



ORIGINAL

La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria



María Dolores Gil Estevan^{a,*} y María del Carmen Solano Ruíz^b

^a Departamento de Salud de Elda, HGU de Elda, Alicante, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

Recibido el 18 de julio de 2016; aceptado el 27 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 11 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Competencia cultural;
Enfermería;
Investigación cualitativa;
Migración;
Vulnerabilidad social

Resumen

Objetivo: Conocer las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados y promoción de la salud, a mujeres pertenecientes a colectivos en riesgo de vulnerabilidad social, aplicando el modelo de competencia cultural de Purnell.

Diseño: Estudio cualitativo fenomenológico.

Emplazamiento: Departamento de Salud de Elda.

Participantes: Veintidós profesionales voluntarios de Atención Primaria.

Método: Entrevistas semiestructuradas y grupos focales con grabación y análisis de contenido, de acuerdo con la teoría del modelo de competencia cultural.

Resultados: Los factores socioculturales influyen en la relación entre profesionales y usuarias del sistema. El racismo sutil y los prejuicios históricos crean situaciones incómodas y de desconfianza. La barrera idiomática dificulta no solo la comunicación, sino también el seguimiento y control del proceso salud-enfermedad.

El aspecto físico y los estereotipos son condicionantes para los profesionales de Atención Primaria. Aunque se percibe que se hace un mal uso de los servicios sanitarios, se escuchan discursos con signo de cambios.

Los aspectos espirituales relacionados con las creencias religiosas solo se tienen en cuenta en el caso de mujeres musulmanas, no siendo considerados como algo importante en el caso de mujeres gitanas o rumanas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lola.gilesteban@gmail.com (M.D. Gil Estevan).

KEYWORDS

Primary Care;
Cultural competence;
Infirmery;
Qualitative research;
Migration;
Social vulnerability

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

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care

Abstract

Objective: To know the experiences and perceptions of nurses in providing care and health promotion, women belonging to groups at risk of social vulnerability, applying the model of cultural competence Purnell.

Design: Phenomenological qualitative study.

Location: Department of Health Elda.

Participants: A total of 22 primary care professional volunteers.

Method: Semi-structured interviews and focus groups with recording and content analysis, according to the theory model of cultural competence.

Results: Socio-cultural factors influence the relationship between professionals and users of the system. The subtle racism and historical prejudices create uncomfortable situations and mistrust. The language barrier makes it difficult not only communication, but also the monitoring and control of the health-disease process.

The physical appearance and stereotypes are determining factors for primary care professionals. Although perceived misuse of health services are also talking about changes.

The spiritual aspects of religious beliefs alone are taken into account in the case of Muslim women, not being considered as important in the case of Gypsy women and Romanian women.

Conclusions: To provide quality care, consistent and culturally competent, it is necessary to develop training programs for professionals in cultural competence, to know the culture of other, and work without preconceived ideas, and ethnocentric; since the greater the knowledge of the cultural group being served, the better the quality of care provided.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La sociedad actual está conformada por la permanencia de diferentes culturas, que han favorecido un importante cambio social y organizativo en la prestación de cuidados en los diferentes ámbitos sanitarios.

Dentro de esta diversidad cultural, según datos del Instituto Nacional de Estadística, las poblaciones marroquí y rumana son desde 2012 las más numerosas en nuestro territorio¹.

Otro grupo de población relevante lo constituye la etnia gitana, que representa el caso más evidente de discriminación étnica y de exclusión social².

Las situaciones originarias de otros países representan un factor de vulnerabilidad. La pertenencia a un grupo minoritario genera barreras microsociales e intrapersonales que unidas a otros factores, obstaculizan el acceso a ámbitos de la vida social, educativa, sanitaria y laboral^{3,4}.

Esta sociedad multicultural origina situaciones de salud-enfermedad ante las que debemos ofrecer cuidados de calidad. Es necesario entender la *cultura del otro* y cómo esta interactúa con la del lugar de origen. Los grupos culturales tienen que ser reconocidos en su distinción, deben

ser tratados bajo los mismos principios y reglas, pero respetando las diferencias propias y específicas del grupo al que pertenecen⁵⁻⁷.

