



PROGRAMA DE DOCTORADO: “ESCUELA, LENGUA Y SOCIEDAD”

TESIS DOCTORAL

**LA INMERSIÓN EN UNA CULTURA SANITARIA DISTINTA COMO
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CULTURAL EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO DEL PROCESO DE
ACULTURACIÓN Y DE LOS EFECTOS INMEDIATOS Y MEDIATOS.**

Doctoranda: María Elena de Lorenzo Urien

Directoras de la tesis:

**Dra. Idoia Begoña Fernández Fernández
Dra. Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana**

Vitoria-Gasteiz

2018

Dedicada

A Rafa, mi gran compañero de vida, siempre crees en mí, y me animas a perseguir mis sueños, gracias por tu apoyo y amor incondicional.

A mi querida hija María y a mi querido hijo Manu, por comprenderme, por vuestro apoyo y por los tiempos de ausencia.

A mi padre y a mi madre por abrirme la puerta a experimentar la vida.

A las personas que se encuentran en vulnerabilidad y a esas personas, conocidas y anónimas, que contribuyen a que el mundo sea un lugar más armonioso.

Agradecimientos:

Esta Tesis Doctoral ha llegado término gracias a la colaboración de muchas personas que me han enseñado, me han acompañado y dado fuerzas durante este proceso y a las que quisiera expresar mi más profundo agradecimiento:

A mis directoras, Dra Begoña Ruiz de Alegría y Dra Idoia Fernández, por vuestra orientación, compromiso y generosidad; vuestra paciencia y comprensión en los momentos duros me han ayudado a mantener esta carrera de largo recorrido.

A Ángela por su amistad, inconmensurable generosidad y apoyo.

A Carmen y Enrique por vuestro gran apoyo en el manejo de NVivo; vuestra generosidad y hospitalidad, me hablan de lo grandes que sois, vosotros también habéis sido mis “balones amarillos”.

A los equipos directivos de la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz por potenciar el desarrollo del programa ENI, en especial a Carmen Pérez por su confiar en esta aventura educativa y a Alberto Santo Tomás por creer profundamente en el programa y apoyarnos en su desarrollo.

A Begoña, Mertxe y Salomé, mis grandes compañeras de viaje en esta travesía internacional, el programa ENI no hubiera sido posible sin vuestra diligencia, compromiso y vuestro entusiasmo por descubrir y abrir nuevos caminos. ¡Sois realmente inspiradoras! Mil gracias.

A la actual Dirección de la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, Encarni, Juani y Alaitz, por la flexibilidad horaria que ha favorecido que vayamos consiguiendo este objetivo profesional e institucional.

A Mari Cruz y a Irene por el soporte informático y su creatividad.

A mis compañeras y compañeros de la Escuela de Enfermería por animarme a continuar.

A Víctor por su apoyo, “Great success, Sir”

A Marivi y a Lourdes por vuestra perseverancia y mimo.

Quisiera agradecer también a mi familia, y a mis amigas y amigos Josune, Koldo, Ane Miren, Blanca, Marilo, Geduki, Natalia, Josean, Asun, Karlos, Mari, Lourdes, Aritz, Lidia e Isabel...al total de Ixileku y a las “Señoras con fuste”, por escucharme, alentarme y por todos los “no puedo, tengo tesis”.

Y el agradecimiento a todo el alumnado del programa ENI por todo lo que he aprendido con vosotros y vosotras. Cuando os miro siento orgullo y esperanza en el futuro de la profesión.

A todas y todos gracias.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I: La competencia cultural en el ámbito de la Enfermería	7
1.1 El reto de la atención sanitaria en una sociedad multicultural	8
1.2. La competencia cultural y sus dimensiones	11
1.2.1. Evolución teórica y conceptual de la competencia cultural	11
1.2.2. Competencias culturales genéricas y específicas.....	17
1.2.3 Dimensiones y atributos de la competencia cultural	19
Capítulo II: La formación en competencia cultural	27
2.1. Perspectivas formativas en el desarrollo de la competencia cultural	27
2.1.1. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés técnico	29
2.1.2. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés práctico	32
2.1.3. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés crítico	34
2.2. El Modelo de aprendizaje transformador de Mezirow aplicado a la formación en competencia cultural	38
2.2.1. Fases del modelo de aprendizaje transformador de Mezirow adaptado a la formación de competencia cultural en Enfermería	41
2.3. El proceso de enseñanza-aprendizaje de la competencia cultural	44
Capítulo III. La inmersión cultural como estrategia formativa y el proceso de aculturación	51
3.1. La inmersión cultural como estrategia formativa	51
3.2. El estrés aculturativo, fases y factores que influyen el proceso de aculturación	55
3.2.1. El choque cultural y estrés aculturativo	55
3.2.2. Etapas del proceso de aculturación.....	56
3.2.4. Modelos sobre los factores moduladores de la inmersión cultural.....	60
3.3. Efecto de una Inmersión en una cultura diferente.....	66
3.3.1. Efecto inmediato de una inmersión cultural	67
3.3.2. Efecto mediato de una inmersión cultural	74
Capítulo IV. Marco Metodológico y diseño de la investigación	89
4.1. Justificación	89

4.2. Objeto de estudio, propósito y objetivos .	92
4.3. Perspectiva metodológica	93
4.4. El contexto de la investigación	97
4.4.1. El programa formativo como contexto de la investigación	97
4.4.2. Contexto cultural del programa formativo	101
4.5. El diseño de la investigación y sus etapas	107
4.5.1. Participantes	108
4.5.2. Estrategias de generación de la Información	110
4.5.3. Estrategias de análisis de la Información	114
4.5.4. Consideraciones éticas y de rigor metodológico	125
Capítulo V. Análisis y discusión de resultados	131
5.1 Proceso de aculturación durante la inmersión cultural	131
5.1.1. Fase de Inquietud estimulante	132
5.1.2. Fase de crisis cultural y el estrés aculturativo	134
5.1.3. Fase de Adaptación a la cultura	155
5.1.4. Patrón del proceso de aculturación	160
5.2 Efecto de la inmersión en una cultura diferente	163
5.2.1. Efectos a nivel personal	164
5.2.2. Efecto a nivel profesional	168
5.2.3. Efecto de la inmersión en la competencia cultural	179
5.2.4. Efecto a nivel de la transformación	194
5.3. Propuesta de modelo educativo para la inmersión cultural en Enfermería	200
5.3.1. Área personal	202
5.3.2 Área formativa	206
5.3.3. Área socio-cultural	214
Capítulo VI. Conclusiones	221
6.1. Conclusiones	221
6.1.1. Sobre el proceso de aculturación durante la inmersión cultural	221
6.1.2. Sobre el efecto inmediato y mediato de la inmersión cultural	223
6.1.3. Propuesta de un modelo educativo en una inmersión cultural	226
6.2. Limitaciones y líneas futuras de investigación	228
6.3. Implicaciones para la práctica docente	230

6.3.1. Medidas docentes para gestionar el proceso de aculturación	230
6.3.2. Estrategias pedagógicas para el desarrollo de la competencia cultural	231
Referencias bibliográficas	241
Anexos	265
Anexo I: Perfil de los y las estudiantes de la 1ª etapa	265
Anexo II: Carta de captación	267
Anexo III: Impreso de consentimiento informado	269
Anexo IV: Perfil de las participantes de la 2ª etapa	271
Anexo V: Resumen del efecto a corto plazo	273
Anexo VI: Cuestionario sociodemográfico post-intercambio	277
Anexo VII: Tabla comparativa de los resultados a corto plazo con la bibliografía revisada	279

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de extranjeros emigrantes en el Estado Español y en Euskadi.	9
Tabla 2. Evolución teórica de los modelos sobre competencia cultural.	16
Tabla 3. Características del proceso educativo cultural según la perspectiva educativa.	29
Tabla 4. Resumen sobre el efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas a nivel personal.	69
Tabla 5. Resumen sobre el efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas a nivel profesional.	70
Tabla 6. Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión afectivo-actitudinal.	72
Tabla 7. Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión cognitiva.	72
Tabla 8. Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión conductual.	73
Tabla 9. Estudios sobre el efecto mediato de una inmersión.	74
Tabla 10. Estudios con metodología cuantitativa y mixta sobre la experiencia y el efecto de una inmersión cultural.	77
Tabla 11. Estudios con metodología cualitativa sobre la experiencia y el efecto de una inmersión cultural.	80
Tabla 12. Características de la perspectiva cualitativa e interpretativa de la investigación.	93
Tabla 13. Diseño en las dos etapas de la investigación.	108
Tabla 14. Preguntas y tópicos de los grupos focales en la 1ª etapa.	113
Tabla 15. Preguntas y tópicos del grupo focal en la 2ª etapa.	113
Tabla 16. Respuestas emocionales por dificultades del idioma: Porcentaje de referencias de codificación.	137
Tabla 17. Respuesta afectivo-emocional por desconocimiento de los códigos culturales: Porcentaje de referencias de codificación.	143
Tabla 18. Respuesta afectivo-emocional por otros estresores: Porcentaje de referencias de codificación.	145
Tabla 19. Efecto en el conocimiento cultural sobre el sistema sanitario y la sociedad de acogida.	180

Tabla 20. Factores moduladores del proceso de aculturación y su efecto en el estrés.....	216
Tabla 21. Propuestas para regular el estrés aculturativo.....	231
Tabla 22. Estrategias pedagógicas encaminadas al desarrollo de la competencia cultural.	235

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sinergia entre las competencias culturales genéricas y específicas..... 18

Figura 2. Diagrama del modelo de aprendizaje transformador de Mezirow. 40

Figura 3. Etapas y fases del Modelo de aprendizaje transformador de Mezirow. 42

Figura 4. Representación del proceso de formación de la competencia cultural. 45

Figura 5. Etapas del proceso de aculturación. 57

Figura 6. Patrones de cambio en la percepción de estrés del alumnado a lo largo del tiempo. 59

Figura 7. Modelo para una inmersión de Enfermería transcultural. 62

Figura 8. Proceso de aculturación y contexto: marco teórico para el estudio de inmigrantes y extranjeros 63

Figura 9. Clasificación de los estudios sobre el efecto de la inmersión en una cultural diferente. 67

Figura 10. Estructura formativa del Bachellor (Hons) in European Nursing. 98

Figura 11. Puntuación de cada país participante en las dimensiones culturales de Hofstede. 102

Figura 12. Fases del proceso de aculturación. 116

Figura 13. Categorías y subcategorías del primer objetivo. 117

Figura 14. Categorías y subcategorías del segundo objetivo. 119

Figura 15. Almacenamiento y clasificación de las fuentes de datos en los "Recursos" del programa NVivo. 120

Figura 16. Referencias de codificación de las subcategorías de la "respuestas emocionales" 121

Figura 17. Mapa jerárquico de categorías elaborado a través del número de referencias de codificación. 121

Figura 18. Referencias de codificación de las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de cada país. 122

Figura 19. Respuestas afectivo-emocionales por cada estresor cultural. 123

Figura 20. Efecto en las dimensiones de la competencia cultural en los diferentes casos. 123

Figura 21. Referencias de codificación por cada una de las dimensiones de la competencia cultural a corto y a largo plazo. 123

Figura 22. Porcentajes de codificación del efecto en las dimensiones de la competencia cultural tanto a corto como a largo plazo. 124

Figura 23. Diagrama de comparación de los casos que comparten la adaptación cultural y la adaptación psicológica.	124
Figura 24. Fases del proceso de aculturación cruzada por países de origen: Referencias de codificación.	132
Figura 25. Referencias de codificación de la primera fase del proceso de aculturación.	132
Figura 26. Árbol categorial de la 2ª Fase del proceso de aculturación.	134
Figura 27. Estresores culturales cruzados con las respuestas afectivo-emocionales.	135
Figura 28. Estresores por desconocimiento de los códigos culturales: Nº de referencias de codificación.	139
Figura 29. Estresores culturales por desconocimiento y diferencia de valores por país de origen.	142
Figura 30. Otros estresores en el proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.	144
Figura 31. Respuestas afectivo-emocionales en la 2ª Fase del proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.	147
Figura 32. Estrategias de afrontamiento utilizadas en la 2ª etapa del Proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.	149
Figura 33. Porcentaje de cada estrategia de afrontamiento utilizada por país.	153
Figura 34. Categorías de la 3ª fase denominada la adaptación a la cultura: Referencias de codif.	155
Figura 35. Diagrama de comparación de los casos que comparten la adaptación cultural y la adaptación psicológica	158
Figura 36. Referencias de codificación de adaptación cultural y el ajuste emocional por estudiante y por país de origen.	159
Figura 37. Patrón del proceso de aculturación en base a la respuesta afectivo-emocional del alumnado.	160
Figura 38. Efectos de la inmersión cultural a corto y largo plazo.	164
Figura 39. Efecto a nivel personal a corto y largo plazo.	165
Figura 40. Efecto a nivel profesional a corto y largo plazo.	168
Figura 41. Efecto en la perspectiva del cuidado a corto y a largo plazo.	170
Figura 42. Efecto a corto y largo plazo a nivel profesional en la profesionalidad.	175
Figura 43. Efecto en las dimensiones de la competencia cultural tanto a corto como a largo plazo.	179

Figura 44. Efecto en la dimensión cognitiva a corto y largo.....	182
Figura 45. Efecto en la dimensión afectiva de la competencia cultural a corto y a largo plazo.	183
Figura 46. Efecto en la dimensión conductual de la competencia cultural a corto y largo plazo.	188
Figura 47. Proceso transformador a partir del desarrollo de las dimensiones de C. cultural.	197
Figura 48. Modelo educativo para la inmersión cultural en Enfermería	201
Figura 49. Número de referencias de codificación de estrés aculturativo según nivel de competencia lingüística previo.	204
Figura 50. Número de referencias de codificación de estrés aculturativo según nivel de experiencia previa intercultural.	205
Figura 51. Referencias de codificación de estrés por estudiante según el ámbito clínico.	209
Figura 52. Recursos formativos de apoyo a la adaptación.....	210
Figura 53. Referencias de codificación de estrés por participante según país de origen.	215

INTRODUCCIÓN

Esta tesis se sitúa en el ámbito de la formación de estudiantes en Enfermería con el propósito transformar los procesos educativos dirigidos al desarrollo de la competencia cultural que den respuesta a las necesidades en salud de una sociedad multicultural. Papadopoulos (2006) y Kersey-Matusiak (2012), nos alertan de las deficiencias de una atención sanitaria que se adapte a la idiosincrasia cultural de su población. Estas deficiencias constituyen un factor de desigualdad en salud, que se puede afrontar a través del desarrollo de la competencia cultural de los profesionales.

Diversos autores resaltan la deficiente formación de las enfermeras en competencia cultural. Consecuentemente, muchas organizaciones internacionales de Enfermería, entre ellas el Consejo Internacional de Enfermería (International Council of Nurses, 2007), abordan la necesidad de promover currículos formativos que potencien el desarrollo de la competencia cultural.

Con este interés nace el programa ENI (European Nursing Initiative- Iniciativa Europea de Enfermería) fruto del convenio de colaboración entre tres instituciones europeas dedicadas a la docencia en Enfermería: la Hogeschool van Utrecht (Holanda), University of Brighton (Gran Bretaña) y la Escuela de Enfermería de Escuela Universitaria de Vitoria-Gasteiz (España). Esta iniciativa formativa, que se desarrolló desde 1994 hasta 2008, dio lugar al Bachellor (Hons) in European Nursing.

La selección del tema de la tesis también se encuentra influenciada por mi motivación personal y profesional. Personalmente siempre he mostrado interés por conocer y comprender a otras personas catalogadas como “diferentes”, lo que me impulsaba a viajar y tomar contacto con personas de otras culturas. Profesionalmente, siempre me he situado en una perspectiva humanista, mostrando interés por comprender y dar una atención, afectiva y efectiva, en la que la persona se sintiese valorada y respetada como ser único.

Esa curiosidad por el ser humano y el interés por la formación me llevaron a ampliar horizontes. En mi estancia de cuatro años en Estados Unidos trabajé y viví en una comunidad afroamericana (gueto). Durante ese periodo, compartí muchas

experiencias vitales con personas “sin papeles” y tomé conciencia de la complejidad de sus procesos migratorios. Presencié situaciones críticas en el ámbito de la salud derivadas de la dificultad de acceso a una atención sanitaria, la situación socioeconómica de estas personas y los conflictos culturales que se originaban en la relación con los profesionales. Estas situaciones me impactaron profundamente, me sensibilizaron e hicieron que me comprometiese social y culturalmente con la vulnerabilidad de estas personas.

Mi propia historia como estudiante internacional de postgrado en Estados Unidos y la colaboración voluntaria con la asociación de estudiantes internacionales, me hicieron comprender las dificultades en el proceso de aprendizaje al cursar una carrera en otro país y los conflictos que se generan en relación con el desconocimiento de los códigos culturales.

De vuelta al País Vasco y después de unos años como docente, se me asignó el liderazgo del programa ENI, cuyo currículo diseñamos a partir de una profunda reflexión acerca de los marcos teóricos sobre la formación en competencia cultural. A lo largo del programa realicé el seguimiento del alumnado de otros países en la unidad de prácticas clínicas. La cercanía a su vivencia me permitió observar el estrés vivido por los y las estudiantes durante la inmersión cultural, que en algún caso ponía en riesgo el aprendizaje perseguido. Desde mi responsabilidad como docente, sentí la necesidad de comprender del proceso emocional del alumnado, indagar los elementos que facilitan y promueven el aprendizaje de la competencia cultural y explorar en qué medida ese efecto ha perdurado en el tiempo.

Este anhelo profesional ha culminado con esta tesis cuya estructura resumo a continuación con el fin de proporcionar una imagen general del trabajo de investigación.

En el Capítulo I recogemos el análisis de la literatura realizada con el objetivo de justificar la necesidad de prestar una atención sanitaria adaptada a la cultura. Asimismo, presentamos la evolución histórica del concepto de competencia cultural y sus dimensiones. En el Capítulo II exploramos las diferentes perspectivas educativas aplicándolas al ámbito de la formación en la competencia cultural. Situados en una

perspectiva educativa crítica, adaptamos las fases del modelo de aprendizaje transformador propuesto por Mezirow (1991) y presentamos la reconstrucción realizada sobre el proceso de aprendizaje y las estrategias pedagógicas más efectivas para el desarrollo de la competencia cultural.

En el Capítulo III nos centramos en la inmersión cultural como estrategia pedagógica, sus repercusiones y efectos a nivel personal, profesional y en la competencia cultural. Tras fundamentar la relevancia de la inmersión cultural, planteamos las estrategias pedagógicas que deben de ir asociadas para optimizar dicho proceso formativo. Posteriormente, se ahonda en el conocimiento construido acerca del estrés que se genera durante la inmersión cultural, las fases por las que transitan las personas que lo experimentan, y los modelos teóricos que explican los factores moduladores de la experiencia estresante, la adaptación psicológica y la adaptación cultural. Por último, exponemos el resumen de la revisión de la literatura realizada acerca de los efectos, inmediatos y mediatos, de la inmersión cultural de estudiantes de Enfermería a nivel personal, profesional y, en el desarrollo de la competencia profesional.

En el Capítulo IV justificamos la necesidad de investigar acerca del proceso de aculturación de los y las estudiantes del Bsc (Hons) in European Nursing durante una inmersión en una cultura sanitaria diferente; y la necesidad de analizar su efecto inmediato y mediano en dichos estudiantes. Estos dos objetivos se acompañan de un tercero con el que pretendemos presentar una propuesta de Modelo formativo para favorecer un proceso de aculturación adaptativo que potencie el efecto de competencia cultural. En coherencia con los objetivos, argumentamos la adopción de la metodología cualitativa, y la puesta en práctica de las seis fases del método fenomenológico según Van Manen (2003) y Spiegelberg (1982). Tras describir el contexto de la investigación, explicamos las dos etapas en las que se articula el diseño de este estudio, presentando en cada etapa los objetivos, los participantes y las estrategias de generación y análisis de la información. Por último, reflejamos las actividades llevadas a cabo para preservar los criterios de calidad metodológica y ética.

En el Capítulo V presentamos la reconstrucción interpretativa de los resultados en tres grandes apartados que pretenden dar respuesta a los objetivos de esta investigación.

En el primer apartado presentamos las tres fases del proceso de aculturación que ha experimentado el alumnado, mostrando un patrón en J. Asimismo, presentamos los estresores culturales, las respuestas afectivo-emocionales más frecuentes, y los recursos externos y estrategias de afrontamiento que han ayudado a los y las estudiantes a superar el estrés aculturativo.

En el segundo apartado recogemos el efecto inmediato y mediato de la inmersión cultural a nivel personal, a nivel profesional, y a nivel de la competencia cultural que conducen a la transformación. Con el propósito final de mejorar futuros procesos educativos, vinculamos el efecto con las estrategias pedagógicas y los elementos que los han favorecido dichos cambios.

Por último, exponemos una propuesta de modelo que aporte luz al diseño y planificación de programas formativos que incluyan una inmersión cultural, con el fin de mejorar su efectividad en el desarrollo de la competencia cultural. Esta propuesta intenta explicar la necesidad de controlar la experiencia de estrés aculturativo a través de la comprensión e intervención de los factores moduladores del proceso de aculturación. Asimismo, exponemos los soportes formativos a introducir para contribuir finalmente a la transformación de cada estudiante como persona-profesional competente culturalmente.

En el último Capítulo presentamos las principales conclusiones de este estudio, las limitaciones y las futuras líneas de investigación. Para finalizar, recogemos una serie de recomendaciones que ayuden al profesorado en la formación de futuros profesionales competentes culturalmente y comprometidos con una atención sanitaria que disminuya las desigualdades sociales en Salud.

Capítulo I: La competencia cultural en el ámbito de la Enfermería

CAPÍTULO I: LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

Esta investigación doctoral, que pone su atención en el desarrollo de la competencia cultural en el ámbito de la Enfermería, pretende analizar el valor formativo de la inmersión en una cultura sanitaria distinta como estrategia para el desarrollo de la competencia cultural en Enfermería.

Para empezar esta andadura deberemos abordar en primera instancia qué entendemos por competencia cultural y por qué es ineludible su desarrollo en este ámbito profesional. Este aspecto nos conduce a poner la atención en la transformación que ha sufrido la sociedad actual en la que aparecen diferentes identidades culturales, con pluralidad de valores y comportamientos. Con el fin de ofertar una atención sanitaria que responda a las necesidades de esas sociedades multiculturales, los sistemas de salud y sus profesionales tienen la responsabilidad de dar respuestas bien adaptadas a dichos cambios y, en consecuencia, formarse para un mejor desempeño de la competencia cultural. Estas cuestiones serán tratadas con profundidad en el primer apartado de este capítulo.

Posteriormente pondremos la atención en el desarrollo, sentido y significado del concepto central, la competencia cultural a través de tres puntos de análisis.

En primer lugar, analizaremos los modelos teóricos enfermeros generados a lo largo del tiempo. Estos modelos teóricos han ido surgiendo para investigar, dar cuerpo y facilitar una atención sensible a la cultura. Nuestro trabajo consistirá en extraer las aportaciones de cada modelo y entre ellas el surgimiento del concepto de competencia cultural. Asimismo, clasificaremos dichos modelos en función de su enfoque. Veremos, así, que los primeros modelos iban dirigidos a asentar “cómo se tiene que hacer”. No es hasta finales de los ochenta que se plantea la necesidad de explorar “cómo hay que ser”, para ofertar unos cuidados sensibles a la cultura. Dentro de esta investigación el referente conceptual nos lo proporcionan de forma preferente los trabajos de Campinha-Bacote (2002), que pone la atención en los aspectos a

desarrollar para ser culturalmente competente, y Papadopoulus (2006), que aporta una mirada crítica de la atención sensible a la cultura.

En segundo lugar, plantearemos cómo bajo el concepto global de competencia cultural concurren competencias transversales a todas las culturas, y competencias específicas relativas a cada cultura. Por último, planteamos los atributos necesarios para desarrollar la competencia cultural, que hemos agrupado en las dimensiones cognitiva, afectivo-actitudinal y psicomotor-conductual.

1.1 El reto de la atención sanitaria en una sociedad multicultural

La sociedad actual está experimentando una profunda transformación producto de los grandes avances tecnológicos, la rápida producción y difusión del conocimiento, y el aumento de los movimientos migratorios, dando lugar a sociedades con una pluralidad de culturas. En estas sociedades emergen grupos con identidades culturales que no pueden ser comprendidas desde las características estereotipadas y adjudicadas a un grupo étnico. Estas identidades culturales se construyen, según Hofstede (1999), por el entrelazado de varios niveles de cultura (nacional, regional, lingüístico, de género y orientación sexual, generacional...). De esta variabilidad de identidades emergen las sociedades multiculturales.

En estas sociedades detectamos varios grupos culturales minoritarios, entre los que queremos destacar al grupo de emigrantes por motivos económicos o políticos, ya que por sus condiciones de vida constituyen una población vulnerable (Kersey, 2012). En relación a sus condiciones de vida incidimos entre otros aspectos en: el desconocimiento del idioma y de las claves culturales, el déficit de derechos, el proceso del duelo migratorio, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, y el desconocimiento del sistema sanitario local (Kersey, 2012).

Diferentes informes sanitarios indican que este colectivo presenta un mayor número de dificultades en el acceso a la atención sanitaria y a los tratamientos a largo plazo (NIH, 2006; Task Force on Immigrant Health Care Access, 2016). Esta dificultad se vincula con factores de carácter legal-administrativo como la falta de tarjeta sanitaria; de carácter socio económico como la dificultad de acudir al sistema sanitario por precariedad

laboral; de carácter cultural por la diferencia de creencias sobre la salud o religiosas; de carácter relacional por los estereotipos sociales y los problemas que crean en la relación con los profesionales sanitarios; de carácter comunicativo por la dificultad que entraña el desconocimiento del idioma y la utilización de intérpretes; y por el desconocimiento de cómo opera el sistema sanitario. Por tanto, la diversidad cultural de estos pequeños grupos se contempla, a nivel internacional, como un factor de desigualdad social en salud por las dificultades que lleva asociadas (Papadoupoulos, 2006; Kersey-Matusiak, 2012; Task Force on Immigrant Health Care Access, 2016).

La necesidad de prevenir los riesgos de desigualdad social que pueden llegar a sufrir estas nuevas minorías, también es un reto para los profesionales de la salud en la sociedad española y vasca por el rápido crecimiento multicultural experimentado en los últimos años. Como se puede apreciar en la Tabla 1, realizada a partir de los datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística de España (2017) y del Observatorio Vasco de la Inmigración Ikuspegi (2017), existe un crecimiento del año 2000 al 2017 de un 7,2 % y 7,9% respectivamente, a pesar de las fluctuaciones producidas por la crisis económica.

Tabla 1. Porcentaje de extranjeros emigrantes en el Estado Español y en Euskadi.

% de Extranjeros (emigrantes)	2000	2005	2010	2017	Aumento del %
En el Estado Español	2,3 %	8,5%	12,2%	9,5 %	7,2
En Euskadi	1,0%	3,4%	6,4%	8,9%	7,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y Observatorio Vasco de la Inmigración Ikuspegi.

Con el fin de afrontar la desigualdad en salud, diversos autores y organismos reclaman una atención sensible a la cultura (Kersey-Matusiak, 2012), y proponen estrategias políticas (Judge, 2006) y educativas encaminadas a la formación y a la práctica de la competencia cultural (Brach, 2000). En este sentido, el desarrollo de la competencia cultural de los y las profesionales de la salud es una vía que concurre en aliviar las tensiones a las que se ven sometidas estas nuevas minorías sociales en el sistema sanitario.

Sin embargo, estas orientaciones, que proclaman un planteamiento más cultural de la atención en el ámbito de la salud, no siempre tienen un correlato en la práctica. Papadopoulos (2006) y, Kersey-Matusiak (2012) alertan de las deficiencias detectadas en la atención sanitaria adaptada a la diversidad cultural. En este sentido, la investigación de Maiocco (1999) desveló que en numerosas ocasiones el concepto de cultura ni tan siquiera aparecía en la visión y misión de las unidades de cuidado. En otros casos, aunque queda recogida dicha intención, su proyección en la práctica es muy limitada (Gerrish, 2000).

Las investigaciones realizadas en diferentes países han identificado que la mayoría de las enfermeras no obtuvieron un nivel de competencia suficiente para realizar una práctica culturalmente segura (Alpers y Zoucha, 1996; Kulwicki y Boloink, 1996; Seright, 2007; Finley, 2008; Lampley y col, 2008; Castro y Ruiz, 2009). Si esta deficiencia se acompaña de una escasa política sanitaria de atención al diferente, podemos conjeturar que la atención sanitaria ofertada no dará respuesta a las necesidades de estos colectivos.

No obstante, las revisiones sistemáticas de Beach y col (2005) y los estudios realizados por Seright (2007), Finley (2008), Lampley y col (2008) y Castro y Ruiz (2009), señalan el impacto positivo de la formación en el desarrollo de la competencia cultural de los profesionales sanitarios. Asimismo, hay evidencias de que la práctica de los profesionales culturalmente competentes repercute en la mejor utilización de recursos sociales, y una mejora en la capacidad funcional de los y las pacientes (Majumdar y col, 2004). Es más, las revisiones de Beach (2005) y Truong (2014) han mostrado que la competencia cultural de los profesionales tiene un efecto en la adherencia de los y las pacientes al régimen terapéutico, en los resultados de salud y en el aumento de la satisfacción en las personas.

Dado el efecto que tiene la formación en competencia cultural en los profesionales y en la población, podemos deducir la necesidad de hacer extensiva esta formación a todos los profesionales. En este sentido, algunas instituciones plantean la importancia de desarrollar programas educativos para incrementar la competencia cultural de las enfermeras (National League for Nursing, 2005; AACN, 2008; USDHHS, 2011).

Es necesario señalar que la responsabilidad de ofertar unos cuidados sensibles a la cultura no es sólo de los y las profesionales, las instituciones sanitarias también tienen que comprometerse con un proceso de desarrollo de la competencia cultural (Anderson y col,2003; Papadopoulos, 2006). Si la institución sanitaria asume la oferta de una atención congruente con la cultura, deberá proveer de recursos necesarios tales como estrategias formativas, registros de la valoración adaptados a la cultura, servicios de traducción o interpretación, materiales escritos adaptados a la cultura y en los idiomas de los colectivos con mayor presencia demográfica (RNAO, 2007; Engebretson, 2008).

En definitiva, para que los sistemas de salud den respuesta a las necesidades de salud cambiantes de la actual sociedad multicultural, deberán desarrollarse políticas explícitas y programas formativos en competencia cultural que faciliten la práctica adaptada a la cultura y poder así disminuir las desigualdades en salud.

1.2. La competencia cultural y sus dimensiones

Tras realizar un análisis contextual y social de la temática de nuestra investigación, es necesario profundizar en el concepto de competencia cultural. El análisis de la bibliografía científica disponible sobre el tema nos ha conducido a estructurar este apartado en tres bloques que responden a grandes temáticas a las que han dirigido su atención los investigadores e investigadoras a lo largo del tiempo. En primer lugar, presentamos la evolución de las diferentes aportaciones teóricas acerca de la competencia cultural, proponiendo nuestra propia definición de competencia cultural. A continuación explicaremos las competencias genéricas y competencias específicas que se integran en el desarrollo de la competencia cultural. Por último, pondremos la atención en las dimensiones que tienen que desarrollar los y las profesionales para ofertar unos cuidados enfermeros sensibles a la cultura.

1.2.1. Evolución teórica y conceptual de la competencia cultural

La definición de competencia cultural se ha ido generando progresivamente a partir del desarrollo de diferentes modelos concebidos para investigar, ofertar un cuerpo teórico y facilitar una atención sensible a la cultura. Como se puede observar en la

Tabla 2, las primeras teorías centraban su interés en facilitar herramientas que ayuden a ofertar una atención de Enfermería adaptada a la cultura, focalizando por tanto en el “cómo hacer”. Estos modelos aportan, entre otros recursos, estructuras para valorar las necesidades de la persona y estrategias de comunicación. A finales de los ochenta surgen los primeros modelos que focalizan en las cualidades o atributos que tiene que desarrollar cada profesional para *ser* competente culturalmente.

En los setenta, comienza a reflejarse en la literatura la necesidad de tener un conocimiento para proveer unos cuidados sensibles a la cultura. Esta necesidad surge debido a las dificultades que experimentan los y las profesionales para manejarse con los choques culturales derivados de las discrepancias del cuidado con los y las pacientes. Cronológicamente la primera referencia que encontramos data de 1978, momento en el que Madeleine Leininger, enfermera y doctora en Antropología, publicó el primer modelo conceptual de Enfermería Transcultural (Leininger, 1978). Defendió la Enfermería Transcultural como un área de práctica enfermera y de estudio formal que focaliza en las diferencias y similitudes culturales en el cuidado, la salud, y los patrones de enfermedad (Leininger, 1995). Esta autora proporciona, por primera vez, una guía para el estudio de las diferencias de los grupos étnicos y la comprensión de los factores que explican dichas diferencias. También aporta los rasgos idiosincráticos de cada cultura que pueden facilitar una práctica enfermera adaptada a la cultura del otro.

En 1988, Joyce Giger y Ruth Davidhzar, basándose en Madeleine Leininger y los modelos de análisis cultural de las Ciencias Sociales, avanzan proponiendo una estructura que permite identificar las diferencias específicas entre individuos. Estas autoras hablan, por primera vez, de competencia cultural como un proceso dinámico, continuo y fluido, en el que el o la profesional desarrolla estrategias para dar respuesta a las necesidades diferenciadas de cuidado basadas en el conocimiento del patrimonio cultural, las creencias, actitudes y comportamientos de aquellas personas a las que prestan atención. Resaltamos el importante salto teórico que supone definir que la competencia cultural no solo implica el conocimiento de las diferencias, sino que subrayan la exigencia de un nivel más alto y sofisticado de conocimientos, actitudes, y habilidades para adquirir la competencia cultural.

Esta aportación lleva consigo comenzar a pensar que para “hacer” también es importante “saber ser” y “saber hacer”. Es decir, se avanza en defender la necesidad de desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades para promover una práctica clínica culturalmente segura, y no sólo considerar los conocimientos.

Margaret Andrews y Joyceen Boyle (1989), basándose también en Leininger, refinan y centran la guía de valoración en una batería de preguntas que permiten a la enfermera en la práctica clínica identificar mejor las diferencias culturales y las prácticas de cuidado específicas. Andrews y Boyle (1989), también definen la competencia cultural como la integración compleja del conocimiento, las actitudes, las creencias, y las habilidades, que se desarrollan a través de los encuentros con diferentes culturas. A pesar de esta definición, en su elaboración teórica no profundizan en el desarrollo de estas cualidades de la competencia cultural, por lo que situamos el modelo en un enfoque más orientado a “cómo hacer” una atención culturalmente competente. Sin embargo, plantean por primera vez la necesidad de que la organización sanitaria en la que trabaja sea también culturalmente competente, para que en último lugar las enfermeras proporcionen una atención sensible a las diferencias culturales.

En 1991, Josepha Campihna–Bacote, establece “el Modelo de atención culturalmente competente”. Desde nuestra perspectiva es la autora que mayor aportación hace al desarrollo de la competencia cultural, dejando de lado el “cómo hacer”. Propone los atributos necesarios para ser competente culturalmente, y enriquece la teoría de la competencia cultural con constructos como: el conocimiento cultural y la conciencia cultural. También remarca la importancia de las habilidades culturales y los encuentros culturales. Esta autora define la competencia cultural como el proceso por el que los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo o la comunidad. Por tanto, a este modelo lo situamos en el grupo de modelos centrados en el “cómo ser” o en el “cómo se desarrolla” la competencia cultural en los y las profesionales.

En 1994, Irena Papadopulos, publica “el Modelo de Enfermería y salud transcultural”. Esta enfermera europea y su grupo de investigación adoptan una perspectiva socio-

crítica al defender que para “ser competente culturalmente” se requiere un compromiso con la lucha contra la opresión, las prácticas antidiscriminatorias y el empoderamiento. Estas autoras aportan una perspectiva diferente al introducir la necesidad de un ejercicio de reflexión crítico del profesional y del sistema sanitario, con el fin de facilitar el empoderamiento de las personas. En coherencia, entienden que la competencia cultural es la capacidad de proporcionar una atención sanitaria teniendo en cuenta las creencias culturales, comportamientos y necesidades de las personas. En su definición, incluyen la necesidad de defender a las personas menos favorecidas en razón a su pertenencia étnica, y empoderar a las personas para que participen en las decisiones de salud y defiendan el derecho a ser tratadas adecuada y equitativamente sin prejuicio de su ascendencia. Aunque estos autores tienen una aportación interesante que ayuda a explicar desde una perspectiva crítica la atención sensible a la cultura, no explican en profundidad el proceso de aprendizaje para llegar a “ser competente culturalmente”, por lo que lo clasificamos como un modelo mixto.

De nuevo, en el contexto estadounidense, Larry Purnell y Betty Paulanka, (1998) elaboran un modelo de competencia cultural que describe el desarrollo de la competencia como una curva ascendente de aprendizaje y de práctica, estableciendo diferentes niveles de consecución. Integran las dimensiones utilizadas en los modelos de análisis cultural y los utilizan aplicándolos al ámbito de la salud. Este modelo aporta una guía de valoración con 12 dominios interconectados que ayudan a la enfermera a comprender la idiosincrasia cultural de la persona atendida y sus implicaciones en la salud. Siguen planteando que la competencia cultural consiste en tener el conocimiento, la actitud y las habilidades para ofertar un cuidado congruente con las creencias y las prácticas culturales de la persona atendida. Al igual que el modelo anterior, entendemos que es un modelo mixto, aunque con una mayor focalización en *cómo hacer* para facilitar una atención sensible a la cultura.

A partir de 1998, Josepha Camphina-Bacote introduce nuevas aportaciones que le hacen cambiar la denominación de su modelo por el de “el Proceso de competencia cultural en la prestación de servicios de salud”. El avance responde a una nueva comprensión de la competencia cultural, entendida más como un proceso que como un producto final. En 2002 justifica la relación de interdependencia entre todos los

atributos necesarios para *ser* competente culturalmente. Además introduce un quinto constructo, el deseo cultural, describiéndolo como el constructo que impulsa el proceso de llegar a ser culturalmente competente. Finalmente, en 2010 añade que para convertirse en culturalmente competente son imprescindibles los encuentros culturales y procesos de autovaloración para lo que ofrece escalas de valoración de la competencia cultural.

También en el 2010, Marianne R. Jeffreys incorpora el constructo de autoeficacia transcultural, adaptado del constructo de autoeficacia de la Teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1971; 1995). Asimismo, aporta una escala de valoración de la percepción de autoeficacia transcultural, que sirve para evaluar el cambio durante el proceso de aprendizaje. Jeffreys (2010) define la competencia cultural como la capacidad de proveer una atención sanitaria congruente con la cultura y entiende que es un proceso de aprendizaje multidimensional que integra habilidades transculturales en tres dimensiones (cognitiva, afectiva y psicomotora), que necesita de la autoeficacia transcultural como un atributo clave en el desarrollo de la competencia cultural. Por tanto, este modelo lo situamos en un enfoque centrado en el cómo hay que *ser* o que aspectos hay que desarrollar para ser competente culturalmente.

A modo de conclusión, tal y como se recoge en la Tabla 2, se presenta de manera esquemática el análisis de estos modelos con sus aportaciones, clasificándolos en relación al enfoque que los guía. Como se puede observar las primeras teorías iban dirigidas a asentar “cómo hacer”, y no es hasta finales de los ochenta y principios de los noventa que se plantean la necesidad de explorar “cómo ser” para ofertar unos cuidados sensibles a la cultura. Es en ese contexto cuando surgen los modelos conceptuales que contemplan el cómo se desarrolla la competencia cultural. De forma coherente con el enfoque del modelo, algunas autoras definen la competencia cultural haciendo hincapié en lo que la persona necesita para ser competente (Campinha-Bacote, 1999, 2002, Jeffreys, 2010) y otros dirigen la definición hacia el fin que tiene dicha competencia, es decir facilitar una atención sensible a la cultura (Papadopoulos, 2006; Giger, 2007; Purnell y Paulanka, 2008, 2009).

Tabla 2. Evolución teórica de los modelos sobre competencia cultural.

Enfoque	Los Modelos y sus Autoras	Aportaciones	Definición de competencia cultural
Centrado en la Atención de Enfermería Sensible a la Cultura	Leininger, (1978)	Introduce la necesidad de un cuidado sensible a la cultura para el estudio de las diferencias de los grupos étnicos y la comprensión de los factores que las explican. Plantea tres niveles de intervención, el mantenimiento, la negociación y la reestructuración.	No tiene definición de competencia cultural.
	Giger y Davidhizar, (1988)	Introducen una estructura de preguntas que guían hacia el conocimiento de la cultura del otro	Es un proceso dinámico, fluido, y continuo mediante el cual una persona, un sistema o agencia de cuidado de la Salud encuentra estrategias de cuidados significativas y útiles basadas en el conocimiento del patrimonio cultural, las creencias, actitudes y comportamientos de aquellas personas a las que prestan atención.
	Modelo de valoración transcultural	Introducen que el término de competencia cultural, expresan la necesidad de conocimientos, actitudes, habilidades para una práctica sensible a la cultura.	Es la integración compleja del conocimiento las actitudes, las creencias, habilidades y encuentros con diferentes culturas que aumenta comunicación intercultural.
	Andrews y Boyle (1989)	Refinan y centran la estructura para conocer diferencias culturales y prácticas de cuidado específica.	Consiste en tener el conocimiento, las habilidades, y las destrezas para ofertar un cuidado congruente con las creencias y las prácticas culturales de la persona atendida.
Enfoque mixto	Modelo de cuidado transcultural	Reivindican la importancia de los encuentros culturales como requisito para el desarrollo de la CC.	Es la capacidad de proporcionar atención sanitaria teniendo en cuenta las creencias culturales, comportamientos y necesidades de las personas.
	Purnell y Paulanka, (1998)	Ahonda en una estructura para conocer diferencias culturales.	Es la capacidad de proporcionar atención sanitaria teniendo en cuenta las creencias culturales, comportamientos y necesidades de las personas.
	Modelo de desarrollo de la competencia cultural	Indica diferentes etapas de desarrollo.	Es la capacidad de proporcionar atención sanitaria teniendo en cuenta las creencias culturales, comportamientos y necesidades de las personas.
Centrado en el Desarrollo de la Competencia Cultural en los y las profesionales	Campinha-Bacote (1991;1998)	Introduce la reflexión sobre qué se necesita para ser competente.	Es el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales.
	Proceso de desarrollo de la competencia cultural en la prestación de los servicios de atención de salud (1998)	Ahonda en la competencia cultural y sus atributos. Recalca la necesidad del deseo cultural y la introspección.	Es la capacidad de proveer una atención sanitaria congruente con la cultura, un proceso de aprendizaje multidimensional que integra habilidades transculturales en tres dimensiones (cognitiva, afectiva y psicomotor), y que necesita del desarrollo de la autoeficacia transcultural como factor clave en el desarrollo de la competencia cultural.
	Modelo CCC de competencia y confianza cultural' (Jeffreys (2010)	Incorpora el constructo de la autoeficacia transcultural, como clave.	Es la capacidad de proveer una atención sanitaria congruente con la cultura, un proceso de aprendizaje multidimensional que integra habilidades transculturales en tres dimensiones (cognitiva, afectiva y psicomotor), y que necesita del desarrollo de la autoeficacia transcultural como factor clave en el desarrollo de la competencia cultural.

Fuente: Elaboración propia.

