa que dificultaría no sólo la generalización, si no el propio éxito del estudio (23).

Aunque la principal limitación de este anteproyecto ha sido la falta de literatura encontrada referida al tema central del estudio.

RELEVANCIA CIENTÍFICA

Este estudio es relevante en el área de salud mental ya que en el contexto español existen escasos estudios disponibles acerca de la relación enfermera/o-paciente inmigrante en salud mental enfocado desde el punto de vista del personal de enfermería.

Los resultados de este estudio nos permitirán conocer las necesidades percibidas por el personal de la unidad de salud mental para poder mejorar la atención a este tipo de pacientes brindando unos cuidados de mejor calidad. Y, por otra parte, hacernos reflexionar al personal de enfermería sobre cómo hacer más útil y terapéutica esta relación de cuidado.

3 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº298; 14-12-1999 [citado 20 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>.

4 23. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boletín oficial del Estado, nº 274; 15-11-2002 [citado 20 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.

PRESUPUESTO

- Contratación para la ayuda de la transcripción de entrevistas: 60€/hora; teniendo en cuenta que la transcripción de cada entrevista será de una duración de dos horas aproximadamente (120€ por entrevista): 2500€
- Una grabadora digital: 49,99€
- Material de oficina (bolígrafos y libretas): 70€
- Ordenador portátil: 450€
- Licencia programa informático Altas Ti 7.0 para un solo usuario: 1725€
- Inscripción, viaje y alojamiento para congresos de Salud Mental para presentar el proyecto: 1500€

Total gastos: 6294, 99 €

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Lidón, por haberme guiado en la realización de este trabajo. Sin ella, este anteproyecto no hubiese sido posible.

A mis padres, los mejores mentores que jamás hubiera podido tener y a los que nunca voy a poder agradecer suficiente tanto tiempo y dedicación invertido en mí.

A Roberto y Jose, por ser los puntales en los que he podido apoyarme en los momentos difíciles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris M. Antropología Cultural. Madrid: Alianza; 2006.
2. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1989.
3. García Campayo J, Alda Díez M. Salud mental e inmigración. Barcelona: Ediciones EDIKAMED S.L.; 2005.
4. G Helman C. Culture, Health and Illness. 5 th. ed. London: Oxford University Press Inc; 2007.
5. Martincano Gómez JL, García Campayo J. Los problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante. Madrid: International Marketing & Communications S.A.; 2004.
6. Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E. Salud mental en la inmigración. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
7. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Gac Med Bilbao. 2009; 106: 122-133.
8. Sayed-Ahmad et al. Inmigración y salud mental. El puerto de Santa María: Asociación andaluza de neuropsiquiatría-A.E.N.; 2006.
9. López Albuin, JM. El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante. FMC. 2002; 9(7): 492-7.
10. García Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. MedClin (Barc) 2002; 118 (5):187-91.
11. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 5º ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2003.
12. Moreno Preciado M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index de Enfermería. 2003; año XII (N.42):29-33.
13. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
14. Manara DF, Isernia I, Buzzetti S. Assistenza infermieristica interculturale: analisi delle variazioni nella percezione delle problematiche relazionali con i pazienti stranieri. Professioni Infermieristiche. 2013; 66(3): 143-150.
15. Carballal Balsa MC, Pacheco Borrella G. Acercándonos al “otro” que ya está con nosotros. Rev Presencia [Internet]. 2007 [Consultado 18 Oct 2016]; 3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n6/79articulo.php>
16. Alonso Carrascosa MB, del Rosario González ME, García Sastre M, Alvarez Gallar EM, Enriquez Calatraba V, Rodríguez Sánchez J. Costumbres, idioma y sentimientos: barreras para el cuidado del inmigrante.
17. García Campayo J, González Broto C, Buil B, García Moreno Preciado M. El cuidado del <otro>. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2008
18. Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. Actas Esp Psiquiatr. 2006; 34(6): 371-376.

19. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: FUNDEN; 2013.
20. Serrano Gallardo P. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Madrid: DAE; 2012.
21. Fernández Núñez, L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí La Recerca. 2006; 7.
22. Flick U. Introducción a la Investigación Cualitativa. Madrid: Ed. Morata; 2012.
23. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona; 2001.

ANEXO

ANEXO 1. HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO

Nombre del proyecto: Relación enfermera/o-paciente inmigrante en salud mental. Percepciones del personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Investigadora principal: Gemma Vera del Sur

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir cambiar esta decisión en cualquier momento del mismo, sin ningún tipo de repercusión o perjuicio.

Descripción del estudio

El estudio en el que va a participar tiene como finalidad profundizar en el conocimiento de la relación enfermera/o-paciente inmigrante identificando la conflictividad que de esos encuentros interculturales se derivan en relación a variables personales, culturales, comunicacionales, formativas y estructurales que inciden, o pueden incidir, en la percepciones, actitudes y conductas del personal de enfermería en su ámbito de trabajo. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas que serán grabadas en audio para el posterior análisis de los datos derivados de éstas. El interés de este estudio pretende profundizar en la relación enfermera-paciente para poder mejorar la calidad de los cuidados a este tipo de usuario.

Riesgos y beneficios de la participación en el estudio

En un principio, este estudio no conlleva ningún tipo de daño para la salud. Si en algún momento necesita detener el proceso podrá realizarlo sin perjuicio para usted. Si cree que le puede estar suponiendo algún daño, el carácter voluntario del estudio hace que pueda abandonarlo sin ningún tipo de consecuencia negativa.

Confidencialidad

En todo momento se cumplirá lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a esta legislación, podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo que deberá comunicarlo al investigador principal del estudio.

Gemma Vera del Sur. Investigadora Principal

En....., a.....de.....de.....

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROYECTO: Relación enfermera/o-paciente inmigrante en salud mental. Percepciones del personal de enfermería en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

Yo (nombre y apellidos).....

- He leído la hoja de información adjunta a este documento sobre la finalidad del estudio.
- He recibido la suficiente información y he podido realizar preguntas sobre el estudio.
- Entiendo los beneficios y riesgos de formar parte del estudio.
- He hablado con: Gemma Vera del Sur.
- He comprendido que puedo abandonar el estudio:
 - o En cualquier momento.
 - o Sin tener que justificarme por ello.
 - o Sin que suponga un perjuicio para mí.
 - o Con la seguridad de la destrucción de mis datos si esto sucede.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que se garantizará la confidencialidad de mis datos.

Por lo anteriormente expuesto:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para que mis datos sean utilizados en los términos expuestos en la hoja informativa.

Firma del participante:

Firma del investigador principal:

Fecha:

Fecha:

En caso de revocación del consentimiento:

Fecha:

Firma

ANEXO 3. HOJA DE VARIABLES DE LA MUESTRA

Edad: _____ años

Sexo: Varón Mujer

Categoría profesional: _____

Titulación

- Auxiliar de enfermería
- Enfermera (D.U.E. / Grado en enfermería)
- Especialista en salud mental
- Especialista en salud mental vía EIR
- Especialista en salud mental vía excepcional

Otros: _____

Años de experiencia en servicios de salud mental: _____ años

Situación laboral: Fijo Eventual Laboral

País de origen: __

Años vividos en España: _____

Formación específica en competencias culturales:

Sí No

ANEXO 4. GUÍA DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES SEMIESTRUCTURADAS

Pregunta generadora: ¿Cómo te sientes ante la interacción con un paciente inmigrante en la unidad de agudos de salud mental?

Temas a tratar en la entrevista:

- Sentimientos y emociones que genera el paciente inmigrante ingresado en la UHB.
- Dificultades y aspectos positivos que perciben durante la relación con el paciente inmigrante.
- Características del paciente inmigrante que influyen o pueden influir en las actitudes y conductas del equipo.
- Necesidades formativas en competencia cultural para el equipo de enfermería en contacto con pacientes inmigrantes.