Ante una sociedad con una gran diversidad cultural (*multicultural y multiétnica*), Purnell propone la importancia de ser competente culturalmente. Define el concepto de competencia cultural, como la capacidad del profesional de la salud para aportar cuidados basados en las características culturales del individuo o comunidad a la que atiende, promoviendo la comprensión cultural de las situaciones humanas en el proceso de salud enfermedad, desde los aspectos emic (visión subjetiva de los individuos) y etic (visión de los profesionales)^{8,9} (fig. 1).

La propuesta de Purnell puede ser aplicada por cualquier profesional de los cuidados, por compartir conceptos de sociedad global, comunidad, familia, persona y salud. Se trata de un modelo flexible con un alto grado de fluidez en la práctica clínica, que por su multidisciplinariedad puede guiar a los profesionales en el desarrollo de estrategias e intervenciones individuales, para actuar de una forma competente ante la diversidad cultural¹⁰.

El objetivo de este estudio se centra en conocer las experiencias y la percepción de los profesionales de enfermería

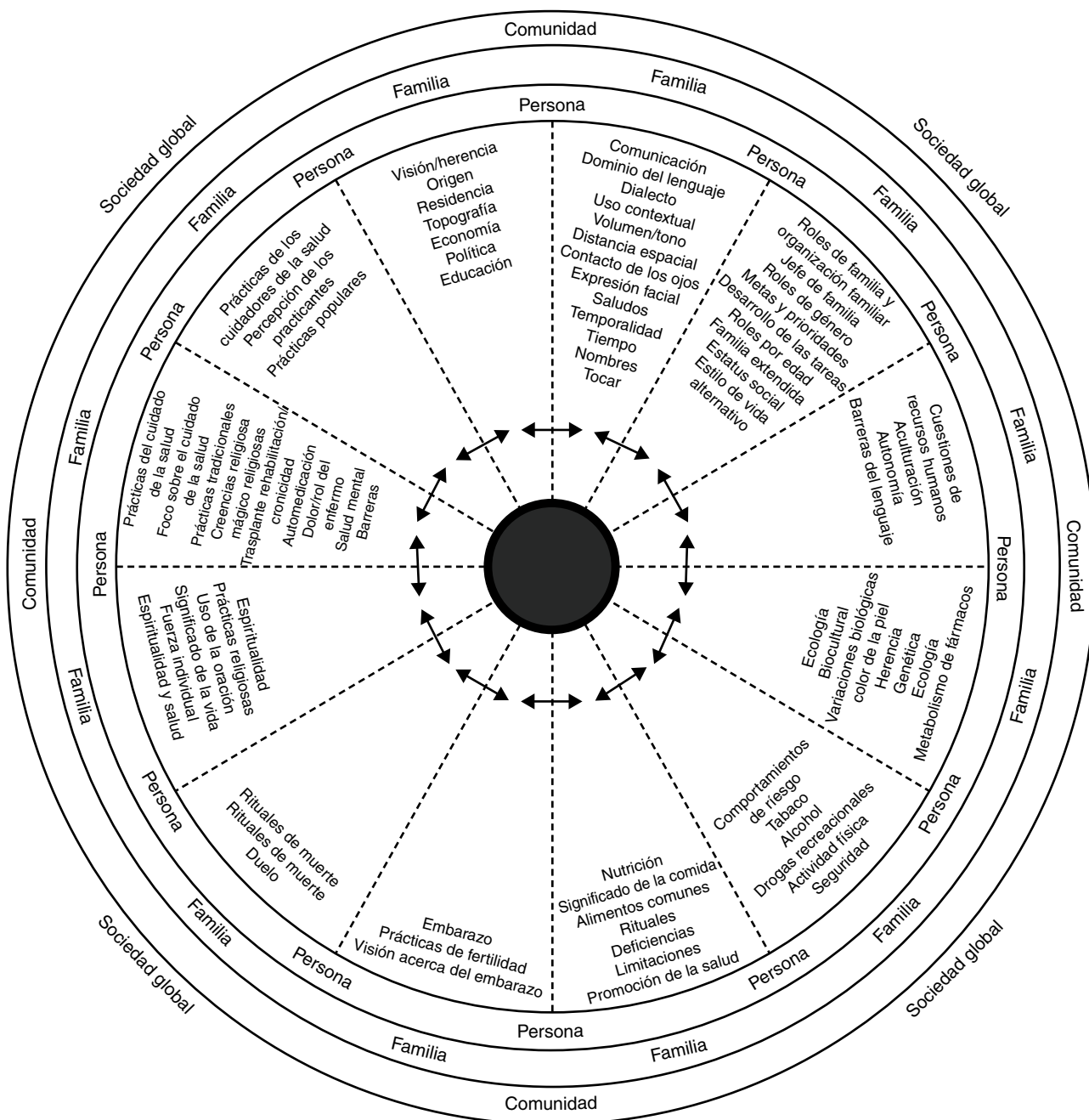


Figura 1 Modelo de competencia cultural de Larry Purnell.

en la prestación de cuidados y promoción de la salud, a mujeres pertenecientes a colectivos en riesgo de vulnerabilidad social, aplicando el modelo de competencia cultural de Purnell.

Participantes y metodología

Diseño

Dado que el objetivo de este trabajo es explorar las experiencias de los profesionales, se optó por la metodología cualitativa con enfoque fenomenológico, para conocer de

forma subjetiva e intersubjetiva las experiencias y las vivencias de los participantes (fig. 2).

Muestra, participantes y contexto

Los participantes se seleccionaron de forma intencionada tras consentimiento, entre enfermeras y matronas de AP del Departamento de Salud de Elda, que atiende a una población de 191.572 habitantes, con un 6% de inmigrantes, y en la que también convive población gitana¹. Según la Fundación del Secretariado Gitano, en la Comunidad Valenciana vive