Tomando en consideración las aportaciones de las diferentes autoras, y de manera especial los trabajos de Papadopoulos y Camphina y Bacote, en esta investigación definimos la competencia cultural como la integración compleja de conocimientos, actitudes y habilidades refinadas que capacitan a las personas-profesionales para trabajar de manera efectiva con grupos culturales diversos, ofertando una atención sanitaria congruente con su cultura que facilite el empoderamiento de las personas. En este planteamiento se atienden los dos enfoques anteriormente explicitados focalizando en “cómo se tiene que hacer” para ofertar un cuidado sensible a la cultura, y en “cómo hay que ser” como profesional para llegar a ser culturalmente competente. Asimismo, nos decantamos por una orientación crítica inclinándonos por los modelos que pretendan el empoderamiento de las personas y para ello contemplan cómo operan las estructura sociales y organizativas con el fin de entender y transformar la práctica actual y contribuir al desarrollo de una atención empoderadora y sensible a la cultura.

1.2.2. Competencias culturales genéricas y específicas

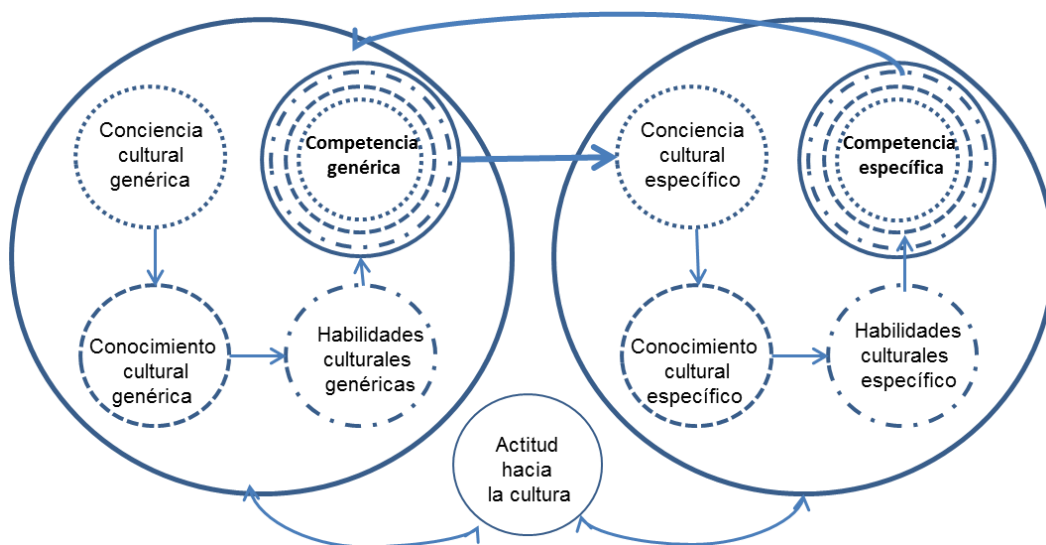
Con la perspectiva proporcionada acerca del sentido y significado de competencia cultural anteriormente planteada, abordamos en este momento aquellos aspectos de la competencia que son genéricos o transversales a todas las culturas y aquellos que son específicos en el abordaje de una cultural determinada (Papadopoulos, 2006). Entendemos que las competencias genéricas permiten al profesional proporcionar una atención sanitaria adaptada a una cultura determinada, sin tener el conocimiento y habilidades específicas para dar respuesta a un cuidado sensible a la cultura. Por tanto, aunque no se tenga conocimiento previo de las claves culturales de una cultura, las competencias genéricas ayudan al profesional a comprender el mundo cultural de la persona receptora de cuidados, y a realizar intervenciones adaptadas a esa cultura.

Dentro de las competencias genéricas se incluyen conocimientos, actitudes y habilidades como: la conciencia cultural manifestada por la capacidad de comprender cómo la cultura y otros factores sociales influyen en la salud y en el Sistema Sanitario; la disponibilidad hacia la apertura de mente y la flexibilidad como clave para aceptar y adaptar el cuidado; la habilidad de comunicarse interculturalmente y utilizar recursos

para entenderse; y el conocimiento y manejo de guías para la realizar una valoración sensible a la cultura (Papadoupolos, 2006).

La importancia central que se otorga a las competencias culturales genéricas viene justificada porque es imposible para cualquier profesional conocer a fondo la cultura de todas las personas a las que atiende (Papadoupolos, 2006). El avance de estas competencias genéricas impulsará a la enfermera a adquirir competencias específicas que le permitan actuar con éxito en contextos multiculturales (Papadoupolos, 2006).

Por el contrario, las competencias específicas son aquellas necesarias para el cuidado de una determinada cultura. Comprenden los conocimientos una cultura determinada y las habilidades que permiten intervenciones sanitarias más eficaces ante las diferencias culturales concretas. Estas competencias abarcan aspectos como el conocimiento de la lengua, los valores, las creencias, la situación socio-político-económica del país de origen, las costumbres, y las prácticas de cuidado específicas de esa cultura (Papadoupolos, 2006).



Fuente: Elaboración propia a partir de Gerrish y Papadopoulos (1999).

Figura 1. Sinergia entre las competencias culturales genéricas y específicas.

De acuerdo con Gerrish y Papadopoulos (1999) entendemos que los y las profesionales necesitan desarrollar tanto las competencias específicas como las competencia genéricas. Ambas competencias se relacionan de forma sinérgica. Por un lado, la

persona profesional al poner en práctica las competencias genéricas con personas de una cultura desconocida, gana en conciencia cultural específica, promueve en el conocimiento de la claves culturales y la forma peculiar de cuidar en esa cultura, adquiriendo competencia específica. Sinérgicamente, el desarrollo de la competencia específica en otra cultura nutre la competencia genérica (Figura 1).

1.2.3 Dimensiones y atributos de la competencia cultural

El desarrollo de la competencia cultural (genérica y específica), requiere de una serie de atributos, es decir, una serie de cualidades o características que la persona profesional tiene que cultivar para propiciar una atención sensible a la cultural. Con el fin de facilitar la comprensión y significado de estos atributos, los hemos aglutinado y ordenado en tres dimensiones: la dimensión cognitiva, la afectivo-actitudinal y la psicomotora-conductual.

Ofertar un cuidado sensible a la cultura exige la integración de todas las dimensiones con sus respectivos atributos, debido a la profunda interrelación que tienen entre sí (Campinha-Bacote, 2002, 2010; Papadopoulos, 2006). A pesar que la competencia cultural no se puede instaurar sin la concurrencia de todos ellos, nos disponemos a presentar cada una de estas dimensiones y atributos por separado.

La dimensión cognitiva

Esta dimensión pone el énfasis en la adquisición de información y conocimientos que permiten comprender las construcciones culturales identificando diferencias y similitudes. También agrupa el desarrollo de habilidades intelectuales que facilitan el cuestionamiento, el análisis y el discernimiento de la idiosincrasia cultural propia y la de otros. En esta dimensión caben subrayarse dos atributos principales: el conocimiento cultural y la conciencia cultural (Campinha-Bacote, 1999; 2002; 2010; Suh, 2004; Papadopoulos, 2006; Purnell y Paulanka, 2008; Giger, 2007; 2014).

- a) **El Conocimiento Cultural** engloba la adquisición de conocimientos genéricos y específicos necesarios para ser competente culturalmente. Los conocimientos genéricos nos remiten a las bases conceptuales de la cultura y a los modelos de

análisis cultural que permiten Identificar y comprender las diferencias en relación a las relaciones de poder, formas de comunicación y el estilo de pensamiento y de aprendizaje (Hall, 1976; Hofstede, 1999; Rosinski, 2010; Lewis, 2012). Estas aportaciones de los modelos de análisis han sido recogidas desde la Ciencia Enfermera e incorporadas a teorías que guían el análisis del sistema cultural de las personas atendidas, y que permiten la comprensión de las prácticas de salud y de cuidado de las diferentes culturas (Leininger y McFarland, 1995; 2006; Giger y Davidhizar 2002; Purnel y Paulanka, 2008; Andrews y Boyle, 2008).

El conocimiento específico se genera a partir del estudio de una cultura determinada y aborda aspectos como: a) las creencias y los valores relacionados con la salud-enfermedad y las prácticas a lo largo del ciclo vital de una determinada cultura (alimentación; el embarazo, crianza, la muerte...), b) los conocimientos en relación a las diferencias biológicas de los grupos culturales, la incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades, y la eficacia y aceptación de distintos tratamientos y c) el conocimiento de los comportamientos de un grupo cultural concreto en relación a la jerarquía de poder, el estilo comunicativo y estilo de aprendizaje, entre otros.

- b) **La conciencia cultural**, el otro atributo de la dimensión cognitiva, requiere la toma de conciencia de su propia construcción cultural y se desarrolla a partir de la introspección de los propios comportamientos, sentimientos y pensamientos. Este atributo también implica comprender cómo condiciona la cultura el significado de la salud, las prácticas de cuidados, la utilización del sistema sanitario, y la interacción con los profesionales de la salud (Tseng y Streltzer, 2008).

El desarrollo de la conciencia cultural tiene un peso muy relevante para la competencia cultural ya que no ser consciente de la influencia de la propia cultura conlleva el riesgo de atender a las personas desde los valores impuestos por la cultura dominante (Purnell y Paulanka,2008). Es importante matizar que aunque hemos clasificado la conciencia cultural dentro de la dimension

cognitiva, para que una persona realice esta introspección ha tenido que desarrollar las disposiciones afectivo-actitudinales del pensador crítico tales como: ser inquisitivo, realizar la auto-evaluación, tomar conciencia de sí mismo, y demostrar la honestidad al enfrentarse a sus propias prejuicios, estereotipos o tendencias egocéntricas. Este proceso refleja la intensa interrelación que existe entre todas las dimensiones.

La dimensión afectivo-actitudinal

Esta dimensión incluye el desarrollo de actitudes que contribuyen a dar respuestas sensibles ante lo diferente y que promueven la disposición a la comprensión del otro con un trato flexible, igualitario y ético. Campinha-Bacote (2002) identifica esta dimensión como propulsora del desarrollo de la competencia cultural. Dentro de ésta se incluyen los siguientes atributos: el deseo cultural, la empatía cultural, la humildad cultural, la percepción de autoeficacia transcultural, la apertura de mente y la flexibilidad.

- a. **El deseo cultural** reside en la motivación genuina y sincera del profesional para desarrollar su competencia cultural y ofertar una atención sensible a la cultura (Campinha-Bacote, 2002). Esta motivación determina que el profesional despierte la curiosidad por lo diferente, se informe y muestre el anhelo por atender a personas de otras culturas. El Deseo Cultural nace de una verdadera pasión por abrirse y ser flexible con los demás, aceptar las diferencias y construir la relación terapéutica desde la convicción de que nos unen más las similitudes que las diferencias (Campinha-Bacote, 2011).
- b. **La empatía cultural** hace referencia a la capacidad de la persona profesional de ponerse en el lugar del otro y entender la experiencia emocional o el sufrimiento de las personas que proceden de contextos culturales diferentes. Este concepto fue desarrollado y reformulado por Ridley y Lingle (1996) para aplicarlo al ámbito de la orientación multicultural (multicultural counselling).
- c. **La humildad cultural** es un atributo circunscrito a una actitud de los profesionales que conlleva la igualdad cultural, en relación a la no superioridad y dominación de una cultura sobre la otra, unido a un deseo de corregir los

desequilibrios de poder (Tervalon y Murray-García, 1998). Los y las profesionales con humildad cultural reconocen, e incluso comparten con la persona, sus limitaciones para ofertar un cuidado sensible a ciertas culturas, solicitando su participación con el fin de brindar una mejor atención (Hook y col, 2013; Levi, 2009; Hook 2006). La humildad cultural es importante para que la relación terapéutica, desde unas relaciones de poder más horizontales, sea afectiva y efectiva.

- d. **La autoeficacia transcultural** es la percepción de confianza a la hora de poner en marcha las habilidades para ofertar un cuidado sensible a la cultura. Este atributo ha sido construido por Jeffreys (2010), adoptado y adaptado del constructo de autoeficacia de la Teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1977; 1995). La percepción autoeficacia juega un rol importante, no solamente en la manera de sentirse respecto a un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir las metas en relación al cuidado congruente con la cultura, ya que media significativamente entre la relación del conocimiento y la acción.
- e. **La apertura de mente y la flexibilidad** están relacionadas con la disposición de los y las profesionales para comprender, aceptar y respetar las diferentes formas de hacer y ver el mundo (Zoucha, 2000; Jenks, 2011). Estos atributos son también relativos a la disposición para adaptar la relación y los cuidados a esas diferentes situaciones (Boj, 2000; Suh, 2004).

La dimensión conductual

Esta dimensión incluye todos los atributos relacionados con las habilidades que necesita la profesional de enfermería como son: recoger Información, interactuar con las personas y proporcionar unos cuidados sensibles a la cultura. No hay que olvidar que esta dimensión, precisa del desarrollo de todos los atributos mencionados en la dimensión cognitiva y afectivo-actitudinal e incluye los siguientes aspectos:

- a. La habilidad para recoger la información sensible a la cultura aglutina la capacidad de realizar un examen físico teniendo en cuenta la variabilidad biológica y la capacidad de aplicar las guías de valoración elaboradas por los

expertos (Leininger y McFarland, 2006; Giger, 2007; Andrews y Boyle, 2008; Purnell y Paulanka, 2008). Además, para realizar un examen físico teniendo en cuenta la variabilidad biológica tendrán que conocer cómo valorar los diferentes parámetros de normalidad en personas con un color de piel diferente (la isquemia tisular, la palidez, la cianosis, la ictericia, las erupciones, los hematomas...) y valorar los criterios de normalidad analítica en diferentes grupos étnicos.

- b. La habilidad para interactuar y comunicarse con personas de una cultura diferente requiere que el y la profesional apliquen el conocimiento sobre el estilo de comunicación de esa determinada cultura (directo versus indirecto; alto contexto versus bajo contexto; afectivo versus neutro; formal versus informal) (Hall, 1976; Rosinski, 2010; Lewis, 2012) Así mismo, deberán saber cómo manejar la comunicación no verbal (la mirada, el silencio, la distancia, el contacto...) y cómo se deben de hacer preguntas para no crear muros, superar las barreras idiomáticas, y trabajar con intérpretes.
- c. La habilidad de proporcionar unos cuidados sensibles a la cultura requiere poner en marcha procedimientos y estrategias orientados a prevenir y gestionar conflictos culturales. El conflicto cultural se refiere a una lucha de poder tensa que se produce debido a las diferencias culturales. Para prevenir y gestionar los conflictos el o la profesional pondrá en marcha estrategias de escucha y negociación, siempre teniendo en cuenta que en esa toma de decisiones se tendrá como principio inamovible el respeto a los derechos humanos (De Lorenzo y col, 2014).

En este capítulo hemos presentado la necesidad de que profesionales de la salud, y concretamente las y los profesionales de Enfermería, sean competentes culturalmente para dar respuesta a las nuevas necesidades de una sociedad multicultural. Basándonos en Campinha-Bacote (2002) y Papadopoulos (2006) entendemos que la competencia cultural implica estar capacitado para atender a grupos culturales diversos con intervenciones congruentes a su cultura que faciliten el empoderamiento de las personas atendidas. Desde las aportaciones de diferentes autores hemos descrito los atributos de la dimensión cognitiva, afectivo-actitudinal y conductual que

consideramos necesarios para ser competente culturalmente y que utilizaremos para valorar el resultado del programa formativo. En el siguiente capítulo y a partir de la comprensión de lo que implica ser competente culturalmente, reflexionaremos sobre cómo abordar los procesos formativos encaminados al desarrollo de la competencia cultural.

Capítulo II: La formación en competencia cultural

CAPÍTULO II: LA FORMACIÓN EN COMPETENCIA CULTURAL

Tras analizar los diferentes significados del concepto de competencia cultural y proponer el que va a dirigir nuestra investigación, estamos en disposición de hacer un acercamiento a cómo ha de desarrollarse la citada competencia en el proceso formativo.

En este capítulo plantearemos cómo se concibe la formación en competencia cultural desde perspectivas educativas orientadas bajo los tres intereses constitutivos de saberes: el técnico, el práctico y el crítico. Una vez posicionados en una perspectiva educativa constituida desde un interés cercano al crítico, adoptamos el modelo de aprendizaje transformador de Mezirow (1991) como referente formativo para aplicarlo a los procesos encaminados al aprendizaje de la competencia cultural. Con este referente educativo se abordan las diferentes fases formativas que lo constituyen para, a continuación, presentar el proceso de enseñanza aprendizaje y las estrategias pedagógicas a emplear, entre las que se encuentra la inmersión cultural, objeto de estudio de esta investigación, abordado en mayor profundidad en el tercer capítulo.

2.1. Perspectivas formativas en el desarrollo de la competencia cultural

La práctica de la formación en competencia cultural, al igual que en otros ámbitos educativos, no es neutra, se encuentra influenciada por una ideología que responde a diferentes presupuestos epistemológicos, ontológicos y axiológicos. Shirley Grundy (1998) señala que la formación no es un concepto o un plan diseñado para seguir pautas, sino que es una construcción cultural que se constituye como una forma de organizar un conjunto de prácticas educativas humanas. En consecuencia, no existiría un currículum *a priori* sino que más bien existen creencias, relaciones sociales y contextos en donde se llevan a cabo estas prácticas.

Habermas (1981) es el autor que, según nuestro punto de vista, mejor ayuda a desvelar los presupuestos ideológicos que subyacen a estas prácticas sociales, a través de su clasificación de los intereses constitutivos de los saberes que analizaremos a continuación. Se trata del marco conceptual que nos permitirá dar respuesta a las

cuestiones planteadas y que, en el ámbito de la educación y formación, han servido para que diferentes autores hayan proyectado sus planteamientos utilizando diferentes términos como perspectiva (Pérez Gómez, 1992) tradiciones (Liston y Zeicher, 1993; Davini, 1995), orientaciones conceptuales (Imbernon, 1994; Marcelo, 1994), y modelos (González Sanmamed, 1995). Nuestra intención, en este momento, es asumir el reto de analizar cómo se proyectan en el proceso y la práctica formativa de la competencia cultural en Enfermería, a partir de los constructos ideológicos planteados en el ámbito de la formación.

Habermas (1981), representante significativo de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt, explica la relación entre el conocimiento y actividad humana a través de la teoría de los intereses constitutivos de conocimiento (Teoría de los intereses constitutivos de saberes). En su teoría propugna que el saber es el resultado de una actividad humana motivada por ciertos intereses que guían y dan forma a la manera en que se constituye el saber:

- El interés técnico (racionalista y positivista) cuya orientación básica es el control, la objetividad y la gestión del medio.
- El interés práctico (hermenéutico y fenomenológico) cuya orientación básica es la comprensión del medio y la interpretación consensuada de la realidad de manera que el individuo sea capaz de interactuar en ella.
- El interés crítico que se orienta hacia la capacitación y liberación de los individuos y grupos, para tomar las riendas de sus vidas de manera autónoma y responsable.

Este posicionamiento va a mediar en la formación y por tanto, en la respuesta a preguntas como: ¿cuál es el por qué y para qué del proceso de enseñanza-aprendizaje?, ¿hacia dónde se dirige el aprendizaje?, ¿qué métodos, estrategias pedagógicas son las más adecuadas para promover y facilitar los procesos de enseñanza-aprendizaje?, ¿qué tipo de aprendizaje genera?, ¿cuál es el rol de los diferentes actores en el proceso formativo? y ¿cuál es la finalidad de la evaluación?. En la Tabla 3 se recogen las respuestas a estas preguntas desde cada una de las perspectivas.

Tabla 3. Características del proceso educativo cultural según la perspectiva educativa.

Elementos del proceso educativo	Interés Técnico	Interés Práctico	Interés Crítico
Dominios a trabajar	Cognitivo.	Cognitivo. Afectivo-actitudinal. Habilidad-Conducta. Relacionadas con lo personal.	Cognitivo. Afectivo-actitudinal. Habilidad-Conducta. Relacionadas con lo personal y el Contexto social.
Tiempo-Duración	Puntual.	Continuo, gradual, y recursivo.	Continuo, gradual, y recursivo. Proyecto de vida.
Métodos	Mono método Didácticos.	Aprendizaje Experiencial.	Aprendizaje transformador
Tipo de aprendizaje que fomenta	Memorización y repetición.	Aprendizaje significativo	Aprendizaje transformador
Rol del estudiante	Pasivo.	Activo.	Activo.
Rol del profesorado	Instructor.	Facilitador.	Mediador e inductor.
Evaluación	Producto.	Proceso.	Proceso y Transformación.

Fuente: Elaboración propia.

Las diferentes perspectivas educativas se originan en un determinado contexto y tiempo. La generación de una nueva perspectiva no erradica la perspectiva anterior, por tanto todas ellas están presentes, en mayor o menor medida, en las prácticas formativas actuales (Medina, 2009). En la realidad, los procesos formativos raramente se proyectan en su práctica desde una única perspectiva, pero el predominio de ciertas asunciones y rasgos hace que la práctica formativa se asiente o se ubiquen más en una de ellas.

Con este punto de partida, a continuación planteamos cómo él situarse en una determinada perspectiva educativa se proyecta en la concepción de la salud, en la práctica de la Enfermería y en diferentes formas de abordar la formación de competencia cultural en Enfermería.

2.1.1. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés técnico

El estudio y la concepción de la cultura, desde una orientación técnica, se fundamenta desde la antropología funcionalista, que focaliza en el conocimiento de las prácticas y costumbres de las personas de otras etnias y nacionalidades. Este conocimiento permite la comparación sistemática de las mismas (Cohen, 2009), identificando las diferencias entre lo nuestro y lo de los otros (Duffy, 2001).

Desde este interés técnico, la actividad profesional en Enfermería se fundamenta en el modelo biomédico y positivista (Meleis, 1985) centrado en los aspectos biológicos de la persona, que los descontextualiza del resto de los procesos humanos y sociales. El trabajo enfermero adopta un fin instrumental, y se encamina a proporcionar el tipo de medios que se necesitan para la consecución de los objetivos y los fines del sistema sanitario pero, sin embargo, no problematiza las relaciones de poder (Medina y do Prado, 2009), ni los factores que operan en las desigualdades en salud.

La Enfermería Transcultural formulada por Leininger (1984) se sitúa dentro de este interés técnico y por tanto no responde a nuestro propósito. Quienes contemplan su importancia, únicamente ponen el énfasis en el conocimiento de las costumbres y los patrones de cuidado en la salud específico de un grupo étnico (la dieta, las prácticas religiosas...), asumiendo que dicho conocimiento es suficiente para ofertar una atención sensible a la cultura (Tripp-Reimer y Fox, 1990; Tripp-Reimer y col, 2001).

Desde este interés, la formación de Enfermería como prototipo de *tekné* (Medina, 2009), fomenta los procesos educativos y formativos caracterizados por:

- a) Limitar la actividad del profesorado a aplicar y explicar lo que señala la teoría a través de programas fragmentados que separan el aprendizaje del contexto clínico-práctico donde se desarrolla el cuidado cotidiano de las personas de otras culturas (Duffy, 2001; Medina, 2009).
- b) Enfocar los procesos formativos a la adquisición, acumulación, y reproducción de conocimientos descontextualizados y fragmentados, donde el colectivo de estudiantes se convierte en un depositario pasivo de este saber, respondiendo a una concepción bancaria de la educación (Freire, 2005). En este caso, como hemos mencionado, el aprendizaje de los y las estudiantes de Enfermería consiste en la memorización de las prácticas culturales de otros grupos o etnias, y en la adquisición y dominio de una serie de destrezas preestablecidas y no cuestionadas, como la comunicación intercultural a través de un intérprete. Esta aproximación ideológica a lo que tiene que aprender, se plasma en algunos textos académicos de Enfermería Transcultural que tienen

un formato de “recetario de cocina” sobre otras culturas: los nativos americanos, los escandinavos, los latinos... (Brink, 1994; Duffy, 2001).

- c) Construir una formación jerárquica, verticalizada y unidireccional, donde el protagonismo y el poder recae fundamentalmente en el profesorado, que como experto en este conocimiento adquiere el papel de instructor (Grundy, 1998; Medina, 2009). Asimismo construye, de una manera no explícita, una subjetividad que lleva al alumnado a aceptar las relaciones jerárquicas y de poder que subsisten hoy en día en la asistencia sanitaria, tanto a nivel interprofesional, como entre las personas profesionales y pacientes (Medina, 2006). En el contexto de las relaciones interculturales, entendemos que la no problematización de las relaciones de poder adquiere una mayor dimensión con los grupos culturales minoritarios y vulnerables.

Entendemos que los planteamientos de orientación técnica para guiar la formación en competencia cultural son problemáticos, ya que no tienen en cuenta a la persona involucrada en el proceso formativo, no emprenden procesos de reflexión crítica sobre los factores de desigualdad social en salud, mantienen las relaciones de poder, no abordan la variabilidad intracultural y definen estereotipos culturales. Dichos estereotipos crean conflictos en la convivencia social, por lo que es importante reflexionar críticamente sobre las funciones perniciosas que generan (Níkleva, 2012). Entre estas funciones perniciosas que mantienen la hegemonía social, se engloban elementos como la proyección en la persona extranjera de cualidades que se consideran inaceptables socialmente, y/o el desplazamiento de la agresividad generado por una estructura social determinada en la población estereotipada (Níkleva, 2012; Hayes, 2013).

Este tipo de currículum, según Imbernon (1994), encuentra las razones del éxito y subsistencia de esta perspectiva en el arraigo social de una mentalidad pragmática y en el interés de los diferentes grupos de presión, los cuales demandan rendimiento, eficacia y una hegemonía social.

2.1.2. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés práctico

Para tomar conciencia acerca de cómo se constituye la formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés práctico, es necesario que revisemos, de manera resumida, cómo este interés práctico considera la salud, la cultura y la práctica enfermera.

La persona profesional de Enfermería que orienta su trabajo desde un interés práctico, deja de ver la salud como el funcionamiento aislado de los diferentes órganos del cuerpo humano. Entiende que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 1948). Partiendo de una visión comprensiva, holística e integradora, influenciada por una tradición histórico-hermenéutico-interpretativa y coherente con la mirada holístico-humanista y compleja del cuidado, la cultura adquiere un valor relevante (Medina, 2006; Sánchez, 2013). Desde una perspectiva práctica, se entiende que la cultura de una persona se construye como un entramado complejo de niveles culturales (nacional, lingüístico, religioso, de género, de orientación sexual, de clase social...) que emergen de la interrelación continua con el entorno social. Esta perspectiva representa un avance respecto al interés técnico que encasilla a una persona en función de su pertenencia a un grupo étnico.

Por tanto, la formación y la práctica clínica sensible a la cultura, resultan altamente complejas, variables e indeterminadas y no pueden ser entendida como la mera aplicación de reglas y prescripciones basadas en unos patrones fijos de comportamiento, como hemos visto en quienes pretenden desarrollar la competencia cultural en Enfermería desde un interés técnico (Medina y Sandin, 2006).

Con la perspectiva de lo hasta ahora planteado entendemos que los procesos formativos, desde una mirada práctica, tienen que contemplar un abordaje integral y complejo, a través del cual el alumnado comprenda y reconstruya valores, creencias, actitudes, conocimientos y comportamientos. Desde este interés, la formación en Enfermería fomenta procesos formativos caracterizados por:

- a) Situar a la persona y sus percepciones en el centro del proceso formativo y entender que la comprensión de los significados está mediatizada por las construcciones simbólicas de los sujetos (Marcelo, 1994), en este caso sobre la cultura y su implicación en el cuidado culturalmente sensible. Por tanto, trabajar desde un interés práctico significa asumir que el alumnado aporta sus propias experiencias a esa situación y aprende aquello que es relevante y significativo para ellos y ellas (Arandia, 1998; Fernández y Arandia, 2011). Esto implica que los y las estudiantes tienen que ocupar un lugar activo en el proceso de aprendizaje.
- b) Enfatizar lo afectivo sobre lo intelectual, por lo que en los procesos formativos encaminados al desarrollo de la competencia cultural y los atributos cercanos a la dimensión afectivo actitudinal (deseo cultural, humildad cultural, apertura de mente, la empatía cultural...) adquieren una relevancia significativa. Al encontrarse ligados estos atributos a procesos de desarrollo personal, entendemos la competencia cultural como un proceso de por vida, más que como un producto final (Camphina y Bacote, 2011). En este sentido, los procesos formativos de la competencia cultural se contemplan como continuos, graduales y recursivos, exigiendo la proyección de estrategias pedagógicas de carácter transversal. Esta visión se opone a la planteada desde el interés técnico que desarrolla procesos fragmentados y aislados en una asignatura.
- c) Reconocer la práctica y la reflexión antes, durante y después de la acción como el motor del conocimiento profesional (Schön, 1987). Consecuentemente, desde esta perspectiva se seleccionan estrategias metodológicas que plantean situaciones problemáticas, en relación a la atención sensible a la cultura, sobre las que se establecen procesos de dialogo, introspección, autorreflexión, toma de conciencia y conceptualización. En la formación en competencia cultural, expertos como Landis y col (2004) proponen el modelo del aprendizaje experiencial de Kolb (1984). Este autor centra la experiencia como la clave de un proceso de aprendizaje y establece cuatro etapas en formato circular: la fase de la experiencia concreta, la observación reflexiva de la experiencia y la conceptualización abstracta. En este modelo aplicado a la formación en

competencia cultural, el alumnado debe de ser expuesto a incidentes críticos culturales, sobre los que se observará de forma reflexiva, extrayendo una conceptualización de dicho proceso con la ayuda del análisis de la teoría.

- d) Situar al profesorado no como un técnico que aplica métodos más o menos mecánicamente, sino como aquél que sabe utilizar, de un modo eficaz, su personalidad, haciendo uso de sus conocimientos y recursos personales (Combs y col, 1979).

Tras el análisis de esta perspectiva, evaluamos positivamente las aportaciones del enfoque práctico en contraposición con el técnico. Dicha valoración se fundamenta en que desde este interés, tanto los procesos educativos como la práctica del cuidado sensible a la cultura se contemplan de forma más integral, compleja y comprehensiva. En este contexto, la persona ocupa un lugar central y se interactúa con sus valores, creencias, actitudes, emociones, conocimientos y comportamientos, para aprender a ser competente culturalmente. No obstante, este posicionamiento pasa por alto que estos procesos se encuentran condicionados por un contexto político, social y cultural que son el foco fundamental de atención del interés crítico.

2.1.3. La formación de la competencia cultural en Enfermería desde un interés crítico

La ciencia social crítica supera la tendencia de la ciencia social interpretativa al contemplar las cuestiones y los problemas sociales para tratar de afrontarlos (Carr y Kemmis, 1988). En ese sentido, pretende un cambio en el orden establecido, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, caminado hacia la justicia y la igualdad, que son los motivos esenciales de la filosofía de la Escuela de Frankfurt. Con el fin de transformar, busca revelar cómo sus creencias y sus actitudes son ilusiones ideológicas que ayudan a preservar ese orden social ajeno a sus experiencias y a sus necesidades colectivas (Carr y Kemmis, 1988). Estos planteamientos ejercen una influencia en la forma de entender la salud, la cultura, y los procesos formativos encaminados a ofertar una atención sensible a la cultura.

La OMS (1948) definió la salud como el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Si contemplamos esta definición desde una mirada crítica, entendemos que la salud se contextualiza en situaciones sociales y condiciones de

vida. Por tanto, las situaciones de desigualdad social, económica y cultural se traducen también en desigualdades en salud (Papadopoulus, 2016).

La cultura, al igual que bajo una orientación práctica, se concibe como un entramado complejo de niveles culturales (nacional, lingüístico, religioso, de género, de orientación sexual, de clase social...) que emergen de la interrelación continua con el entorno social. No obstante, desde esta perspectiva se pone especial énfasis en la atención a los grupos culturales minoritarios y vulnerables por entender las repercusiones que puede tener en la salud.

Las enfermeras como profesionales en contacto directo con las personas usuarias del sistema de salud, constituyen un grupo experto que atiende directamente las necesidades de salud, y que pueden trabajar en pro de la concientización y del empoderamiento de personas y comunidades. El contacto en primera línea con las necesidades hace que la Enfermería sea un defensora ideal de los intereses de las personas y las comunidades (Lunardi y col, 2006). De hecho, la investigación en Enfermería genera un conocimiento sobre la población, que es determinante a la hora de establecer prioridades en la financiación de políticas y de programas, aunque en muchas ocasiones, este conocimiento sea invisible por las relaciones de poder prevalentes en el sistema sanitario (Holmes y Gastaldo, 2002).

Los procesos formativos en Enfermería, desde un interés crítico, se caracterizan por:

- a. Potenciar procesos que favorezcan una comprensión sociopolítica y una transformación social (Mill, Astle y Gastaldo, 2010). Es importante que dichos procesos hagan aflorar a la conciencia las inaceptables relaciones de poder que subsisten hoy día en la asistencia sanitaria, y que son transmitidas de forma silenciosa en el curriculum de los estudios de Enfermería por no ser cuestionadas (Medina, 2006; Irigibel-Uriz, 2008). Por ende, una formación orientada bajo un interés crítico tendrá presente construir un clima educativo y profesional menos distorsionado por las relaciones de dominación (Medina y col, 2010).
- b. En este sentido, es importante que el alumnado de Enfermería tome contacto con los conocimientos de otras disciplinas (la sociología, la política, la historia,

la lengua y la economía), que le posibiliten examinar críticamente los contextos sociales, políticos, económicos y culturales en los que se establecen las relaciones de salud multiculturales. El propósito del conocimiento multidisciplinar, entre otros, es desvelar los intereses e ideologías que operan socializando a las personas en la cultura dominante. Arandia y Fernández (2011) destacan la importancia de desarrollar encuentros multidisciplinarios en la universidad, ya que pueden ayudar a generar el conocimiento transdisciplinar. En estos contextos se pueden impulsar actitudes de compromiso, de colaboración, de investigación y en definitiva, tal y como indica Giroux (1990; 2001), formar a los y las estudiantes como intelectuales transformadores que establecen conexiones entre la formación y otros proyectos sociales y políticos de acción por la justicia social. Estos proyectos facilitarían dejar de formar universitarios en una disciplina para formar en la complejidad de ser ciudadano (Imbernon, 2008).

- c. En el contexto de la competencia cultural y de acuerdo con Papadopoulos (2016), asumimos que en la formación en competencia cultural es importante desvelar y combatir el racismo, la práctica opresiva y otras formas de discriminación. El proceso formativo tiene que inducir a la reflexión sobre el poder y el control en la relación terapéutica con personas de otras culturas, y establecer conexiones entre la diversidad cultural y las desigualdades estructurales y de salud. Este enfoque combina una perspectiva multiculturalista y antirracista, y facilita el desarrollo de una comprensión más amplia acerca de las desigualdades y los derechos humanos, al tiempo que promueve el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr la emancipación en la persona cuidada (Papadopoulos, 2006; Papadopoulos y col, 2016).
- d. Diseñar procesos formativos con metodologías activas en los que el alumnado, en primera persona, se forma interactuando con los problemas reales de la práctica. El complejo entramado de aspectos a desarrollar en la formación orientada a una atención sensible a la cultura implica un cambio profundo que no puede producirse, por un lado, si él o la estudiante no es protagonista de su aprendizaje y, por otro lado, si no interactúa con la praxis y se enfrenta a las

- necesidades y a los desafíos reales en la atención de Enfermería (Medina y Lenise doPrado, 2009), en este caso en la atención a personas de otras culturas.
- e. Ambos aspectos se abordan cuando se despliegan metodologías activas que promueven aprender haciendo (Fernández y Arandia, 2012), por ejemplo la utilización de métodos de casos que dan respuesta a situaciones reales de conflicto cultural producidas en la práctica clínicas. Dichas metodologías activas contemplan el uso de estrategias didácticas, individuales y colectivas, que favorecen procesos metacognitivos, donde los y las estudiantes de Enfermería tengan la oportunidad de pensar cómo piensan, tomar conciencia de la representaciones que poseen de la realidad, y aventurarse a crear, afrontando la incertidumbre y proyectando cambios con el permiso de acertar o equivocarse (Medina y Prado, 2009).
 - f. Recurrir a la acción comunicativa habermasiana (Habermas, 1981), en la que el grupo de estudiantes y profesorado, se constituye en una comunidad comunicativa de aprendizaje que se fundamenta en un dialogo igualitario entre los y las participantes. Desde esta perspectiva se entiende que las personas aprenden a partir de las interacciones con otras personas. Se construye conocimiento primeramente desde un plano intersubjetivo, es decir, desde lo social y progresivamente se interioriza como un conocimiento propio (Aubert y col, 2008).
 - g. Concebir el rol del profesorado como inductor o facilitador de los procesos mencionados. En este sentido, es esencial que el profesorado se comprometa con la auto-instrospección, identificando cómo opera en su persona las relaciones de poder, con el fin de no imponer su pensamiento. Este tipo de relación en igualdad, desde nuestra perspectiva, servirá como modelaje a la hora de establecer interacciones con personas de otras culturas que vayan encaminadas al empoderamiento y no a la imposición de las visiones culturales (Papadoupolos, 2006; Morris y Faulk, 2012; Papadoupolos y col, 2016).
 - h. Focalizar en el proceso y en no el producto. En relación a temporalidad de los procesos formativos en competencia cultural entendemos que, mientras que desde el interés técnico el proceso de formación se concibe como puntual y

desde el interés práctico como longitudinal, desde un interés crítico el proceso formativo en competencia cultural, se convierte en un proyecto de vida.

En definitiva, una vez revisada la formación de competencia cultural bajo los tres intereses, nos posicionamos en un interés cercano al crítico ya que es el que recoge más fielmente nuestra intencionalidad de dar respuesta a las necesidades de los grupos minoritarios y vulnerables en los sistemas de salud. Se trata además de un interés que nos permitirá articular los procesos de formación de forma acorde a la propia definición de competencia cultural por la que hemos optado previamente. Estos procesos deben desvelar cómo la estructura sociopolítica opera en la salud y la práctica de una atención sensible a la cultura, proyectando acciones que persigan la transformación social. Defendemos que para que el alumnado desarrolle dichos niveles de conciencia y compromiso, es crucial que se involucren en procesos de aprendizaje activos que estén vinculados con la praxis. Estos procesos formativos se convierten en proyectos de vida, en los que el profesorado toma el rol de inductor de ese tránsito transformador.

Tras posicionarnos teóricamente desde el interés crítico, necesitamos dar pasos a la hora de concretar cómo llevarlo a la práctica. El Modelo de aprendizaje transformador de Mezirow (1991) representa una opción interesante para el desarrollo de la competencia cultural ya que, como veremos en el siguiente apartado, es coherente con el interés que nos guía, presenta una estructura de identificación de los elementos sobre los que hay que trabajar de cara a la transformación, y proporciona unas estrategias de intervención encaminadas a reconstruir dichos elementos y emprender acciones que contribuyan a la transformación social.

2.2. El Modelo de aprendizaje transformador de Mezirow aplicado a la formación en competencia cultural

Con la finalidad de lograr un aprendizaje transformador seleccionamos a Mezirow, en contraposición con el modelo de aprendizaje experiencial de Kolb (1984) recomendado por Landis y col (2004) expertos en formación en competencia cultural. El modelo de Kolb se sitúa en un interés práctico (Duffy, 2001), mientras que el planteado por

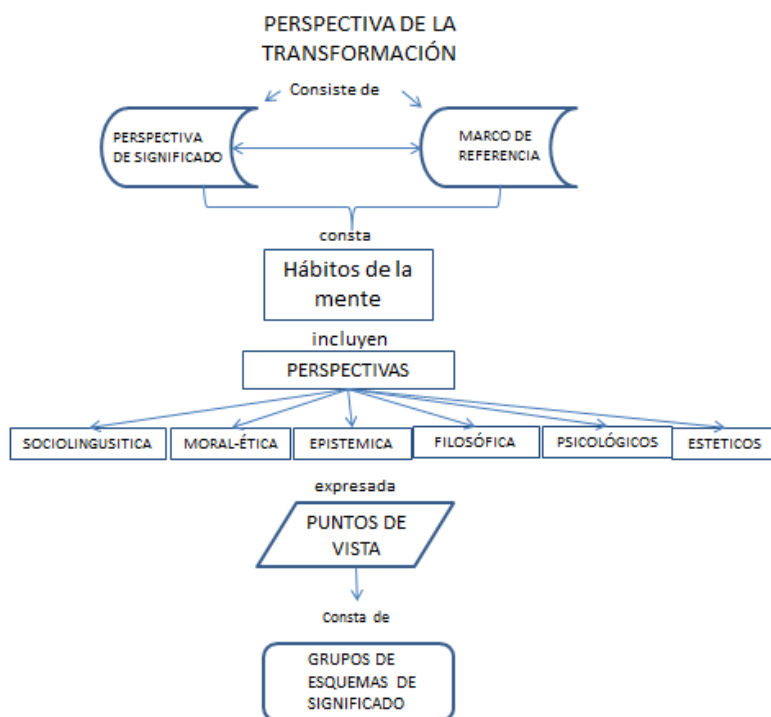
Mezirow se sitúan en una perspectiva orientada desde un interés crítico (Mezirow, 1997).

En relación al tipo de reflexión, Kolb (1984) induce a una indagación que comienzan con la pregunta ¿qué...? y va encaminada a que el estudiante sea consciente de los conocimientos, creencias y sentimientos con el fin de mejorar la comprensión de uno mismo y de los demás. Sin embargo, la reflexión crítica propuesta por Mezirow va más allá, impulsando preguntas acerca del “qué” y del “por qué” provoca dudas sobre los supuestos existentes y promueve la ampliación de las perspectivas. En este caso, los presupuestos que limitan la percepción, la comprensión, y los sentimientos acerca de uno mismo, los demás y del mundo, se desvelan para ser examinados y reconstruidos. En esta estrategia, la lente crítica se expande y se aplica hacia uno mismo y la cultura a la que pertenece para ampliar las perspectivas que se opongan a la perpetuación del status quo institucional, el etnocentrismo, la superioridad y hegemonía cultural (Duffy, 2001).

El modelo de aprendizaje transformador de Mezirow (1997; 2000) está influenciado por el pensamiento de Paulo Freire y por la Teoría Crítica de la Escuela Alemana de Frankfurt, en particular por el trabajo de Jürgen Habermas.

En consonancia con la perspectiva crítica, Mezirow y Taylor (2009) conciben la transformación como el proceso de tomar conciencia crítica de cómo y por qué ciertos marcos de referencia previos modulan la forma de percibir, comprender, y sentir nuestro mundo. Desvelar estas asunciones tiene como fin reformular y promover una perspectiva más amplia, permeable e integradora, de forma que las decisiones se transformen en acciones en base a ésta nueva forma de ver el mundo (Mezirow y Taylor, 2009).

En la Figura 2 se esquematiza el proceso de aprendizaje transformador, estructura a través de la que Mezirow explica cómo se construyen los marcos de referencia y que nos permite vislumbrar dónde hay que intervenir para contribuir al desarrollo de un aprendizaje transformador.



Fuente: Traducido de Kitchenham (2008).

Figura 2. Diagrama del modelo de aprendizaje transformador de Mezirow.

Según Mezirow (1997; 2000; 2009), para llegar a la transformación se tienen que cambiar los marcos de referencia, asumidos en nuestro proceso de socialización, y generados por las estructuras sociales y culturales, a través de las cuales construimos la perspectiva de significado y damos sentido a nuestras experiencias. Tanto los marcos de referencia, como las perspectivas de significados, dan forma y delimitan las expectativas, las percepciones, las cogniciones y los sentimientos, influyendo directamente en nuestro comportamiento. Los marcos de referencia abarcan componentes cognitivos, conativos y emocionales, influyen en las diferentes perspectivas y configuran los hábitos de la mente. Los hábitos de la mente se proyectan en puntos de vista, que se agrupan en esquemas de significado. A modo de ejemplo, el etnocentrismo es un hábito de la mente (Mezirow, 1997), por el que se analiza el mundo de acuerdo con los parámetros de la propia cultura y normalmente implica que la propia práctica es superior a la de otros grupos. Este hábito de la mente del estudiante en una inmersión cultural, se expresa en un determinado punto de vista, por ejemplo, juzgando como inadecuado los horarios de comida de ese grupo

cultural. Los puntos de vista se aúnan en grupos de esquemas de significados que constituyen los constructos ideológicos.

Entre las estrategias encaminadas a la transformación, Mezirow (1991) incluye el discurso racional y la reflexión crítica. Este proceso de reflexión requiere de un examen de los supuestos previos encaminados a la toma de conciencia de por qué percibimos, pensamos y sentimos como lo hacemos y las razones que nos llevan a ello. Este proceso conlleva revisar si las creencias adquiridas a través de la asimilación cultural son funcionales, en este momento, como adultos (Mezirow, 1997). Asimismo, se puede utilizar el discurso racional para orientar el diálogo hacia una evaluación crítica de las suposiciones que conducen a una mayor comprensión de la experiencia colectiva (Mezirow y Taylor, 2009). Para que los y las participantes cooperen en el discurso es esencial que quieran participar y que tengan sentimientos de confianza, solidaridad, seguridad y empatía.

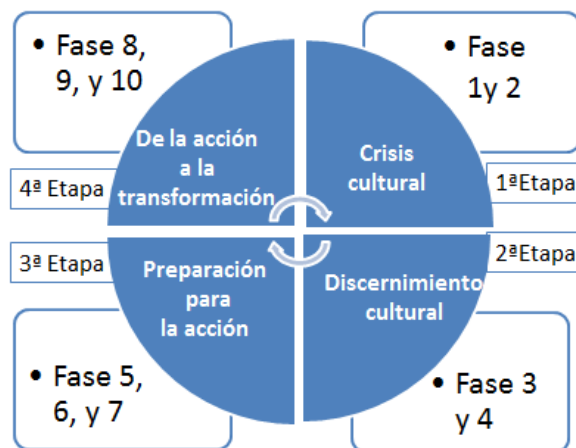
En síntesis, el modelo de aprendizaje transformador de Mezirow (1991) aporta una estructura que nos ayuda a comprender cómo se construyen los marcos de referencia y aporta las estrategias a utilizar para reconstruir dichos marcos en pro de la transformación. Tomando como punto de partida este modelo, en el siguiente apartado, presentamos y proponemos el proceso en diez fases creado por Mezirow (1991) para concretizar el cambio.

2.2.1. Fases del modelo de aprendizaje transformador de Mezirow adaptado a la formación de competencia cultural en Enfermería

Mezirow (1991) propuso una estrategia de intervención en diez fases, en las que utilizando la reflexión crítica y el discurso racional se da lugar a la transformación de perspectiva y a plasmar, dicha transformación, en acciones de cambio social. Las diez fases son las siguientes: (1) Un dilema desorientador; (2) El autoexamen de los pensamiento, sentimientos y juicios; (3) La evaluación crítica de los supuestos epistémicos, socioculturales y psíquicos; (4) El reconocimiento del descontento de uno y el proceso de transformación son compartidos; (5) La exploración de opciones para nuevos roles, relaciones y acciones; (6) La planificación de un curso de acción; (7) La adquisición de conocimientos y habilidades para la implementación del plan; (8) La

prueba del nuevo rol; (9) La construcción de la competencia y la auto-confianza en las nuevas funciones y relaciones; (10) La reintegración en la vida en base a las condiciones dictadas por la nueva perspectiva.

Tomando como punto de partida las fases planteadas y adaptándolo a la formación en competencia cultural en el ámbito de la salud, hemos agrupado dichas fases en cuatro etapas con el fin de simplificar la explicación de la intervención en el proceso formativo (Figura 3).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Etapas y fases del Modelo de aprendizaje transformador de Mezirow.

La primera etapa la denominamos “crisis cultural”, y en ella agrupamos la fase 1 y 2 de Mezirow. En la fase 1 exponemos al alumnado a una experiencia concreta desconcertante. En el caso del desarrollo de la competencia cultural, se presenta al alumnado un incidente crítico que suponga un conflicto cultural. Este conflicto se puede desarrollar mediante una experiencia con personas de otras culturas o un sucedáneo de experiencia cultural. El sucedáneo de experiencia cultural se provoca a través de la lectura de un caso, un juego de simulación cultural o un video... En la fase 2, se procede a reflexionar y compartir los sentimientos, pensamientos e incluso los juicios que emergen de la experiencia generada en la fase anterior.

La segunda etapa es la del “discernimiento cultural” y recoge las fases 3 y 4. En la fase 3 el alumnado participante reflexionará, con la ayuda de lecturas y la confrontación de los facilitadores, por qué se sienten y piensan de esa manera, qué creencias o asunciones (culturales, sociopolíticas, epistémicas...) están detrás y dan sustento a sus respuestas ante el conflicto cultural. En definitiva, aprovechamos la crisis que emerge

del conflicto como una oportunidad para promover discursos racionales que les lleven a reinterpretar la situación. En la fase 4, con la ayuda de preguntas detonantes, check list, lluvia de ideas u otras estrategias, ayudamos a los y las estudiantes a reflexionar sobre su posicionamiento inicial, valorando los pensamientos, sentimientos y juicios que emergen. Tras compartir las respuestas en el grupo, los y las estudiantes son confrontados con sus posicionamientos anteriores, los cuales se convierten en motivadores del cambio generando interrogantes acerca de lo que se puede hacer al respecto.

La etapa 3 de “preparación para la acción” agrupa las fases 5, 6 y 7 del modelo de aprendizaje transformador de Mezirow. En la fase 5 se teoriza sobre nuevos roles, relaciones y acciones fruto de las reflexiones sobre la experiencia. Dicha teorización puede construirse con el análisis de bibliografía relevante y el apoyo de la facilitación. En la fase 6, con la teorización construida y esa nueva mirada adquirida, se vuelve a analizar la situación planificando estrategias de actuación que se proyectan a una experiencia cultural activa. En la fase 7 se detectan déficits personales y colectivos para la implementación del plan y se trabaja en la integración de conocimientos y habilidades pertinentes.

La cuarta etapa, que denominamos “De la acción a la transformación”, aglutina las fases 8, 9 y 10 de Mezirow. En la fase 8 se evalúa el plan de acción elaborado bien a través encuentros con personas de otras culturas o a través de simulaciones (juegos de asimilación, rol playings....) (Fowler y Blohm, 2004). En este momento, con la ayuda de los y las participantes, se refuerzan las fortalezas y se recogen las áreas de mejora. En la fase 9 se proporcionan herramientas que permitan consolidar la percepción de autoeficacia cultural y contribuyan a una autoreconstrucción personal hacia una nueva identidad más competente culturalmente. En la fase 10 el alumnado se compromete e integra en la vida cotidiana la competencia cultural desde la nueva perspectiva derivada del proceso.

Este esquema en cuatro etapas permite condensar mejor el proceso de formación, darle un ritmo más global y sobre todo más manejable desde el punto de vista del diseño y la realización práctica.

2.3. El proceso de enseñanza-aprendizaje de la competencia cultural

Tanto la exposición del modelo de Mezirow, como nuestra propuesta sintetizada en cuatro etapas, dan cuenta que el desarrollo de la competencia cultural es un proceso complejo de construcción–reconstrucción de conocimientos, actitudes y habilidades que incrementan la interacción efectiva y afectiva con los otros.

Este proceso tienen que inducir a que el alumnado entienda la complejidad multifactorial de los fenómenos, tome conciencia de los propios valores y de los valores de los otros, y desarrolle autorreflexión, autovaloración, autoconciencia, sensibilidad, conciencia y competencia cultural (Purnell y Paulanka, 2008), generando cambios profundos en los marcos de referencia. Por la complejidad que entraña el desarrollo de estos procesos formativos no se pueden generar a través de intervenciones puntuales, ni con la utilización de una única estrategia pedagógica en una asignatura de un determinado semestre, sino con procesos de crecimiento de toda una vida personal-profesional (Campinha-Bacote, 2002). Requiere, por tanto, de un abordaje paulatino con estrategias pedagógicas diferentes, progresivas y espaciadas en el tiempo que permitan que la persona alterne momentos crítico-reconstructivos con momentos de integración y maduración, para de forma cíclica o recursiva, volver a experimentar nuevas situaciones, reflexionar sobre ellas favoreciendo nuevamente el avance en la integración de los atributos de la competencia cultural.

La complejidad del desarrollo de la competencia cultural lo representamos en la Figura 4, donde la espiral simboliza la competencia cultural, cada hilo de color constituye un atributo de la competencia, y las flechas, la implementación de las diferentes estrategias pedagógicas. En la figura representamos cómo a través de estrategias pedagógicas variadas y a lo largo de toda la carrera, los hilos o atributos van dilatándose y entretejiéndose. Como en cualquier tejido, es importante que todos los hilos formen parte de la trama, ya que todos los atributos de las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual son necesarios para establecer una atención sensible a la cultura. El crecimiento paralelo y progresivo de todos los hilos entretejidos contribuye al despliegue de la competencia cultural (Campinha-Bacote 2010; 2011).



Fuente: Elaboración propia a partir de imagen ajena capturada.

Figura 4. Representación del proceso de formación de la competencia cultural.

Este tipo de procesos requiere de modelos curriculares integrados, en los que los objetivos y las estrategias pedagógicas, orientadas a todas las dimensiones de la competencia cultural (cognitiva, afectivo –actitudinal, y conductual), se incorporen sistemáticamente en los diferentes cursos de la formación básica (Landis, Bennet y Bennet, 2004). Schoeder (2012) plantea que este tipo de enfoque es difícil de implementar, ya que requiere la cooperación y formación de todo el profesorado y evaluaciones cuidadosas en todos los cursos del programa formativo para asegurarse que está cumplimentándose y cubriendo las expectativas.

En este sentido, la Asociación Americana de Facultades de Medicina aprobó un Plan de integración de la competencia cultural en su currículo (BICCC) adoptando un modelo semejante al que planteamos en este marco teórico (Cuéllar y col, 2008; Meleis, 2008; Watts, Cuéllar, y O'Sullivan, 2008). El plan presenta un escalonamiento con objetivos de diferente nivel de intensidad para cada dimensión de la competencia y cada curso del plan de estudios. La evaluación de este plan curricular identificó una mejora en la organización, el abordaje del contenido y la integración de estrategias de aprendizaje creativas por parte de todo el profesorado de la facultad (Cuéllar y col, 2008; Watts y col., 2008).

Diferentes autores indican que en el momento de diseñar el proceso formativo hay que tener en cuenta que está mediatizado por la cultura, y que ésta influye en los estilos de aprendizaje, de pensamiento y de comunicación. Por tanto, lo que es efectivo en unos contextos culturales puede ser no es adecuado en otros (Landis y col, 2004; Joy y Kolb, 2009). El condicionamiento cultural debe ser tenido en cuenta sobre todo en los primeros años de Educación Superior, ya que los y las estudiantes todavía no están totalmente socializados en la disciplina, y por tanto, las diferencias basadas en la cultura pueden ser más pronunciadas (Joy y Kolb, 2009;).

Este tipo de proceso formativo se enfrenta al reto de desarrollar estrategias de enseñanza-aprendizaje coherentes con el modelo teórico en el que se sustenta. Para poner en acción la formación transformadora de la competencia cultural es imprescindible que las estrategias pedagógicas sean activas e innovadoras, intelectualmente estimulantes, emocionalmente gratificantes y adecuadas para desarrollar la competencia cultural en los estudiantes de Enfermería (Jeffreys, 2010; Clingerman, 2011; Jeffreys y Dogan, 2011; Larsen y Reif, 2011; Andrews y Boyle, 2012).

Son varias las estrategias que se implantan en la formación de la competencia cultural, desde las consideradas tradicionales de tipo expositivo, hasta las consideradas activas como los juegos de simulación. Las estrategias pedagógicas promueven diferentes niveles de implicación en el alumnado. Aunque todas son necesarias en la formación, las de alto nivel de implicación tienen un efecto transformador mayor.

El encuentro cultural es una de las estrategias que tiene efectos en las tres dimensiones de competencia cultural, que requieren una mayor implicación por parte del alumnado y, por tanto, es una de las más potentes para contribuir al crecimiento de la competencia cultural. Expertos como Campinha-Bacote (2010), defienden que es una condición para desarrollar la competencia cultural.

Podemos definir el encuentro cultural como cualquier situación en la que una enfermera o estudiante interacciona con una o varias personas de una cultura distinta a la suya, ofreciendo un entorno que permite que esta competencia se desarrolle (Campinha-Bacote, 2002; Suh, 2004, Andrwes y Boyle, 2012). Los encuentros culturales

pueden variar en intensidad según el número de personas con las que se contacta y con la posición de poder de la cultura en la que se sitúa la persona profesional y el o la paciente. Asimismo, la potencia del efecto del encuentro cultural variará en relación con la intensidad de los encuentros y la metodología pedagógica que se utilice (Van de Verg y Paige, 2012). Así, consideramos un nivel de encuentro de intensidad alta cuando el profesional hace una inmersión, como miembro de una cultura minoritaria, en una cultura dominante y mayoritaria a la que tiene que atender. Por el contrario un nivel de baja o intermedia intensidad se produce cuando un profesional o estudiante, que forma parte de la cultura dominante o mayoritaria, entra en contacto con un número reducido o amplio de personas de una cultura minoritaria.

Desde nuestro punto de vista, la primera modalidad es la más efectiva en los procesos de desarrollo de la competencia intercultural (Van de Verg y Paige, 2012), pero estimamos importante que en los procesos formativos se planifiquen encuentros culturales de diferentes gradientes o intensidades desde el encuentro mínimo a la inmersión cultural (Lockhart y Resick, 1997; Ryan y Twibell, 2000; Ryan y Twibell, 2002).

Por ser la inmersión cultural el objeto de estudio de esta investigación, se dedicará el siguiente capítulo a ahondar en la comprensión de lo que implica emprender una inmersión cultural y lo que se ha investigado hasta la actualidad acerca de su efecto en el desarrollo de la competencia cultural, en especial en las estudiantes de Enfermería.

Capítulo III. La inmersión cultural como estrategia formativa y el proceso de aculturación

CAPÍTULO III. LA INMERSIÓN CULTURAL COMO ESTRATEGIA FORMATIVA Y EL PROCESO DE ACULTURACIÓN

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el objeto de estudio de esta tesis lo constituye la inmersión cultural como estrategia de desarrollo de la competencia cultural. En este capítulo vamos a considerar y explicitar el conocimiento construido en torno al proceso de indagación sobre este objeto de estudio. En primer lugar, clarificaremos qué entendemos por inmersión cultural y en qué fundamentamos su efectividad como herramienta clave para el desarrollo de la competencia cultural. Asimismo, plantearemos las estrategias pedagógicas que tienen que ir asociadas para optimizar dicho proceso formativo. La inmersión cultural expone al alumnado a una situación de estrés por el choque con la nueva cultura, que genera malestar y puede constituir una barrera para que desarrolle la competencia cultural, si no se ponen en marcha las estrategias de apoyo adecuadas.

En segundo lugar, y para que los mentores y las mentoras identifiquen las estrategias adecuadas, es preciso ahondar en el conocimiento construido acerca de cómo se genera este tipo de estrés, las fases por las que transitan las personas que lo experimentan, y qué modelos teóricos explican los factores que modulan la percepción de la inmersión en otra cultura como una experiencia estresante.

En tercer lugar, expondremos el estado actual del tema en relación al efecto de la inmersión de estudiantes de Enfermería en una cultura profesional diferente a nivel personal, profesional y, en especial, en el desarrollo de la competencia cultural. Por último, y fruto del análisis expuesto, identificaremos los interrogantes sobre los que entendemos hace falta indagar en la presente tesis.

3.1. La inmersión cultural como estrategia formativa

Antes de emprender el proceso de indagación sobre este objeto de estudio es importante clarificar qué entendemos por inmersión cultural, y qué se conoce acerca de ésta como estrategia formativa para contribuir al desarrollo de la competencia cultural.

En los capítulos anteriores constatamos la importancia de desplegar los encuentros culturales como estrategias formativas, de fundamental importancia para potenciar la competencia cultural. El encuentro cultural implica cualquier situación en la que una enfermera o estudiante interacciona con una o varias personas de una cultura distinta a la suya, ofreciendo un entorno que permite que esta competencia se desarrolle (Campinha-Bacote, 2002; Suh, 2004, Andrwes y Boyle, 2012). Existen diferentes clases de encuentros culturales, entre ellos destacamos la inmersión en otra cultura. En esta tesis, de acuerdo con Smith-Miller y col (2010), entendemos la inmersión cultural como un tipo de encuentro cultural en el que un o una estudiante se zambulle como miembro de una cultura minoritaria en una dominante y mayoritaria.

Al igual que cuando una persona se lanza al agua, el hecho de zambullirse en otra cultura trae aparejado el abandono de la zona de confort que aporta estar en la propia cultura, para adentrarse en un mundo desconocido, el de la cultura de los otros. Este proceso de inmersión en el ámbito de la práctica clínica es considerado como idóneo para el desarrollo de la competencia cultural en las enfermeras.

La profundidad de esta inmersión va a depender de los objetivos del programa formativo, de la duración y de la implicación personal de cada estudiante (Vande Berg y Paige, 2012), dando lugar a inmersiones denominadas superficiales y profundas. Por inmersiones superficiales nos referimos a intercambios de corta duración con una práctica observacional. Por el contrario, las inmersiones profundas hacen referencia a experiencias de intercambio de larga duración con implicación y responsabilidad en la atención directa a pacientes. Se denomina inmersión profunda porque para emprender un cuidado sensible a la cultura es preciso comprometerse, aceptar el riesgo, zambullirse de forma activa y profunda en la cultura del otro, e interactuar con las personas de esa cultura, de forma que se pueda llegar a conocer y comprender dicha cultura.

Es esperable que el alumnado que hace una inmersión profunda, desarrolle la competencia cultural, ahora bien, no todo el mundo se compromete y es capaz de afrontar los retos derivados, y fracasan a la hora de desarrollar esta competencia (Koskinen, 2003). Diversas investigaciones constatan que las inmersiones culturales

por si solas no garantizan el desarrollo de la competencia cultural y señalan el éxito de otras medidas complementarias a la inmersión: Maxsa (Maximising study abroad (Cohen, 2005), “el Georgetown Consortium Project (Vande Berg, Connor-Linton y Paige; 2009) y The American University Center of Provenance: Comprehensive, On-site Intercultural Intervention (Engle, 2009).

Tomando como punto de partida este conocimiento, Van de Berg y Paige (2012), sugieren que el aprendizaje real se produce cuando el alumnado, inmerso en otra cultura, está expuesto a un proceso formativo comprensivo y longitudinal que englobe estrategias didácticas antes, durante y después de la inmersión cultural.

Dichos procesos formativos, en coherencia con la perspectiva crítica defendida en el capítulo II, tienen que:

- a) **Abordar contenidos sobre aspectos genéricos de la competencia cultural, y específicos de la cultura del país de acogida.** Es importante que el alumnado conozca lo que implica el proceso de adaptación a otra cultura. Este conocimiento, de acuerdo con Engle (2009), les permite ser conscientes de sí mismo, ser más observadores de los patrones culturales diferentes, reconocer las diferentes fases del proceso de adaptación cultural y dirigir su aprendizaje con el fin de obtener mayor competencia intercultural. Asimismo, como se señalamos en el capítulo II, se deben de formar en el idioma del lugar, y se les debe proporcionar información sobre los valores, las creencias, la situación socio-político-económica del país, las costumbres, y las prácticas de cuidado específicas de esa cultura. En definitiva, el contenido cultural ancla la experiencia intercultural al servir como una base para la reflexión y el aprendizaje (Engle, 2009).
- b) **Recoger los momentos críticos y acompañarlos de procesos de reflexión crítica.** Adler (1975) indica que para poder desarrollar la competencia cultural es necesario que se experimenten momentos críticos de intensidad alta. El sumergirse en un grupo con diferentes reglas, normas, valores, creencias y prácticas, genera una situación estresante y crítica al desproveer de muchos recursos y claves de interacción que se manejan en la vida cotidiana y que son

transmitidos a través de la cultura (Ruddock y Turner de 2007; Sáenz y Holcomb, 2009). El acompañar estos momentos críticos con procesos de reflexión crítica, como los desarrollados por Merizow (2000), e incluidos en el capítulo anterior, son esenciales para el desarrollo de la citada competencia. De acuerdo con Passarelli y Kolb (2012), argumentamos que es a través de la reflexión en curso, que el alumnado otorga significado a sus encuentros culturales. A su vez, los y las estudiantes comienzan a cuestionar sus propias suposiciones, considerar otras perspectivas culturales y cambiar su marco de referencia, potenciando procesos que favorecen una comprensión sociopolítica y la transformación social.

- c) **Promover la metacognición.** En este contexto, y de acuerdo con Van de Berg y Paige (2012), es importante poner en marcha procesos que estimulen la toma de conciencia del propio proceso; de forma que el alumnado dé significado a los eventos vividos, y pueda hacer uso de la nueva forma de entender para implicarse más efectiva y comprometidamente con las personas de otras culturas (Vande Berg y Paige, 2012).
- d) **Potenciar el papel de la mentoría/tutoría.** El mentor o la mentora, apoyándose en la reflexión, ayudan a revisar las experiencias, a entender mejor la naturaleza intercultural de esos encuentros, y a contrastar la reacción ante las diferencias culturales. Además, facilita los procesos de adaptación y aculturación, y proporciona una retroalimentación coherente con el nivel de desarrollo intercultural del alumnado. Paige y Goode (2009) señalan que la competencia de los mentores y las mentoras culturales es una clave esencial del éxito del alumnado.
- e) **Ser reiterativos y perseverantes.** Puesto que el desarrollo de la competencia cultural es un proceso complejo y a largo plazo, pensamos que para avanzar es importante ser perseverante y experimentar nuevos incidentes críticos acompañados de un análisis cultural y una introspección crítica que siga promoviendo la reconstrucción y transformación de su visión del mundo (Maltby y Abrams, 200; Edmonds, 2012).

En conclusión, una inmersión profunda en una cultura profesional diferente constituye una estrategia formativa cardinal en el desarrollo de la competencia cultural. La

inmersión cultural debe de estar apoyada por un proceso formativo comprensivo e integral que ayude a aprovechar el efecto de los momentos críticos que se producen durante la inmersión. Estos momentos críticos, generados por los desafíos, conllevan una vivencia estresante sobre la que se debe de profundizar para que sea gestionada adecuadamente y contribuir al desarrollo de la competencia cultural.

3.2. El estrés aculturativo, fases y factores que influyen el proceso de aculturación

Para poder acompañar de una forma adecuada a los y las estudiantes que experimentan una inmersión cultural es necesario comprender la reacción de estrés que se genera al adentrarse en la otra cultura, las fases por las que las personas transitan o proceso de aculturación y los factores que modulan dichos procesos.

3.2.1. El choque cultural y estrés aculturativo

La persona que se traslada a vivir a un nuevo marco cultural experimenta una situación estresante denominada choque cultural o estrés aculturativo. El término choque cultural fue acuñado por primera vez en 1960 por Kalervo Oberg, un antropólogo fines-canadiense que en la década de los 50 se afanó en la realización de estudios de campo sobre los problemas de aculturación y adaptación experimentados por algunos americanos que trabajaron en proyectos de salud en Brasil. Oberg (1960) indica que el choque cultural se precipita por la ansiedad que resulta de la pérdida de todos los signos y símbolos que nos son familiares en las relaciones sociales.

A partir de los trabajos de este antropólogo, autores como Bock (1970), Adler (1975), Taft (1977), Brislin (1986) y Madeleine Leininger (1995) han desarrollado definiciones con la misma orientación. De estas definiciones extraemos los siguientes aspectos con los que se relaciona el concepto:

- a. El estrés se genera por el esfuerzo que se requiere para adaptarse psicológicamente a la nueva cultura.
- b. Una sensación de pérdida relacionada con sentimientos de privación de amistades, profesión y posesiones.

- c. El rechazo de los miembros que participan en el proceso.
- d. La confusión en los roles, valores, sentimientos y en la percepción de la propia identidad.
- e. La sorpresa, ansiedad, incluso disgusto e indignación frente a las diferencias culturales; y los sentimientos de impotencia por no poder hacer frente al nuevo entorno.

A pesar de que el término choque cultural se sigue utilizando en la actualidad, en este marco teórico nos referiremos a este constructo como “estrés aculturativo”. Según Sam y Berry (2006), el estrés aculturativo se define como el tipo especial de tensión que surge al comprobar las diferencias entre culturas, el esfuerzo constante para transformar y/o compatibilizar pautas y actitudes enraizadas que se manifiesta en forma de problemas psicológicos, somáticos y de relación social.

Argumentamos, de acuerdo a Sam y Berry (2006), que el término “estrés aculturativo” es más adecuado que el de “choque cultural” porque:

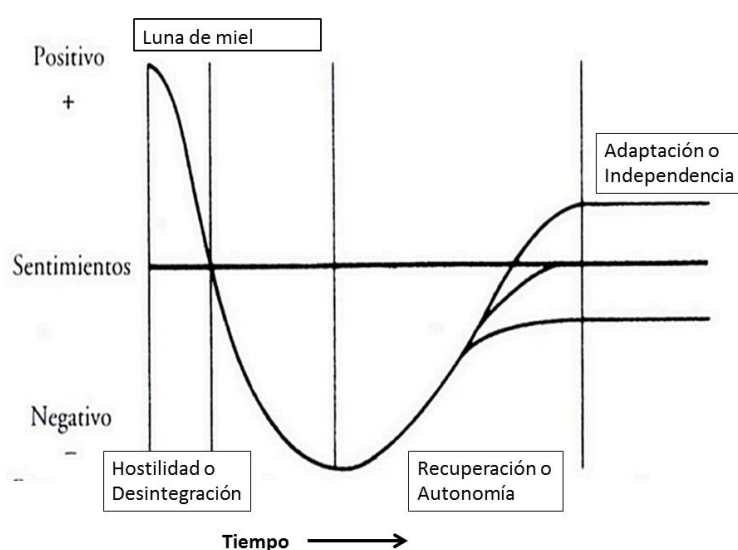
- a) El constructo estrés está respaldado por un marco teórico que facilita la profundización e interpretación de este fenómeno, hecho que no sucede al utilizar la noción de “choque”.
- b) El choque tiene cierta connotación negativa, mientras que el estrés puede tener aspectos positivos y negativos.
- c) El término “choque” es relativo a una reacción que se da de inmediato y de forma consciente, mientras que las reacciones que se generan en el encuentro intercultural, se presentan de manera inconsciente y gradual variando conforme se va produciendo el contacto con la nueva cultura.

3.2.2. Etapas del proceso de aculturación

El proceso de aculturación se concibe de diferente forma dependiendo de la disciplina que lo estudia. En esta tesis nos acogemos a la adoptada por la psicología social, cuyo énfasis se sitúa en la adaptación psicológica y sociocultural que conlleva la integración de elementos culturales, es decir la aculturación (Albert, 2006). Este proceso por el

que transita una persona que hace una inmersión en otra cultura pasa por diferentes etapas.

Oberg (1960) y Adler (1975) son los primeros autores que describen las diferentes etapas, que en su momento denominaban etapas del choque cultural. Fusionamos la propuesta de ambos, ya que los dos describen el mismo número de etapas, conformando un proceso de aculturación en U, con momentos más álgidos de ánimo, el de la luna de miel y la adaptación o independencia, y dos etapas intermedias más críticas (Figura 5).



Fuente: Adaptado de Hofstede (1999).

Figura 5. Etapas del proceso de aculturación.

En la primera etapa o “la luna de miel” (Oberg, 1960; Adler, 1975), los primeros encuentros interpersonales con los individuos del país anfitrión son afables, aunque superficiales. En esta etapa la persona está entusiasmada con su nuevo entorno y con ganas de participar activamente en la cultura de acogida. Estiman que la duración variará desde unos pocos días a unas semanas e incluso unos meses, dependiendo de las circunstancias de los individuos.

La segunda etapa, denominada hostilidad (Oberg, 1960) o desintegración (Adler, 1975), se produce cuando la persona tiene que superar problemas como el idioma, el alojamiento, el transporte, hacer compras, etc. En esta etapa todo lo que parecía

atractivo, ahora provoca desorientación y confusión. En ese momento se toma conciencia que los comportamientos chocan con los códigos culturales de la sociedad de acogida. Surgen las dificultades de comunicación para entender y ser entendido. Fruto de esta situación aparecen las dificultades para relacionarse y para desenvolverse en los diferentes ámbitos (laborales, de estudios, sociales...). Este conjunto de vivencias, deriva en un incremento de ansiedad, frustración, incompetencia y pérdida de autoestima, provocando lo que Oberg (1960) identificó como momento crítico en el proceso de aculturación. Todo ello conduce a que la persona experimente la soledad y el aislamiento o alienación. Adler (1975) descompone esta etapa en dos denominadas desintegración y reintegración.

La tercera etapa es conocida como la recuperación (Oberg, 1960) o la autonomía (Adler, 1975). En este momento, la persona está más familiarizada con el ambiente, conoce y comprende los códigos culturales. Se da un proceso de resolución de crisis y aprendizaje cultural que se caracteriza por la aceptación de la cultura y de las personas del país de acogida, o bien, un estado de resignación de la situación en la que uno intenta sacar lo mejor de la experiencia. La persona, en esta etapa, retoma el sentido del humor y el placer por las actividades desarrolladas. Empieza hacer un balance psicológico y a desarrollar un sentimiento de pertenencia. Aquí se inicia la evaluación de los valores propios y de los de la sociedad de acogida.

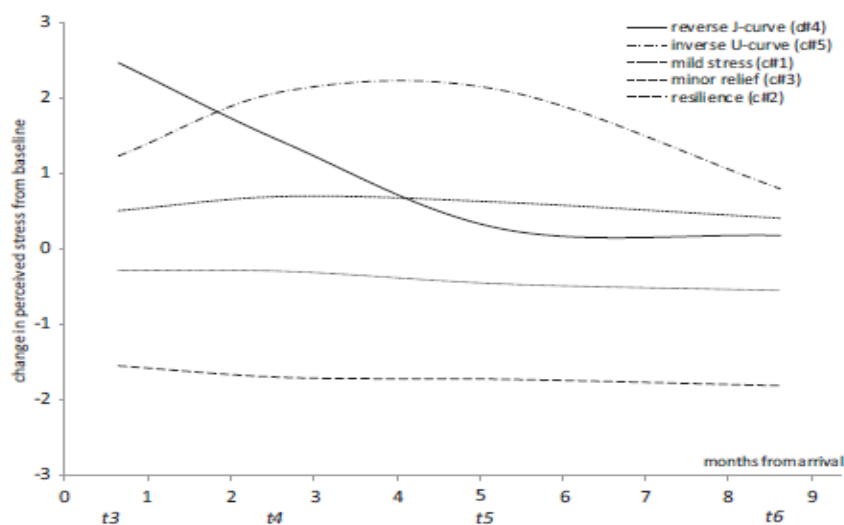
La cuarta etapa se describe como la completa adaptación (Oberg, 1960) y/o la independencia (Adler, 1975), en la que la persona empieza a aceptar que la nueva cultura tiene cosas positivas y negativas que ofrecerle. Este proceso de integración está acompañado también por un sentimiento de pertenencia más sólido. La persona empieza a establecer metas más claras y definir su destino en la nueva cultura. También se caracteriza por haber desarrollado aprecio por las costumbres, la comida, el idioma y las personas del lugar, reflejando el disfrute y la adaptación al nuevo entorno.

Adler (1975) incluye una quinta etapa que denomina el choque de retorno. Se produce cuando se regresa al país de origen y se toma conciencia de un contraste entre su nueva identidad y la cultura de su país de origen. Este proceso es difícil por ser

inesperado, ya que se entiende que se puede sufrir al vivir en otra cultura, pero no se espera que se produzca en la cultura origen.

Ward (2005) y Demes y Geeraert (2015) en contraposición con Adler (1975) y Oberg (Oberg, 1960), señalan que las etapas pueden aparecer de una manera continua o en momentos diferentes, y con diferentes connotaciones e intensidad para las diferentes personas que experimentan la inmersión en otra cultura. Demes y Geeraert (2015) realizaron un estudio con una muestra de 2480 estudiantes que participaban en un programa de intercambio cultural haciendo un seguimiento desde los dos meses anteriores a los seis meses posteriores al intercambio. Como se puede observar en la Figura 6, el estudio identificó cinco patrones:

1. Curva en J inversa: con un momento álgido de estrés que va disminuyendo conforme avanza el intercambio. (n=64; 3,2%).
2. Curva en U inversa: con un estrés leve en el comienzo que aumenta a mitad de periodos del intercambio y vuelve a disminuir conforme avanza el mismo. (n=98; 4,9%).
3. Estrés leve constante: que describe un pequeño aumento del estrés que se mantiene a lo largo del intercambio (n=819; 40,6%)
4. Pequeño descenso del estrés durante el intercambio (n= 951; 47,2%).
5. Resiliencia: con una disminución marcada y estable del nivel de estrés (n=83; 4,1%).



Fuente: Demes y Geeraert (2015).

Nota: En el eje Y se refleja el cambio en el nivel de estrés, donde los valores sobre 0 representan un aumento en el estrés previo al intercambio y los valores negativos una disminución. El eje X refleja el tiempo de estancia en meses.

Figura 6. Patrones de cambio en la percepción de estrés del alumnado a lo largo del tiempo.

El interés por conocer el estado actual del tema acerca de la experiencia estresante y las fases del proceso de aculturación por las que transitan los y las estudiantes de Enfermería que realizan una inmersión cultural, nos condujo a efectuar una revisión de los estudios publicados que se resumen al final de este capítulo. De los 18 estudios revisados, no encontramos investigaciones que estudiaran las fases del proceso de aculturación, aunque 6 estudios identifican cómo la vivencia de los y las estudiantes pasa por diferentes momentos o fases. De las 6 publicaciones, 4 estudios (Rolls, Inglis, y Kristy, 1997; Ryan y Twibell, 1997; Grant y McKenna, 2003; Ruddock y Turner, 2007) exponen una experiencia que se acerca a la evolución de la etapa de crisis cultural a la adaptación cultural descrita por Oberg (1960) y Adler (1975). Las otras 2 investigaciones (Koskinen y Tossavainen, 2004; Pross, 2000; 2005), añaden una etapa previa en la que describen aspectos sobre la preparación.

Los otros 12 estudios (Ryan y Twibell, 1997; Holstege, 2000; Inglis, Rolls y Kristy, 2000; Scholes y Moore, 2000; DeDee, 2003; Koskinen y Tossavainen, 2003; Koskinen y Jokinen, 2004; Lee, 2004; Greatrex-White, 2007, 2008; Green y col, 2008; Morgan, 2012) abordan la descripción del momento de estrés más álgido, con correspondencia únicamente con la fase 2 de Oberg (1960) y Adler (1975) exponiendo algunos de los estresores culturales, las respuestas emocionales e incluso algunas de las estrategias de afrontamiento más útiles.

Ante la escasez de estudios, insistimos en el interés de investigar las etapas del proceso de aculturación de los estudiantes de Enfermería, dada la importancia de un conocimiento consolidado para poder acompañar las inmersiones culturales de forma que puedan ser efectivas.

No obstante, este conocimiento no sería suficiente ya que además de dibujar las fases por las que transitan sería necesario entender los factores que modulan la experiencia estresante y facilitan la adaptación psicológica y sociocultural.

3.2.4. Modelos sobre los factores moduladores de la inmersión cultural

Con la intención de buscar modelos que ayuden a comprender los factores que influyen en el proceso de aculturación del alumnado durante una inmersión

prolongada realizamos una revisión de la literatura. El único modelo identificado que contemple la inmersión cultural como estrategia formativa en estudiantes de Enfermería fue desarrollado por Ryan y Twibell (2002). Las limitaciones de la investigación en la que se fundamentó el modelo, su carácter lineal y la ausencia de ciertos factores que entendíamos importantes, nos impulsó a ampliar la búsqueda a otros modelos de aculturación generales (Gordon, 1964; Berry, 1980; 1989; 1997; 2002; Piontkowski y col, 2000; Khan y Antonucci, 1980; Bourhis, 1997; Ward, 2001). Nos centramos en el modelo de la psicóloga social Colleen A Ward (2001; 2016) porque contempla la aculturación como un fenómeno procesual y aporta una mirada más amplia, dinámica e integradora de los factores personales, situacionales y contextuales. Además algunos de estos factores han sido testados con estudiantes internacionales.

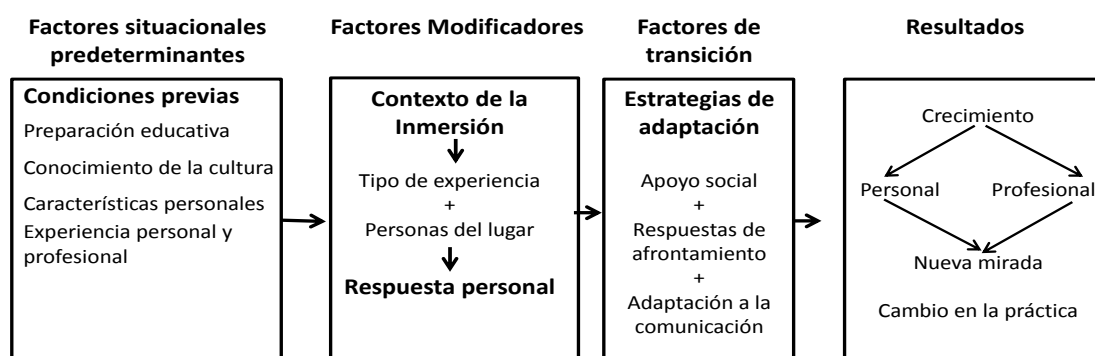
Modelo para la experiencia de inmersión en enfermería transcultural de Ryan y Twibell

Este modelo se desarrolló en base a la validación de un cuestionario en el que se solicitó a los encuestados que indicaran en qué medida un aspecto de la inmersión había influido en su experiencia (Ryan y Twibell, 2002). Estos factores se agrupan en situacionales predeterminantes, modificadores, de transición y de resultado de la experiencia (Figura 7).

Los factores situacionales predeterminantes recogen los aspectos del entorno educativo, las características personales y las características demográficas. Los aspectos del entorno educativo incluyen el contenido curricular y conocimiento sobre la cultura específica. En la investigación realizada acerca de este modelo, los informantes destacaron en particular las características personales de la apertura y la flexibilidad, así como las actitudes y los valores como factores que influyeron en su capacidad de crecer durante una experiencia de inmersión.

Los factores modificadores son relativos a las dimensiones del contexto de inmersión y contemplan cómo el tipo de experiencia y la relación con las personas de la sociedad de acogida puede modificar su respuesta personal. Indican cómo las respuestas

personales se modulan por los factores predeterminantes y, a su vez, influyen en las estrategias para protegerse en la transición y aprender a adaptarse.



Fuente: Traducido de Ryan y Twibell (2002).

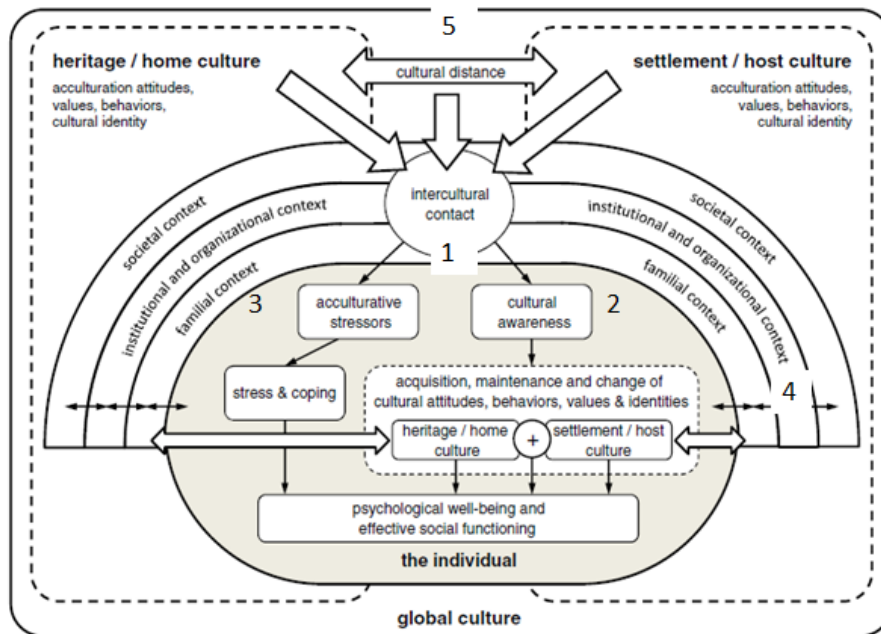
Figura 7. Modelo para una inmersión de Enfermería transcultural.

Los factores de transición consisten en estrategias múltiples que se categorizan como apoyo social, respuestas de afrontamiento y adaptación a los nuevos patrones de comunicación. En la investigación realizada por (Ryan y Twibell, 2002), el apoyo social proviene de miembros de la facultad y compañeros y compañeras de clase que viajaron con las personas encuestadas y/o de las personas anfitrionas con las que se relacionaron. Los factores de transición influyen en los resultados de la experiencia e indican un crecimiento personal y profesional, que contribuye a una nueva mirada y cambio en la práctica. Los cambios en la práctica no solo ocurren durante la experiencia de inmersión sino también después de regresar a casa.

Modelo de aculturación de Colleen Ward

La mirada integral y ecológica de Colleen Ward (2016) queda reflejada en la Figura 8. En el ovalo gris, dentro del gráfico, se representa a la persona que experimenta la inmersión, e ilustra cómo el proceso de aculturación comienza con el contacto intercultural prolongado en el que la persona está expuesta a retos y cambios que tiene que hacer para adaptarse psicológica y socioculturalmente (Figura 8, punto 1). Ward (2016) indica que, a mayor distancia o diferencia entre las culturas de origen y acogida, aumenta el estrés por aculturación y es más difícil la adaptación psicológica y socio-culturales.

Apoyándose en la teoría del aprendizaje cultural de Furnham y Bochner (1986), Ward (2001) defiende que para adaptarse socioculturalmente es necesario adquirir una gran cantidad de conocimientos culturales y habilidades sociales de la sociedad de acogida (Figura 8 punto 2).



Fuente: Adaptado de Ward and Geeraert (2016).

Figura 8. Proceso de aculturación y contexto: marco teórico para el estudio de inmigrantes y extranjeros. Asimismo, las personas en una inmersión prolongada van a tener que tomar decisiones sobre la adquisición, el mantenimiento y el cambio de los comportamientos, de los valores y de la identidad cultural en relación con las dos culturas, la de origen y la de acogida. De acuerdo con Schwartz y col. (2015), expone que en el proceso de aculturación es más difícil el cambio de identidad y los valores culturales, mientras de la adquisición y modificación de las prácticas culturales resultaba más fácil. Para explicar este fenómeno, Ward (2001) se apoyó en el modelo de aculturación de Berry (1980) y en la teoría de la identidad social de Tajfel (1981).

El modelo de aculturación de Berry examina principalmente los cambios de identidad en el proceso de contacto intercultural, y establece cuatro estrategias de aculturación: asimilación, la separación, la marginalización y la integración. La asimilación describe un estado en el que la persona se identifica por completo con la cultura de acogida y

renuncia por completo a su propia identidad original. Contrariamente, la separación se refiere a una situación en la que la persona valora mucho su propia cultura y no se identifica con la cultura de acogida. Cuando una persona adopta la marginación no tiene interés ni por la cultural de origen, ni por la cultura de acogida. Sin embargo, la persona que opta por la integración considera que tanto la cultura de origen como la de acogida son igualmente importantes en su identidad cultural.