Figura 2 Diagrama de flujo.

alrededor de un 9% del total de los gitanos españoles, concentrándose mayoritariamente en la provincia de Alicante.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales en contacto directo con la población, estar trabajando en el momento de desarrollo del estudio, que fueran capaces de aportar información relevante. No fueron criterios de exclusión: la edad, el sexo o los años de antigüedad.

Recogida de datos

Se optó por grupos focales y entrevistas semiestructuradas; realizadas entre septiembre de 2015 y marzo de 2016, por un único investigador.

Se obtuvo información de 22 profesionales a través de 5 entrevistas y dos grupos focales. Un grupo estuvo compuesto por 8 enfermeras, y otro por 9 matronas. Las entrevistas individuales tuvieron una duración de 30 min y las grupales de 75 min (tabla 1).

Análisis de datos

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente¹¹. Posteriormente fueron analizadas siguiendo la metodología cualitativa de análisis narrativo de contenido^{12,13}, usando como referencia los 12 dominios del modelo de *competencia cultural*, y teniendo en cuenta los supuestos de la antropología y la fenomenología, que implica al investigador en el proceso de reflexión-análisis, para la comprensión significativa¹⁴⁻¹⁷.

También se recogieron notas de campo a modo de comentarios y anotaciones que complementaron el testimonio de los participantes.

Se realizó un primer análisis de la información y posteriormente se segmentaron los datos a través de la herramienta informática NVivo11; obteniéndose las distintas categorías que se han relacionado con el modelo de *competencia cultural* (tabla 2).

Resultados y discusión

Aspectos generales y herencia cultural

De las experiencias relatadas por los profesionales, al igual que en otros estudios, se deduce que la cultura de origen y el tiempo de estancia en el país de acogida influyen en la forma de acceder a los servicios sanitarios¹⁸⁻²⁰.

Las mujeres gitanas son más frecuentadoras que el resto, sin embargo, encontramos dos visiones contradictorias: por un lado se hace referencia al uso inadecuado de los servicios sanitarios, *ya que son más demandantes y suelen venir para cualquier cosa*, y por otro lado se afirma que no acuden a las consultas programadas, pero sí cuando necesitan algo o están enfermas²¹.

«Las gitanas van a su bola, no acuden a las consultas, exigen mucho, son incumplidoras (...), y todas han venido cuando han querido, y sobre todo a urgencias. Cuando las citas a consulta no vienen». GF2.

Se hace distinción entre las mujeres rumanas que viven tiempo aquí, conocen el idioma y trabajan, de las recién llegadas; considerando la adopción de la cultura del país de acogida como un proceso de integración normal relacionado con el tiempo de residencia.

«La población rumana habla muy bien el español y está totalmente integrada. Son personas que viven y trabajan aquí hace tiempo». E3.

En cuanto a mujeres árabes, no se considera que hagan un mal uso, y participan cada vez más en actividades de promoción y prevención.

«Las marroquíes no son frecuentadoras, aunque cada vez vienen más a la consulta programada. Las árabes son bastante cumplidoras». GF2 (tabla 2).

Profesionales de los cuidados

Existe un racismo sutil y cotidiano que sin ser identificado conscientemente, tiene consecuencias negativas para quienes lo padecen²², y que se caracteriza por la defensa de los valores tradicionales, acusando a la minoría de no atenerse

Tabla 1 Participantes

Recogida datos					
Técnica	N.º participantes	Profesionales	Edad	Mujeres	Varones
Grupo focal 1	8	Enfermeras AP	45 - 62	6	1
Grupo focal 2	9	Matronas AP	30 - 65	9	1
Entrevistas	5	3 Enfermeras 2 Matronas	47 -55 47- 55	3 2	

AP: Atención Primaria.

Tabla 2 Aplicación del modelo de competencia cultural

Categorías	Códigos	Citas textuales
Aspectos generales y herencia cultural	Lugar de procedencia	«Yo distingo a las musulmanas porque llevan el pañuelo y eso. Son distintas si son saharauis, marroquíes o argelinas, hasta en la postura corporal». E4
	Uso del sistema sanitario	«Nos empeñamos en mejorar cosas que nosotras creemos necesarias. Hay que ver las cosas desde su punto de vista». GF1
Profesional de los cuidados	Integración subjetiva	«y también dependen del tiempo que haga que han llegado. No es lo mismo que lleven 4 meses que lleven 3-4 años. Se nota». GF2
	Sexo del profesional	«si es un hombre el que las atiende están más cortadas». E1
	Desconfianza y prejuicios	«Y si son gitanas para conseguir lo que quieren te cuentan mentiras. Yo de pequeña por la Tafalera no pasaba, ya me decían mis padres que no pasara por allí que hay gente mala». GF1
Comunicación	Barrera idiomática	«Las rumanas diferentes, es gente normal y corriente que vive aquí mucho tiempo, que habla muy bien el español. Es verdad que el idioma es un hándicap». GF2
	Forma de vestir	«Las argelinas están más integradas, no llevan velos, son más abiertas, más europeizadas». GF2
Ecología biocultural	Lugar de procedencia	«(..) viene alguna rumana típica de clase social más baja con faldones y de esa manera, y van un poco por libre, como las gitanas nuestras». GF1
	Participación en programas	«A los talleres vienen muy pocas, gitanas alguna he tenido, pero no es lo habitual». E5
Prácticas en cuidados de salud	Prestación de cuidados culturalmente competentes	«el lenguaje sí que lo adaptamos, pero como no sabemos cómo viven realmente, no sabemos cuáles son sus necesidades».
	Grupo social	«Las gitanas jóvenes suelen venir con la abuela a las vacunas».GF1
Organización y roles familiares	Organización patriarcal	«Con 15 años ya están comprometidas o se casan, pasan de jugar a tener un bebé y siempre van rodeadas de hombres, son un colectivo muy machista».GF1
		«(..) y cuando tengo que hacerles la prueba del estreptococo no sé si será porque soy un hombre y pedirán permiso al marido, pero siempre con presencia de él». GF2
Espiritualidad	Creencias y fe religiosa	«Las musulmanas tienen que cumplir con la religión aunque cuando están embarazadas pueden pedir permiso para no hacer el Ramadán».GF1