Para interpretar la adopción de las diferentes estrategias de aculturación y las conductas que generan, Ward (2001) también utiliza la teoría de la identidad social de Tajfel (1981). Esta teoría entre otros aspectos plantea que el autoconcepto de un individuo está conformado, en parte, por su identidad social y cultural. En este sentido algunas investigaciones (Benish-Weisman y Horenczyk, 2010; Musso y col, 2016) indican que cuanto más positivamente valore la persona su cultura de origen y más se identifique con ella, más difícil será el proceso de aculturación.

Todos estos desafíos exponen a la persona ante una situación generadora de estrés. Ward (2005; 2016) indica que la intensidad de esta experiencia no es igual para todo el mundo y, para explicarlo, se apoyó en el modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1984). El éxito de la adaptación psicológica va a depender del grado de amenaza que genere el cambio, los recursos de la persona y finalmente, de la capacidad para afrontar la situación (Figura 8, punto 3). Hacer frente a esta situación estresante requiere que la persona ponga en marcha estrategias de afrontamiento encaminados a reducir o mitigar los efectos adversos del estrés (Lazarus y Folkman, 1986). Dependiendo de las estrategias de afrontamiento utilizadas los procesos de adaptación psicológica y de aculturación son más o menos efectivos. Demes y Geeraert (2015), miembros del equipo de investigación de Ward, en su estudio con 2480 estudiantes internacionales encontraron que las estrategias de afrontamiento de evitación, se asociaron con un mayor nivel de estrés. La estrategia de afrontamiento de buscar apoyo en el país de origen, cuando se está en el país de acogida, se asoció a mayor estrés, por el contrario, el estrés disminuyó cuando la búsqueda de apoyo se realizó en el país de acogida.

Aunque las características del individuo no quedan representadas directamente en el gráfico, Ward (2001; 2016) las considera como factores que también influyen en el proceso de aprendizaje, de adaptación socio-cultural, de vivencia de estrés y en la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento.

Además, Ward (2016) subraya cómo estos factores a nivel individual operan dentro de un contexto ecológico más amplio que engloba el contexto familiar, institucional y social (Figura 8, punto 4), que tiene un impacto en la adaptación y aculturación de las personas.

Ward (2016) entiende que la dinámica familiar ejerce una influencia significativa en el proceso de aculturación de las personas que emigran como parte de una unidad familiar. No obstante, entendemos que este factor no podría contemplarse en el contexto de esta investigación, ya que los y las estudiantes internacionales no realizan los procesos de inmersión acompañados de sus familias.

Acerca de los contextos institucionales y organizativos, Ward (2016) expone que más allá de la familia, la escuela ofrece un contexto importante e influyente para la aculturación de los jóvenes. En el contexto de esta investigación, este factor podría referirse a las instituciones docentes y sanitarias en las que se forman los y las estudiantes internacionales. Acerca de estos contextos, las investigaciones indican que las organizaciones con políticas y prácticas multiculturales fomentan una mayor inclusión y logran una mayor participación de los grupos minoritarios (Duffy, 2001; Apfelbaum y col, 2012).

Ward (2016) también incluye el contexto social como factor (Figura 8, punto 5), y apoyándose en la investigación de Berry y Ward (2016), de Kunst y Sam (2013) y de Schwartz y col (2014) indica que la aceptación social a la diversidad, las actitudes de aculturación, y las políticas multiculturales, tanto reales como percibidas, tienen un impacto en la aculturación y en la adaptación psicológica y social. Dimitrova y col (2014) indica que las personas que emigran a una sociedad con entornos multiculturales más receptivos presentan una aculturación más positiva. Sin embargo en las sociedades en las que hay un mayor prejuicio contra las personas inmigrantes,

estos tienen una mayor tendencia de mantener la cultura de origen (Christ y col, 2013) y conducen a una mayor insatisfacción con la vida (Kus-Harbord y Ward, 2015).

A pesar de que de qué los modelos presentados por Ryan y Twibell (2002) y Ward (2001; 2016) proporcionen cierta orientación, estimamos necesario la elaboración de una nueva propuesta teórica sobre las inmersiones culturales de estudiantes de Enfermería que proporcionen un avance en las limitaciones de ambos modelos. Por un lado, entendemos que el modelo de Ryan y Twibell (2002) puede adolecer de cierto tipo de factores importantes en las inmersiones prolongadas, ya que este modelo emerge de una investigación realizada sobre la experiencia de estudiantes durante una inmersión de dos semanas. Por otro lado, creemos que hace falta avanzar con respecto al modelo de Ward, y facilitar una propuesta teórica más específica para las inmersiones culturales en estudiantes de Enfermería.

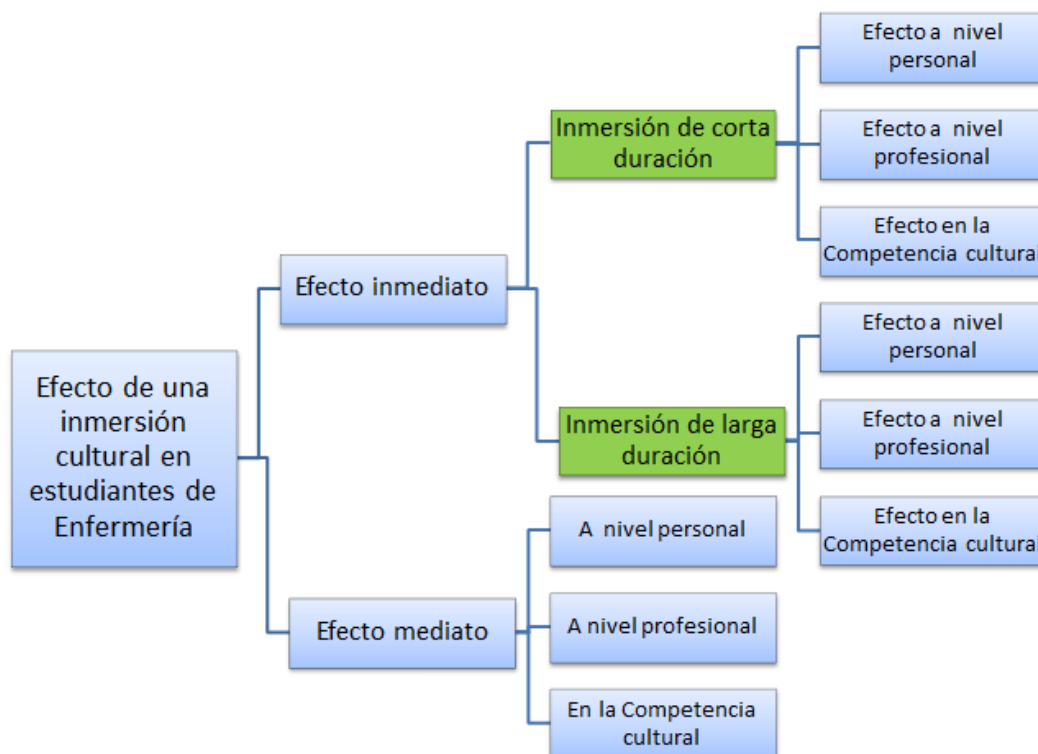
3.3. Efecto de una Inmersión en una cultura diferente

Los esfuerzos invertidos en la inmersión cultural exigen una evaluación del efecto que tienen en el alumnado. Con este fin realizamos una búsqueda exhaustiva en bases de datos especializadas en las ciencias de la Educación como ERIC; en las ciencias de la salud como MEDLINE®, EMBASE, CUIDEN y CINAHL® (the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); o en bases de datos generales como PROQUEST CENTRAL. Se diseñó una estrategia de búsqueda específica en cada base de datos que maximizase la sensibilidad de la misma.

Después de realizar una lectura crítica de los 62 artículos sobre el efecto de una inmersión internacional en estudiantes de Enfermería se seleccionaron 36 artículos. Estos presentaban una gran variabilidad de elementos que pueden modular el efecto, desde el tipo y duración de la experiencia formativa hasta los factores contextuales de la sociedad de acogida.

Para presentar el resumen del análisis sobre los estudios acerca del efecto, optamos por clasificarlos en base a la temporalidad del efecto y la duración de la inmersión. En primer lugar, tal y como indica la Figura 9, el efecto lo desglosaremos en dos grandes categorías, el “efecto a inmediato o a corto plazo” cuando la valoración se realizó

inmediatamente al acabar la inmersión, y el “efecto mediato o a largo plazo” cuando ésta se realizó transcurridos de 2 a 15 años.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Clasificación de los estudios sobre el efecto de la inmersión en una cultural diferente.

3.3.1. Efecto inmediato de una inmersión cultural

Los efectos a corto plazo se recogen en 30 investigaciones con abordajes metodológicos cuantitativos y cualitativos, que clasificamos en relación a la duración de la inmersión en: corta y larga.

Las estancias de corta duración de 2 a 4 semanas recogen fundamentalmente programas de aprendizaje en servicio, visitas con práctica clínica en observación, trabajo de campo o programas intensivos (Edmonds, 2010; Harrowing, 2012; Johanson, 2006; Kollar y Ailinger, 2002; Kirkham y col, 2009; Maltby y Abrams, 2009; Shieh, 2004; Walsh y DeJoseph, 2003; Wimpenny, 2005).

Los 12 estudios que abordan una inmersión larga, con una duración que oscila entre 6 semanas y 12 meses, se caracterizan por que el alumnado asume responsabilidad en la oferta de cuidados directos en la práctica clínica (hands on) y otras responsabilidades

académicas (Callister y Cox, 2006; Drake, 2004; Duffy, 2005; Foronda 2010; Lee, 2004; Rolls y col, 1997; Green y col, 2008; Haloburdo y Thompson, 1998; Keogh, 2009; Koskinen y Tossavainen, 2003; Scholes y Moore 2000; Zancheta y col, 2013).

Constatamos que un tercio del total de las investigaciones sobre el efecto a corto plazo ($n=9/30$) se llevan a cabo en estudiantes que realizan una inmersión larga, y en 5 de estos estudios la experiencia se sitúa en un país de países de pequeña distancia cultural con respecto al de origen (Zorn, 1996 Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; 2004; Green y col, 2008; Keogh y Russel-Roberts, 2009). Nos llama la atención el reducido número de estudios realizados en el contexto europeo sobre inmersiones de estudiantes en Enfermería, teniendo en cuenta que muchos de los programas de movilidad europea Erasmus Plus financian inmersiones con pequeña distancia cultural.

Tras el análisis de las investigaciones, clasificamos los efectos a corto plazo y los categorizamos en tres grandes bloques: el nivel personal, el profesional y el nivel de competencia cultural.

Comparando los efectos de la inmersión corta, frente a los de la inmersión larga, podemos decir que los estudios sobre inmersiones cortas se centran en un aspecto determinado, bien en lo personal (Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Walsh y DeJoseph, 2003), bien en lo profesional (Maltby y Abrams, 2009; Smith-Miller y col., 2010) y/o en la competencia cultural (Alpers y Zoucha, 1996; St. Clair y McKenry, 1999; Heuer y Bengiamin, 2001; Caffrey, y col 2005; Wimpenny, 2005; Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; Genz, 2007; Lee y col; 2007; Schoeder, 2012 ; Ballestas y Roller,2013). En los estudios sobre inmersiones de larga duración percibimos un enfoque más integral, ya que recoge el efecto en más de un ámbito (personal, profesional y competencia cultural). Esta diferencia puede explicarse por el distinto efecto dependiendo de la duración de la inmersión, y también por el tipo de metodología utilizada. Muchos de los estudios de inmersión corta duración son cuantitativos, y al aplicar escalas predeterminan efectos concretos. Por el contrario, la mitad de los de inmersión larga adoptan metodología cualitativa permitiendo aflorar mayor diversidad de efectos.

Asimismo, en los estudios cualitativos sobre inmersiones de larga duración, percibimos una descripción más densa y rica que nos lleva a interpretar un efecto de mayor intensidad y profundidad. Este efecto se constató en el estudio de Zorn (1996), que mostró una correlación estadísticamente positiva entre todas las dimensiones del efecto y la duración de la inmersión. Es decir, que a mayor duración de la inmersión, mayor es el efecto a corto plazo, corroborando así la percepción extraída del análisis de los estudios cualitativos previamente mencionado.

Cuando analizamos las tres categorías por separado, a nivel personal (Tabla 4), sus efectos se identifican mayoritariamente en los estudios cualitativos, en coherencia con la integralidad de la perspectiva que los guía. Tanto en los seis estudios sobre inmersión corta (Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Walsh y DeJoseph, 2003; Drake, 2004; Shieh, 2004; Kirkham y col, 2009; Edmond, 2010) como en los siete sobre inmersiones de larga duración (Zorn, 1996; Rolls y col, 1997; Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008, Keogh y Russel-Roberts, 2009; Zancheta y col, 2013) coinciden en que hay un impacto a nivel personal. Entre los efectos más avalados por estudios sobre inmersiones largas se recogen: un crecimiento interno profundo y mayor conocimiento personal, un incremento en la confianza personal, mayor apertura de mente y expansión en la visión del mundo.

Tabla 4. Resumen sobre el efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas a nivel personal.

Efectos	Inmersión Corta	Inmersión Larga
Crecimiento interno profundo. Mayor conocimiento personal.	Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Walsh y DeJoseph, 2003; Drake, 2004	*Zorn, 1996* <i>Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008, *Keogh y Russel-Roberts, 2009; Zancheta y col, 2013</i>
Incremento de confianza personal.	Edmond, 2010	* <i>Scholes y Moore 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008; Zancheta y col, 2013</i>
Ampliar la apertura de mente y expandir la visión del mundo.	Walsh y DeJoseph, 2003; Shieh, 2004; Kirkham y col, 2009	* <i>Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008.</i>

*Las fuentes con asterisco aborda inmersiones en países con corta distancia cultural y/o económica.

**Las fuentes bibliográficas en cursiva utilizaron una metodología cualitativa.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la categoría nivel profesional (Tabla 5), se identifican cuatro estudios de corta inmersión (Shieh, 2004; Kirkham y col. 2009; Maltby y Abrams, 2009; Smith-Miller y col., 2010) y cuatro de larga inmersión (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008; Keogh y Russel-Roberts, 2009). Apreciamos que estos estudios de

larga inmersión incluyen más aspectos y una descripción más exhaustiva de los efectos a nivel profesional.

Tabla 5. Resumen sobre el efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas a nivel profesional.

Efectos	Inmersión Corta	Inmersión Larga
Reforzar la importancia de la atención integral.	<i>Shieh, 2004</i>	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004</i>
Ampliar los horizontes profesionales.	<i>Shieh, 2004</i>	<i>Lee, 2004; *Keogh y Russel-Roberts, 2009</i>
Deseo de seguir aprendiendo para cambiar su forma de pensar y la práctica enfermera.	<i>Shieh, 2004</i>	<i>*Scholes y Moore, 2000</i>
Conocimiento significativo de los determinantes de la salud y de la salud global.	<i>Kirkham y col 2009; Smith-Miller y col., 2010</i>	<i>*Scholes y Moore, 2000</i>
Mayor conciencia social.	<i>Kirkham y col 2009; Smith-Miller y col., 2010</i>	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col., 2008.</i>
Mayor respeto por los profesionales de la salud de los países en desarrollo.	Smith-Miller y col., 2001	-
Cambios en la dirección de su trayectoria profesional a la salud pública o la cooperación.	Maltby y Abrams, 2009	-
Reforzar la importancia de la comunicación verbal y no verbal.	Smith-Miller y col., 2010	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Aumenta la capacidad de comunicarse.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Aumento de los conocimientos disciplinares y habilidades clínicas.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Aumento de su capacidad reflexiva.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Mayor introspección en su sistema de valores enfermeros.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Cambio en la visión de cómo quieren ser como enfermeras y del valor puesto en su profesión.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Analizar las relaciones de poder y la autonomía de los pacientes y de las enfermeras.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Aumenta la necesidad del trabajo en equipo.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; *Green y col, 2008</i>
Aumento de la capacidad indagadora. Percepción de capacidad de contribuir al cambio y la transformación de la práctica.	-	<i>*Scholes y Moore, 2000; Levine, 2009</i>

*Las fuentes con asterisco aborda inmersiones en países con corta distancia cultural y/o económica.

**Las fuentes bibliográficas en cursiva utilizaron una metodología cualitativa.

Fuente: Elaboración propia.

Los estudios de inmersión corta de Maltby y Abrams (2009) y Smith-Miller (2010), identifican un impacto en relación a efectos como mayor respeto por los profesionales de la salud de los países en desarrollo y cambios en la dirección a la trayectoria profesional hacia la salud pública y la cooperación, que no se contemplan en los estudios de inmersión larga. Interpretamos que esta diferencia puede estar relacionada con el contexto de mayor distancia cultural que se puede encontrar al hacer un intercambio en un país en vías de desarrollo. Los cinco estudios de inmersión larga (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008; Levine, 2009) revelan el

desarrollo de habilidades profesionales como la capacidad de comunicación, las habilidades clínicas y la capacidad de reflexión e indagación. Esta diferencia la atribuimos a la exigencia en el cuidado directo al paciente que conlleva la inmersión.

A nivel de la competencia cultural, tanto en las inmersiones de corta como en las de larga duración, se percibe un efecto en las tres dimensiones: cognitiva, afectivo actitudinal y conductual. De las tres dimensiones, la afectivo-actitudinal es la más contemplada en los estudios realizados, seguida de la cognitiva y de la conductual. Al igual que ocurre a nivel profesional encontramos que los efectos identificados en los estudios sobre inmersiones largas son más diversos y numerosos. (Frisch, 1990; Scholes y Moore, 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Lee, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013).

En relación a la dimensión afectivo actitudinal (Tabla 6), los estudios describen un aumento en la sensibilidad, la empatía, el deseo cultural y la percepción de autoeficacia cultural. En las inmersiones de larga duración, en contraposición con las de corta, se percibe la toma conciencia del significado de ser minoría dentro de un grupo cultural mayoritario (Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). Estos resultados se pueden estar relacionados con enfrentarse a más desafíos por la mayor involucración en la práctica clínica.

En relación a la dimensión cognitiva (Tabla 7) se desveló un aumento en el conocimiento cultural (Frisch, 1990; Heuer y Bengiamin, 2001; Drake, 2004; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). Asimismo, se constató un aumento de la conciencia cultural (Heuer y Bengiamin, 2001; Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; Rolls y col, 1997; Koskinen y Tossavainen, 2003; Lee, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). No obstante, en los estudios de corta duración no se percibieron aspectos como un incremento de la importancia de comprender los significados culturales otorgados al lenguaje verbal, ni un aumento de la capacidad de interrelacionar los factores culturales, políticos y económicos que podían influir en las diferencias encontradas en las prácticas de cuidado. Nuevamente estos resultados se pueden estar relacionados

por la exigencia de conocimiento necesario para implicarse y comprender la práctica clínica. Llama la atención que la dimensión cognitiva no ocupe un primer lugar, y encuentra su justificación en la idea de que el aprendizaje cognitivo es el efecto más esperado y asumido, motivo por el que el alumnado no lo mencione en los estudios.

Tabla 6. Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión afectivo-actitudinal.

Efectos	Inmersión Corta	Inmersión Larga
Aumento en la sensibilidad cultural.	*Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010; Smith-Miller y col., 2010	Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Toma de conciencia del significado de ser minoría dentro de un grupo cultural mayoritario.		Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumento de la empatía.	Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Kollar y Ailinger, 2002; *Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010; Smith-Miller y col., 2010	Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumento del deseo cultural.	Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Kollar y Ailinger, 2002; *Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010; Smith-Miller y col., 2010	Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumento en la actitud general.	Inglis, Rolls, y Kristy, 2000; Kollar y Ailinger, 2002; *Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010; Smith-Miller y col., 2010	*Zorn, 1996; Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumento en percepción de autoeficacia.	Alpers y Zoucha, 1996; *St. Clair y McKenry.,1999; Schoeder, 2012	Matejka y Gulbransen, 2009; Amerson,2010

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión cognitiva.

Efectos	Inmersión Corta	Inmersión Larga
Conocimiento cultural. Aumenta el conocimiento de la cultura, del sistema sanitario y educativo.	Drake,2004; Heuer y Bengiamin, 2001	Frisch.,1990;Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Conciencia cultural. Mayor comprensión sobre cómo influye la cultura en su conducta.	Heuer y Bengiamin, 2001; *Wimpenny, 2005; Johanson, 2006	Rolls y col, 1997; *Koskinen y Tossavainen, 2003;; Lee,2004; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumenta la capacidad de interrelacionar los factores culturales, políticos y económicos que influyen en las prácticas de cuidado.	-	Rolls y col, 1997; *Koskinen y Tossavainen, 2003;; Lee,2004; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Desvelan algunos sesgos y los estereotipos.	*Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010)	*Scholes y Moore, 2000
Toman conciencia de cómo opera en ellos el etnocentrismo.	*Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; *Edmonds, 2010)	*Scholes y Moore, 2000
Incrementa el valor de comprender el significado cultural del lenguaje verbal.	-	*Scholes y Moore, 2000

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la dimensión conductual (Tabla 8) también se percibe mayor desarrollo en los estudios de inmersiones largas (Rolls y col, 1997; Zorn, 1996; Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). Una amplia proporción de estos presenta aumento de la competencia cultural. En general, sólo tres estudios cualitativos sobre inmersiones largas (Scholes y Moore 2000; Callister y Cox, 2006; Zancheta y col, 2013) detectaron el desarrollo de competencias más específicas en esta dimensión.

Tabla 8.Efecto inmediato de las inmersiones cortas y largas en la dimensión conductual.

Efectos	Inmersión Corta	Inmersión Larga
Aumento de la competencia cultural general I.	Walsh y DeJoseph, 2003; Caffrey, y col 2005; Wimpenny, 2005; Glenz, 2007; Lee y col; 2007; Maltby y Abrams, 2009; Smith-Miller y col., 2010; Ballestas y Roller, 2013	*Zorn, 1996; Rolls y col, 1997; *Scholes y Moore, 2000; *Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013
Aumento de la capacidad de comunicación y escucha.	*Winpeny, 2005	*Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008.
Mayor capacidad para identificar las necesidades.	Walsh y DeJoseph, 2003; Johanson, 2006; Walsh y Smith-Miller y col., 2010.	*Scholes y Moore, 2000.
Mayor capacidad de entrevistar a los pacientes desde una perspectiva culteramente sensible.		*Scholes y Moore, 2000.
Mayor capacidad de negociación aumente.		*Scholes y Moore, 2000.
Prevenir y abordar conflictos.		*Scholes y Moore, 2000.
Nuevos esquemas y sistemas de significado en los estudiantes y en definitiva a la transformación de la perspectiva.		*Scholes y Moore 2000; Callister y Cox, 2006; Zancheta y col, 2013
Cambio en la práctica del cuidado.		*Scholes y Moore 2000; Callister y Cox, 2006; Zancheta y col, 2013

Fuente: Elaboración propia.

A pesar que en los estudios sobre inmersiones tanto de corta como de larga duración identifican un efecto inmediato, algunos estudiantes no mostraron un cambio positivo a nivel personal, profesional y en la competencia cultural al no conseguir adaptarse culturalmente (Koskinen y Tossavainen, 2003; Duffy, 2005). Esta información pone de manifiesto la compleja interacción del desarrollo de la competencia cultural con la adaptación psicológica y cultural descrita por Ruddock y Turner (2007).

3.3.2. Efecto mediato de una inmersión cultural

En este apartado se recogen los seis estudios en los que el efecto fue estudiado al cabo de 2 a 15 años después de que los y las estudiantes de Enfermería hubiesen realizado una inmersión cultural, tanto de corta como de larga duración (Tabla 9). Dos estudios evaluaron el impacto de una inmersión de corta duración (Kollar y Ailinger, 2002; De Dee, 2003) y tres de una inmersión larga (Thompson, Boore y Deeny, 2000; Duffy, 2005; Levine, 2009). Por último, el estudio realizado por Zorn (1996) comparó el impacto a corto y largo plazo de una inmersión de corta duración en contraposición con una de larga duración. Debido a los pocos estudios que manejamos en esta sección, la presentación del análisis no la separaremos en relación a la duración de la inmersión.

Tabla 9. Estudios sobre el efecto mediato de una inmersión.

Tipo de inmersión cultural	Efecto a menos a 5 años	Efecto de 5 a 15 años	Sin Tiempo
Inmersión corta	DeDee, 2003, Amerson, 2010	-	Kollar y Ailinger, 2002
Inmersión larga	Thompson, Boore, y Deeny, 2000; Duffy, 2005	Levine, 2009	-

Fuente: Elaboración propia.

Los pocos estudios analizados muestran que a pesar del tiempo transcurrido, los y las estudiantes experimentaron un efecto a nivel personal. Indicaron un impacto significativo en sus vidas que hizo reevaluar su visión de la vida, el reconocimiento de los problemas sociales, y la voluntad de asumir riesgos para promover el cambio social (DeDee, 2003; Levine, 2009). Asimismo, manifestaron que se mantiene el aumento en la confianza en sí mismo, la autonomía que experimentaron por la inmersión en la otra cultura y el nivel de confianza en sí mismo (Kollar y Ailinger, 2002; Duffy, 2005).

A nivel profesional, en los estudios se expresa que este tipo de experiencia ha marcado su práctica como enfermera, viendo mejorada su efectividad profesional (DeDee, 2003; Duffy, 2005). Expresan cómo la inmersión ha contribuido a cambiar rumbos en la práctica profesional hacia ámbitos con una mayor mirada social, asumiendo trabajos con retos laborales más complejos (Duffy, 2005).

A nivel de la competencia cultural, todos los estudios refieren un impacto a largo plazo en dicha competencia. Los estudios revelan una mayor disposición de los y las participantes a involucrarse en debates sobre asuntos internacionales y transculturales (Dedee, 2003). El mayor impacto se percibe en el conocimiento, la sensibilidad cultural, la empatía, la humildad y la compasión cultural por los diferentes e incluso difíciles (Duffy, 2005; Levine, 2009).

Por último, tanto en los estudios de De Dee (2003) como en el de Zorn (1996), se identifica que cuanto más reciente sea la inmersión, más altas son las puntuaciones en la competencia cultural y en el desarrollo personal, y que conforme va avanzando el tiempo, el efecto de la inmersión se va diluyendo. Resaltamos que ninguno de los dos estudios fue intrasujeto y de acuerdo con Ruddock y Turner (2007), valoramos como importante que los estudios longitudinales sean intrasujetos, es decir, que las mismas personas sean seguidas a lo largo del periodo de estudio.

Por tanto, la revisión realizada nos informa de un efecto inmediato a nivel personal, profesional y de la competencia cultural que se proyecta a largo plazo. En relación al efecto inmediato se confirma que, tanto las inmersiones cortas con una duración entre 2 a 4 semanas, como las inmersiones largas de más de 4 semanas, tienen efectos a nivel personal, profesional y de la competencia cultural. No obstante, identificamos diferencias cualitativas en favor de las inmersiones de larga duración, ya que éstas exigían la responsabilidad de ofertar cuidados directos. Otro de los aspectos destacables es la mayor riqueza de detalles que afloran en los estudios que adopta una metodología cualitativa.

En los escasos estudios sobre los efectos mediatos, también identificamos un impacto a nivel personal, profesional y a nivel de la competencia cultural. Este efecto mediato identificado también es superior en las inmersiones de larga duración. Algunos estudios muestran cómo este efecto se va desdibujando contra más largo es el espacio de tiempo desde que se realizó la inmersión cultural.

El resumen de todos los estudios revisados, tanto en relación a la experiencia como al efecto, se presentan al final del capítulo clasificados en relación a la metodología de investigación adoptada (Tabla 10 y Tabla 11).

En este capítulo hemos presentado el marco teórico de la inmersión cultural como herramienta clave para el desarrollo de la competencia cultural, señalando la importancia de asociarla con estrategias pedagógicas reflexivas que optimicen dicho proceso formativo. Asimismo, hemos advertido de la repercusión que la inmersión cultural tiene a nivel emocional, ya que lo expone a una situación de estrés por el choque con la nueva cultura. Este estrés puede constituir una barrera para el desarrollo de la competencia cultural si no se ponen en marcha las estrategias de apoyo adecuadas.

Considerando lo anteriormente planteado, hemos profundizado en el conocimiento construido acerca de cómo se genera este tipo de estrés, las fases por las que transitan las personas que lo experimentan, y en los modelos teóricos adoptados para explicar los factores que modulan la percepción de la inmersión en otra cultura, como una experiencia estresante. Por último, hemos expuesto los efectos inmediatos y mediatos conocidos de la inmersión de estudiantes de Enfermería en una cultura profesional diferente.

Tabla 10. Estudios con metodología cuantitativa y mixta sobre la experiencia y el efecto de una inmersión cultural.

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Amerson, R. (2010).	Evaluar la autoeficacia transcultural de un proyecto de aprendizaje-servicio internacional versus la experiencia comunitaria.	Diseño: Cualitativo y Cuasi-experimental pre y post. Técnica de recogida: Auto-eficacia. Transcultural (TSET); diario reflexivo y entrevistas telefónicas. Participantes: En 2007: G.Exp (60); GC (45); En 2008 (16); En 2009 (14). Países: Guatemala y Ecuador. Duración de la inmersión: 1 semana.	En 2007: Se demostró un aumento significativo en el TSET total y las subescalas. En 2008 también revelaron un aumento significativo en las puntuaciones totales y de las subescalas. El análisis de casos del grupo local reveló 4 temas, mientras que el grupo internacional reveló 6 temas. Los 2 grupos presentan temas similares, sin embargo, los que fueron a Ecuador proporcionaron detalles más explícitos de conocimientos y experiencias culturalmente relevantes. En 2009: Se revela un aumento de la autoeficacia en las dimensiones de aprendizaje cognitivo, prácticas y afectivas. Los graduados fueron capaces de proporcionar una atención culturalmente congruente. Los resultados sugieren que el aprendizaje-servicio internacional es una estrategia de enseñanza eficaz para la competencia cultural.
Ballestas, H. C., y Roller, M. C. (2013).	Probar la eficacia de una inmersión corta para mejorar la competencia cultural.	Instrumento: IAPCC-R [8] pre-post. Participantes: 18 estadounidenses. Países: Costa Rica. Duración de la inmersión: 6 días.	Los resultados demostraron una mejora en la competencia cultural en 16 (88,8%) de los 18 estudiantes. La media general sobre 100 aumento de 66,3 a 78,8. ($t = 5,62$; $p < 0,000$) El cambio más significativo fue en la categoría culturalmente consciente en el pre-test que en el post-test aumento al nivel de ser culturalmente competentes.
Caffrey, R. A., y col. (2005).	Evaluar el efecto en el conocimiento cultural, y en la autopercepción cultural.	Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: Caffrey CC in health care scale. Participantes: 32 estadounidenses; G.Exp (7); GC (25). Países: Guatemala. Tipo de inmersión: Prácticas. Duración de la inmersión: 5 semanas (200h).	Los resultados mostraron un incremento de pequeño a moderado en el grupo control (Curso) y un incremento muy grande en el grupo que realizó la inmersión. Incrementó la percepción de competencia cultural. La diferencia en las puntuaciones de competencia cultural fueron estadísticamente mayores para el grupo de la inmersión. Estos resultados son consistentes con las dos fases de desarrollo de la competencia cultural (cognitivo y afectivo) propuesta por Wells.
DeDee, L. (2003).	Examinar el impacto en el rol profesional como enfermera, la perspectiva internacional, el desarrollo personal e intelectual.	Instrumento: The International Education Survey (IES) 5 años después. Participantes: 100 estadounidenses. Países: Francia, Inglaterra o Bélgica. Duración de la inmersión: 2 semanas.	Los resultados de este estudio indican un impacto significativo del programa. La media global más baja fue en el desarrollo profesional (4,18), seguido del desarrollo personal (4,34). Indican que tiene un impacto a la hora de reevaluar su visión de la vida en los EE.UU (6,45) y que afecta a su interacción con personas de otras culturas (6,13). Puntúan el desarrollo intelectual en 4,79. Las medias más altas se observaron en relación a la perspectiva internacional (5,08). En esta dimensión la media más alta (6,47) fue en respuesta a "ha influido en su debate con las demás personas sobre asuntos internacionales y transculturales." Había una correlación negativa entre la edad y el nivel de impacto (los más jóvenes un mayor impacto. Hubo una correlación positiva entre la fecha de la graduación y nivel de impacto (los graduados más recientes mayor impacto).

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Frisch, N. (1990).	No indican el objetivo.	<p>Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: MER (measurement of Epistemological reflection). Participantes: 23 estadounidenses. Países: México.</p>	<p>Todos los estudiantes puntuaron 2 o 3 en la posición de Perry tanto al principio como al final del semestre, pero 9 de los estudiantes, de entre ellos los 6 que viajaron a Méjico, avanzaron en su clasificación. Los resultados indican que los que participaron en un programa de intercambio internacional en Méjico, obtuvieron un desarrollo cognitivo 3,5 veces mayor que los estudiantes que no lo hicieron, diferencia estadísticamente significativa que se puede atribuir a la inmersión.</p>
Genz, S. (2007).	<p>Estudiar en qué medida y cómo los estudiantes desarrollan la competencia cultural a través de una inmersión corta.</p>	<p>Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: Inventario de Evaluación del Proceso de CC. Participantes: G. Exp (10); GC (20) estadounidenses. Países: Belice. Duración de la inmersión: 3 semanas.</p>	<p>Los estudiantes que participaron en la inmersión puntuaron más alto en seis criterios, lo que sugiere un aprendizaje de la competencia cultural. Describieron el desarrollo de la competencia cultural como una metamorfosis. Entre las barreras para alcanzar la competencia cultural incluyen: la falta de un sentido de bienestar, la falta de un entorno no favorable, la falta de acceso a la tecnología y la barrera del idioma.</p>
Inglis, A., Rolls, C., y Kristy, S. (2000).	<p>Medir los cambios en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el pueblo nepalí.</p>	<p>Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: Cuestionario Jamrozik modificado. Participantes: 29; G. Exp (18); GC (18). Países: Nepal. Duración de la inmersión: 3 semanas.</p>	<p>Los estudiantes que viajaron al extranjero obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa en ocho de los ítems, mientras que el grupo de control no mostró cambios significativos. Además, los estudiantes aprendieron a desarrollar un comportamiento más independiente, y una adaptación cultural positiva.</p>
Lee, R. L y col (2007).	<p>Evaluar un programa de intercambio en el desarrollo profesional y personal.</p>	<p>Instrumentos: Cuestionarios y grupos focales. Participantes: 64. Países: Taiwán, Macao, China continental y Hong Kong. Tipo de inmersión: programa intensivo. Duración de la inmersión: 2 semanas.</p>	<p>Se identifica un impacto positivo del programa de intercambio cultural, con énfasis en las habilidades práctica, en la diversidad cultural, en la perspectiva del cambio y en el desarrollo profesional y personal.</p>
Ryan, M., y Twibell, R. S. (2000).	<p>Examinar las propuestas teóricas en la formación intercultural de las personas que estudian en el extranjero.</p>	<p>Diseño: Estudio longitudinal de correlación y predictivo. Instrumento: Cuestionario de valores y objetivos de Staub; el instrumento de desafío BT (BTCL); la escala de afrontamiento Jalowiec (JCS); la escala SF-36 (MOS). Participantes: 476 estadounidenses Países: Europeos. Duración de la inmersión: 2-3 semestres.</p>	<p>El 78 % de los estudiantes concebían la experiencia como desafiante. Las principales preocupaciones durante el intercambio fueron: Encajar socialmente y el aislamiento social (57%), el éxito académico (38%), las habilidades lingüísticas (38%), la adaptación personal (36%), la salud y la seguridad (25%), cumplir con los deberes (18%). De los ocho estilos de afrontamiento medidos por el instrumento JCS, los más utilizados fueron los estilos optimistas, confrontativos, de apoyo y autosuficientes. Los menos fueron los estilos evasivos, emotivo, paliativo y fatalista. Cuanto mayor era la percepción de amenaza, más pobre era la salud de los encuestados. Cuanto mejor era el afrontamiento ,gestionaban mejor el estrés, mejor era su salud, su capacidad de funcionar socialmente, y la percepción de sus emociones.</p>

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Ryan, M., y Twibell, R. S. (2002).	Validar un cuestionario y un modelo de experiencia de una inmersión cultural de enfermería.	Instrumento: El cuestionario TNIEQ (Transcultural Nursing Immersion Experience Questionnaire). Participantes: 54 estadounidenses. Países: Nativos americanos; Rusia, Jamaica, Brasil, Guyana, América del sur. Duración de la inmersión: 2-3 semanas.	Los resultados validaron las principales dimensiones de la matriz, incluidos los factores situacionales predeterminados, los factores modificadores, los factores de transición y los resultados. Fruto de esta validación se conceptualizó el modelo de experiencias de inmersión en enfermería transcultural y se generaron diferentes proposiciones para seguir investigando.
Schroeder P A. (2012)	Examinar la influencia en la percepción de autoeficacia transcultural (TSE).	Instrumento: Jeffreys' Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET).	Los estudiantes de enfermería obtuvieron puntuaciones más altas en todas las subescalas que los otros estudiantes. Los estudiantes de enfermería más mayores lograron una puntuación más alta de EET en la subescala afectiva que los estudiantes más jóvenes. No obstante, la TSE de los estudiantes de enfermería no se vio influenciada significativamente por la inmersión cultural.
St. Clair, A., y McKenry, L. (1999).	Explorar la relación entre una experiencia de inmersión clínica corta, en la autoeficacia cultural y competencia cultural.	Diseño: Cualitativo y Cuasi-experimental Instrumentos: CSES, percepción de autoeficacia cultural notas de campo, y diarios reflexivos. Participantes: 200 estadounidenses Países: Nueva Inglaterra. Duración de la inmersión: 2 semanas.	Se percibe un aumento de las actitudes. Se identifica una diferencia estadísticamente positiva en la autoeficacia cultural El análisis reveló que fueron capaces de tomar conciencia y superar su etnocentrismo, aumentaron la conciencia cultural y la sensibilidad, así como su comprensión acerca de las creencias culturales de los pacientes. Experimentaron una perspectiva transformadora de ser consciente y sensible culturalmente. Llegaron a la conclusión de que dos semanas de inmersión era suficiente para facilitar una mayor comprensión y cambiar actitudes. Incluso creían que habían avanzado en la competencia cultural.
Thompson, K., Boore, J., Deeny, P. (2000).	Evaluar el efecto y las diferencias entre la experiencia en países desarrollados y en vías de desarrollo.	Instrumento: Cuestionario de Zorn. Participantes: 4 irlandeses del Norte. Países: desarrollados y en desarrollo. Tipo de inmersión: Prácticas. Duración de la inmersión: 3 meses.	Se identifica un alto impacto en el desarrollo de la perspectiva internacional y en el desarrollo de la carrera profesional de los estudiantes. Se mejoró la comprensión de los estudiantes sobre temas culturales y políticos de Irlanda del Norte. Asimismo, evolucionó la experiencia internacional.
Zorn, C, Ponick, D., y Peck, S. (1995).	Estudiar el impacto en el desarrollo cognitivo de los estudiantes de enfermería.	Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: MER (Measurement of Epistemological Reflection). Participantes: G.Exp (8); GC (24.) Países: Inglaterra.	Se percibe un aumento estadísticamente significativo del desarrollo cognitivo. El riesgo relativo y atribuible resultado en 3.125 veces más probabilidades de lograr el desarrollo cognitivo que sus compañeros no participantes. No había diferencias estadísticamente significativas en el test inicial.
Zorn, C. (1996).	Describir el impacto a corto y largo plazo de las inmersiones cortas y largas.	Diseño: Cuasi-experimental. Instrumento: International Education survey. Participantes y Duración de la inmersión: a) 2 a 4 Semanas (17); b) 3 meses (8); c) 16 semanas (2p). Tipo de inmersión: variaba dependiendo de la duración Países: Dinamarca, Escocia, y Rusia.	Se identificó un impacto a largo plazo que disminuía a medida que avanzaba el tiempo. Se percibió el mayor impacto en el incremento de la perspectiva internacional y en el desarrollo personal; y un impacto más bajo en el rol profesional y en las dimensiones relativas al desarrollo intelectual. Los estudiantes que participaron en programas más largos (12 a 16 semanas) tuvieron un impacto a largo plazo más alto que los que participaban en programas de 3 a 4 semanas. La edad se correlacionaba positivamente con el desarrollo personal. No se encontró ninguna asociación entre el curso en el que participaron de la experiencia y el impacto a largo plazo.