a las normas y a los valores de la mayoría. El prejuicio y el miedo producen situaciones incómodas, lo que dificulta la atención sanitaria y la prestación de cuidados.

Se habla de integración de la *otra cultura*, desde el punto de vista del profesional, a pesar de ser conscientes de la necesidad de prestar cuidados culturalmente competentes, que se adapten a las necesidades de la población atendida.

«Queremos que adopten nuestras costumbres, normas y cultura, y ellos tienen la suya, y no estamos en posesión de la verdad. La higiene ha evitado muchas enfermedades pero también hay muchas pieles atópicas por una excesiva higiene (...)». GF1.

El sexo del profesional dificulta la relación con algunas las mujeres, dependiendo del grupo social al que pertenezcan.

«Las saharauis vienen acompañadas, están más occidentalizadas, tienen más confianza y son ellas las que hablan.

Las marroquíes son más reticentes, no hablan, esperan a que les hable (...). Yo trabajo más cómodo con las saharauis que con las marroquíes. Sin embargo las rumanas que no son gitanas, están completamente occidentalizadas». GF2 (tabla 2).

Comunicación

Las actitudes de los profesionales con mujeres gitanas son de desconfianza, lo que dificulta la comunicación. Aunque perciben su experiencia como algo hostil y rodeado de engaños, también se escuchan discursos de cambio.

«Es una cultura que respeto pero que no comparto, sobre todo porque ellos siempre juegan con la amenaza cuando van al sistema sanitario, nunca vienen solas siempre

vienen dos o tres y cuando vienen de urgencias vienen seis a acompañar al niño y mucho varón amenazando». GF1.

«No todas son agresivas y ni amenazantes. La mayoría puede ser así, pero alguna no. El otro día vino una gitana con una niña y me llamó la atención porque me dijo que no le gustaba vivir donde vivía, porque aunque era gitana no le gustaba el entorno para educar a sus hijo». GF1.

La barrera idiomática es patente a la hora de atender a mujeres árabes y rumanas, planteando dificultades para establecer una buena comunicación, lo que repercute en la relación sanitario-paciente y en el cumplimiento de los tratamientos, así como del buen control del proceso salud-enfermedad.

«Las gitanas nos entienden, las rumanas y árabes no nos entienden, no entienden nuestras costumbres y por eso a veces les damos mensajes que ellas te dicen que sí pero luego resulta que no se han enterado. Las árabes necesitan que alguien las acompañe, si ese alguien no puede venir, ellas no vienen, no te avisan, y entonces las tratamos de incumplidoras». GF2 (tabla 2).

Ecología biocultural

Existen ciertos estereotipos que interfieren en las relaciones sanitario-paciente, sobre todo relacionados con el aspecto físico y la forma de vestir. Se diferencian las que visten con túnicas y pañuelo de las que llevan «vaqueros»; identificando como musulmanas a las que visten según sus costumbres y como no musulmanas a las que visten con ropa occidental, según el lugar de procedencia. El profesional se encuentra más cómodo y tiene la percepción de que se entienden mejor, cuando la mujer viste como las demás, está más occidentalizada.

«Yo tuve hace poco una experiencia con una que llevaba velo. Venía con el marido y entraba a la sala donde se cambian y se quitaba el velo y se quedaba con sus vaqueros y con su cola como todas las demás, y era una más. Cuando salía se lo volvía a poner». GF2 (tabla 2).

Prácticas en cuidados de salud

Aunque por lo general los profesionales coinciden en que las gitanas acuden menos a las consultas programadas y a las actividades de promoción y prevención, también se habla de comportamientos puntuales *normalizados*, que también se perciben como un hecho excepcional en el caso de las mujeres árabes y rumanas.

«Con los niños sí que acuden, a las vacunas, a hacerles el análisis y todo eso. Yo tengo ahora una en el control que es de las que acude siempre a la cita, rara vez no acude y cuando no acude, viene días después como otro paciente». E2.

«Las árabes no vienen a la preparación al parto, las saharauis han venido algunas, las gitanas no suelen venir y ahora acaba de parir una rumana que no es gitana y es muy abierta». GF2.

Como reflejan los profesionales en sus discursos, a pesar de que los consejos y la educación para la salud se hace de igual forma para todas, intentan adaptar el lenguaje, aunque sin profundizar, en el caso de las gitanas, teniendo en

cuenta algunos aspectos importantes como es la alimentación y el Ramadán, en mujeres musulmanas.

«Una cesárea yo la curo como a todas y los consejos para la diabetes se los doy como a las demás. Cuando vamos a curar a una musulmana la mayoría sí nos adaptamos a su cultura, sin embargo con las gitanas no nos paramos a pensar eso». E2.

«Con las gitanas, el lenguaje es más sencillo y básico, explicaciones escuetas, no profundizas, porque es una tontería insistir en cosas que a nivel cultural, no...». GF1.

«A la hora de dar consejos de nutrición o hábitos saludables intentamos tener en cuenta la cultura, dentro de nuestros conocimientos. Adoptan muchas costumbres españolas, pero por ejemplo el Ramadán lo respetan, aunque se lo pueden saltar cuando están embarazadas». E3 (tabla 2).

Organización y roles familiares

Se habla de roles de género muy diferenciados en las culturas gitana y musulmana, en las que hay «cosas que son de mujeres», como el cuidado de la familia, la transmisión de la cultura. Ciertos aspectos culturales suponen una dificultad añadida por falta de información y desconocimiento de la cultura del otro, tanto por parte de los profesionales como de las mujeres. Encontramos una desconfianza manifiesta por parte de los maridos de mujeres árabes, si el profesional que las atiende es un hombre²³, por lo que suelen acudir con el marido que es el que actúa como interlocutor entre la mujer y el profesional. La inmigración con mayor riesgo de exclusión social en nuestro país procede de sociedades con un marcado patrón patriarcal, como lo ha sido y sigue siendo tradicionalmente la etnia gitana española²⁴.

«(. . .) me llamó la atención cómo la mujer se dejaba avasallar, se anula por completo, no podía estudiar ni tener una formación. Desde pequeñas viven para cuidar a los hermanos y cuando no, a los hijos, el marido haga lo que haga es el rey de la casa». GF1.

«Los gitanos se casan jóvenes y viven en casa de la suegra o la madre que es la que manda en la casa y es la que indica lo que tiene que comer el niño, las que dicen lo que se hace en casa». GF1.

«Con las mujeres árabes es el marido el que habla aunque la mujer entienda. Sin embargo hace tiempo vino un caso que el marido no quiso entrar a traducir, porque eso eran *cosas de mujeres*». GF2 (tabla 2).

Espiritualidad

Cuando se atiende a una mujer musulmana se tienen en cuenta las creencias religiosas, ya que pueden influir en los procesos de salud enfermedad; mientras que no se les presta especial atención en el caso de mujeres rumanas y gitanas por no considerarlas relevantes.

«Cumplen el Ramadán porque si no, no cumplen los preceptos de Alá, es una cosa que tienen muy asumido, no es que las obliguen». GF2 (tabla 2).