Tabla 11. Estudios con metodología cualitativa sobre la experiencia y el efecto de una inmersión cultural

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Callister, L. C., Cox, A.H. (2006).	Examinar el significado otorgado a un curso optativo de enfermería clínica internacional.	<p>Estrategia de generación de la información: diarios y entrevistas.</p> <p>Participantes: 20 graduados.</p> <p>Países: Argentina, Guatemala, Jordania, o con Navajos</p> <p>Tipo de inmersión: Prácticas.</p> <p>Duración de la inmersión: desde semanas a 1 semestre.</p>	<p>Los participantes del estudio denominaron a la experiencia como "La apertura de nuestros corazones y mentes", con los siguientes subcategorías: el aumento de la comprensión de otras culturas y de los pueblos, de la comprensión de las cuestiones socio-políticas y de salud global, y del compromiso de hacer algo diferente que marque la diferencia. Se percibe un crecimiento personal y profesional. Describen sentir que han contribuido al desarrollo profesional en el país de acogida, han establecido conexiones interpersonales, y desarrollado competencia cultural.</p>
Drake, K. B. (2004).	Explorar el efecto de una experiencia de inmersión corta en el extranjero en autoeficacia cultural.	<p>Estrategia de generación de la información: diarios, entrevistas individuales y grupales</p> <p>Participantes: 9 estadounidenses</p> <p>Países: Kenia.</p> <p>Duración de la inmersión: 24 días.</p>	<p>Se identifica un impacto en la sensibilidad cultural y competencia cultural. Los mentores eran esenciales para la aceleración del desarrollo de la competencia cultural.</p> <p>Los estudiantes utilizan el ciclo de aprendizaje cultural que incluye: los procesos de anticipar, contemplar, y aprender sobre las cultura de Kenia "en el país ", la reentrada de nuevo en el contexto cultural de Estados Unidos, y en su volver a la vida como estudiante de enfermería en el contexto cultural de Estados Unidos.</p>
Duffy, M. E., y col. (2005)..	Describir las percepciones, las expectativas aprendizaje a nivel personal, y cambios a nivel profesional, experiencias.	<p>Estrategia de generación de la información: Entrevista telefónica semi abierta.</p> <p>Participantes: 20 estadounidenses.</p> <p>Países: Irlanda, Finlandia y Portugal.</p> <p>Duración de la inmersión: 8 semanas.</p>	<p>Describen un impacto positivo y continuo a nivel personal y profesional después de los dos años de la experiencia. Aumenta el conocimiento y la sensibilidad cultural. A nivel personal manifiestan un mayor respeto a los otros, apertura de mente, independencia y habilidad para sobrevivir por mí mismo. A nivel profesional experimentan, un mayor conocimiento de los tratamientos alternativos, de los sistemas de atención de salud, y las percepciones de las enfermeras. Manifiestan un cambio en el ámbito en que se quería trabajar y ampliar horizontes laborales. Algunos estudiantes no pudieron superar las primeras fases de la adaptación por falta de apoyo de los mentores.</p>
Edmonds, M. (2010).	Explorar la experiencia vivida de los estudiantes de enfermería que estudian en el extranjero e identificar los beneficios y obstáculos existentes.	<p>Estrategia de generación de la información: Entrevistas semi-estructuradas y diarios reflexivos.</p> <p>Participantes: estadounidenses</p> <p>Países: Inglaterra o Republica Dominicana.</p> <p>Tipo de inmersión: sin práctica clínica.</p>	<p>Emergen cuatro temáticas como fruto de la inmersión el reconocimiento personal(Etnocentrismo , marcos de referencia diferentes, Sensibilidad cultural, Autoconciencia de los propios sesgos, Confianza personal); el encuentro (Independencia, los estudiantes dependen más de la vinculación con sus compañeros para sentirse cómodos); la adaptación (sorprendieron de su capacidad de adaptarse) y el dominio(con perseverancia y secuencia de éxitos se produce un fortalecimiento, si no la autoeficacia se ve amenazada. El impacto de estudiar en el extranjero proporciona una experiencia directa más efectiva que ninguna otra estrategia.</p>

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Foronda, C. (2010).	Describir pensamientos, sentimientos y experiencias de estudiantes estadounidense en un intercambio corto en un país de bajos ingresos.	Estrategia de generación de la información: Entrevista telefónica. Participantes: 10 estadounidenses. Tipo de inmersión: Prácticas.	Los resultados proporcionan una idea de la experiencia del estudiante de estudiar en el extranjero. Revelaron hacer "comparaciones constantes", "manifiestan experimentar un "aprendizaje" y un "viaje emocional". No alcanzaron la fase más elevada de la transformación definida por Mezirow ya que no manifestaron la intención de emprender una acción social. Se identificaron varios bloques potenciales para la transformación: egocentrismo, desconexión emocional, percepción de impotencia, sentirse abrumado y una mentalidad de vacaciones. El aprendizaje transformador no es un resultado garantizado. Para cultivar el aprendizaje transformador, los educadores de enfermería deben implementar estrategias con los estudiantes que promueven la reflexión crítica y la empatía por los demás durante el estudio en el extranjero.
Grant, E., y McKenna, L. (2003).	Profundizar en las experiencias de los estudiantes de tercer año en unas prácticas clínicas.	Estrategia de generación de la información: Diarios y entrevistas. Participantes: 22 australianos. Países: China, Hong Kong, Malasia, Irlanda del Norte y Reino Unido. Tipo de inmersión: visitas + practicas cortas Duración: 1 semestre.	La adaptación a la cultura diferente es un tema de progresión. Se pone en relieve la importancia de la preparación y el apoyo adecuado para los estudiantes en prácticas clínicas internacionales Las categorías identificadas focalizan en problemas micro clínicos centrándose posteriormente en aspectos más amplios sobre la "cultura de enfermería". Los estudiantes describieron los aspectos positivos y negativos de realizar prácticas en un entorno clínico internacional, emergiendo con fuerza el concepto de "ser diferente". Si bien los hallazgos no se pueden generalizar más allá de la muestra, el estudio destaca la importancia de la preparación y el apoyo adecuado.
Greatex-White, S. G. (2008).	Descubrir la naturaleza del fenómeno de estudiar en el extranjero "en el contexto de la Educación Superior de Enfermería en RU.	Estrategia de generación de la información: diarios no estructurados. Participantes: 26 ingleses.	Los hallazgos indican que estudiar en el extranjero aumenta la conciencia cultural, la sensibilidad, y ayudar en el desarrollo de la competencia cultural. Los estudiantes describen la experiencia "inquietante" se sintieron un "forastero" cambió sus perspectivas. Se descubrieron seis estructuras generales: dejar tras de sí, escape, ser extranjero, auto-descubrimiento, el aprendizaje y el riesgo. El documento se centra en "ser extranjero" y las implicaciones que esto puede tener. Se sugiere que para cumplir el desarrollo de profesionales culturalmente competentes hay que reforzar los estudios en el extranjero.
Greatrex-White, S. (2007).	Desvelar la experiencia de estudiar fuera.	Estrategia de generación de la información: diarios no estructurados Participantes: 26 ingleses.	Se centra en la percepción de sentirse extranjero como una "perturbación" que posteriormente tiene un efecto positivo. Ofrece a los estudiantes la oportunidad de desarrollar conciencia de la cultura de acogida, y de la propia, y de las estructuras y prácticas profundamente arraigadas que afectan su forma de ver el mundo. Declaran que la sensación de "sentirse extranjero", se subestima, ya que afecta profundamente la perspectiva cultural.
Green, B. F., y col. (2008)	Examinar la experiencia de los alumnos que emprenden un intercambio.	Estrategia de generación de la información: entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales. Participantes: 30 estadounidenses. Países: Inglaterra, Suecia, Noruega, España Dinamarca, , Holanda, Sudáfrica y Hong Kong Tipo de inmersión: Prácticas Duración de la inmersión: 5-20 semanas.	Los participantes describieron un aumento de la confianza, la autonomía y los conocimientos y habilidades profesionales. Se tomó conciencia de cómo son los roles del sistema sanitarios entre países y un cambio de actitud hacia otras personas de diferentes culturas. Las diferencias entre los dos casos eran pequeñas. Si bien hubo apoyo de ambas universidades de origen y de acogida, ésta varió entre los proveedores de las prácticas clínicas. El intercambio fue beneficioso, sin embargo, hay una necesidad de mejorar la preparación, el seguimiento de los estudiantes, un mayor compromiso con las instituciones asociadas, y mejor asesoramiento de personal.

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Haloburdo, E. P., y Thompson, M. A. (1998).	Identificar el aprendizaje de una experiencia internacional en países desarrollados versus no desarrollados.	Estrategia de generación de la información: entrevista en profundidad. Participantes: 14. Países: Holanda, Nicaragua y República Dominicana. Tipo de inmersión: Práctica clínica.	Tres categorías principales surgieron del análisis de los datos: el crecimiento personal y profesional, el conocimiento empírico y la experiencia de aprendizaje. Se identificaron más similitudes que diferencias entre los estudiantes que habían viajado a países en vías de desarrollo que a los países desarrollados. Los hallazgos sugieren que las experiencias internacionales deben incluir la posibilidad de brindar atención directa de enfermería. Se presenta una propuesta de modelo para este tipo de experiencias.
Harrowing, J. N., y col. (2012).	Describir el impacto de una experiencia internacional de promoción de la salud en la comprensión de la cultura.	Estrategia de generación de la información: trabajos académicos. Participantes: estudiantes de enfermería (n = 14) y de otros programas (n = 8) de una universidad canadiense. Países: Malawi.	Las narraciones demostraron un crecimiento epistémico hacia puntos de vista más constructivistas. Indican que la inmersión transforma a los participantes en expertos culturales. Muestra evidencia que los participantes experimentaron un crecimiento existencial, pero su comprensión de la cultura no cambió como resultado de su breve estancia en un contexto cultural diferente.
Holstege, M.J. (2000).	Explorar las experiencias vividas por los estudiantes, que proporcionaron la atención de salud en Nicaragua después del huracán	Participantes: estadounidenses. Países: Nicaragua. Tipo de inmersión: Prácticas clínicas.	Emergieron cuatro categorías: (a) choque cultural, (b) la adaptación, (c) las lecciones aprendidas, y (d) recuerdos. El Choque cultural se produjo en relación a los roles de la familia nicaragüense, la dominación masculina, las condiciones surrealistas y el impacto del medio ambiente y el nivel económico, y la cobertura de las necesidades de atención médica y de salud. En esta experiencia necesitaban adaptarse a no sentirse preparados para el viaje, a vivir una montaña rusa emocional, y a las nuevas condiciones de vida. La experiencia supuso un crecimiento personal y profesional, aprendiendo a proveer una atención sanitaria con recursos limitados.
Johanson, L. (2006).	Evaluar una experiencia de un curso de 10 días en México.	Países: Méjico. Duración de la inmersión: 10 días.	Identifican conocimiento cultural sobre el sistema de salud y educativo mexicano. Asimismo se aumenta la sensibilidad y empatía cultural: Se corrigen percepciones erróneas que tenían antes del viaje. Experimentaron un choque por la pobreza de los mayas y la temperatura.
Keogh, J., y Russel-Roberts, E. (2009).	Identificar los beneficios y determinar si se cumplieron las necesidades de los estudiantes.	Estrategia de generación de la información: Entrevista. Participantes: 7 alemanes y finlandeses. Países: Alemania y Finlandia. Tipo de inmersión: prácticas clínicas. Duración de la inmersión: 20 semanas.	Los resultados mostraron que la movilidad genera la difusión de conocimientos y habilidades entre los diferentes países. Los estudiantes indicaron que sus necesidades personales y educativas se alcanzaron con independencia de las dificultades lingüísticas que experimentaron. Se produce un desarrollo personal y profesional, un mayor conocimiento de otros sistemas sanitarios, y del papel de la Enfermería. Identifican diferencias en el sistema de educativo.
Kirkham, S. R., Hofwegen, L.V. y Pankratz, D., (2009).	Describir el aprendizaje de la inmersión, y facilitar estrategias que apoyen el aprendizaje personal y profesional.	Estrategia de generación de la información: Grupos focales. Participantes: 17 Canadienses. Países: Guatemala. Tipo de inmersión: Prácticas clínicas. Duración de la inmersión: 4 semanas.	La experiencia proporcionó una nueva forma de ver el mundo, un conocimiento significativo de los determinantes de la salud y de la salud global. Experimentan una mayor conciencia social. Los estudiantes declaran haber aprendido de forma profunda, pero tenían dificultad a la hora de aplicar el conocimiento en sus contextos originales.

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Kollar, S. J., y Ailinger, R. L. (2002).	Evaluar los efectos a largo plazo de una experiencia de inmersión cultural	<p>Estrategia de generación de la información: Entrevistas.</p> <p>Participantes: 12 estadounidenses.</p> <p>Países: Nicaragua.</p> <p>Tipo de inmersión: Experiencia de salud comunitaria</p> <p>Duración de la inmersión: 2 semanas.</p>	Se identifica un desarrollo personal que cursa con un aumento de la confianza en sí mismo y autonomía, un mejora del idioma y a apreciar y amar la vida tal como es. Así mismo describen un aumento del conocimiento cultural, una mayor conciencia, sensibilidad y deseo intercultural. La experiencia influyó en su opción por trabajar más directamente con los hispanos, y los pobres. Manifiestan un mayor respeto por los profesionales de la salud de los países en desarrollo.
Koskinen, L., y Tossavainen, K. (2003).	Explorar las características de la tutoría intercultural y las estrategias de los mentores para mejorar la competencia intercultural.	<p>Estrategia de generación de la información: observación, entrevistas grupales y las notas de campo.</p> <p>Participantes: 23 mentores y 5 estudiantes.</p> <p>Países: Finlandia.</p> <p>Tipo de inmersión: prácticas clínicas.</p> <p>Duración de la inmersión: 3-4 meses.</p>	La tutoría intercultural se caracterizó por la preocupación acerca de la adaptación del alumnado, la omnipresencia de la relación, el sentido de aprendizaje mutuo, la inadecuada cooperación entre las escuelas en el intercambio y la preocupación por los resultados del aprendizaje. Los mentores usaron una variedad de estrategias para mejorar la competencia intercultural de los estudiantes. La orientación fue una experiencia gratificante y frustrante.
Koskinen, L., y Tossavainen, K. (2003).	Describir la relación entre los estudiantes ingleses y los tutores fineses desde la perspectiva de los tutores.	<p>Estrategia de generación de la información: observación, entrevistas grupales y notas de campo.</p> <p>Participantes: 7 mentores.</p> <p>Países: Finlandia.</p> <p>Tipo de inmersión: prácticas clínicas.</p> <p>Duración de la inmersión: 3-4 meses.</p>	La relación de tutoría fue pastoral y clínica en lugar de académica. El aspecto pastoral de la relación fue esencial para ayudar a los estudiantes a adaptarse al estrés de estudiar en un país extranjero. Por otro lado, los tutores no pudieron apoyar a todos los estudiantes para superar su choque cultural. Los tutores no estaban seguros sobre su rol y no integraron la cultura o práctica finlandesa en la teoría, pero fue una experiencia satisfactoria.
Koskinen, L., y Tossavainen, K. (2003).	Describir el proceso de ganar la competencia intercultural de los estudiantes de enfermería.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas grupales, documentos de aprendizaje, y notas de campo.</p> <p>Participantes: 15 británicos.</p> <p>Países: Finlandia.</p> <p>Tipo de inmersión: Prácticas clínicas</p> <p>Duración de la inmersión: 3-4 meses.</p>	Se percibe un aumento en el Deseo intercultural de los estudiantes, y su intención de convertirse en interculturalmente competente. Consideran que estudiar en el extranjero es una experiencia intensa, y por lo tanto la preparación, la selección de los estudiantes de intercambio, el diseño del programa y la tutoría intercultural necesita ser muy cuidado. Mientras que algunos estudiantes manifestaron un aumento en la competencia intercultural, otros estudiantes se bloquearon y no pudieron aumentar la competencia debido a las barreras del idioma y el choque cultural.

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Koskinen, L., y Tossavainen, K. (2004).	Describir un programa de intercambio para el aprendizaje de la competencia intercultural en la enfermería.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas grupales, documentos de aprendizaje, y notas de campo.</p> <p>Participantes: 12 finlandeses.</p> <p>Países: Reino Unido.</p> <p>Tipo de inmersión: Prácticas clínicas.</p> <p>Duración de la inmersión: 3 meses.</p>	<p>Para tener un impacto en aprendizaje de la competencia intercultural, necesitaban apoyo antes, durante y después del intercambio. Necesitan tutorías interculturales para interactuar con la población local. En la Fase de orientación (Transición de una cultura a la otra) sentían que la baja preparación no les ayudaba a hacer la transición. Percibían una falta de comunicación entre las instituciones de origen y de acogida. En la fase de estudio en el extranjero (Adaptación a lo diferente) identificaron la barrera del idioma aunque mejoró con el tiempo. Recalcan la importancia de los tutores y los mentores, su trabajo como mediador cultural y cómo su interés en los objetivos de aprendizaje de los estudiantes y su bagaje previo era un determinante en el aprendizaje. En la Fase de reentrada (Ganando sensibilidad cultural), la involucración en la cultura es mayor que si hubiesen sido turistas, integran sus experiencias interculturales en su competencia profesional a pesar de considerarlo corto. Al volver a entrar, la experiencia de cambio parecía seguir siendo un componente no revisado y reflexionado sobre sus vidas. Algunas personas fracasaron en la competencia intercultural teniendo una actitud de superioridad cultural, sin llegar a hacer una reflexión intercultural.</p>
Koskinen, L., y col. (2004).	Describir los factores importantes en el aprendizaje de la competencia intercultural.	<p>Estrategia de generación de la información: trabajos de los estudiantes.</p> <p>Participantes: 16 finlandeses y estadounidenses.</p> <p>Países: Finlandia y Estados Unidos.</p> <p>Tipo de inmersión: prácticas clínicas.</p> <p>Duración de la inmersión: 3-12 semanas.</p>	<p>La base para el aprendizaje de la competencia intercultural consistió en cuatro componentes: la preparación para el intercambio, la resistencia personal, las experiencias previas y el estado curricular de los estudios interculturales. El proceso de aprendizaje de la competencia intercultural incluyó tres componentes: el proceso de maduración de los estudiantes, el proceso de reflexión y las relaciones importantes durante la experiencia intercultural. Como conclusión, se puede afirmar que un proyecto de educación internacional en enfermería ofrece una buena oportunidad para que los profesionales de la salud aumenten la competencia cultural.</p>
Lee, N. J. (2004).	Examinar el impacto de un módulo de Cuidados en salud internacional en el desarrollo personal y profesional.	<p>Estrategia de generación de la información: relato personal.</p> <p>Participantes: 18.</p> <p>Tipo de inmersión: experiencia clínica.</p> <p>Duración de la inmersión: 4-6 semanas.</p>	<p>Los estudiantes creyeron que sus experiencias internacionales tuvieron un profundo impacto en su desarrollo personal, ayudándoles a hacer la transición de estudiante a enfermera cualificada. Recalca en la importancia de la experiencia de choque para potenciar el efecto de aprendizaje que marca la diferencia entre ser turista y este intercambio La práctica clínica fue dura, por el estrés ante la diferencia clínica, el sentirse diferente y la nostalgia de lo su mundo. Ante estos desafíos buscaron apoyo familiar.</p>
Levine, M. (2009).	Identificar la visión de los estudiantes norteamericanos, que participaron en inmersión internacional.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas en profundidad de 3 a 13 años después.</p> <p>Participantes: 10 estadounidenses.</p> <p>Tipo de inmersión: Prácticas clínicas.</p>	<p>Los informantes hablaron de profundos cambios en sus vidas personales y profesionales. La experiencia influyó en el aumento de la empatía cultural, la compasión, el deseo cultural, la aceptación de las diferencias, el reconocimiento de males sociales, y la voluntad de asumir riesgos para promover el cambio. Los mayores aprendizajes fueron "tener una el confianza ciega" en las circunstancias que los rodean, "valorar a los demás" independientemente de las diferencias socioculturales y tomar decisiones fundamentales de transformación en sus vidas que persisten incluso 5, 10 y 15 años después. Una atención más centrada en el cliente y una mayor inclinación por trabajar con el diferente.</p>

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Maltby, H. J., y Abrams, S. (2009)	Descubrir el significado de la experiencia de inmersión para estudiantes de enfermería.	<p>Estrategia de generación de la información: diarios reflexivos.</p> <p>Participantes: 17 estadounidenses.</p> <p>Países: Bangladesh.</p> <p>Duración de la inmersión: 3 semanas.</p>	<p>Del análisis surgieron cuatro temas: comenzar a ver, pensar en lo visto, querer cambiar lo visto y transformarse por lo visto. Estos temas se combinan en un marco que se ha titulado tentativamente, "Ver a través de nuevos ojos. Perciben un cambio interno profundo basado en la experiencia que habían tenido en relación con la pobreza. Se plantean hacer cooperación. Lograr la competencia cultural es un proceso complejo a largo plazo que puede intensificarse con experiencias de inmersión.</p>
Morgan, D. A. (2012).	Investigar las experiencias de riesgo de los estudiantes de enfermería durante un intercambio de prácticas.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas semi-estructuradas.</p> <p>Participantes: 10 ingleses.</p> <p>Países: países de la UE (2); países desarrollados no UE (7) y países en vías de desarrollo no UE (1).</p> <p>Tipo de inmersión: prácticas clínicas.</p>	<p>Los estudiantes habían experimentado tres tipos de riesgo: el riesgo físico (por el entorno, la infraestructura o con la población local); el riesgo clínico profesional de cometer errores por falta de idioma o desconocimiento cultural y que les acusasen de mala práctica; el riesgo socio-cultural de sentirse extranjero y diferente, no encajar con la cultura y aislarse.</p> <p>Los factores que influyen en la percepción de riesgo o en la toma de decisiones son la voz interna y la intuición, y el hacer comparaciones con lo que sucede en el país de origen, intentando reducir el riesgo mediante el empleo estrategias para reducir la 'otredad'. Se percibió que la exposición a la percepción de riesgo mejoraba el aprendizaje de los estudiantes, ya que alentó el desarrollo personal y profesional, fomentando la autorrealización.</p>
Pross, E. (2005).	Comprender la naturaleza de la educación internacional de los estudiantes de enfermería.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas en profundidad y encuestas por correo.</p> <p>Participantes: 34 estadounidenses.</p> <p>Países: México, Guatemala, Noruega, Rusia, Honduras, China, África Occidental, Nueva Zelanda, y el Mediterráneo.</p> <p>Tipo de inmersión: variados.</p> <p>Duración de la inmersión: 7 días a 2 meses.</p>	<p>El análisis de los datos dio lugar a nueve estructuras experienciales y cuatro temas esenciales. Los temas se identificaron como "preparación", "cuidando", "adaptación" y "transformación". Se identificó que estos aspectos estaban influenciados por la cultura, los valores y la ética. Se presenta un diagrama descriptivo que resume la estructura del significado.</p>
Rolls, C., Inglis, A., y Kristy, S. (1997).	Investigar las preocupaciones, las expectativas y beneficios de estudiar en el extranjero.	<p>Estrategia de generación de la información: 3 entrevistas antes, durante y después.</p> <p>Participantes: 17 australianos.</p> <p>Países: Tailandia.</p> <p>Duración de la inmersión: 4 semanas.</p>	<p>En un inicio, los estudiantes describieron preocupaciones como: la sensación de peligro, enfermar, la seguridad, y el gestionar la alimentación y el lenguaje. Durante la segunda y tercera entrevistas, esas preocupaciones disminuyeron. Al final, los estudiantes desarrollaron confianza, una mayor conciencia de la cultura, y experimentaron cambios de actitud, una creciente aceptación y comprensión hacia las culturas y las necesidades de salud de Tailandia.</p>
Ruddock, H. C., y Turner, D. S. (2007).	Explorar el efecto de la una experiencia internacional en la sensibilidad cultural.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas en profundidad.</p> <p>Participantes: 10 daneses.</p> <p>Países: Jamaica, Malta, Australia.</p>	<p>Identifican que para desarrollar la sensibilidad cultural se necesita una interacción compleja entre sentirse cómodo con la experiencia de hacer una transición de una cultura a otra, adaptarse a las diferencias culturales y crecer personalmente. Un aspecto central fue la experiencia de estudiar en un entorno desconocido, experimentar el estrés y diversos grados de choque cultural, y tomar la decisión de actuar de acuerdo con la cultura de acogida. Estas acciones llevaron a la comprensión de que ser sensible a otra cultura requiere estar abierto a su dinámica, reconocer las estructuras sociales y políticas e incorporar las creencias de otras personas sobre la salud y la enfermedad.</p>

Autor	Objetivo	Metodología	Resultados
Scholes, J., y Moore, D. (2000).	Informar sobre un programa de intercambio clínico.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas, grupos de discusión y cuestionarios.</p> <p>Participantes: 79 europeos.</p> <p>Países: Holanda, Reino Unido y España.</p> <p>Tipo de inmersión: prácticas clínicas.</p> <p>Duración de la inmersión: 3 meses.</p>	<p>Los y las estudiantes refieren experimentar estrés y un profundo desajuste social que creó confusión por el desconocimiento de las formas de hacer y la dificultad en el idioma. Las estrategias de afrontamiento utilizadas en el país de origen no eran útiles. Estas limitaciones tuvieron un efecto en el desarrollo personal, profesional y de la competencia cultural y en su propia transformación. Les permitió desarrollar más empatía por las personas, se paraban a reflexionar más sobre el significado de la comunicación y de cada acción. El ser estudiantes extranjeros les permitía comparar y reflexionar sobre la cultura de origen.</p>
Shieh, C. (2004).	Explorar las experiencias transculturales de estudiantes de enfermería taiwaneses en los Estados Unidos.	<p>Estrategia de generación de la información: diarios.</p> <p>Participantes: 9 taiwaneses.</p> <p>Países: Estados Unidos.</p> <p>Tipo de inmersión: 2-4 días en la práctica</p> <p>Duración de la inmersión: 2 semanas.</p>	<p>Las estudiantes taiwaneses percibieron la cultura estadounidense como hospitalaria y patriota, con alto valor a los derechos humanos y el bienestar social, favoreciendo el afecto directo y expresivo. Percibieron un crecimiento personal y profesional. El programa les ayudó a abrir su mente, a ampliar horizontes y su visión del mundo. Esta expansión de la visión del mundo les permitía reflexionar acerca de sus propias fortalezas y debilidades. Querían seguir aprendiendo para cambiar su forma de pensar y la práctica enfermera.</p>
Walsh, L. V., y DeJoseph, J. (2003)	Explorar las experiencias de los estudiantes y mentores que buscaban aumentar su competencia cultural a través de una inmersión a corta.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas y diario.</p> <p>Participantes: 10 estadounidenses.</p> <p>Países: Guatemala</p> <p>Tipo de inmersión: práctica relativa.</p> <p>Duración de la inmersión: 2 semanas.</p>	<p>Vivir en una comunidad diferente a la propia provoca la experiencia de ser "otro" La inmersión aumenta la capacidad de reconocer su etnocentrismo, mientras que se desarrolla la comprensión de los conflictos experimentados por las minorías y los inmigrantes. La barrera del idioma contribuye a experimentar el sentimiento del otro, y la frustración de no poder comunicarse. Esta experiencia es muy enriquecedora. Presenta diferentes fases: de orientación en la que hay miedo a lo desconocido. Fase posterior, comprueban los miedos y sentimientos de impotencia por la pobreza. Fase final en la demuestran competencia y conocimientos para cuidar. Provoca una sensación de un gran crecimiento y ampliación en la visión del mundo.</p>
Wimpenny, P., y col. (2005).	Describir la evolución de la comprensión de la cultura después de atender un programa intensivo SOCRATES.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas individuales y grupales.</p> <p>Países: Bélgica.</p> <p>Tipo de inmersión: Programa intensivo</p> <p>Duración de la inmersión: 2-3 semanas.</p>	<p>Los temas clave que emergen son: valores personales y cultura, compromiso y cultura, y personalidad y cultura. Plantea que se presentan problemas con las habilidades lingüísticas, las habilidades de comunicación, los estereotipos, la conciencia personal, conciencia cultural, sensibilidad y competencia. La inmersión en otra cultura puede dejarnos desnudos. Cuando te relacionas con persona de otras cultura no sabes hasta qué punto esa persona es un reflejo de su cultural o simplemente de su personalidad.</p>
Zanchetta, M. y col (2013).	Evaluar la experiencia de los estudiantes de enfermería canadienses en Brasil.	<p>Estrategia de generación de la información: entrevistas individuales y grupales.</p> <p>Participantes: 4 canadienses.</p> <p>Países: Brasil.</p> <p>Tipo de inmersión: 480 horas en intervención comunitaria.</p> <p>Duración de la inmersión: 12 semanas.</p>	<p>Mayor aprendizaje que el esperado, con un impacto fundamental en su futuro profesional La experiencia fue una herramienta para "abrir los ojos y la mirada", contrastando los sistemas de salud de Canadá y Brasil. Aumento en la confianza personal y la percepción de crecer emocionalmente: ser más conscientes de las fortalezas y las debilidades. Las estrategias utilizadas fueron reconocer los límites de su conocimiento en el entorno extranjero y la cooperación entre estudiantes</p>

Capítulo IV. Marco metodológico y diseño de la investigación

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo justificamos la pertinencia de esta tesis, informamos sobre el objeto y los objetivos de la investigación, y argumentamos la adopción de la perspectiva cualitativa e interpretativa. Asimismo, describimos el contexto del programa investigado y de los países participantes, con el fin de facilitar una mayor comprensión acerca de las decisiones en relación al diseño y a los resultados de la investigación. Explicamos la puesta en marcha en esta investigación de las seis fases del método fenomenológico hermenéutico según Van Manen (2003) y Spiegelberg (1982). Partiendo de esta información, describimos las dos etapas del diseño de la investigación, y en cada una de ellas presentamos las características de la población investigada, y las técnicas de investigación utilizadas para recoger y analizar la información generada. Por último, hacemos referencia a las estrategias llevadas a cabo para preservar los criterios de calidad metodológica y ética.

4.1. Justificación

La inmersión en una cultura diferente es defendida por muchos autores como la estrategia formativa clave para el desarrollo de la competencia cultural (Camphina-Bacote, 2010; Vande Berg y Paige, 2012). El interés de la inmersión radica en el efecto que produce la exposición a las diferencias culturales, pero esta experiencia es generadora de estrés en el alumnado (Ryan y Twibel, 2000; Holstege, 2000; Inglis, Rolls y Kristy, 2000; Scholes y Moore, 2000; DeDee, 2003; Grant y McKenna, 2003; Koskinen y Tossavainen, 2003; Koskinen y Jokinen, 2004; Lee, 2004; Greatrex-White, 2007, Ruddock y Turner, 2007; Green, 2008; Morgan, 2012; Stephens y Hennefer, 2013). Si este nivel de estrés es demasiado alto se asocia con una peor adaptación psicológica y cultural (Ryan y Twibel, 2002; Koskinen y Tossavainen, 2004). Esta falta de adaptación puede crear una reacción defensiva, un rechazo a la cultura de acogida, la disminución de su rendimiento (Koskinen y Tossavainen, 2003; 2004), e incluso puede suscitar la decisión de abandonar la inmersión antes de tiempo (MacDonald, 2008; Stephens y col, 2011). Consecuentemente esta situación supondría un fracaso a la hora de desarrollar la competencia cultural.

Desde nuestro interés por apoyar al estudiante a manejar el estrés aculturativo, y ante la carencia de estudios, estimamos crucial investigar el proceso de aculturación a lo largo de la inmersión. Necesitamos comprender los cambios emocionales que manifiesta el alumnado a lo largo del proceso, cuáles son los estresores más frecuentes y cuándo se desencadenan. Este conocimiento nos proporcionará información para identificar los momentos de mayor estrés aculturativo, y acompañar al alumnado aplicando los recursos pedagógicos que favorezcan su bienestar y que garanticen un aprendizaje efectivo.

Además, la inmersión cultural, como estrategia educativa, conlleva un alto coste personal y social, por lo que es importante valorar hasta qué punto contribuye a la consecución, tanto a corto como a largo plazo, de las metas de la educación universitaria en la formación del alumnado como persona y profesional.

A pesar de que varios estudios han identificado el efecto inmediato de la inmersión a nivel personal (Zorn, 1996; Rolls y col, 1997; Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008, Keogh y Russel-Roberts, 2009; Zancheta y col, 2013), a nivel profesional (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008; Keogh y Russel-Roberts, 2009) y a nivel de la competencia cultural ((Rolls y col, 1997; Scholes y Moore, 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Lee, 2004; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Amerson, 2010; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013), consideramos importante seguir analizando el efecto inmediato de la inmersión en el programa ENI por las características peculiares de este programa. El ENI fue un programa educativo innovador, diseñado entre tres instituciones europeas. Su diseño contemplaba actividades educativas compartidas antes, durante y después de la inmersión, que estaban dirigidas específicamente al desarrollo de competencia cultural con un fin transformador. Además, pocas son las investigaciones en estudiantes de Enfermería que informan acerca de las estrategias pedagógicas más adecuadas para potenciar dichos efectos que puedan guiar el diseño de futuros programas formativos.

Asimismo, estimamos de alto interés investigar el efecto a largo plazo o mediano de esta inmersión, por el escaso número de publicaciones sobre inmersiones prolongadas que han estudiado dicho efecto a nivel personal (Duffy, 2005, Levine, 2009), a nivel

profesional (Duffy, 2005) y en la competencia cultural (Zorn, 1996; Duffy, 2005; Levine, 2009). Además, de las investigaciones sobre inmersiones prolongadas, solo el estudio de Zorn (1996) indaga si el efecto se mantiene o se diluye en el tiempo, y ninguno de los estudios identificados adopta un diseño longitudinal intrasujetos, recomendado por Ruddock y Turner (2007), que haga el seguimiento de los mismos estudiantes y describa cómo el efecto a corto plazo se proyecta a largo plazo. Por tanto, valoramos la oportunidad que nos brinda este programa para ser más ambiciosas, evaluar la sedimentación formativa diez años después en las mismas participantes, e identificar si la formación aportó un aprendizaje significativo y transformador.

Por último, consideramos relevante conocer cuáles son los factores moduladores del estrés aculturativo y del aprendizaje, ya que este conocimiento facilita la elaboración de modelos educativos sobre la inmersión cultural que orienten la planificación de actividades educativas innovadoras y satisfagan las necesidades de aprendizaje de las enfermeras en el siglo XXI.

En el momento actual los modelos de aculturación, como el de Ward (2001; 2016), proporcionan una orientación sobre los procesos de aculturación de inmigrantes, pero no ofrecen una información específica que guíe los diseños formativos del alumnado. El único modelo que se ha esforzado por conceptualizar los factores moduladores de la experiencia de la inmersión cultural en estudiantes de Enfermería fue desarrollado por Ryan y Twibel (2002) y denominado Modelo para la experiencia de inmersión en enfermería transcultural. No obstante, entendemos que es importante continuar profundizando en este sentido, ya que el modelo nace de una investigación cuantitativa a 27 estudiantes que habían realizado una inmersión de 2 a 3 semanas, por lo que entendemos que los requerimientos de la inmersión son muy distintos y puede obviar aspectos que son importantes en las inmersiones prolongadas. Además, las propias autoras indican la necesidad de seguir investigando y contribuir a la revisión del modelo, proporcionando nuevas pistas para planificar y evaluar las experiencias de inmersión cultural.

Todos los argumentos presentados dejan patente la necesidad de seguir investigando sobre la inmersión cultural como estrategia formativa, y nos incitaron a plantear los objetivos de esta tesis que presentamos en el siguiente apartado.

4.2. Objeto de estudio, propósito y objetivos .

Teniendo en consideración el estado actual de la cuestión y las lagunas de la investigación sobre los procesos de inmersión cultural como estrategia de desarrollo de la competencia cultural, presentamos el objeto de estudio y los objetivos de esta tesis.

Objeto de Estudio

Analizar el valor de la inmersión en una cultura sanitaria distinta como estrategia de desarrollo de la competencia cultural en estudiantes de Enfermería, poniendo la atención en el proceso de aculturación que generan y en los efectos que desencadena.

Propósito

Mejorar los procesos educativos basados en la inmersión prolongada y profunda en otra cultura sanitaria que garanticen el desarrollo de la competencia cultural en los y las estudiantes de Enfermería.

Objetivos

- Comprender el proceso de aculturación de los y las estudiantes del Bsc (Hons) in European Nursing durante una inmersión prolongada en una cultura sanitaria diferente, identificando las fases por las que transitan, los estresores culturales, las respuestas afectivo-emocionales y los recursos internos y externos que han facilitado su proceso de adaptación psicológica y cultural.
- Analizar el efecto inmediato y mediato que la inmersión cultural y las estrategias emprendidas tiene en los estudiantes internacionales de Enfermería a nivel personal, y profesional focalizando en la competencia cultural.

- Esbozar una propuesta de modelo sobre el abordaje pedagógico de los estudiantes de la salud en una inmersión cultural como estrategia para el desarrollo de la competencia cultural.

En esta tesis contemplamos dos núcleos de investigación que entendemos están conectados: por un lado, el proceso de aculturación durante la inmersión cultural y las estrategias del alumnado y del programa educativo; y por otro lado, el efecto que este proceso y sus estrategias han tenido tanto a corto como a largo plazo no solamente a nivel personal, sino a nivel profesional y en el desarrollo de la competencia cultural. Es mediante este conocimiento que pretendemos realizar una contribución teórica acerca de los procesos formativos que utilicen la inmersión cultural como estrategia formativa.

4.3. Perspectiva metodológica

La investigación en Educación en Enfermería puede ser abordada desde diferentes perspectivas que van a determinar la elección de la metodología, el método y las técnicas utilizadas. Dichas elecciones no son neutras, sino que responden a determinados intereses, formas de ver el mundo y de interpretar la realidad social.

En esta investigación, asumimos una perspectiva cualitativa e interpretativa y por tanto, los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que de él se derivan (Tabla 12).

Tabla 12. Características de la perspectiva cualitativa e interpretativa de la investigación.

Objetivo e interés	Ontológico ¿Cuál es la naturaleza de la realidad observada?	Epistemológico ¿Cuál es la relación entre el investigador y lo estudiado?	Axiológico ¿Qué papel tienen los valores?	Metodológico ¿Cómo debe obtenerse el conocimiento?
Comprensión y reconstrucción	La realidad es subjetiva, y se construye socialmente, por tanto es múltiple y plural.	El investigador entiende que interactúa con lo investigado y que los resultados son la creación del proceso interactivo.	Se tienen en cuenta y se presentan los valores ya que estos interactúan con la teoría, el método, y los resultados.	Procesos de investigación cualitativos e inductivos. Diseños flexibles y emergentes. Vinculación con el contexto. Muestreos no aleatorios. Genera la información a través de técnicas narrativas: entrevistas en profundidad, grupos de discusión, relatos... Información narrativa. Análisis cualitativo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez, Gil y García(1996); Denzin y Lincoln (2011); Polit y Beck (2013).

Adoptamos esta perspectiva metodológica ya que pretendemos sumergirnos en la complejidad y riqueza de la vivencia del grupo de estudiantes durante la inmersión cultural y su efecto, desde el significado que las propias personas le otorgan (Burns y Grove 2012; Flick, 2012; Pérez-Serrano, 1998).

Desde esta perspectiva, se entiende que la realidad no es única ya que la persona reinterpreta subjetiva y culturalmente las situaciones, los momentos y las circunstancias, construyendo una visión de la realidad sociocultural propia y no unívoca (Peiro, 1996). Puesto que esta construcción se adquiere en comunicación con otros seres humanos y el entorno, no se puede desvincular el fenómeno objeto de estudio del contexto en el que se está produciendo, si pretendemos comprender profundamente el significado que se le otorga a la realidad a estudiar (Denzin y Lincoln, 2011; Munhall, 2012).

A la construcción de este conocimiento se accede fundamentalmente a través de la observación, de la interacción y de la participación del investigador y los investigados (Vasilachis de Gialdino, 2006). Consecuentemente, en este enfoque metodológico, la persona investigadora se convierte en instrumento de la investigación y está implicado por sus intereses y la interacción con las personas y los grupos sociales que estudia (De la Cuesta Benjumea, 2006; Eisner, 1998; Haverkamp y Young, 2007).

Puesto que quienes investigan son instrumentos de la investigación, y que su actividad no es neutra, es necesario poner en marcha procesos de reflexividad que hagan visible las consecuencias de sus intervenciones (De la Cuesta Benjumea, 2011). A lo largo del proceso de esta tesis hemos ido examinando críticamente el efecto que podíamos tener sobre el estudio y el impacto de nuestras interacciones con los y las participantes. Esta reflexión se ha construido poniendo en marcha dinámicas de contraste acerca del proceso con otros investigadores, y acerca de los resultados con el grupo de participantes.

El diseño de esta investigación se ha ido reformulando y reconstruyendo a la luz del conocimiento que se iba desvelando en el transcurso del proceso (Medina, 2005). En este sentido, el trabajo de campo y el análisis de los resultados preliminares nos han inducido a búsquedas teóricas posteriores y a nuevas tomas de decisiones acerca del

tipo de técnica, de nuevas preguntas y del momento idóneo para la recogida de información. Esta flexibilidad es consecuencia lógica del interés de la perspectiva cualitativa por desvelar y comprender en profundidad, ya que las construcciones cerradas a priori dejarían de lado el abordaje de aspectos desconocidos por el investigador que son significativos para el estudio.

Teniendo en consideración que la realidad es una construcción social, y que por tanto es múltiple, no pretendemos extraer un conocimiento generalizable similar al de las investigaciones cuantitativas. Como indica Eisner (1998), el intento de generalizar desde la metodología cuantitativa hace que se pierda la unicidad de los rasgos concretos desconectados de la situación específica donde se originaron. La generalización y la transferibilidad desde la investigación cualitativa se refieren a la posibilidad de que aquello que ha sido desvelado en la investigación pueda extenderse a otras poblaciones u otros contextos. Como Guba y Lincoln (1981) indican, en la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Por ello, en esta tesis hemos descrito el contexto y las características del grupo de participantes, facilitando de esta manera la transferibilidad de los resultados a otras personas.

En este estudio adoptamos como método el propuesto por la fenomenología hermenéutica, el cual indaga en la experiencia de la vida y de la cotidianidad, y trata de conocer los significados que las personas dan a su experiencia (Sandin, 2003; Morse, 2003). Desde este método se intenta ver los fenómenos desde el punto de vista de nuestros participantes, describiendo, comprendiendo e interpretando la experiencia y significado que le otorgan a vivir inmersos en una cultura sanitaria diferente (Van Manen M, 2003). La fenomenología hermenéutica ha sido un método particularmente utilizado en la psicología y en las ciencias de la salud, pero Max Van Manen (2003) lo acerca al contexto de la investigación educativa (Ayala, 2008).

A continuación resumimos las seis fases del método fenomenológico según Van Manen (2003) y las aportaciones de Spiegelberg (1982), puesta en marcha en esta investigación:

- a) Descripción del fenómeno: En esta fase, a través de una reflexión sobre el contexto tanto individual como socio-educativo y del estado actual del tema, nos dispusimos a concretar la investigación y sus preguntas. La información en relación al interés individual se ha descrito en la introducción, mientras que la profundización sobre la necesidad de investigar la presentamos en los capítulos iniciales y en el apartado de justificación. En este mismo capítulo, introducimos el contexto del programa formativo con el fin de facilitar una mayor comprensión de los resultados de esta investigación.
- b) Búsqueda de múltiples perspectivas: Una vez establecidos los interrogantes nos dispusimos, ayudados por el marco teórico referencial, a tomar decisiones sobre las estrategias de generación de datos, y los momentos idóneos para contactar con los participantes y recoger los datos. Este proceso nos llevó a recabar toda la información posible desde la perspectiva de los y las estudiantes que realizaron una inmersión en una cultura profesional diferente.
- c) Búsqueda de la esencia y la estructura: En esta fase a través de la lectura y relectura de la información generada analizamos el contenido, establecimos las categorías y las relaciones entre ellas. Este proceso nos permitió construir y reconstruir las estructuras identificadas y crear el árbol de categorías definitivo.
- d) Construcción de la significación: En esta fase analizamos profundamente las estructuras ya constituidas, hasta llegar a la comprensión del significado sobre el proceso de aculturación de los y las estudiantes, los elementos que lo facilitan y el efecto que se deriva tanto inmediato como mediato.
- e) Suspensión de enjuiciamiento: El método propone que en esta fase se tome distancia del referente teórico propio, con el fin de partir exclusivamente de la visión de los y las participantes. A pesar de intentar acercarnos lo máximo posible al punto de vista de los y las estudiantes, entendemos que el alejamiento puro de los marcos referentes es difícilmente alcanzable, por lo que realizamos un ejercicio de reflexividad para identificar de qué forma nuestro posicionamiento y creencias previas podían influir en los resultados.
- f) Interpretación del fenómeno: En esta sexta fase, ahora sí, tomando como base la teoría existente, nos dispusimos a dar sentido a los resultados y discutirlos a la luz de las investigaciones desarrolladas.

4.4. El contexto de la investigación

El contexto de esta investigación lo configuran el Bachelor (Hons) in European Nursing y las instituciones, tanto educativas como sanitarias, junto con las sociedades implicadas en la inmersión cultural objeto de estudio de esta investigación. En primer lugar, presentaremos el programa educativo punto de partida de esta investigación, para posteriormente exponer los rasgos culturales de los países participantes, los referentes del sistema educativos y las características del sistema sanitario de los tres países de los que procedía el alumnado.

4.4.1. El programa formativo como contexto de la investigación

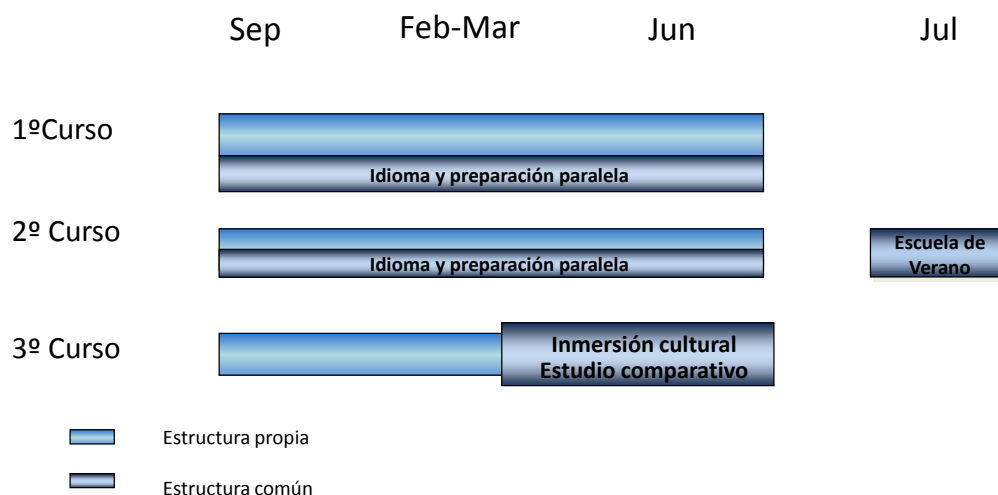
El programa European Nursing Initiative nace fruto del convenio de colaboración entre tres instituciones europeas dedicadas a la docencia en Enfermería Hogeschool van Utrecht (Holanda), University of Brighton (Gran Bretaña) y la Escuela de Enfermería de Escuela Universitaria de Vitoria-Gasteiz (España).