Tabla 3 Estrategias de mejora en la prestación de cuidados culturalmente competentes

- Desarrollar programas de formación en competencia cultural para los profesionales, con el fin de dar a conocer la cultura del otro, para trabajar sin ideas preconcebidas y etnocentristas
- Fomentar la formación de los profesionales en el manejo de desigualdades sociales en salud
- Diseñar programas y protocolos específicos para el grupo social al que se atiende
- Promover la investigación en grupos en riesgo de vulnerabilidad social

Conclusiones y recomendaciones

La herencia cultural queda patente en las actitudes y comportamientos en el acceso a los servicios sanitarios. Las mujeres gitanas son muy demandantes y poco cumplidoras; mientras que los otros grupos de mujeres se han adaptado y prácticamente están integrados en nuestro sistema sanitario.

Los prejuicios y estereotipos dificultan la atención y prestación de cuidados. El proceso de comunicación es complejo, y a pesar de que con las mujeres gitanas no hay dificultad idiomática, se evidencian dificultades importantes en la transmisión de mensajes vinculados con su tradición cultural.

La organización familiar y los roles, quedan reflejados ante la actitud y comportamiento en la consulta de enfermería. La cultura gitana y la cultura árabe poseen un importante patriarcado, dejando evidencia de ello ante profesionales de género masculino.

Los profesionales de enfermería son conocedores de determinadas celebraciones religiosas de carácter musulmán como es el Ramadán, intentando que este acontecimiento no interfiera en el proceso de salud enfermedad de la mujer.

La aplicación del modelo de Purnell nos permite identificar las experiencias de los profesionales de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria, en la prestación de cuidados culturalmente competentes, y constituye un acercamiento etnográfico a sus percepciones y opiniones; dejando patente la necesidad de ofrecer cuidados de calidad, culturalmente congruentes, que mejoren la satisfacción de los usuarios y el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios^{6,8-10,24,25}.

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la importancia de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes ante la diversidad cultural, para proporcionar cuidados culturalmente competentes, así como la importancia de la enfermera como agente comunicador e interpretador de la realidad de los pacientes²⁶⁻²⁸. Debemos aceptar y respetar las diferencias culturales para alcanzar una mayor comprensión de cómo influyen en la construcción del concepto salud-enfermedad, hasta llegar a una situación de pluralismo cultural²⁹, evitando la discriminación cultural y los prejuicios.

En investigaciones futuras y para prevenir estereotipos y prejuicios que produzcan actitudes discriminatorias, consideramos necesaria la realización de estudios bajo un marco

teórico de competencia cultural, que incluya la perspectiva de género, ya que la imagen de la mujer gitana y de la mujer inmigrante es especialmente susceptible³⁰ (tabla 3).

Limitaciones

Puesto que las culturas cambian con el tiempo, una limitación del estudio es que los datos se han extraído en un punto concreto y los conocimientos y percepciones pueden variar en cualquier momento.

Lo conocido sobre el tema

El modelo de competencia cultural de Purnell constituye un acercamiento etnográfico que promueve la comprensión cultural de las situaciones humanas en el proceso de salud enfermedad del individuo, familia y comunidad.

Qué aporta este estudio

El conocimiento de las percepciones y experiencias de los profesionales en cuanto a la prestación de cuidados a mujeres en riesgo de vulnerabilidad social, aporta información valiosa sobre la atención a estas mujeres y permite identificar los factores que influyen en la relación paciente profesional, para poder diseñar estrategias de mejora que contribuyan a prestar unos cuidados de calidad desde la competencia cultural.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón continuo 2002/2003/2004: Población extranjera por país de nacionalidad, edad (grupos quinquenales) y sexo [consultado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Aguilar C. Género, interculturalidad y percepción de la identidad gitana a través de la LIJ. X Simposio Internacional. Lengua, Literatura y Género. Baeza: 28-11-2007. Internacional (científico). 2007 Universidad de Jaén. ISBN: 978-84-8439-466-2.
3. Fundación FOESSA. Análisis y perspectivas 2013: Desigualdad y Derechos Sociales. EINSFOESSA 2013 [consultado 16 Dic 2015]. Disponible en: http://www.foessa.es/publicaciones_download.aspx?Id=4556
4. Marqués Gracia S, Marqués Díez B., La vulnerabilidad social en las personas inmigrantes y la responsabilidad del tercer sector, la experiencia de la fundación San Ezequiel Moreno. Fundación San Ezequiel Moreno. Zaragoza. 2014 [consultado 23 Feb 2016]. infoaragon@fundacionsanezequiel.org. Disponible en: <http://www.aragonsociologia.org/resources/Comunicaci%C3%93n+FSEM+abril2014.pdf>
5. Martínez Veiga U. La integración cultural de los inmigrantes en España: el multiculturalismo como justicia social. Sistema: Revista de ciencias sociales. ISSN 0210-0223, N.º 190-191, 2006