Esta iniciativa, que se desarrolló desde 1994 hasta 2008, partió del compromiso de las tres instituciones por contribuir al desarrollo del sentimiento europeo y al crecimiento de la disciplina enfermera. Este programa ofertaba una respuesta adelantada a la puesta en marcha de los títulos de grado que el sistema español tenía que desarrollar para cumplir con la exigencia de la Convergencia Europea.

El título final que el alumnado del contexto español recibe al final de sus estudios es otorgado por la Universidad de Brighton (Bachelor (Hons) in European Nursing). A través de este Bachelor se pretendía que los y las estudiantes de las tres instituciones desarrollasen las competencias generales como profesionales de la Enfermería, focalizando el desarrollo de la competencia cultural. La perspectiva educativa adoptada se fundamentaba en un paradigma hermenéutico-crítico (1981).

El currículo diseñado para esta experiencia formativa fue preparado en base a la reflexión acerca de los marcos teóricos sobre la formación en competencia cultural publicados en ese momento y actualizados en los primeros capítulos de la esta tesis. Contemplaba una estructura común a las tres instituciones y otra específica adaptada

a la idiosincrasia de cada país. La estructura común comprendía varios ejes centrales, progresivos e interrelacionados y fundamentalmente centrados en la formación en competencia cultural a través de: el desarrollo (o mejora) de una segunda lengua; la Escuela de Verano con alumnado de los tres países; una inmersión cultural de tres meses en una unidad clínica de otro país denominada intercambio; y un estudio comparativo de un fenómeno enfermero (Figura 10).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. Estructura formativa del Bachellor (Hons) in European Nursing.

Para acceder al programa todo el alumnado aspirante pasaba por un proceso de selección que tenía en cuenta el expediente académico, el manejo del idioma, la motivación y la capacidad de razonamiento crítico.

A continuación exponemos los diferentes componentes de la estructura formativa común a las tres instituciones:

1. El manejo del idioma: Para emprender la inmersión cultural (intercambio) todo el alumnado tenía que demostrar un nivel intermedio de competencia lingüística con el fin de asegurar una comunicación básica en el entorno de la práctica. La competencia lingüística era concebida como importante para que el aprendizaje en el país de acogida fuese significativo. Los estudiantes de Inglaterra tenían incluido en su programa formativo 300 horas del idioma seleccionado. El alumnado del País Vasco, al igual que el holandés, tuvieron que financiar su propia formación y

realizarla fuera del horario lectivo. Este hecho provocó que ningún estudiante de la Escuela de Enfermería de Vitoria vinculase su experiencia práctica en Holanda.

2. Escuela de Verano: consistía en una inmersión de dos semanas de los estudiantes de los tres países en uno de los países del programa, con la pretensión de conformar un aprendizaje escalonado y preparatorio del intercambio, y por supuesto, de la competencia cultural. El idioma de la Escuela de Verano fue el inglés. La Escuela de Verano constituía la primera oportunidad para que los y las estudiantes compartiesen el aprendizaje común con sus pares internacionales. Su objetivo era que los y las estudiantes, a través de un enfoque reflexivo, fuesen capaces de debatir, comparar e interpretar la influencia de los factores macro, meso y micro en la provisión y la experiencia de los cuidados de enfermería en los Países Bajos, el Reino Unido y España.

Previo a las Escuelas de Verano, había un compromiso de preparar al alumnado en temas como: la cultura, las sociedades pluriculturales y multiculturales, la Enfermería transcultural, los niveles micro, meso y macro, y la complejidad de la realidad a través de la interrelación de los elementos en red.

Esta formación se dividía en varias unidades temáticas: Visión de Enfermería, Juicio profesional, Sistemas de salud, Códigos de conducta, y Práctica clínica. En las unidades temáticas se les exponía ante situaciones que les hiciesen llegar a enfrentarse a las chocantes diferencias. Al identificar las diferencias y las similitudes tenían que reflexionar sobre los factores sociales, económicos, políticos, culturales e históricos que influían en que los fenómenos observados fuesen diferentes. Los fenómenos a los que se les exponía tenían relación con una perspectiva holística de la Enfermería, la provisión de servicios, y las relaciones de poder entre pacientes y profesionales, y entre profesionales. Las visitas a los entornos clínicos se plantearon con el fin de estimular debates comparativos sobre la Enfermería, los cuidados de salud, y la estructura sanitaria.

3. Inmersión cultural prolongada: El objetivo de la inmersión cultural de 14 semanas era permitir a los y las estudiantes vivir una experiencia de enfermería transcultural que propiciase el desarrollo de la competencia cultural, y enriqueciese su propia

práctica como enfermera generalista. Se esperaba que esta experiencia permitiera a los y las estudiantes ser más críticos, tolerar la ambigüedad, fomentar una sensibilidad cultural, la empatía y la comprensión en las futuras relaciones con pacientes de otras culturas.

Antes del intercambio de prácticas clínicas el alumnado recibió una formación previa sobre los marcos transculturales de la enfermería, el sistema sanitario y la preparación más profunda sobre cómo emprender el estudio comparativo, un importante trabajo académico sobre un fenómeno enfermero a realizar durante el intercambio. En este periodo preparatorio se introdujo un tiempo dirigido a calmar las preocupaciones del alumnado sobre el intercambio (económicas, dudas sobre su competencia clínica y lingüística, sobre el devenir del intercambio...) y orientarles en la selección de una unidad de prácticas.

De las catorce semanas que duraba el intercambio, las dos primeras se dedicaban a la preparación in situ. Las doce restantes estaban en una unidad de práctica clínica. Paralelamente a la estancia clínica y con una frecuencia quincenal los y las estudiantes disponían de sesiones formativas, unas de libre elección en base a su interés y otras de reflexión sobre el proceso del intercambio. En la escuela disponían de un profesor o profesora de referencia, y en la unidad de prácticas de un mentor o mentora que había recibido una pequeña formación sobre el proceso de tutorización del alumnado internacional.

4. Estudio comparativo: Como se ha mencionado previamente, el alumnado tenía que realizar un estudio comparativo antes, durante y después la inmersión prolongada (12 semanas). Se pretendía que el alumnado realizase una conceptualización de un fenómeno enfermero, observase dicho fenómeno en las dos realidades de atención sanitaria, la propia y la de acogida, contrastase la información recogida identificando diferencias y similitudes e intentase comprender cuáles eran los factores a nivel meso y macro (históricos, políticos, económicos, culturales...) que podían influir en que la realidad observada fuese igual o diferente.

Este trabajo se realizaba con la pretensión de que el alumnado abriese su mente, desarrollase empatía, flexibilidad y la capacidad de contrastar y comprender la

variabilidad y complejidad de las realidades del cuidado y las acciones que de ello derivan.

Con el fin de coordinar el desarrollo del programa entre las tres instituciones, y preservar su esencia transcultural, se estructuraron momentos de encuentro para profesorado (reuniones de gestión y desarrollo) y momentos de encuentro entre profesorado y estudiantes (Jornadas de desarrollo).

Las reuniones de gestión tenían una frecuencia anual y en ellas se tomaban las decisiones administrativas sobre el manejo del programa. Las reuniones de desarrollo tenían la función de crear y desplegar estrategias pedagógicas que mantuviesen la esencia del programa. A las reuniones bianuales de gestión y desarrollo, solo asistían los líderes o responsables del programa y un segundo miembro del profesorado.

Las jornadas de desarrollo, por un lado, tenían el propósito de potenciar la identificación de claves transculturales en la práctica clínica a través de la exposición de los estudios comparativos del alumnado y su análisis posterior en grupos interculturales compuestos por profesorado, personas tutoras de la práctica clínica y estudiantes. Esta experiencia propiciaba que el profesorado y tutores y tutoras incrementasen su competencia cultural a través del contraste y la reflexión con colegas de otros países. Por otro lado, se diseñó con el propósito de compartir, reflexionar y evaluar las experiencias formativas y sus resultados, contribuyendo colectivamente a la innovación del programa y garantizando que la esencia del programa se abordase de forma transversal. Este foro era anual y se rotaba entre las tres instituciones docentes. A las jornadas de desarrollo asistían un grupo amplio de profesores, estudiantes y tutores docentes de la práctica, así como responsables del sistema de salud y de las tres universidades.

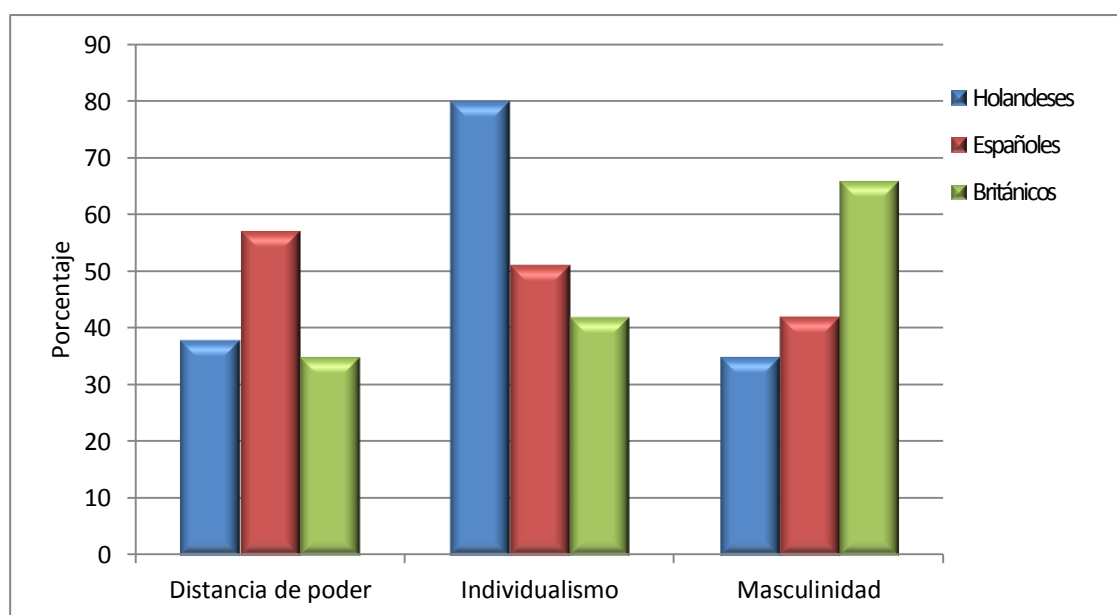
4.4.2. Contexto cultural del programa formativo

Además de presentar el programa, no podemos obviar los diferentes contextos culturales de los tres países involucrados en este programa educativo, ya que este conocimiento facilita la comprensión de las respuestas de los participantes en este

estudio. Entendemos que el contexto cultural abarca los aspectos culturales de la sociedad en general, del sistema educativo y del sistema sanitario.

Rasgos culturales de los países de las instituciones participantes

Para introducirnos en los aspectos culturales de cada sociedad en general, utilizamos entre otra bibliografía, tres de las dimensiones culturales (distancia de poder; individualismo-colectivismo; masculinidad-feminidad) investigadas por el antropólogo holandés Geert Hofstede (2010). Este autor desarrolló un modelo de análisis cultural y realizó una investigación internacional para identificar los patrones culturales de cada país. En su página web facilita la información de esas dimensiones culturales permitiendo realizar una comparación entre varios países, como se puede ver en la Figura 11. Asimismo, nos apoyamos en el modelo de análisis cultural de Rosinski (2003; 2007) que clasifica las culturas en relación con el estilo de comunicación directo o indirecto.



Fuente: A partir de la página web de Hofstede, 2010.

Figura 11. Puntuación de cada país participante en las dimensiones culturales de Hofstede.

Según Hofstede (2010), la distancia de poder expresa el grado en que los miembros menos poderosos de una sociedad aceptan y esperan que el poder se distribuya de manera desigual. Como ilustra la Figura 11, tanto la sociedad británica (35 puntos) como la sociedad holandesa (38 puntos) puntúan bajo en la distancia de poder. Estas

sociedades creen que las desigualdades deberían reducirse al mínimo y que las personas deben ser tratadas como iguales. Esto se traduce en unas relaciones sociales y laborales más horizontales. Por tanto, en el sistema sanitario es de esperar que se entienda que la persona sea totalmente libre para elegir, que se respete e incluso que se potencie la toma de decisiones informada. La sociedad española, en comparación con el resto de los países, es más jerárquica, lo que significa que las personas funcionan asumiendo de forma más natural las diferencias en las relaciones de poder.

Otra de las dimensiones culturales es el individualismo versus el colectivismo. La posición de una sociedad en esta dimensión se refleja en si la autoimagen de las personas se define en términos de "yo" o de "nosotros". Tanto la sociedad británica (89 puntos), como la holandesa (80 puntos) se consideran altamente individualistas. En estas sociedades se espera que las personas se cuiden a sí mismas y a sus familias nucleares. La libertad, la independencia y la autonomía son muy importantes. En este sentido, destacamos el papel de la sociedad holandesa, en la que junto a la independencia, fomentan la reflexión, el conocimiento de uno mismo, la asertividad y la apertura al mundo. Estas cualidades les provee de recursos que facilitan la inmersión en situaciones nuevas, la responsabilidad de su vida y la satisfacción de sus necesidades por si mismos (Martínez de Albeniz y Basurto, 2004).

Sin embargo, la sociedad española (51 puntos), aunque camina hacia el individualismo, puede ser catalogada de colectivista. En las sociedades colectivistas las personas pertenecen a "grupos", en este caso el grupo fundamental es la familia, siendo de esperar que la familia se haga responsable del cuidado de sus miembros más débiles o enfermos. Se valoran las tradiciones, el sentido del deber para asegurar la preservación del grupo, la interdependencia de sus miembros y las relaciones armoniosas. El sistema familiar pone menos énfasis en el desarrollo de la autonomía de sus miembros, pudiendo generar mayores niveles de dependencia en las personas.

En relación a la dimensión cultural masculinidad-feminidad, la sociedad británica tiene una puntuación mayor (66 puntos), lo que indica que su cultura es más masculina. En el Reino Unido el trabajo y el esfuerzo es un valor importante, se prima más los logros, y el éxito adquiere mucha importancia. En contraposición, la sociedad holandesa (14

puntos) es más femenina, la competitividad no está bien vista y se potencia la cooperación y el ser inclusivo con todas las personas. Esto deriva en un esfuerzo por abordar los conflictos mediante el compromiso y la negociación, hasta llegar al consenso. Es una sociedad en la que la expresión de emociones y el conocimiento personal son importantes, y se prima el equilibrio entre la vida y el trabajo. En ciertos contextos esta dimensión se relaciona con culturas "duras *versus* tiernas". La sociedad española se encuentra a caballo entre la británica y la holandesa, la competitividad tampoco está bien vista y se valora la modestia. Es una sociedad con una alta expresividad a la hora de compartir sus emociones, donde prevalece la calidad de vida sobre el éxito material o profesional.

Por último, según Rosinski, (2003; 2007), clasificaremos el estilo de comunicación de estas culturas en directo o indirecto. En este caso, destacamos el estilo de comunicación de la sociedad holandesa, en la que la comunicación es muy directa. En esta sociedad, las personas que no son claras en sus planteamientos están mal consideradas. Este planteamiento, a veces, puede ser interpretado en otras culturas como una agresión o incluso como algo rudo. El feedback es buscado, percibiendo las áreas de mejora como algo totalmente natural.

En el Reino Unido, la comunicación no es tan directa, la forma de dar su opinión está imbuida de la famosa "diplomacia británica" (politeness), donde la expresión tanto verbal como no verbal es medida, calculada y sin sobresaltos (Martinez de Albeniz y Basurto, 2004). Equiparan la franqueza con la confrontación abierta y tienen el miedo de ofender, lo que puede llevar a que parezcan evasivos cuando quieren transmitir algo negativo de una manera positiva. En la sociedad española, el estilo de comunicación tampoco es tan directo como en la de la sociedad holandesa. Se evita la confrontación, ya que causa bastante estrés y se lleva a nivel personal rápidamente. Se tiende a interpretar comportamientos y comentarios, y no a aclararlos ni a buscar confirmación. No es tan común dirigirse a otra persona en búsqueda de un feedback. La comunicación sobre las áreas de mejora se vive como una evaluación negativa, creando tensión, es posible que por eso no se persigan los feedback ni positivos ni negativos. La comunicación oral está cargada de expresiones emocionales.

Referentes educativos de las instituciones docentes participantes

La cultura del país va a influir en las perspectivas educativas y por tanto en la forma de pensar y actuar de los docentes y del alumnado, con implicaciones importantísimas sobre los valores, el proceso de enseñanza-aprendizaje, la dinámica y el clima de trabajo en el aula, las actividades de enseñanza-aprendizaje, y sobre las expectativas que alumnos y profesores tienen entre sí y ante la misma experiencia educativa (Méndez 2012).

Somos conscientes que a pesar de haber seleccionado entre las tres instituciones una perspectiva educativa que oriente la formación del Bachelor (Hons) in European Nursing, esta filosofía no era la prevalente en el contexto educativo del País Vasco.

Tanto la universidad holandesa como la británica compartían un paradigma educativo centrado en el alumnado, orientado por un interés práctico-crítico. En estos sistemas se promueven el aprendizaje activo, autónomo e independiente. Desde esta perspectiva se espera que el alumnado descubra el conocimiento, acompañado por el profesorado que adquiere el rol de facilitador. Las estrategias pedagógicas, eminentemente activas y cooperativas, están orientadas al desarrollo de las cualidades de un pensamiento crítico como la autonomía, la independencia, la indagación, la apertura de mente, la flexibilidad y la capacidad crítico reflexiva. No obstante, es importante recalcar el nivel competitivo y exigente del sistema universitario británico y de este programa en particular al tratarse de un Bachelor en “honorés”, lo que indica un programa educativo con una mayor exigencia académica.

Por el contrario, el referente del sistema educativo vasco, aunque está cambiando en este momento, se acercaba a un interés técnico centrado en el conocimiento, y en el profesor como su transmisor en el proceso de enseñanza. Desde esta perspectiva las dinámicas en el aula son menos participativas esperando que el alumnado este receptivo a las explicaciones del profesorado y memorice los conocimientos para posteriormente reproducirlos en los exámenes. Así pues, el modelo de trabajo del alumno es más bien receptivo, individual y poco reflexivo.

Contexto del Sistema Sanitario de los países participantes

Los sistemas sanitarios de salud del Reino Unido y del País Vasco y del Estado Español responden a un modelo de Sistema nacional de salud, en los que la cobertura es universal, se financia mediante por impuestos (presupuestos generales del estado) y la propiedad de los recursos estructurales es básicamente pública. En el caso del País Vasco se proude la partiularidad que la gestión de la salud está a cargo de las autoridades autonómicas y en concreto cuenta con un ente denominado, Osakidetza. Sin embargo el sistema sanitario holandés responde a un modelo de Seguridad social, tendente a la universalidad que se financia con las cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores y sus recursos estructurales son de propiedad pública y privada. Este sistema oferta la posibilidad de diferentes niveles de cobertura sanitaria dependiendo de la cotización, aunque asegura una cobertura básica.

El sistema nacional de salud británico (Department of Health, 2011) plantea en sus valores ofertar una atención integral disponible para todas las personas. En su planteamiento se contempla que las personas se sientan valoradas, que sus preocupaciones sean importantes, así como el bienestar, el alivio del dolor y la angustia del paciente. Aunque la integralidad del cuidado también se plantea en los otros dos sistemas sanitarios, en el del estado español y del País Vasco, esta perspectiva de atención no se proyecta de igual manera en la práctica cotidiana.

Asimismo, el sistema sanitario británico (Department of Health, 2011) recalca el deber social de promover la igualdad y prestar especial atención a grupos o sectores de la sociedad donde las mejoras en la salud y la esperanza de vida no se mantienen al mismo ritmo que el resto de la población. En este sentido, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza (2002; 2013) también manifiesta la preocupación de que ninguna persona se quede sin la atención sanitaria que pudiera necesitar, y que ésta se le preste sin ningún tipo de discriminación. Incluso plantea discrepancias con el sistema sanitario de otras autonomías ya que regula la atención a las personas inmigrantes indocumentadas.

En el sistema de salud holandés recalcamos el valor a la horizontalidad y la autonomía en la toma de decisiones, de hecho es uno de los sistemas que mejor puntúa en el

apartado de derechos del paciente e información de la comparativa europea de sistemas de salud (Health Consumer Powerhouse, 2016). Uno de los ejemplos clásicos se remite a la aprobación de una ley para legalizar la eutanasia. El sistema británico también enfatiza el respeto a la autonomía y a la dignidad, anteponiendo el interés de las personas pacientes al interés institucional, incluso cuando eso implique admitir errores. La cultura británica de seguridad clínica se traduce en procedimientos de rigurosa aplicación. Nuevamente el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza avanza en la implantación de ambas políticas, la autonomía del paciente y la seguridad clínica, pero su desarrollo en el momento de la inmersión del alumnado no alcanzaba el mismo nivel de despliegue.

Tanto el sistema socio-sanitario en el Reino Unido como en Holanda se ha ocupado del cuidado continuado de las personas ingresadas y en su domicilio. No obstante, recalamos el desarrollo del sistema británico en este sentido, ya que debido a su carácter más individualista, históricamente tiene un mayor desarrollo del sistema de soporte y cuidado fuera del marco familiar. Mientras que en el estado español, por el carácter colectivista se valora que la persona ingresada esté acompañada por un familiar, convirtiéndose casi en una “obligación” y en un recurso para el sistema sociosanitario intrahospitalario y comunitario (Martinez de Albeniz y Basurto, 2004).

4.5. El diseño de la investigación y sus etapas

El diseño de este estudio se ha articulado en dos etapas diferenciadas y distantes en el tiempo, dado que el segundo objetivo del estudio también pretende analizar el efecto de la inmersión cultural tras más de 10 años. En cada etapa existen diferencias en los objetivos, los participantes y en las estrategias de generación de la información, en las que se ahondará en los diferentes apartados del diseño (Tabla13).

La primera etapa tuvo lugar desde el 2002 al 2007, y tenía como objetivo analizar el proceso de aculturación y los efectos inmediatos de esta inmersión cultural a nivel personal y profesional, poniendo énfasis especial en el desarrollo de la competencia cultural. En este caso se recogieron los datos a través de grupos focales realizados durante la inmersión cultural.

La segunda etapa tuvo lugar desde el 2015 al 2017 y retomó el estudio con el interés de identificar el efecto que la experiencia de inmersión cultural tuvo a largo plazo (de 10 a 13 años después de la inmersión). En esta etapa las estrategias de generación de la información fueron relatos personales y un grupo focal.

Tabla 13. Diseño en las dos etapas de la investigación.

Etapas	Objetivos	Participantes	Estrategias de generación de la información
1ª Etapa 2002-2007	Comprender el proceso de aculturación de los y las estudiantes del Bsc (Hons) in European Nursing durante una inmersión prolongada en una cultura sanitaria diferente, identificando las fases por las que transitan, los estresores culturales, las respuestas afectivo-emocionales y los recursos internos y externos que han facilitado su proceso de adaptación psicológica y cultural.	*17 estudiantes de la Universidad de Brighton y 4 de Hogeschool van Utrecht de los cursos académicos 2002-2003; 2003 -2004; 2004-2005; 2005-2006; 2006- 2007. *14 estudiantes de la EUE de Vitoria-Gasteiz de los cursos académicos: 2002-2003; 2005-2006.	Grupos focales
	Analizar el efecto inmediato que la inmersión cultural y las estrategias emprendidas tiene en los estudiantes internacionales de Enfermería a nivel personal, y profesional focalizando en la competencia cultural.		
2ª Etapa 2015-2017	Analizar el efecto mediato que la inmersión cultural en los estudiantes internacionales de Enfermería a nivel personal, y profesional focalizando en la competencia cultural.	Las 14 estudiantes que cursaban el Bsc (Hons) in European Nursing en la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.	Relato personal Grupo focal

Nota: *En ambos casos son la totalidad del alumnado que participaron en la inmersión cultural.

4.5.1. Participantes

Todas las personas que participan esta investigación realizaron una inmersión cultural de 14 semanas dentro del Bsc (Hons) in European Nursing desde el curso académico 2002-2003 hasta el curso académico 2006-2007.

Dentro de la primera etapa del diseño, se incluyó a la totalidad de los y las estudiantes que, cursando sus estudios en la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, hicieron un intercambio de prácticas clínicas en el Reino Unido, y los que cursaron los estudios en la Hogeschool van Utrecht (Holanda), o en la Universidad de Brighton que realizaron el

intercambio en la Escuela de Vitoria-Gasteiz. El acceso a los participantes se realizó a través de la dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, tras la presentación del proyecto y la solicitud de consentimiento para emprender la investigación.

El perfil del grupo de estudiantes, que se presenta en el Anexo I, fue relativamente homogéneo. Se caracterizó por un rasgo de alta exigencia personal. El rango de edad era de los 20 a los 25 años. De los 35 estudiantes, 17 provenían de Universidad de Brighton (Inglaterra), 4 de la Hogeschool van Utrecht (Holanda) y 14 eran estudiantes de la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. La gran mayoría de los y las estudiantes eran mujeres (33 de 35 personas). De los 35 participantes, 8 tenían un nivel alto de experiencia internacional previa, es decir habían realizado una inmersión cultural de larga duración en otro país; 6 personas tenían un nivel medio de experiencia internacional previa al iniciar el programa, ya que por lo menos habían hecho turismo en otros países; pero la mayoría de las personas (21) tenían una baja experiencia previa internacional.

Todo el grupo de estudiantes partía de un nivel intermedio de idioma ya que era un prerrequisito para realizar esta inmersión, 5 personas con un nivel muy alto, 4 personas con un nivel intermedio-alto, 19 personas con un nivel intermedio, y 7 con un nivel intermedio bajo. Del total del alumnado (35), 15 habían realizado la inmersión cultural en una unidad general de práctica clínica, 9 estuvieron en Atención primaria, y 11 en servicios especiales como intensivos, urgencias, pediatría, oncología o salud mental.

En la segunda etapa los y las participantes son las personas que estudiaron en la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz y que hicieron un intercambio de prácticas clínicas en el Reino Unido (14). Se tomó esta decisión por las dificultades para localizar a los participantes holandeses e ingleses en las direcciones de contacto registradas en nuestros expedientes, las dificultades de las universidades de origen para facilitar esta información y el fracaso a la hora de buscarles en las redes sociales. Hay que tener en cuenta que en el Reino Unido las mujeres pierden sus apellidos a la hora de cambiar su estado marital. De la totalidad de este colectivo (14), dos personas no participaron en

la investigación, una de las personas por problemas laborales y otra declinó la invitación a participar.

El acceso a los y las participantes se realizó a través una carta de captación por correo electrónico (Anexo II) o en su defecto por teléfono. En esta comunicación se les informa del objetivo de la investigación y del interés de su participación. Asimismo, se solicitó su consentimiento informado para participar en la investigación (Anexo III). El perfil del grupo de participantes de la 2ª etapa presentados en el Anexo IV, nos permite visualizar que la totalidad eran mujeres (12) con un rango de edad de 32 a 35 años. Del grupo 8 habían cursado una formación postgrado de master o especialidad, e incluso 3 personas habían cursado posteriormente el doctorado. Posterior a la inmersión cultural, 5 personas habían tenido un nivel alto de contacto intercultural, bien por haberse trasladado a vivir a otro país por motivos de trabajo o por relaciones familiares; 3 participantes tuvieron un nivel de contacto intermedio fundamentalmente relacionada con turismo y 4 personas un nivel bajo de contacto intercultural.

4.5.2. Estrategias de generación de la Información

En este apartado se explican las diferentes estrategias de generación de datos empleadas en cada una de las etapas de la presente investigación. El rigor con el que se aplican dichas estrategias es crucial ya que son uno de los pilares de la investigación cualitativa. Esta premisa ha exigido una constante revisión del trabajo realizado avanzando de forma circular y recursiva (Burns y Grove, 2012). Por esta razón, ha sido necesario analizar la información que se ha ido generando a la luz de los propósitos establecidos inicialmente, comprobando si las estrategias han sido adecuadas, y en base a ello, ir modificando el proceso de generación de datos. Las estrategias empleadas han sido los grupos focales y los relatos autobiográficos.

Grupos focales

Los métodos de interlocución grupal, como estrategia de generación de datos, son técnicas no directivas que tienen por finalidad la producción centrada de un discurso por parte de un grupo de personas que se les reúne para debatir sobre un

determinado tema (Gil Flores y col, 1994). Las entrevistas grupales se denominan grupos focales o “focus group” cuando la discusión de grupo se centra en personas con aspectos comunes (Krueger y Cassey, 2014), en este caso estudiantes de Enfermería que han experimentado una inmersión en una cultura profesional diferente dentro de un programa formativo determinado.

Utilizamos este tipo de técnica grupal, por un lado, porque creemos que este tipo información se va a producir más fácilmente en interacción con otras personas, ya que el intercambio de opiniones entre los y las participantes fomentará que descubran, describan y analicen sus experiencias (Morse, 2005). Por otro lado, los grupos focales también han demostrado utilidad en la evaluación de programas formativos (Krueger y Cassey, 2014).

Queremos resaltar que en todo momento se tenía presente que el protagonismo descansaba en las personas participantes y que el trabajo de la moderadora consistía en modular la conversación para que fluyese con una mínima intervención por su parte. Con objeto de potenciar una participación espontánea se intentó crear un ambiente natural sin inhibiciones que facilitase que las personas del grupo expresasen sus vivencias, emociones, percepciones y opiniones, abiertos a que otros participasen, matizasen y debatiesen la información generada.

De acuerdo con Barbour (2013) y Krueger y Cassey (2014), se cuidó la adecuación de la sala. La distribución de los y las participantes fue circular asegurando que pudiesen verse, escucharse e interaccionar con facilidad.

En relación al número de participantes adecuado no existe consenso. Barbour (2013), plantea un mínimo de tres y un máximo de 8, Krueger y Cassey (2014) de 5 a 10, y Turney y Pocknee (2005) de 3 a 12 participantes. En esta investigación el número varió de 3 a 12 dependiendo del número de estudiantes que participaban en cada cohorte, no obstante lo más frecuente es que los grupos estuviesen formados por 4 a 6 personas. Se realizaron un total de 11 grupos focales.

Los grupos focales, en cada etapa de la investigación, fueron planificados cuidadosamente desarrollando preguntas y tópicos sobre los que se quería recoger

información, y que indicaremos posteriormente por cada etapa de la investigación (Tabla 14 y 15). Ahora bien, como plantea Krueger y Cassey (2014), algunas de estas cuestiones no fue necesario realizarlas, ya que por la propia dinámica surgieron de forma natural en el discurso de los y las participantes. La guía de tópicos, asimismo, se fue modificando en base a la reflexión metodológica y al análisis de los resultados de los primeros grupos focales.

Los grupos focales fueron grabados en formato audio previo consentimiento. Estas grabaciones se transcribieron literalmente, a excepción de ciertos fragmentos de texto que fueron traducidos, ya que se les permitió hablar en su lengua materna cuando la expresión de su vivencia se veía limitada por el idioma. El documento de la transcripción incluía datos introductorios como la identificación del grupo, la fecha, y los tópicos a tratar. A la hora de transcribir se identificaba la persona que hablaba asignándoles un código de identificación para mantener el anonimato. Asimismo, se registraron otros aspectos como la comunicación no verbal o el orden de las intervenciones que podían ser significativas para el estudio.

En la primera etapa se utilizaron los grupos focales (10), con el fin de comprender el proceso de aculturación y analizar el efecto inmediato. El alumnado originario de la EUE de Vitoria-Gasteiz realizó un grupo focal por curso académico, ya que por motivos de facilidad de acceso, solo había la opción de realizar una única recolección a la vuelta de su experiencia internacional. El alumnado británico y holandés realizó 2 grupos focales por curso académico, uno en las primeras semanas en la unidad de prácticas y otro al final del periodo coincidiendo con la encuesta de evaluación-satisfacción del programa. En el caso de que se realizase un único grupo por curso académico, las preguntas y tópicos eran similares, adaptando el tiempo verbal a los diferentes momentos del intercambio.

En la segunda etapa de la investigación, antes de realizar el grupo focal, y con el fin de estimular el recuerdo de la experiencia y su aportación a largo plazo, enviamos un breve resumen de los resultados de la primera etapa acerca del efecto (AnexoV). Asimismo, solicitamos la elaboración de un relato personal, que sirvió de base para la realización del grupo focal. En la Tabla 15 presentamos la guía temática con las preguntas y los tópicos que elaboramos para el grupo focal de esta segunda etapa.

Tabla 14. Preguntas y tópicos de los grupos focales en la 1ª etapa.

Periodo	Preguntas y tópicos
Primeras semanas de la entrada en la unidad de prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar cómo os sentíais justo antes del intercambio cuando estabais en casa y en los primeros días cuando vinisteis ¿Cómo os sentíais? • Una vez aquí y empezado el intercambio: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo os sentís? • ¿Qué situaciones os resultan difíciles? • ¿Cómo os sentís ante esas situaciones? • ¿Cómo reaccionáis ante esos sentimientos? ¿Cómo habéis afrontado estas situaciones? ¿Qué os ha ayudado?
Al finalizar la inmersión cultural	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha cambiado vuestra vivencia desde el principio hasta ahora? ¿Cómo os sentís ahora? • ¿Qué es lo que ha repercutido o han influido en la forma que os sentís ahora? • ¿Creéis que el intercambio ha tenido un impacto en vosotros?, ¿De qué forma? <ul style="list-style-type: none"> • A nivel personal. • A nivel profesional. • A nivel de la competencia cultural. • ¿Qué elementos han favorecido que se produzca ese efecto? <ul style="list-style-type: none"> • Propias del estudiante. • Del programa.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Preguntas y tópicos del grupo focal en la 2ª etapa.

Preguntas y tópicos
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué situaciones o aspectos recuerdas como significativas o impactantes del intercambio? • ¿Crees que esto ha afecto a día de hoy en la atención a las personas diferentes, con otros valores o culturas?: <ul style="list-style-type: none"> • Interés por otras culturas. • Interés, compromiso con el cuidado y defensa del diferente. • Sentimiento y acción diferente al de otras enfermeras. • Capacidad para atender a otras personas. • ¿Qué os ha aportado el intercambio a nivel profesional?: <ul style="list-style-type: none"> • Valores y perspectiva del cuidado. • Pensamiento crítico. • ¿Creéis que ha afectado en tu forma de entender y trabajar en el equipo de salud? • Retos profesionales. • Motivación por el aprendizaje. • Compromiso con la práctica basada en la evidencia científica. • Rumbo laboral. • ¿Creéis que el intercambio ha tenido un efecto a nivel personal?: <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Autonomía e independencia. • Lazos de amistad profundos. • Idioma. • ¿Qué factores creéis que han influido en el efecto que tienen a día de hoy?

Fuente: Elaboración propia.

Los relatos autobiográficos

Los relatos autobiográficos son narrativas de los propios participantes en las que, como indica (Ricoeur, 1995), mediante un proceso reflexivo se reconstruye la experiencia propia, dando significado a lo vivido. En este caso, el relato ha permitido que, en la segunda etapa, las participantes reflexionen sobre la experiencia de la inmersión cultural, y revisen el efecto que, a día de hoy, ha tenido a nivel personal y profesional. Una de las aportaciones de los relatos autobiográficos es que la persona investigadora no influye tanto en las participantes, sino que es cada cual quien decide cuánto compartir y cómo cuenta su experiencia, sentimientos, etc...(Trigueros y Rivera, 2017).

En los relatos autobiográficos los y las participantes suelen ofrecer, casi siempre, el por qué relatan un determinado aspecto (Duero y Limón, 2007), ayudando en nuestro caso a entender su experiencia en la inmersión cultural y el efecto que ha tenido en su vida.

De acuerdo con Bertaux (2005) y Galligani (2000), solicitamos a los y las participantes relatar momentos significativos de su experiencia durante la inmersión cultural que les ayudasen a reflexionar sobre cómo aquella experiencia formativa ha influido en su vida. Ese recuerdo histórico puede ser interpretado como un aprendizaje significativo al cabo del tiempo, que es interesante en sí mismo y del que se pueden extraer los efectos. A este tipo de recuerdos añadieron el relato de ejemplos actuales de su vida personal o profesional que dejan palpable el efecto que esta experiencia formativa ha tenido.

Con el fin de facilitar el relato personal, en la carta de captación, se les incluyó una breve explicación de cómo hacerlo (Anexo II). Del total de participantes convocados (14), recibimos 11 relatos autobiográficos. Los relatos de las participantes fueron enviados vía digital por lo que no fue necesaria la transcripción.

4.5.3. Estrategias de análisis de la Información

El análisis es un procedimiento para descubrir el significado de una información (Gómez, 2000), y consiste en el conjunto de manipulaciones, transformaciones,

operaciones, reflexiones, y comprobaciones que se realizan con los datos con el fin de extraer el significado relevante con relación a un problema de investigación (Burns y Grove, 2012). En este apartado presentamos la estrategia de análisis de la información desarrollada, con el fin de aportar rigor, y validez a la investigación; y como indica Gastaldo (2002), facilitar que dicho proceso pueda ser cuestionado y reconsiderado por otras personas.

El método de análisis utilizado es el análisis de contenido orientado por Latorre (1996) y Vázquez Sixto (2003). En síntesis consiste en la lectura y relectura de los datos textuales, descomponerlos en unidades de significado para seguir la pista a temas, intuiciones e ideas y, proceder a su agrupamiento en categorías guiado por el criterio de analogía, donde se consideran las similitudes que existan entre éstas en función de criterios preestablecidos según los objetivos de investigación. De esta manera la estructura categorial resultante proporciona la posibilidad de una interpretación hermenéutica de los datos que explique su significado y permita el desarrollo de proposiciones teóricas (Bernete, 2013).

Sandín (2003) indica que dentro del mundo de la investigación cualitativa existe un gran debate acerca de cómo realizar el análisis de los datos y el nivel de interpretación al que hay que llegar. Existen investigadores que describen el fenómeno a estudio ciñéndose estrictamente a los datos recogidos y que se introducen de forma tenue en la interpretación, mientras que otros investigadores, que están interesados en generar teoría, interpretan los datos para que puedan ser reconceptualizados. Esta investigación asumió un informe fundamentalmente interpretativo.

De acuerdo con Janesick (2000), el proceso de análisis fue continuo, cíclico, reflexivo y emergente de los datos. Este carácter ha supuesto una dificultad a la hora de explicitar el proceso analítico que llevamos a cabo.

El modelo de análisis de esta investigación se desarrolló con una dinámica inductivo-deductiva en función de los diferentes objetivos y etapas de la investigación.

En relación con el primer objetivo, comprender el proceso de aculturación identificando las fases por las que transitan, los estresores culturales, las respuestas

afectivo-emocionales y los recursos internos y externos que han facilitado su proceso de adaptación psicológica y cultural, el procedimiento analítico transcurrió por tres momentos. En un primer momento construimos un análisis fundamentalmente inductivo que concluyó con la identificación de las diferentes fases por las que ha transitado el proceso de aculturación (Figura 12).

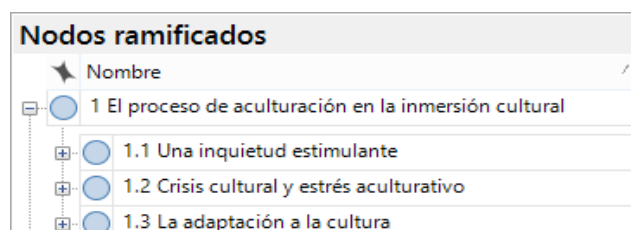


Figura 12. Fases del proceso de aculturación.

En un segundo momento y tomando como referente los temas presentes en el objetivo (los estresores culturales, las respuestas afectivo-emocionales y los recursos internos y externos que han facilitado su proceso de adaptación psicológica y cultural) identificamos, con una dinámica fundamentalmente deductiva, aquellas citas textuales vinculadas con los tópicos que aparecen en el primer objetivo relativos a los estresores culturales, a las respuestas afectivo-emocionales y a los recursos que han facilitado su proceso de adaptación psicológica y cultural.

En un tercer momento, a partir de la información relativa a los tópicos y con una dinámica fundamentalmente inductiva, realizamos una fragmentación del corpus textual y seleccionamos los registros por similitud de significado, codificándolos, agrupándolos y estableciendo de manera provisional categorías y subcategorías. Posteriormente fuimos perfeccionando la estructura de la herramienta analítica, fusionando las categorías que tenían un significado similar y mejorando la coherencia interna del árbol categorial. De este proceso de categorización axial construimos la herramienta analítica final con las metacategorías (o nodos centrales), las categorías y subcategorías asociadas a las mismas (Figura 13). Este planteamiento analítico se contrastó constantemente con la investigación previa realizada al respecto y los marcos teóricos referentes.

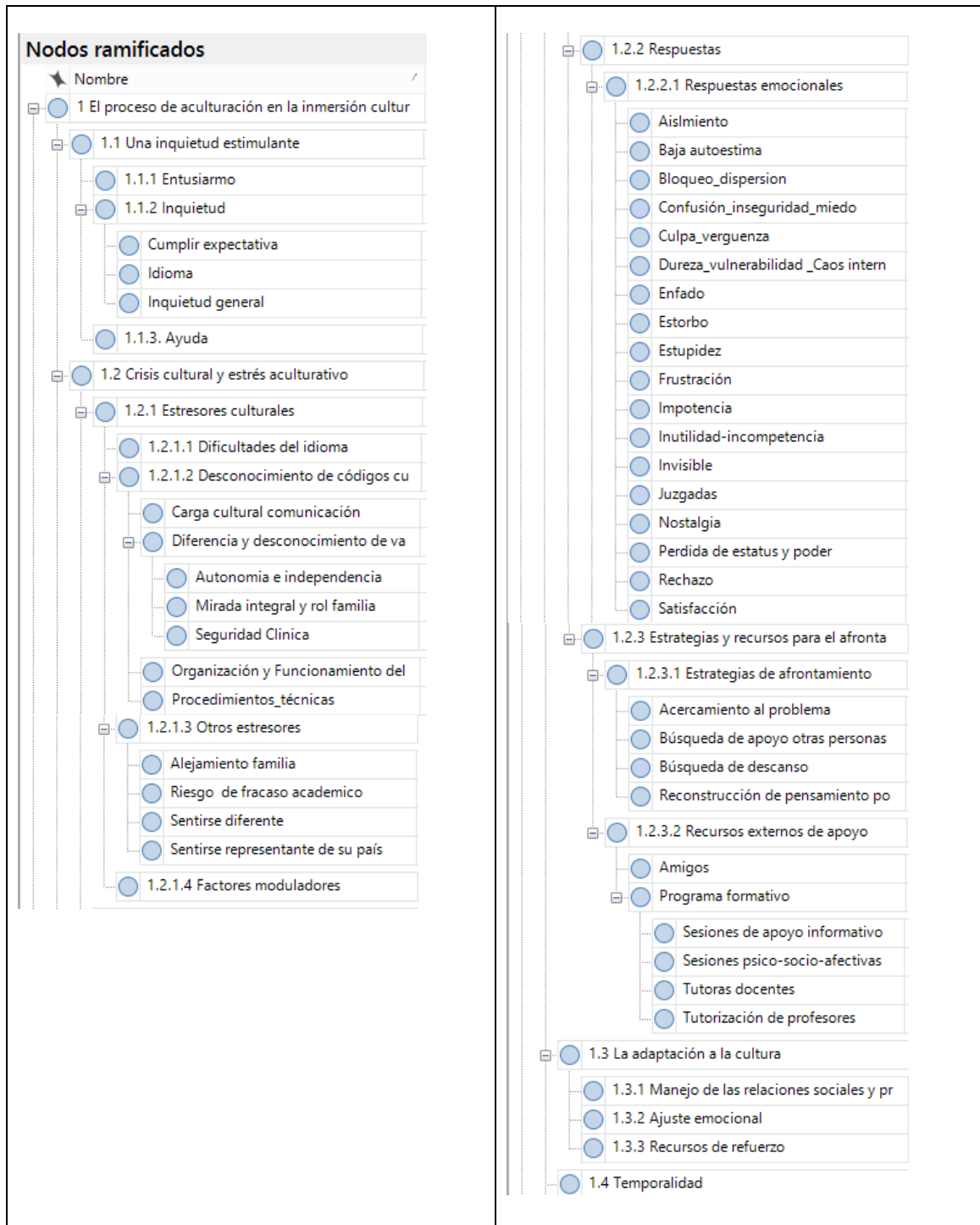


Figura 13. Categorías y subcategorías del primer objetivo.

Con la perspectiva del análisis desarrollado se formularon nuevos interrogantes, y se pusieron en marcha estrategias de profundización en el análisis, relevantes para ahondar en la comprensión de aspectos que podían modular el proceso de

aculturación del alumnado como: el contexto o país de origen, el nivel de idioma, el nivel de experiencia cultural previa, la especialización de la unidad de prácticas...

En relación al segundo objetivo, analizar el efecto inmediato y mediato que la inmersión cultural y las estrategias emprendidas tiene en los estudiantes internacionales de Enfermería a nivel personal, y profesional, comenzó con una estructura prefijada de análisis determinada por las dos etapas de la investigación: el corto plazo y el largo plazo. En ambas el análisis se vinculó con el efecto a nivel personal, profesional y en el desarrollo de la competencia cultural.

Con respecto al efecto a nivel personal y profesional, tanto inmediato como mediato, se realizó un análisis fundamentalmente inductivo, que tras la codificación y agrupación reveló una serie de categorías provisionales. El proceso analítico en este punto fue complejo, requiriendo un intenso trabajo de indexación y reindexación.

En la primera etapa de la investigación, el procedimiento analítico relativo al efecto a corto plazo en el desarrollo de la competencia cultural, a pesar de plantearse de manera inductiva, estuvo mediado por los marcos teóricos sobre la competencia cultural. Se identificaron diferentes subcategorías relacionadas con los atributos de las dimensiones cognitivas, afectivo-actitudinales y conductuales; la transformación y los elementos que favorecieron este efecto. En la segunda etapa de la investigación relativa al efecto a largo plazo o mediato, el procedimiento analítico fue eminentemente deductivo, a fin de establecer comparaciones entre el corto y el largo plazo. Se extrajeron, de forma inductiva y con carácter emergente, categorías relacionadas con los elementos que favorecieron el crecimiento del efecto del corto al largo plazo y la evaluación de la experiencia.

En base a este trabajo analítico continuo se estructuró la herramienta analítica final del segundo objetivo con las metacategorías (o nodos centrales), las categorías y subcategorías asociadas a las mismas como se puede apreciar en la Figura 14.

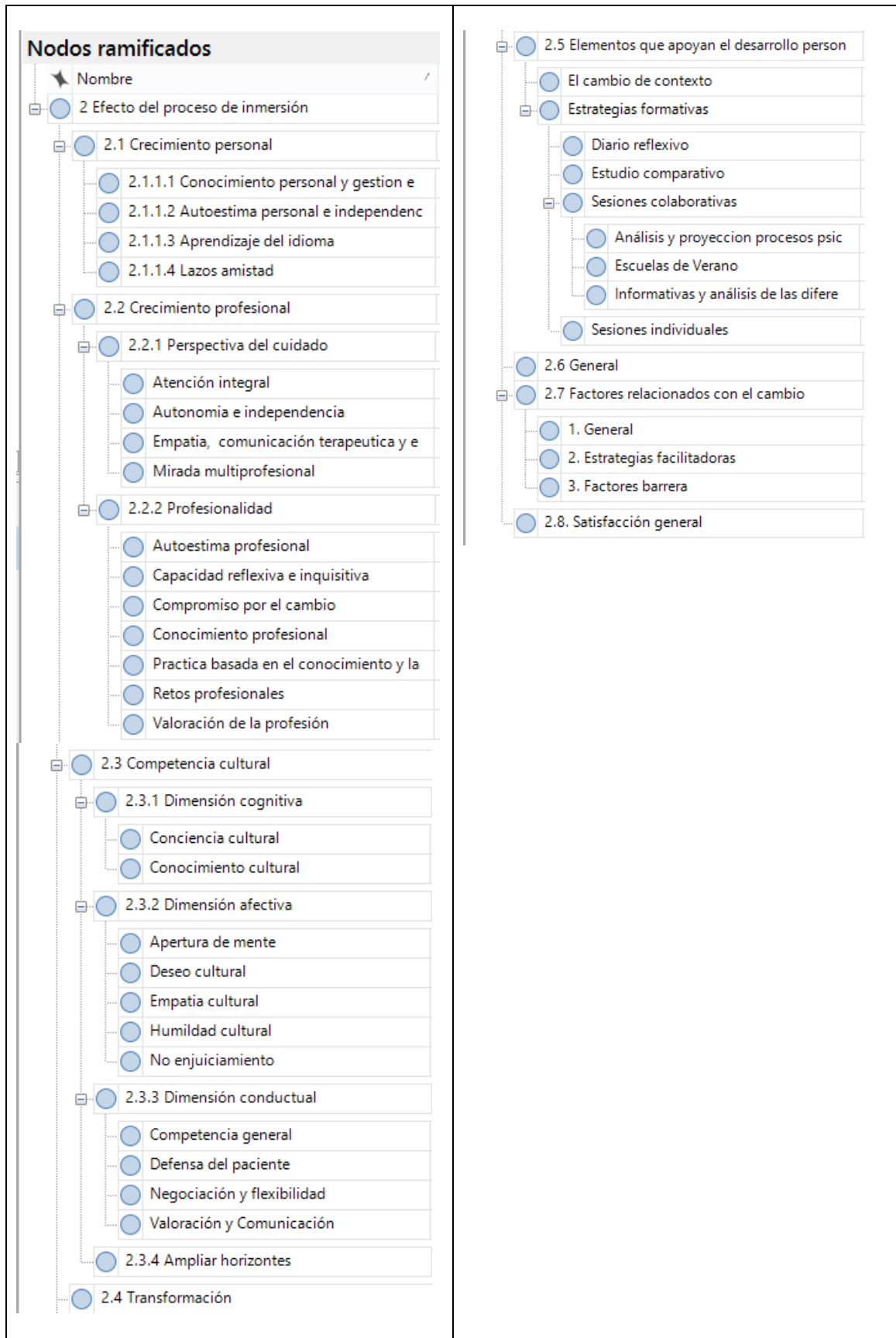


Figura 14. Categorías y subcategorías del segundo objetivo.

Con el fin de optimizar el análisis de los datos descrito utilizamos el software Nvivo 11Pro, que sirve para ordenar los recursos, analizar los datos y facilitar la interpretación del fenómeno investigado con independencia del método utilizado. Este programa informático fue de gran utilidad para el desarrollo del análisis y la toma de decisiones, aunque como resalta Denzin y Lincoln (2012), la principal herramienta de análisis es el propio investigador. Para su mejor explotación nos orientamos con diferentes guías de uso del programa (QSR Internacional, 2014; Rivera García & Trigueros Cervantes, 2013).

A continuación exponemos los recursos utilizados, del total ofertado por el programa Nvivo, clasificándolos por las siguientes tareas:

- a) Transcripción, organización y preparación de las fuentes de datos para el análisis: Tras realizar la transcripción de los datos brutos recogidos a través de grabaciones de audio de los grupos focales que ayudaron al análisis, se clasificaron todo los documentos en los elementos internos. Los documentos se archivaron en base al tipo de instrumento de recogida de datos utilizados en las diferentes fases de la investigación: grupos focales (11), relatos individuales (11) (Figura 15)

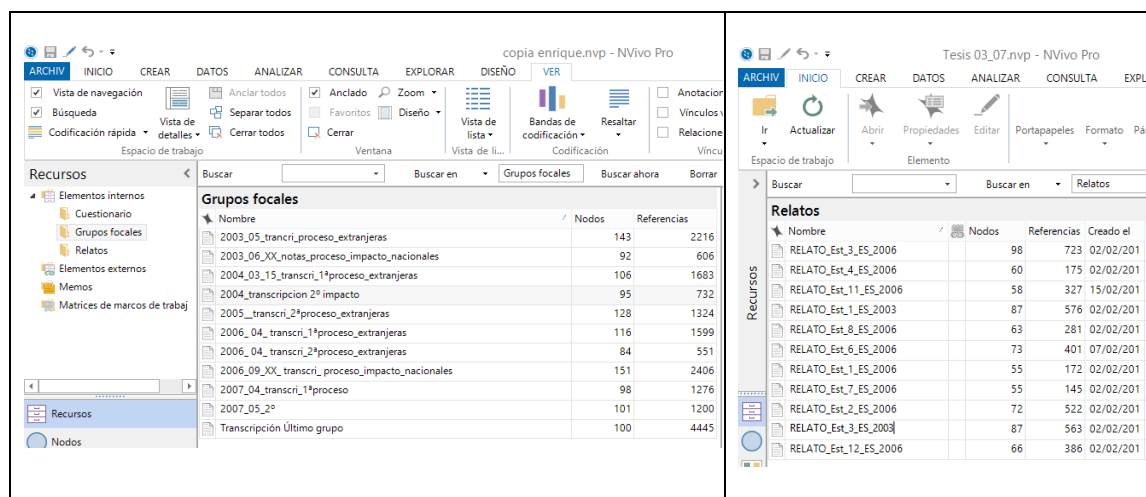


Figura 15. Almacenamiento y clasificación de las fuentes de datos en los “Recursos” del programa NVivo.

- b) El proceso de análisis y categorización. El programa facilita el proceso de segmentación de las unidades de significado otorgándoles un código, y simplifica la lectura de los textos agrupados dando la oportunidad de reconsiderar y reorganizar el análisis realizado. Además, posibilita en todo

momento acceder a la unidades de texto ampliado o a la fuente de datos de origen, a fin de entender el contexto en el que surge el texto. Asimismo, ofrece la posibilidad de organizar y reorganizar el árbol categorial con rapidez y precisión, facilitando la recursividad del proceso analítico. Para identificar ideas centrales dentro de la narrativa de los y las estudiantes, también, utilizamos la consulta de frecuencia de palabras. El programa también proporciona la visualización de los resultados a través de tablas y gráficos (Figura 16) y de los mapas jerárquicos (Figura 17) que han facilitado la representación del peso de las diferentes categorías y subcategorías.

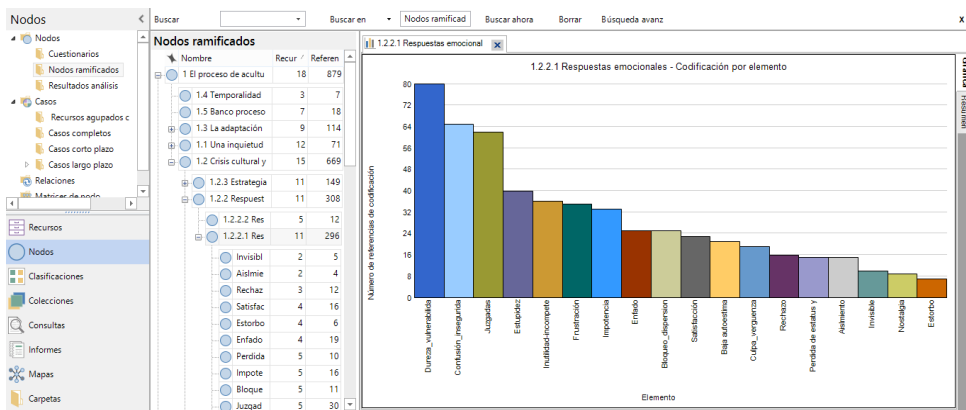


Figura 16. Referencias de codificación de las subcategorías de la "respuestas emocionales".

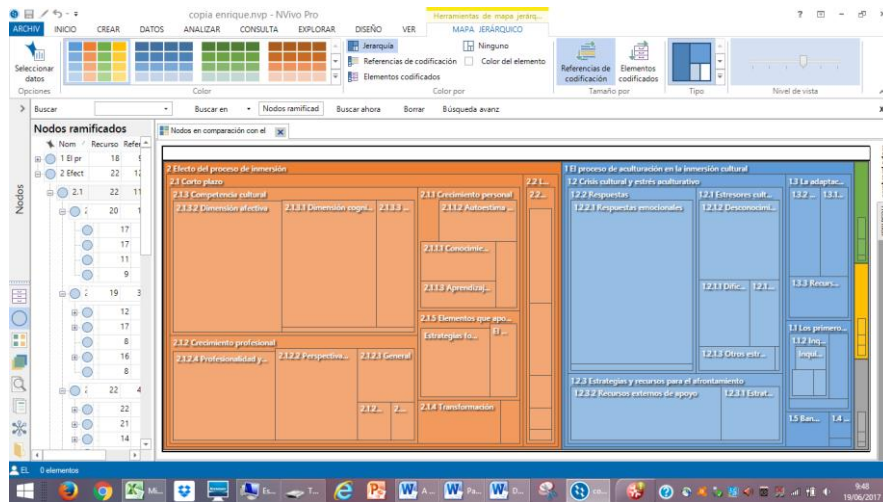


Figura 17. Mapa jerárquico de categorías elaborado a través del número de referencias de codificación.

c) Estrategias de profundización en el análisis. Con el fin de profundizar en el análisis e indagar nuevos interrogantes que emergen en el proceso, realizamos diferentes tipos de consultas a través de las matrices de codificación:

- Matrices de codificación de categorías con atributos de una clasificación: Para ello tuvimos que componer casos con lo expresado por cada participante y asignarles atributos dentro de las clasificaciones construidas. Este tipo de análisis nos permitió analizar los factores que modulaban el proceso de aculturación y por tanto, las diferencias en el discurso entre los y las participantes, cruzando las categorías con los atributos (el contexto o país de origen, el nivel de idioma, el nivel de experiencia cultural previa, la especialización de la unidad de prácticas) en los que habíamos clasificado los diferentes casos (Figura 18).

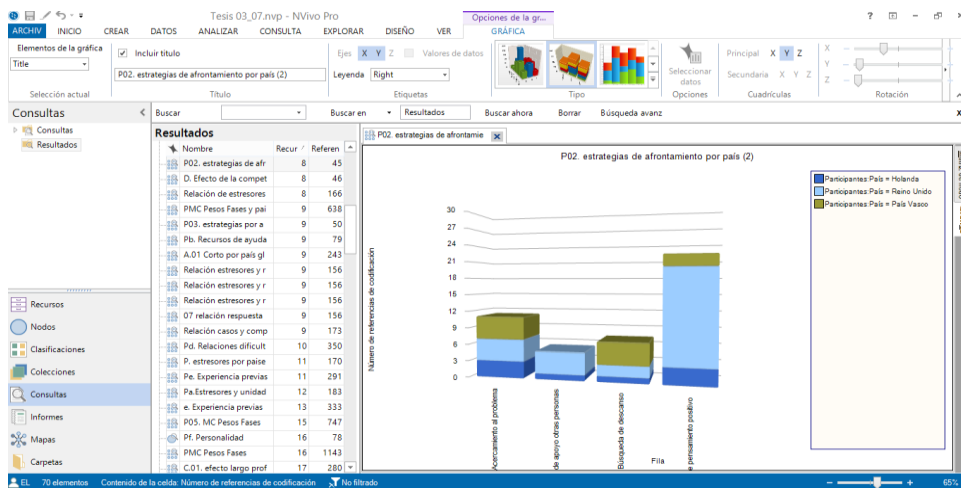


Figura 18. Referencias de codificación de las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de cada país.

- Matrices de codificación que cruzan unas categorías con otras. Este tipo de análisis nos permitió, entre otros, identificar qué respuesta emocional suscitaban los diferentes estresores culturales (Figura 19).

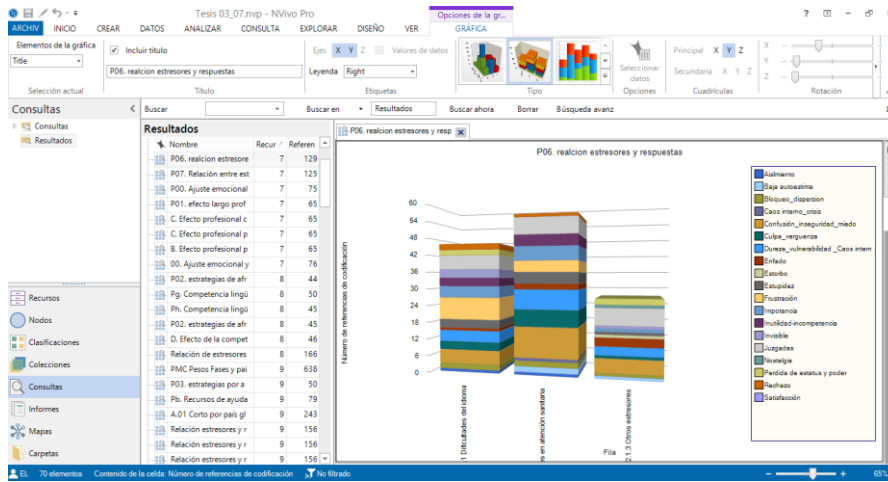


Figura 19. Respuestas afectivo-emocionales por cada estresor cultural.

- Matrices de codificación cruzando categorías y casos. Estas matrices nos facilitaron, por ejemplo, el análisis del efecto en la competencia cultural en los diferentes perfiles personales (Figura 20).

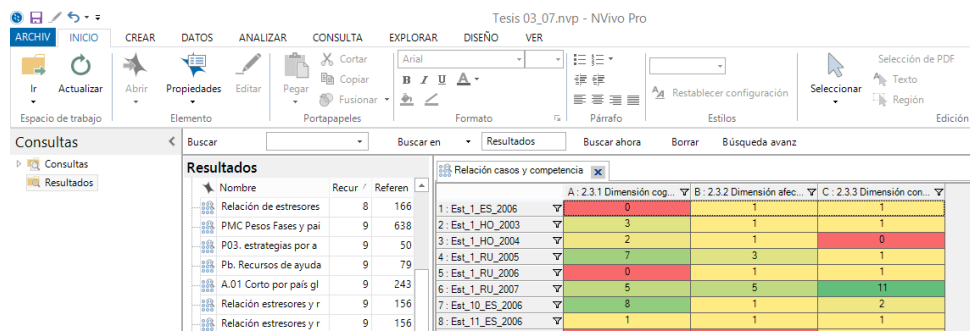


Figura 20. Efecto en las dimensiones de la competencia cultural en los diferentes casos.

- Matrices de codificación cruzando categorías y grupos de casos. Estas matrices nos facilitaron, por ejemplo, el análisis del efecto de la inmersión a corto y a largo plazo (Figura 21).

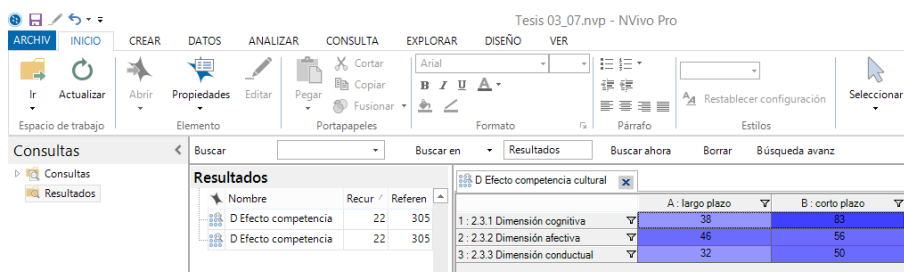


Figura 21. Referencias de codificación por cada una de las dimensiones de la competencia cultural a corto y a largo plazo.

Nvivo, también ofrece la posibilidad de graficar las matrices y exportar los datos a Excel, a fin de presentar gráficos que permitan una mejor visualización y comprensión del análisis (Figura 22).

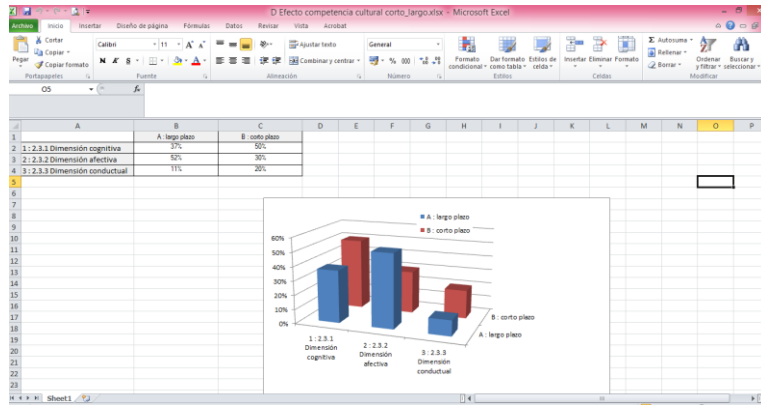


Figura 22. Porcentajes de codificación del efecto en las dimensiones de la competencia cultural tanto a corto como a largo plazo.

Por último, NVivo también ofrece la posibilidad de utilizar diagramas de comparación para obtener una perspectiva diferente y visualizar cómo están conectados los elementos del proyecto. Los diagramas de comparación los utilizamos para visualizar los casos que habían manifestado adaptación cultural y ajuste emocional o adaptación psicológica (Figura 23).

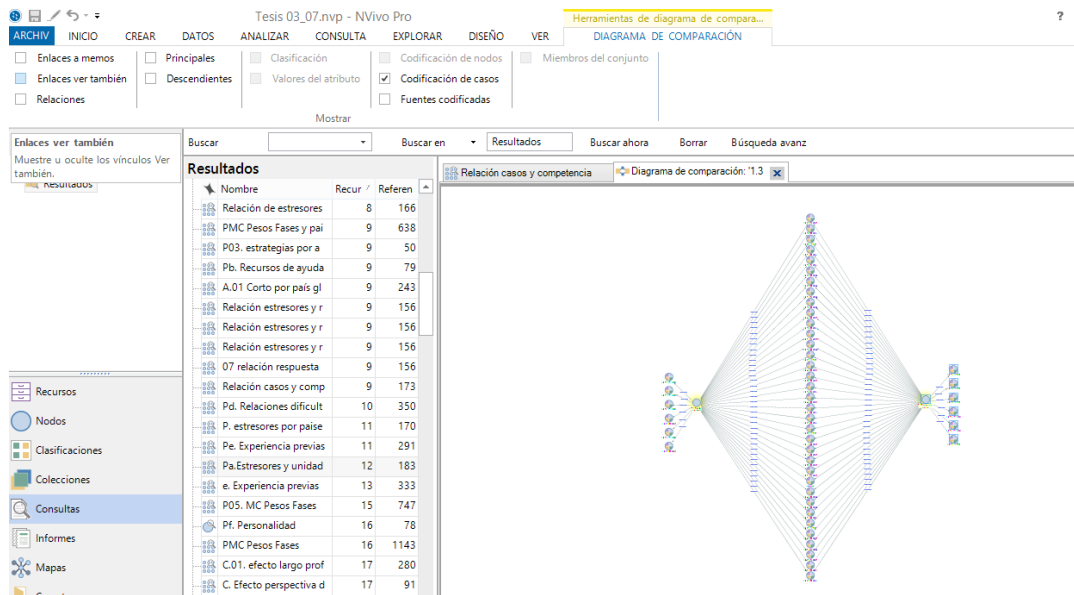


Figura 23. Diagrama de comparación de los casos que comparten la adaptación cultural y la adaptación psicológica.

4.5.4. Consideraciones éticas y de rigor metodológico

La producción científica no es neutra, ya que en cada decisión el investigador proyecta los valores y los planteamientos éticos (Rodríguez y col., 1996). Por tanto, ante cualquier investigación, sobre todo en la que participen seres humanos, tenemos que problematizar los dilemas sobre lo éticamente correcto o incorrecto. De acuerdo con Horkheimer (1968), entendemos que en la ciencia, toda elección metodológica y epistemológica es también una elección moral. Asimismo, por las implicaciones que pueden ocasionar, asumimos que los criterios de calidad y de rigor científico deben incluirse dentro de las consideraciones éticas y viceversa, que las consideraciones éticas deben acompañar el proceso de toma de decisiones a lo largo de toda investigación de calidad. Por tanto, en este apartado lo elaboramos teniendo en cuenta ambas consideraciones: la ética y la calidad.

Para revisar la adecuación ética de esta investigación nos orientamos en la propuesta de González (2002), quien reconstruye la aportación de Emanuel (1999) sobre requisitos básicos para la ética en la investigación. Estos criterios fueron revisados y aprobados para esta investigación por el Comité de Ética para las Investigaciones relacionadas con Seres Humanos (CEISH) de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Uuniversitatea en su memoria M10/2017/007.

1. Valor social o científico de la investigación. Para que una investigación sea ética debe ser importante a nivel social, científico o clínico; debe proporcionar un conocimiento que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o en el bienestar de la población (González, 2002). A través de esta investigación pretendemos mejorar los procesos educativos basados en la inmersión prolongada y profunda en otra cultura sanitaria que garanticen el desarrollo de la competencia cultural en los estudiantes de Enfermería. No obstante, en el estudio hicimos hincapié en la experiencia emocional del alumnado durante el proceso de aculturación y en los aspectos que pueden mitigar su sufrimiento. Se exploró este conocimiento con el fin de que nos permitiese desvelar los riesgos que entrañan estas experiencias y las estrategias a poner en marcha para generar bienestar en el alumnado, y organizar programas de inmersión cultural más seguros y efectivos.

2. Validez científica o calidad metodológica: Como indica González (2002), la mala ciencia no es ética. Este estudio se ha cuestionado en todo momento el rigor y la calidad científica. Para el análisis del rigor nos orientamos en los criterios de Guba (2008) acerca de la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad. Con el fin de garantizar la credibilidad se puso en marcha un método de investigación coherente con el problema, que ha sido revisado por las directoras de la tesis. Se reflexionó sobre las estrategias y técnicas de recogida de datos, y se realizó un trabajo prolongado de campo que permitió la mejora del proceso. Las sesiones fueron grabadas y transcritas con el fin de ser fieles a las expresiones de los y las participantes. Asimismo, el proceso de análisis fue triangulado por otros expertos en el programa y los resultados fueron examinados por un grupo de estudiantes participantes. Las interpretaciones también fueron debatidas con otros investigadores expertos. Además, el trabajo realizado se fue cotejando con el marco teórico elaborado en base a una revisión exhaustiva de fuentes documentales de calidad.

Para propiciar la transferibilidad a lo largo de la investigación se realizó una descripción en profundidad del contexto y de los y las participantes, que se ha resumido en esta tesis. Asimismo, se tuvo en cuenta el criterio de dependencia, relativo a la capacidad para mostrar que los resultados son consistentes y se pueden repetir. Con el fin de garantizar este criterio, el proceso y resultado de la investigación ha sido examinada por un investigador externo al estudio.

La confirmabilidad aborda el grado de “neutralidad” o el grado en el que los hallazgos responden a la vivencia de los y las participantes y no por el sesgo, la motivación o el interés del investigador. A pesar de que la investigación cualitativa reconoce la imposibilidad de una objetividad total del investigador, en esta investigación se pusieron en marcha estrategias para regular la influencia de la investigadora. Como se mencionó en la metodología, a lo largo de la investigación se puso en marcha un proceso de reflexividad, enfocado especialmente en el efecto que el investigador podía tener en cada paso de la investigación, que fue compartido por un investigador externo y las directoras de la tesis. Asimismo, se

presentó un breve informe de resultados a un grupo de participantes a fin de que cotejasen su congruencia con su propia vivencia.

3. **Proporción favorable del riesgo-beneficio.** Como indica González (2002), este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia, reconocidos como los fundamentales en la investigación en ciencias de la salud. Uno de los riesgos que contemplamos, en esta investigación, fue el hecho de expresar su respuesta emocional en presencia de sus compañeros y compañeras de experiencia y las consecuencias que puede acarrear. Ante esta situación, por un lado siempre se informó, a los y las participantes, que expresasen aquellas vivencias que libremente quisieran compartir. Por otro lado, en las sesiones grupales paralelas se recogió y acompañó la vivencia negativa y se les dio la oportunidad de realizar sesiones individuales que les ayudasen a mejorar su malestar emocional. Asimismo, en los documentos se les asignó una codificación a los y las participantes con el fin de preservar su privacidad y confidencialidad.
4. **Condiciones de diálogo auténtico.** Según González (2002), la aportación real requiere de la capacidad de los y las participantes para hablar “en la propia voz de uno”. Ahora bien las instituciones o esferas públicas, desde el sentido Habermasiano, pueden mediatizar las expresiones de los y las participantes. En este caso, no podemos olvidar las preconcepción de las relaciones de poder en el mundo educativo y, por tanto, que el alumnado expresase aquello que es socialmente esperado o aceptado por el profesorado o su grupo de pares y no su percepción real. Acercarse a este diálogo auténtico no es fácil, pero es importante trabajarlo desde un principio. Con tal motivo hicimos grandes esfuerzos por crear un clima de horizontalidad, empatía y confianza que fomentase la participación libre, dando voz a todos los y las participantes independientemente de lo que dijese.
5. **Respeto a los sujetos inscritos y el Consentimiento informado.** De acuerdo con González (2002), la finalidad del consentimiento informado, es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sólo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias, y que lo realicen por propia voluntad, con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad por sí

mismos. En esta investigación se solicitó el consentimiento informado a los y las participantes. En la primera etapa ese consentimiento fue verbal, sin embargo en la segunda etapa, en el propio impreso de solicitud de consentimiento, se les informó de los objetivos, finalidad y metodología de la investigación, el carácter voluntario de la participación y el derecho a abandonarla, sin tener que dar explicaciones. Asimismo se expusieron las estrategias para facilitar la intimidad, la confidencialidad y anonimato de los participantes (Anexo III).

Capítulo V. Análisis y discusión de resultados

CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este informe presenta la reconstrucción interpretativa de los resultados en dos grandes bloques para dar respuesta a los objetivos de esta investigación.

En el primer apartado, presentamos los resultados del análisis para identificar las fases del proceso de aculturación que ha experimentado el alumnado del Bsc (Hons) in European Nursing (ENI) durante su inmersión en una cultura sanitaria diferente, prestando especial atención a los estresores culturales que van apareciendo a lo largo del proceso, las respuestas emocionales que provocan y las estrategias que los y las estudiantes han ido desarrollando para afrontar el estrés aculturativo

El segundo apartado recoge el efecto inmediato y mediato de la inmersión cultural como estrategia formativa. Tal y como hemos ido adelantando, esta investigación tiene como propósito final mejorar los procesos educativos que garanticen la competencia cultural y esta es la razón por la que hemos optado por atender los efectos de la inmersión nivel personal y profesional y en el desarrollo de la citada competencia.

En el tercer apartado esbozamos un modelo educativo para las inmersiones culturales que facilite el desarrollo de la competencia cultural en estudiantes de Enfermería. Este modelo emerge de la interrelación de los resultados sobre el proceso de aculturación, el conocimiento acerca de los factores moduladores y el efecto de la inmersión.

5.1 Proceso de aculturación durante la inmersión cultural

El primer punto de interés de la investigación ha sido comprender el proceso de aculturación de los y las estudiantes del Bsc (Hons) in European Nursing durante una inmersión prolongada en una cultura sanitaria diferente. Partiendo de una codificación mixta, guiada por los objetivos, comprobamos que durante las 14 semanas de la inmersión cultural en un país extranjero, el alumnado experimentó un proceso de aculturación en tres fases: una primera fase de inquietud estimulante (71 referencias), una segunda fase de crisis cultural y estrés aculturativo, caracterizada por la mezcla de emociones (671 referencias), y finalmente una fase de adaptación a la cultura (114

referencias) (Figura 24). Tomando en consideración la intensidad de la vivencia y la matriz de codificación de las tres fases cruzadas por país, observamos que la segunda fase es la que adquiere mayor relevancia para el alumnado de todos los países, razón por la que ocupa una gran parte de nuestro análisis.

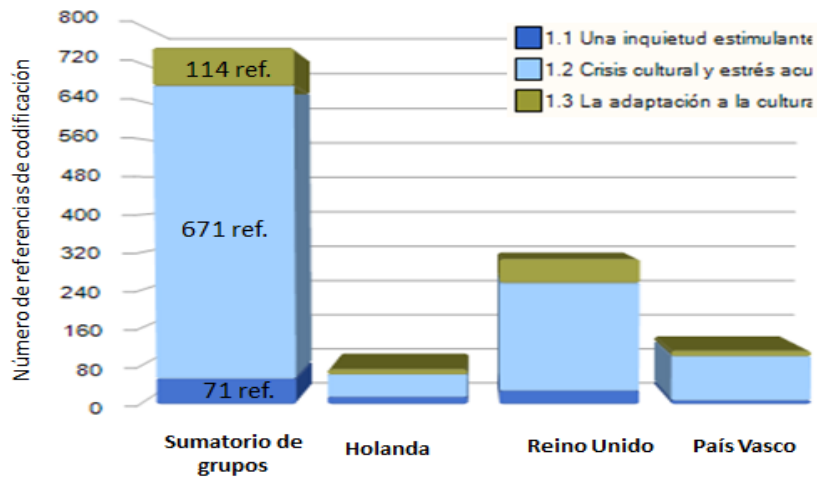


Figura 24. Fases del proceso de aculturación cruzada por países de origen: Referencias de codificación.

5.1.1. Fase de Inquietud estimulante

Esta primera fase se desarrolla desde las semanas previas a la inmersión y hasta las dos primeras semanas en el país de acogida, en las que tiene lugar el programa de orientación previo a la entrada en la unidad de práctica clínica. La perspectiva de participar en la inmersión cultural desencadenaba en los y las estudiantes una inquietud estimulante: la sensación de intranquilidad e incertidumbre ante lo desconocido y los nuevos desafíos se entremezclaban con sentimientos de entusiasmo por la experiencia a devenir (Figura 25).

Nodos ramificados			
Nombre	Recursos	Referencias	
1 El proceso de aculturación en la inmersión cultural	18	881	
1.1 Una inquietud estimulante	12	71	
1.1.1 Entusiasmo	8	20	
1.1.2 Inquietud	12	42	
1.1.3. Ayuda	2	9	

Figura 25. Referencias de codificación de la primera fase del proceso de aculturación.

La preocupación que tenían en el país de origen por los posibles problemas de comunicación debidos al idioma se hizo más patente cuando llegaron al país de acogida y tomaron conciencia de que estas dificultades superaban sus expectativas. La mayoría de los y las estudiantes experimentaban cansancio por expresarse, escuchar y responder apropiadamente en el nuevo idioma, suscitando frustración sobre todo en personas que se habían estado preparando durante los dos o tres años previos. La inquietud se intensificó aun más al visualizarse en el ámbito de las prácticas clínicas, momento en el que emergían con más fuerza sus preocupaciones: ¿Cómo me acogerán?, ¿Qué esperarán de mí?, ¿Seré capaz de demostrar mi competencia? ... Estas preocupaciones se incrementaban al imaginar confrontaciones, conflictos y posibles errores profesionales fruto de su expectativa de choque cultural. Este estado de alerta persistía al ser conscientes de que se enfrentaban a un mayor nivel de compromiso y responsabilidad profesional durante la inmersión, a pesar de sentirse preparados y de haber tenido una experiencia clínica en la Escuela de Verano.

No sabía si me iba a adaptar. Ahora hay una responsabilidad real. Yo pensaba, ¿y si nos piden cosas que no sabemos hacer y yo les digo que no sé hacerlas? ¿Qué van a pensar de nosotras? Parece que estoy dando una visión negativa, pero sin embargo, por otro lado, humm...estaba súper contenta, entusiasmada de salir, de tener una experiencia como ésta. Ahora sí, de conocer más profundamente lo que es vivir en otro sitio, conocer gente nueva, aprender más español... y al mismo tiempo ¡qué miedo! ¿Me entenderán? Yo misma, me decía: "Vvenga, sí que te entienden, ya verás, pero bueno. (Est_3_RU_2007)

El análisis también desveló que esta inquietud se acompañaba de entusiasmo (Figura 5.2). Manifestaban ilusión por vivir independientes de sus familias, relacionarse con personas de otra cultura, aprender otro idioma y conocer otras formas de cuidar. Preveían que el hecho de zambullirse en esta aventura iba a ser enriquecedor y les iba a aportar una experiencia que no iban a poder lograr como turistas. Este tipo de entusiasmo ha sido identificado también en el estudio de Pross (2005) con estudiantes de Enfermería de EEUU durante una inmersión larga con distancia cultural variada.

Consideramos que los desafíos que generan la inquietud citada provocan un estrés anticipatorio. No obstante, de acuerdo con Ryan y Twibel (1991), estos desafíos son vividos como retos y no como amenazas, y por tanto, se convierten en estímulos motivadores para involucrarse en la inmersión cultural generando a la vez entusiasmo. Hay que aclarar que para que estos desafíos se conviertan en estímulos positivos y

motivadores es necesario que cada estudiante parta con un nivel de autoestima y de auto-competencia que le permita generar la autoconfianza necesaria para creer que va superar este reto.

5.1.2. Fase de crisis cultural y el estrés aculturativo

Esta segunda fase se desarrolló durante las primeras cinco semanas de inmersión y trabajo directo en la unidad de prácticas clínicas. Como ya ha quedado reflejado es la fase más relevante del proceso de aculturación. Recoge el momento más crítico debido a la intensidad de las respuestas emocionales y a las estrategias que cada participante tiene que articular para superar las dificultades.

Ante el impacto que puede ocasionar enfrentarse a una práctica clínica en una cultura sanitaria diferente, nos centramos en comprender cómo se manifiesta el estrés aculturativo en este colectivo de estudiantes de Enfermería. En primer lugar, analizamos qué elementos eran generadores de estrés, aspectos que codificamos en la subcategoría estresores culturales. Seguidamente abordamos el análisis del malestar emocional categorizado como respuesta afectivo-emocional. El examen conjunto de estas dos subcategorías nos ayudó a describir su estrés aculturativo. Por último, observamos qué estrategias de afrontamiento personal activaron para manejar y gestionar ese estrés aculturativo (Figura 26), entendiendo que aportan información especialmente sensible de cara a la mejora de la formación.



Figura 26.Árbol categorial de la 2ª Fase del proceso de aculturación.

5.1.2.1. Estresores y respuestas afectivo-emocionales ante el estrés aculturativo

Con el fin de comprender mejor la fase crítica del proceso de aculturación presentamos los estresores culturales junto con las respuestas emocionales que generan. Para su análisis utilizamos la matriz de codificación de la subcategoría estresores culturales cruzada con las respuestas afectivo-emocionales. Este análisis permitió identificar los estresores culturales de más peso y la variedad de emociones que suscitaban en el grupo de estudiantes (Figura 27). En esta fase prevalecían las respuestas negativas, a pesar de que en algunas ocasiones venían acompañadas de emociones positivas como la satisfacción.

Como se puede apreciar en la Figura 27, el mayor estresor fue el desconocimiento de los códigos culturales, seguido de las dificultades en el manejo del idioma y otros estresores. Aunque el mayor estresor fue el desconocimiento de los códigos culturales, en primer lugar describiremos el estrés generado por las dificultades en el manejo del idioma, ya que éste fue el primer estresor que aluden cuando llegaron a la unidad clínica.

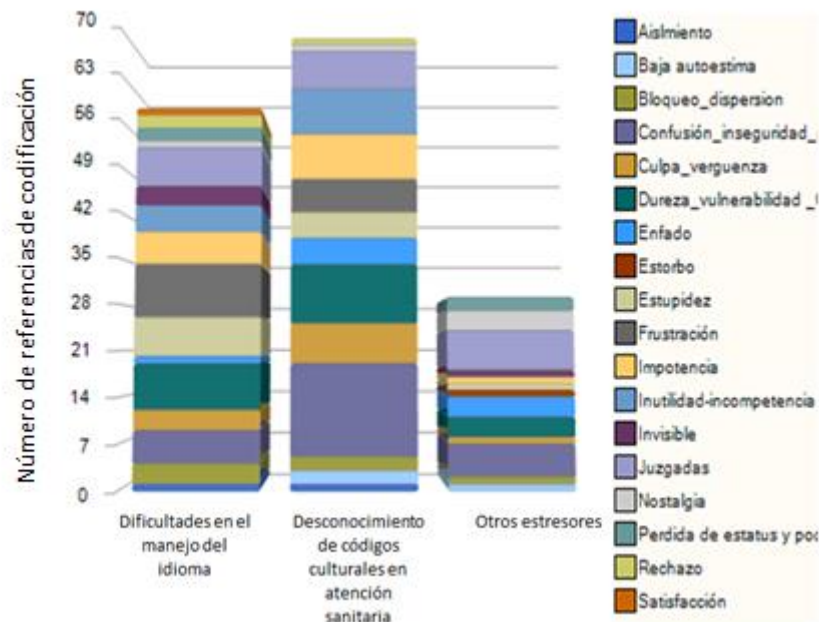


Figura 27. Estresores culturales cruzados con las respuestas afectivo-emocionales.

Dificultades en el manejo del idioma

A pesar de la preparación previa, cuando cada estudiante se encontró en la unidad de prácticas clínicas comprobó que su nivel de idioma no respondía a las exigencias de velocidad y complejidad de las interacciones comunicativas. El desconocimiento de los códigos de la comunicación no verbal (manejo de los silencios, el significado de los gestos, el uso del tacto...) y la falta comprensión de los significados culturales asociados a ciertas palabras, les limitaba en la capacidad para interpretar el estado de ánimo de las personas y poner en marcha medidas encaminadas a crear un clima de confianza y una comunicación terapéutica.

Esta incapacidad les resultaba muy dura, generando sentimientos de profunda confusión, frustración e impotencia al no poder ayudar ni dar respuesta a la necesidad de apoyo emocional de las personas que estaban sufriendo.

Recuerdo un día que vi a una madre que estaba en Urgencias con su hija, había tenido un accidente y estaba mal, la mujer estaba sufriendo [...] La unidad estaba al completo, y la gente estaba muy ocupada. La impotencia que sentí era increíble, yo allí viendo el dolor y no sabiendo qué hacer, no pudiendo decir lo que yo quería, como si fuese muda, no podía comunicarme. Además es como si tuviese miedo a actuar, ¿estará bien que yo esté con la señora o me dirán que me meto donde no me llaman?, ¿habrá alguien que hará ese papel?, y ¿sí digo algo que no es apropiado en España? (Est_2_RU_2004)

Las limitaciones de comprensión en el otro idioma también les llevó a tener malos entendidos con los y las profesionales, lo que generó sentimientos de frustración, miedo y vulnerabilidad. En algunos casos estos malentendidos les condujeron a realizar prácticas no adecuadas e incluso de riesgo para los y las pacientes. Esto contribuyó a incrementar la frustración y el miedo a cometer errores, llegando a generar una autovaloración negativa y a producir bloqueo.