- (Ejemplar dedicado a: Inmigración y exclusión social), págs. 281-290.
6. Purnell L, Paulanka B. *Transcultural health care. A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis; 1998.
 7. Hidalgo Hernández V. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: evolución de un término. *Universitas tarraconensis: Revista de ciències de l'educació*. 2005;1:75-85.
 8. Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs*. 2002;13:193-6.
 9. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Gabaldón E, Domínguez JM, Solano C, et al. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cul Cuid*. 2001;10:72-87.
 10. Lillo M, Galao R, Casabona I, Mora MD. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Revista electrónica Evidentia*. 2004;1 [consultado 24 Abr 2016]. Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>
 11. Tusón Valls A. El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *EdS*. 2002;3:133-53.
 12. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17:259-64.
 13. Vázquez ML, Ferreira MR. Análisis de los datos cualitativos. En: Vázquez, ML (coord.) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Servicio de Publicaciones, Universidad Autónoma de Barcelona 2006.
 14. Habermas J. La pretensión de universalidad de la hermenéutica. En: *La lógica de las Ciencias Sociales*. 2.ª ed. Madrid: Ed. Tecnos; 1990. p. 277-306.
 15. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa; 1994. p. 27-35.
 16. Morin E. *El método II: La vida de la vida*. Madrid: Cátedra; 1998. p. 439-41.
 17. Merleau Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica.; 1988.
 18. Burón A. *Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
 19. Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez D, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010;24:136-44.
 20. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit*. 2015;29:244-51.
 21. Ayala Rubio A. *Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud*. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (Servicio de Promoción de la Salud), Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Antropología Social). Madrid, marzo 2008 [consultado 13 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D59+ESTUDIO+POBLACION+GITANA+Y+SALUD.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalS>
 22. Schramkowski B. Una actitud crítica frente al racismo como fundamento de las competencias interculturales. I *Jornadas Internacionales*. VI Jornadas sobre Diagnóstico y Orientación. Servicio de publicaciones de la Universidad. Jaén, España 2008. ISBN: 978-84-8439-427-3.
 23. Santiago C. *Nuestras culturas. Dossier: Los gitanos*. Unidad didáctica 4. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano; 1997. Disponible en: <http://www.gitanos.org/publicaciones/tolerancia/pdf/10.los%20gitanos.pdf>
 24. González B, García G, Delgado B, Romero R, Garvía E, Toenza D. *Problemática de las adolescentes hijas de inmigrantes en España*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de igualdad. Gobierno de España; 2008.
 25. Siles J. La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de globalización-Glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Index de Enfermería*. 2010;19(2-3):162-6.
 26. Lillo M. *Asesoramiento en cuidados culturalmente competentes y evaluación de la satisfacción en el paciente holandés del plan de choque intereuropeo*. Una investigación cualitativa y transcultural en el contexto de la práctica de enfermería. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante. 2005. Disponible en <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10934/1/Lillo%20Cresco,%20Manuel.pdf>
 27. *Fundación Secretariado Gitano. Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2009.
 28. Lillo M, Casabona I. Fenómenos Migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cultura de los cuidados*. 2006;20:87.
 29. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*. 1999;III:5-8.
 30. El Bouchaibi Daali I. *La infermería, transcultural. Una nova, oportunitat*. La enfermería, transcultural. Una nueva oportunidad. 2012;16:53-4. Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/index.php?lagn=CAT>