Yo un día tuve un problema, una de las enfermeras me dijo que llevase una batea a un paciente en un box y yo no la entendí. Pensé que me estaba diciendo otra cosa. Ella se enfadó conmigo porque el paciente se vomitó encima, y pensó que tenía poco interés o así. Yo también me puse nerviosa y me enfadé. Ella se enfadó más conmigo porque yo me había enfadado. Vamos,... que tuvimos un conflicto. En realidad, por un lado me enfadaba conmigo misma por no haber entendido, por lo que supondría para el paciente haberse vomitado encima. También me enfadaba con la enfermera por delegar algo en mí sin confirmar que yo lo había entendido. (Est_3_RU_2007)

La competencia idiomática deficiente también limitó la expresión con las personas mentoras acerca de sus reflexiones y argumentos sobre los cuidados y la profesión. Esta circunstancia aumentó aún más el sentimiento de impotencia y la preocupación

por lo que los demás pudieran pensar. El pensamiento crítico, indicador de evaluación del programa ENI, se convertía en una amenaza cuando cada estudiante encontraba dificultades para expresar sus reflexiones y se enfrentaba a un imaginario fracaso académico.

Ante la dificultad comunicativa, algunos profesionales disminuían sus interacciones para no aumentar el estrés del estudiante; lo que contribuía a aumentar la percepción de invisibilidad del alumnado. Resultaba duro vivir este sentimiento porque el alumnado necesitaba sentirse aceptado y tenido en cuenta.

No entiendo muchas cosas, a veces veo que como no entiendo no se dirigen a mí porque no entiendo, y es una situación dura, es como que no eres visible, como que no existes y me siento muy mal. Yo igual también me quiero hacer invisible, porque si se dirigen a mí lo paso realmente mal. Pero sentir que soy como una pared me hace sentirme realmente mal. (Est_2_RU_2006)

En las revisiones sistemáticas de Zhang y Goodson (2011) y Smith y Khawanja (2011), la dificultad idiomática de los y las estudiantes internacionales es considerada como un predictor del estrés aculturativo. Como podemos ver en la Tabla 16, este estrés genera una fuerte respuesta, que principalmente está relacionada con el sentirse frustrado, juzgado, confuso e inseguro y con miedo a cometer errores. Esta respuesta unida al sentimiento de inutilidad generaba que calificasen la inmersión como una experiencia dura.

Tabla 16. Respuestas emocionales por dificultades del idioma: Porcentaje de referencias de codificación.

Respuesta afectivo-emocional por dificultades del idioma	%
Frustración	17%
Juzgadas	11%
Confusión_inseguridad_miedo	10%
Dureza_vulnerabilidad_Caos interno_crisis	10%
Estupidez	9%
Inutilidad-incompetencia	8%
Impotencia	7%
Bloqueo_dispersión	5%
Invisible	5%
Culpa_verguenza	5%
Rechazo	4%
Enfado	3%
Perdida de estatus y poder	2%
Aislamiento	2%
Satisfacción	2%

Estos datos van en la misma línea de los trabajos de Morgan (2012) y de Koskinen y Tossavainen (2003) que señalan que el alumnado de Enfermería en una inmersión cultural prolongada experimentó frustración y miedo a cometer errores por la falta de competencia lingüística. Walsh y DeJoseph (2003) únicamente describieron la frustración del alumnado por no poder comunicarse. Esta respuesta emocional puede ser atribuible a que la inmersión es de corta duración y sin responsabilidad en la práctica clínica, lo que explica que no surja el miedo a cometer errores por la dificultad en la comunicación.

Es importante subrayar que en nuestro estudio la frustración emerge también por no poder cumplir con sus expectativas de desempeño de la competencia profesional como estudiante. Dentro de estas competencias, la capacidad reflexiva y la comunicación terapéutica son herramientas enfermeras esenciales para apoyar a los y las pacientes. Este nivel de frustración puede explicarse, además, por el perfil de estudiantes de este programa, personas con un alto nivel de exigencia e interés por los estudios y el desarrollo profesional, lo que posiblemente acentúe la sensación de frustración. En este sentido Wei y col (2007), identificaron que los y las estudiantes internacionales con un perfil más perfeccionista experimentan un mayor nivel de malestar.

Estos resultados inciden en la importancia de abordar las dificultades en el manejo del idioma en los procesos formativos, con el fin de atenuar en cierta medida el estrés aculturativo que producen. En este estudio, esta dificultad surge a pesar de que el nivel mínimo de idioma obligado es intermedio (B1-B2). La competencia necesaria para poder relacionarse y ofertar un cuidado es muy alta, por lo tanto es importante mantener esta exigencia previa del idioma. Asimismo, es necesario informar al alumnado y a las tutoras docentes cómo cursa la evolución de la competencia lingüística, los conflictos que genera en la práctica y lo que implica a nivel emocional. La formación de estudiantes y tutores también debería contemplar el desarrollo de estrategias como la confrontación de la información con el objeto de prevenir malos entendidos y garantizar una práctica segura.

Desconocimiento de los códigos culturales

El desconocimiento de los códigos culturales fue el estresor cultural más importante atendiendo a la frecuencia e intensidad de las expresiones del alumnado. Cada estudiante para integrarse necesita comprender y proceder según los códigos, valores y pautas de funcionamiento que conforman la cultura sanitaria del país de acogida. El análisis de las referencias de codificación indica que la diferencia y desconocimiento de los valores profesionales y sociales fue el aspecto que mayor nivel de estrés generó, seguido del desconocimiento de la organización y funcionamiento del equipo y de los procedimientos técnicos (Figura 28).

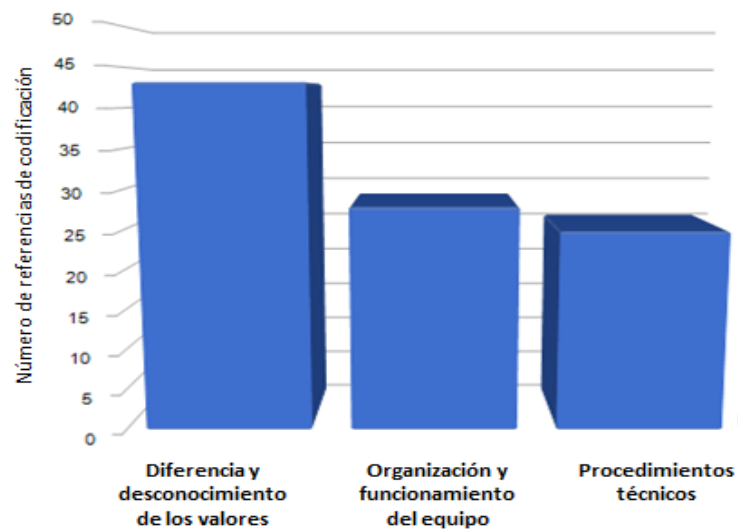


Figura 28. Estresores por desconocimiento de los códigos culturales: N° de referencias de codificación.

Presentamos el desconocimiento de la organización y funcionamiento del equipo de trabajo por ser el estresor al que primero se enfrentan, a pesar de ser la segunda subcategoría. Cuando cada estudiante llegaba a la unidad encontraba una estructura física y organizativa diferente en la que no sabía cómo desenvolverse, cómo acceder a los recursos y cómo utilizarlos. El desconocimiento del rol de los diferentes tipos de enfermeras y profesionales les provocaba dudas y confusión sobre qué cuidados debían asumir dentro de su competencia, llegando a crear malentendidos y conflictos con los profesionales de la unidad, a pesar de su gran interés por ser “buenas enfermeras”. Este desconocimiento, unido a la dificultad de comunicarse, provocaba un sentimiento de confusión, inseguridad, incompetencia e impotencia,

incrementando así los sentimientos de inutilidad y frustración.

A mí me pasó que una señora intervenida de una prótesis de cadera quería levantarse, y yo ya sabía cómo tenía que intervenir, y toda voluntariosa, me dispuse ayudarle. En seguida vino otra enfermera y me paró como si estuviese haciendo algo muy mal. Yo no entendía nada..., y me contó que eso lo tenía que hacer el fisioterapeuta... Claro, luego te cuestionas si el resto de las cosas las tienes que hacer o no (Est_1_ES_2003)

Estos problemas también se presentaban en la forma de realizar procedimientos técnicos como las inyecciones intramusculares y el cuidado de las vías venosas. Encontrarse con estas diferencias era algo inesperado ya que creían que los procedimientos no estaban sujetos a reglas culturales, desvaneciéndose la pequeña sensación de control y autoeficacia que les aportaba su manejo. Esta fuente de estrés también fue identificada por Grant y McKenna, (2003) en el estudio de una inmersión prolongada. En nuestro estudio, a esta situación se sumaba la diferencia recogida en el marco legal acerca de los procedimientos que podía realizar el alumnado. Los y las estudiantes que dominaban las técnicas, por haber sido formados en su país de origen, sentían malestar y frustración por no poder demostrar su competencia. Sin embargo, el malestar fue mucho mayor en aquellas y aquellos estudiantes, que sin estar formados en el país de origen, se veían presionados a realizar procedimientos en el país de acogida. Esta situación les generaba inseguridad, miedo a cometer errores, una percepción de inutilidad que les paralizaba y a esto se añadía a la preocupación por el juicio de las enfermeras sobre su competencia profesional.

El ritmo de trabajo es muy diferente y yo siento miedo, sentí mucha presión. Y aquí lo de trabajar muy deprisa es muy importante. Yo sentía que yo iba muy despacio y muy nerviosa. Al final del turno me corté con una ampolla y por poco me equivoco con un gotero, y fue horrible. Mis miedos se hicieron realidad y me sentí fatal. En Inglaterra estoy acostumbrada a contribuir más, a tener la iniciativa, y estoy más activa, puedo buscar las cosas para hacer. Aquí en España, me siento más tonta, voy despacio y no ayudo. Creo que toda la gente que quiere ser enfermera, quiere ser más útil, y aquí es difícil, aquí me siento inútil. (Est_2_RU_2004)

Al estrés aculturativo generado se sumó el estresor de las diferencias en los valores profesionales y sociales. A pesar de que los y las estudiantes del ENI habían recibido previamente formación sobre las diferencias en los valores profesionales no fueron capaces de captar su alcance hasta que no las experimentaron in situ. Los valores que más expresiones de estrés generaron, según el número de referencias de codificación, fueron la aplicación del principio de autonomía e independencia de los y las pacientes, la seguridad clínica, y la mirada integral y el rol de la familia en la práctica clínica.

A pesar de la voluntad del conjunto de estudiantes de ofrecer la mejor atención, el desconocimiento e incompreensión de los valores de la cultura sanitaria de acogida les llevó a vivir importantes conflictos culturales con los y las pacientes y profesionales de la unidad. Se enfrentaron a reprimendas que no entendían, sintiéndose juzgados, confusos y frustrados. La comprensión del valor que habían infringido les hizo sentir vergüenza y entraron en un bucle de inseguridad que hizo incrementar la sensación de vulnerabilidad y de pérdida de autoestima.

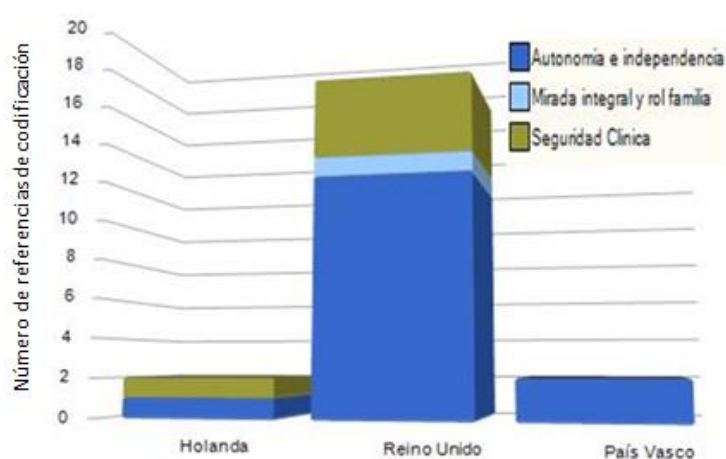
Este malestar emocional alcanza el grado más alto en los estudiantes que se sintieron “presionados” a realizar o participar en intervenciones profesionales que violaban los principios éticos de su cultura de origen. Estas situaciones les enfrentaban a profundos dilemas éticos, ante los que no sabían cómo actuar, acarreándoles un gran sufrimiento moral.

Tantas cosas son diferentes... por ejemplo, el otro día tuve un choque cultural tremendo y me dejó superconfundida. En el Reino Unido, si un paciente está en riesgo de caídas o lesiones a sí mismo o por cualquier razón, una auxiliar se sienta con ellos las 24 horas del día, a menos que, por supuesto, un familiar o amigo esté a mano.....Aquí, una vez que se identifica el riesgo, al paciente se le pone una restricción ya sea en la cama o en una silla (noche / día). Cuando lo vi, no podía contener mi juicio, era como si me doliese interiormente, como si un valor interno se estuviese violentando, y yo me sentía fatal. ¿Qué hago? ¿Digo algo? Dentro de mi mente se pasaban pensamientos como: ¡Menuda Enfermería se aplica en este país! Pensamientos de verdad despectivos, que ahora ni me atrevo a decir... Bueno pero la cosa no eran mis pensamientos, no dije nada y como siempre me quedé observando y vi que este tipo de restricciones eran superaceptadas por los pacientes y las familias. Es más, es que en algún caso lo pedían para sus padres para que no se cayesen, y yo les veía con el cariño que les trataban y no entendía nada, porque eso que para nosotros es malo, no era algo malo para ellos, es más era bueno. (Est_3_RU_2007)

La confusión entre los propios valores y los de la cultura de acogida generó un importante choque cultural y provocó una crisis de valores. Esta situación llega a sumir a algunos estudiantes en un caos interno ya que se ven desprovistos de la estructura y seguridad que aportan los valores (Matsumoto y Juang, 2012). El choque cultural despertó una sensación de alerta, identificada en los estudios de McKenna (1999) y Pros (2000), que provocó una continua revisión y comparación de las conductas de ambos países para intentar una mayor adecuación: “¿Cómo se hace aquí? ¿Aquí se hace así?”. Esta situación de nuevo intensificó la espiral emocional, ralentizó su proceso cognitivo, incrementó su percepción de incompetencia y frustración y generó bloqueo.

No sé si todo es diferente, pero hay muchas cosas diferentes y eso te hace preguntarte si todo es diferente, te desconcierta y te descontrolas. Ees como que ya no tiene nada seguro, que no sabes cómo te tienes que relacionar, cómo se hacen las cosas, cómo te tienes que comportar, qué cosas están bien vistas y qué cosas mal vistas. Bueno, no sé si mal vistas o bien vistas es la palabra que expresa lo que quiero decir, que no sabes lo que está bien y lo que está mal. Me refiero a poder hacerlo cómo se hace aquí. Si no toco porque no toco, si toco porque igual estoy tocando y la enfermera y la persona igual piensa que me estoy pasando y eso no está bien visto. (Est_4_RU_2004)

No obstante, hay que aclarar que la expresión de estrés por la diferencia de valores operaba de diferente forma dependiendo del país de origen, como podemos observar en la gráfica de la matriz de codificación que cruza la diferencia de valores por país de origen (Figura 29). Por ejemplo, en los y las estudiantes del Reino Unido la forma de entender la Autonomía y la Seguridad clínica en el paciente fue una fuente de estrés mucho mayor que en el alumnado del País Vasco.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 29. Estresores culturales por desconocimiento y diferencia de valores por país de origen.

Esta diferencia entendemos que está relacionada con la distancia cultural de las sociedades de origen y acogida. Si nos acogemos a la dimensión de distancia de poder de Hofstede (2010), la cultura española tiene una alta puntuación (57) frente a Holanda (38) y UK (35), es decir 1.6 veces mayor en España que en el Reino Unido. Hofstede (2010) nos presenta una sociedad británica individualista con un alto valor dirigido a la autonomía de la persona. Sin embargo en la cultura española, en transición de una sociedad colectivista a una más individualista, todavía se asume que el profesional tiene el poder para decidir en pro de lo que considera beneficioso para

el paciente. Por tanto en esta cultura, los y las pacientes adoptan una menor autonomía en la toma de decisiones.

De cara a los procesos formativos, el conocimiento acerca de las diferencias que pueden generar un choque cultural puede aportar pistas importantes para comprender el comportamiento de cada estudiante. Consecuentemente deberíamos poner en marcha estrategias de identificación de los valores de la cultura de origen del alumnado internacional con el fin de que junto con las tutoras docentes de la práctica clínica se pueda apoyar su proceso formativo.

El desconocimiento de los códigos culturales es una fuente de estrés aculturativo que también ha sido identificada por Scholes y Moore (2000), Koskinen y Tossavien (2003), Grant y McKenna (2003) y Lee (2004) con estudiantes de Enfermería en una inmersión larga con prácticas clínicas. En este estudio el estrés por desconocimiento de los códigos genera una respuesta afectivo-emocional (Tabla 17) que agrupa más emociones que las recogidas en otros.

Tabla 17. Respuesta afectivo-emocional por desconocimiento de los códigos culturales: Porcentaje de referencias de codificación.

Respuesta afectivo-emocional por desconocimiento de los códigos culturales	%
Confusión_inseguridad_miedo	21%
Dureza_vulnerabilidad_Caos interno_crisis	14%
Impotencia	13%
Juzgadas	11%
Inutilidad-incompetencia	7%
Frustración	7%
Culpa_verguenza	6%
Bloqueo_dispersion	5%
Baja autoestima	4%
Enfado	5%
Estupidez	4%
Rechazo	2%
Aislamiento	1%

Fuente: Elaboración propia.

La categoría emocional preponderante fue confusión, inseguridad y miedo que también se ha identificado en otros estudios con estudiantes de Enfermería en una inmersión cultural (Scholes y Moore, 2000; Grant y McKenna, 2003). La percepción de

duresa, vulnerabilidad y caos interno que genera la experiencia también se ha identificado en los estudios de Ryan y Twibel (2000), Holstege (2000) y Ruddock y Turner (2007). Como se ha mencionado previamente, en este estudio también se desvelan otras respuestas emocionales importantes como la impotencia, la sensación de sentirse juzgado y la percepción de incompetencia e inutilidad.

Estos resultados tienen una gran trascendencia en nuestro trabajo como docentes. Es importante que en los programas preparatorios integremos los incidentes críticos vividos por el alumnado en relación a la diferencia de valores. Este conocimiento les ayudará a estar más preparados y nos aportará una base sobre la que fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Como indica Ruddock y Turner (2007), el conocimiento sobre esos momentos permite al profesorado estar más atento e intervenir con estrategias que puedan recoger el sufrimiento del alumnado y encauzar el proceso de aculturación para que pueda alcanzar el objetivo de la inmersión.

Otros estresores

En esta categoría se agrupan estresores que, aunque no dificultaban el cuidado directo con los y las pacientes, sí que contribuían a incrementar su nivel de estrés. En la Figura 30 se representan las referencias de codificación de esta categoría. Sentirse diferente fue la subcategoría prevalente seguida por el riesgo de fracaso académico y sentirse representante de su país.

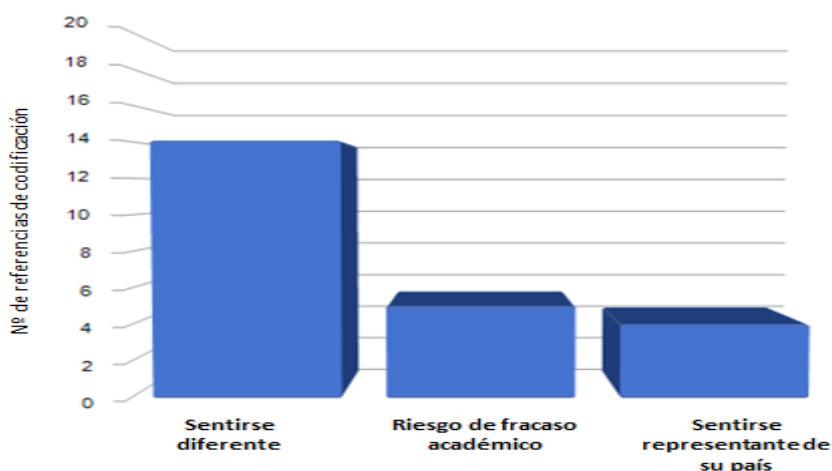


Figura 30. Otros estresores en el proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.

El equipo de profesionales del país de acogida compartía una serie de valores y una forma peculiar de hacer que les dotaba de cierta identidad de grupo. La mayoría del grupo de estudiantes al intentar introducirse en la otra cultura sanitaria experimentaban con mucha intensidad la sensación de sentirse “el diferente”, “el extranjero”, o “el otro”, lo que se acompañaba de una respuesta afectivo-emocional (Tabla18).

Cómo te podría decir eres como la rara, por primera vez he sentido eso de ser la diferente de una forma tan intensa. Soy un elemento diferente dentro de un conjunto de personas similares entre sí pero diferentes a mí. Es como una pérdida de poder porque tú eres la que te tienes que adaptar a la mayoría, estás en minoría y en desventaja...Es más, si sabes hacer y lo haces diferente, te sientes rara ¿no? Por varias razones, por un lado porque dudas, si los demás lo hacen todo diferente igual soy yo la que lo hago mal, por otro lado si estás segura que es mejor cómo lo haces tú, es como que te pones en contra de una corriente, y a mí eso me impone. (Est_3_RU_2007)

Tabla 18.Respuesta afectivo-emocional por otros estresores: Porcentaje de referencias de codificación.

Respuesta afectivo-emocional por otros estresores	%
Confusión_inseguridad_miedo	28%
Dureza_vulnerabilidad_Caos interno_crisis	18%
Impotencia	13%
Juzgadas	9%
Inutilidad-incompetencia	8%
Frustración	4%
Culpa_verguenza	4%
Bloqueo_dispersión	4%
Baja autoestima	3%
Enfado	3%
Estupidez	2%
Rechazo	2%
Aislamiento	2%

Fuente: Elaboración propia.

Este sentimiento de no pertenencia al grupo que varios estudiantes denominaban “estar fuera del círculo”, es común a otros estudiantes en Enfermería en una inmersión cultural prolongada (Grant y McKenna, 2003; Koskinen y Jokinen, 2004; Lee, 2004; Ruddock, y Turner, 2007; Greatrex-White, 2007, 2008; Morgan, 2012). Según la teoría de Identidad Social de Tajfel (1978), en este caso el grupo de profesionales del país de acogida funcionaría como un endogrupo que desconfía del miembro del exogrupo (en este caso del o la estudiante) al desconocer el contexto y las diferentes prácticas del país de acogida. El hecho de ser minoría lo asociaban a una pérdida de estatus, al no

tener recursos ni fuerza emocional suficiente para actuar de acuerdo a sus criterios, chocando cuando las prácticas de los demás eran diferentes. La percepción de pérdida de estatus no se relata en ningún estudio con estudiantes, pero sí la describe Achotegui (2008, 2012) como uno de los duelos de la persona inmigrante. No obstante, entendemos que la magnitud de la pérdida es menor en los y las estudiantes internacionales, ya que hay varios factores que atenúan las pérdidas; aunque, como indica Calvo (2006), la intensidad del duelo va a depender del valor que se otorguen a las pérdidas.

El malestar emocional también se nutrió por el miedo a fracasar académicamente, es decir por no aprobar el periodo de prácticas y los trabajos académicos exigidos: el diario reflexivo, las historias clínicas y un estudio comparativo. Este estresor no ha sido identificado en otras investigaciones con estudiantes de Enfermería. Por el contrario, la revisión de Smith (2011) en estudiantes internacionales sí detecta el miedo al fracaso originado por estudiar en una segunda lengua y tenerse que adaptar al nuevo ambiente educativo, cultural y social.

Otras veces me sentía tan impotente que pensaba que no iba a poder controlar nada y que igual suspendía y entonces igual no acababa el curso a tiempo, bueno (Est_4_RU_2004)

A esta situación se unió la gran presión de algunos estudiantes del Reino Unido por asumir la responsabilidad de ser representantes de su país. Ante cualquier comportamiento que se juzgase inadecuado sentían vergüenza y culpa porque creían que sus carencias personales iban a generalizarse al colectivo profesional de su país de origen. Este malestar se manifestó en un gran enfado en unas de las cohortes al tomar conciencia del juicio real de un grupo de estudiantes del país acogida que ponía en tela de juicio la competencia del colectivo enfermero de su país.

Tenía miedo que pensasen que nosotras somos enfermeras de segunda porque no sabemos hacer ciertas cosas. Antes yo podía defender otra forma de hacer enfermería, como que me sentía fuerte. Pero una vez aquí, en las prácticas es como que esa fuerza se me ha caído y empiezo a dudar, y además todo lo que yo sé hacer no lo puedo hacer ver porque no sé cómo relacionarme y no puedo comunicarme. Y siento vergüenza.... Siento que al fin y al cabo yo soy una representante de la enfermería de mi país y no quiero dejar a la enfermería de mi país en ridículo. Sin embargo creo que lo estoy haciendo así. No quiero que piensen que la enfermería inglesa es como yo, poco profesional y con poca capacidad de reflexión y argumentación. (Est_4_RU_2004)

Este estresor no se ha identificado en otras investigaciones sobre estudiantes de Enfermería. No obstante, el psicólogo social Adrian Furnham, (1988; 2004) también identificó el sentirse representante de su país como una fuente de estrés en los estudiantes que cursaban sus carreras en un país diferente al suyo.

A pesar de que la nostalgia aparece frecuentemente en otros estudios (Lee, 2004; Koskinen y Tossavien, 2003; Green, 2008) sólo hemos identificado la nostalgia en dos estudiantes. Seguramente, en este estudio, se vio amortiguada por sentirse acompañadas al viajar y convivir con sus compañeras del país de origen. Estos aspectos, como indican Inglis (2000), Sanner (2002), y Koskinen (2003), inducen a la disminución de sentimientos de insatisfacción y aislamiento.

En este estudio, durante las primeras cinco semanas de práctica clínica hemos podido diferenciar los estresores generadores del estrés aculturativo. A su vez, hemos podido captar una variedad de respuestas afectivo-emocionales fundamentalmente negativas (vulnerabilidad, confusión e inseguridad, enjuiciamiento, inutilidad, frustración, impotencia, bloqueo, culpa y vergüenza, caos interno y crisis...) que coinciden con los hallazgos de otras investigaciones.

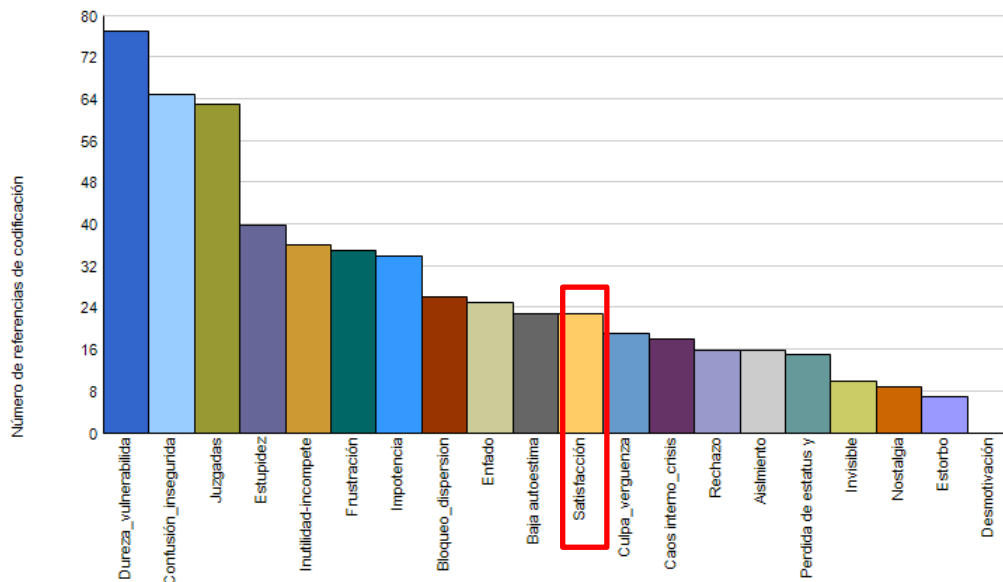


Figura 31. Respuestas afectivo-emocionales en la 2ª Fase del proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.

En la Figura 31 se observa claramente el balance emocional negativo y se puede percibir la intensidad del estrés aculturativo que caracteriza esta fase en contraposición con la primera y la tercera. No obstante, queremos resaltar que la respuesta afectivo-emocional negativa se acompañó, con cierta asiduidad, de una respuesta positiva, la satisfacción. Reconocían que la inmersión tenía su recompensa, ya que les iba permitiendo descubrir un mundo diferente de cuidados. El análisis de las diferencias culturales le sumía en un ejercicio intelectual estimulante que les enriquecía y les motivaba para continuar con su aprendizaje. En la gestión emocional del proceso de aculturación estas emociones positivas son las que juegan un papel relevante en las estrategias de afrontamiento del estrés aculturativo y en el proceso de adaptación cultural.

La combinación de estas emociones negativas y positivas es lo que hace que describan en algún momento la sensación de vivir en una montaña rusa. Estos altibajos emocionales también fueron identificados por Ryan y Twibel, (2000) y Holstege, (2000).

Como docentes, el conocimiento emergente en este estudio nos informa de la necesidad de estar alerta, valorar y controlar el nivel de estrés aculturativo generado para que no produzca el efecto contrario al esperado. Este conocimiento también nos aporta pistas sobre los aspectos a focalizar en la valoración y a facilitar que el alumnado sea consciente de cómo operan los estresores culturales. Tanto estudiantes como docentes, deben conocer que el estado de alerta que despiertan los estresores provoca que los recursos cognitivos se empleen en la defensa ante las amenazas, quedando limitados para dar respuesta a otras demandas profesionales. Este conocimiento ayudará a que los y las estudiantes no interpreten la incapacidad situacional como un rasgo de su capacidad real y, por tanto, positivizará la experiencia y contribuirá al éxito de la inmersión.

5.1.2.2 Estrategias para el afrontamiento de los estresores

El estrés que despertó el choque cultural se vio minimizado por las estrategias de afrontamiento internas que las personas participantes ponen en marcha. Estas estrategias de afrontamiento son las acciones de tipo cognitivo, emocional o

conductual, emprendidas por cada estudiante y orientadas, por un lado, a minimizar el malestar emocional, y, por otro a hacer frente a los estresores culturales. La Figura 32 nos permite ilustrar que el afrontamiento más frecuentemente utilizado fue la reconstrucción de pensamiento positivo y con menor frecuencia el acercamiento al problema, la búsqueda de descanso, y la búsqueda de apoyo.

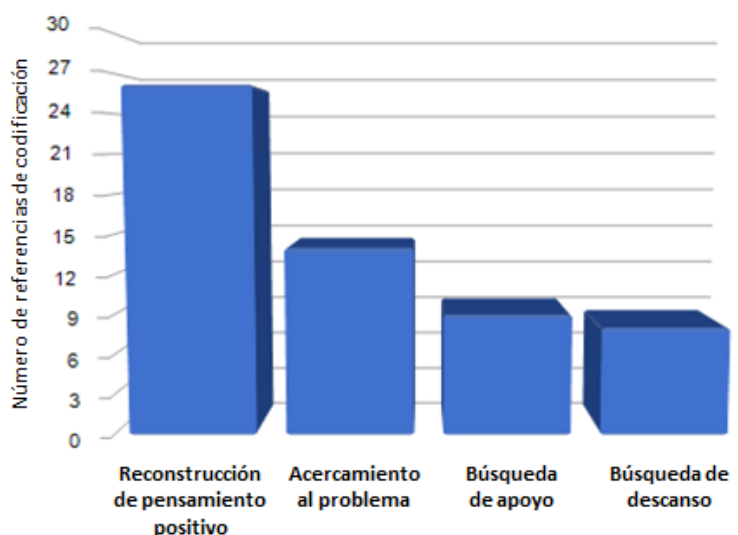


Figura 32. Estrategias de afrontamiento utilizadas en la 2ª etapa del Proceso de aculturación: Nº de referencias de codificación.

La reconstrucción de pensamiento positivo recoge manifestaciones del esfuerzo de cada estudiante por buscar pensamientos positivos y realistas acerca de la situación que están viviendo con el fin de reinterpretar las situaciones estresantes de la inmersión. Al enfrentarse ante las adversidades intentaban, por ejemplo, pensar que al final de la inmersión cultural iban a lograr un enriquecimiento personal y profesional significativo, manteniendo así la esperanza de alcanzar aquellas expectativas proyectadas. Esta estrategia les ayudaba a equilibrar los pensamientos negativos y a encontrar fuerzas para continuar.

Pensaba que esta experiencia tenía su sentido y me iba a hacer más fuerte para ayudar a otras personas. (Est_4_RU_2003)

Conforme avanzaba la experiencia también recurrían a evaluar los logros conseguidos. Cada estudiante se comparaba respecto al inicio y percibía su progreso en la competencia lingüística y profesional. Algunas personas recurrían al recuerdo de experiencias del pasado estresantes y duras que habían superado, reconociendo las

capacidades que habían puesto en marcha. El reconocimiento del logro en ambos casos incrementaba la percepción de autoeficacia, generaba un aumento en el nivel de autoestima personal y disminuía el nivel de estrés. Otra de las estrategias de reconstrucción de pensamiento positivo consistía en reconocer la naturaleza estresante de los procesos de aculturación y cómo el nivel de estrés condicionaba el avance su aprendizaje. Esta estrategia les permitía modificar una autovaloración negativa “yo no valgo”, por otra más positiva y real, “el ritmo que llevo es normal por el proceso de adaptación a la otra cultura” y por tanto “yo valgo”.

Si, yo también intentaba ver todo lo que había mejorado, todo lo que he aprendido, y que a veces sentirte más lenta y tener la percepción de que vas para atrás es normal. Como comentamos me daba ánimos y me decía a mí misma “esto es normal, ya te ha pasado y luego sigues para adelante. Te han dicho que se ve que te importan las personas...” fijate todo lo que has aprendido”, y eso me tranquilizaba y pensaba “mañana será otro día”. (Est_1_RU_2007)

Esta tipo de afrontamiento también ha sido descrito en estudiantes de Enfermería suecos en Tanzania (Sandin, Grahn y Kronvall; 2004). Se trata de un afrontamiento que, según Páez (2009), mejora el control de la situación, ayuda a resolver el problema, incrementa el autoconcepto y facilita la integración social. Por tanto, consideramos que esta estrategia de afrontamiento de tipo cognitivo fue adaptativa, ya que les ayudó a manejar el malestar emocional generado por los estresores culturales

Aunque con menos frecuencia que la anterior, el afrontamiento identificado de acercamiento y resolución de problemas fue otra estrategia manifestada por este grupo de estudiantes. Esta estrategia recoge la actitud proactiva para la identificación de sus fuentes de estrés (la invisibilidad, la incompetencia, la inseguridad derivada del desconocimiento de los códigos y de la falta de competencia lingüística) y encarar el problema lo antes posible sin huir de él. Con objeto de abordar los mencionados estresores recurrían a expresar la dificultad de la experiencia, compartir su interés, mostrar una actitud de integración y demostrar su competencia.

Yo lo que hacía era que me adelantaba y hablaba con las enfermeras, me preparaba las preguntas y lo que les iba a contar. Si me tenía que enfrentar a las situaciones que me suponían un reto, les decía que eso era difícil para mí pero que estaba muy interesada e intentaba no quedarme atrás a pesar de ser tímida. Les explicaba mi vivencia como estudiante extranjero. (Est_1_HO_2003)

De acuerdo con la investigación de Páez y Campos (2009) con población general esta estrategia refuerza la percepción de eficacia y sirve para controlar el malestar emocional y mejorar las relaciones con otros. Esta estrategia también ha ayudado a estos y estas estudiantes a mejorar su confianza, a integrarse dentro del grupo de profesionales, y pasar de sentirse observado y juzgado a ganarse la confianza de los profesionales.

Otra de las estrategias internas puestas en marcha, aunque manifestada con menor frecuencia, fue la búsqueda de apoyo informacional y emocional en otras personas. Consiste en la búsqueda de información acerca del funcionamiento de la unidad y del equipo, cómo cuidar a los y las pacientes en ese contexto, los protocolos de procedimientos técnicos y el significado de valores sociales y profesionales.

Yo cuando veo algo, rápidamente voy a la enfermera y pregunto “¿y por qué aquí hacéis así y por qué y por qué y por qué?” Entonces me dan una respuesta, me lo aclaran y sí, desde este punto de vista es válido. (Est_5_RU_2006)

Dentro de esta estrategia también se considera la búsqueda de apoyo afectivo, principalmente con el grupo de compañeras de su país, con la finalidad de expresar sus emociones. En este sentido, la búsqueda apoyo en las tutoras y profesoras se centró en la obtención de un feedback positivo que les proporcionase seguridad y confianza en los procedimientos clínicos y reconocimiento para recuperar la autoestima personal.

Yo tenía más necesidad que me dijese que hacía bien las cosas aquí porque estaba más vulnerable. Luego, ya encontré mi forma (my way) sonreía y les preguntaba “¿te parece que lo he hecho bien? Ya sabes yo necesito saber...” y nos reíamos. (Est_2_RU_2004)

La búsqueda de apoyo la entendemos como una estrategia de tipo afectivo conductual que sirve para aproximarse a la solución del problema y manejar las reacciones afectivas, tanto positivas como negativas, beneficiando el manejo del estrés aculturativo. En situaciones de estrés psicológico, Paéz y col (2008) indican que la búsqueda de apoyo para informarse y obtener soporte afectivo contribuye a mejorar las creencias positivas sobre uno mismo y el entorno social, incrementar la percepción de control y reducir la intensidad del malestar emocional. De esta forma, esta estrategia puede ayudar a disminuir la confusión y la frustración y mejorar la autoestima. La búsqueda de apoyo identificada por Lee (2004) en estudiantes de

Enfermería que hacían una inmersión cultural se centraba en la familia, mientras que en nuestro estudio ésta se focaliza en la red de amistades, tutoras docentes y profesoras.

La búsqueda de descanso fue la estrategia menos utilizada por este grupo de estudiantes. Por un lado, buscaban profesionales o compañeros que compartiesen su idioma, desconectándose del estresor de dificultad en el manejo del idioma. Por otro lado, buscaban espacios para evitar las interacciones o la implicación con profesionales y pacientes para conseguir la desconexión de los estresores culturales.

Y a veces estar fuera del círculo también te permite aislarte y tomarte un respiro. El intentar atender me agota y me quedo cansada y al final paso y me aísto, me entra apatía de saber y no pregunto, bueno no sé si es apatía o cansancio. (Est_2_RU_2004)

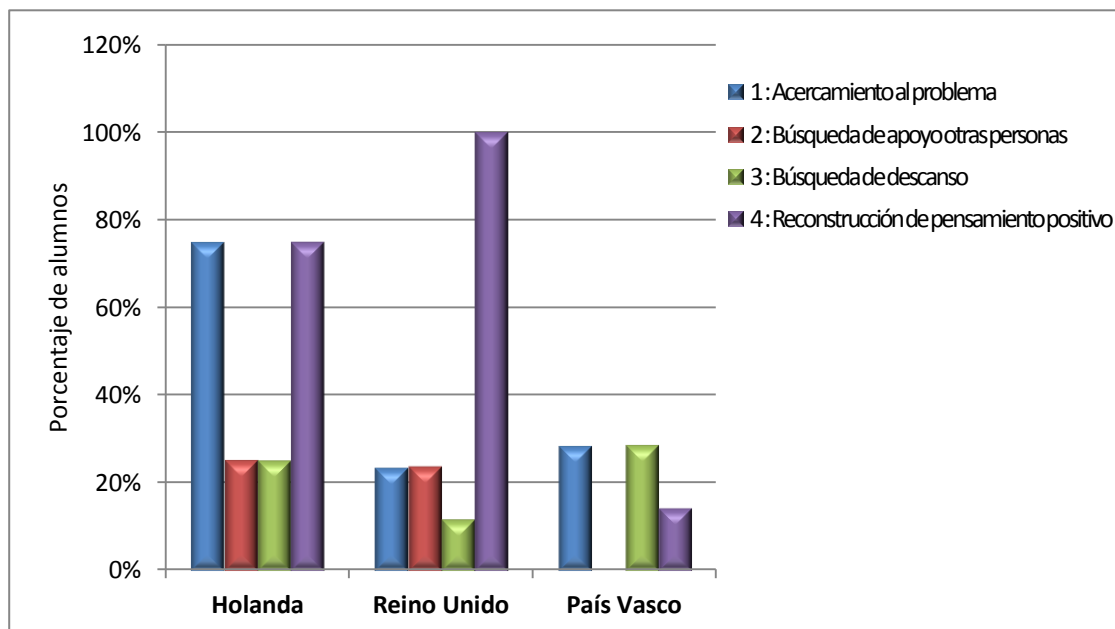
La búsqueda de descanso o de la zona de confort también ha sido identificada por Sandin, Grahn y Kronvall (2004) en unos estudiantes de Enfermería suecos en Tanzania. Mientras unos autores la consideran una estrategia de evitación del problema (Schreus y de Ridder (1997), otros consideran que no puede ser calificada como tal, ya que la distracción no implica negar el problema (Connor-Smith y Fachbart, 2007). Páez y col (2007) indican que la distracción se asocia tanto a emociones positivas como a negativas, pero es una estrategia eficaz a corto plazo para manejar emociones como la tristeza. En el mismo sentido que estos autores, pensamos que se trata de una estrategia adaptativa ya que permite a nuestros estudiantes aliviar el malestar para poder continuar enfrentándose al proceso de aculturación. En consecuencia, se debería de evitar juzgar de mala actitud a los y las estudiantes que durante una inmersión se evadan o no se involucren en algunos momentos en la práctica clínica. Los tutores deberían ser informados para que no caigan en estos prejuicios sin valorar previamente el nivel de estrés que sufren los y las estudiantes.

Si atendemos a la clasificación de Lazarus y Folkman (1986) acerca de las estrategias de afrontamiento centrados en el problema o en la emoción y a la de Roth y Cohen (1986) que las clasifica en estrategias de aproximación y de evitación, pensamos que las estrategias desplegadas en nuestro estudio son de aproximación y orientadas al problema y a la emoción. La reconstrucción cognitiva, la búsqueda de confort y la búsqueda de apoyo en los amigos están centradas en la emoción, mientras que la

búsqueda de apoyo informacional de tutores y profesores y el acercamiento y resolución de problemas están centradas en el problema. Todas ellas son consideradas de aproximación, es decir, activas y no pueden ser calificadas de evitación.

Consideramos que las estrategias de aproximación de este grupo de estudiantes son adaptativas ante el estrés cultural, ya que disminuyeron su malestar emocional. Este resultado también se refleja en el meta-análisis de Campos y col (2004) ante situaciones de estrés psicológico en la población general y en situaciones de enfermedad crónica.

La revisión de Smith (2011) con estudiantes internacionales se focalizó únicamente en las estrategias desadaptativas. De manera similar, el estudio de Constantine y col (2005) indica que los afrontamientos más desadaptativos se producen sobre todo en estudiantes asiáticos, ya que son más reacios que los europeos, americanos y australianos para expresar sus problemas y emociones. Esta diferencia entre países y culturas nos llevó a analizar diferencias de afrontamiento entre los tres países que presentamos en la Figura 33.



Fuente: Elaboración Propia

Figura 33. Porcentaje de cada estrategia de afrontamiento utilizada por país.

Como se puede apreciar, el grupo de holandeses y holandesas manifestó en mayor medida la utilización del acercamiento al problema, mostrando una mayor disposición y actitud a ser proactivo y más resolutivo.

La diferencia en la utilización de la reconstrucción de pensamiento positivo con respecto al País Vasco se puede deber a diferencias culturales, pero también a los métodos de aprendizaje utilizados en la Escuela de Vitoria, ya que sólo el grupo del Reino Unido y Holanda participaron en unas sesiones de reflexión en las que se estimulaban estrategias de afrontamiento como la reconstrucción del pensamiento positivo. En este sentido, Ward, Leong y Kennedy (1998) aportan que el pensamiento positivo se relaciona con menores síntomas de estrés y de depresión en estudiantes internacionales.

A modo de síntesis de esta segunda fase, en las primeras cuatro o cinco semanas en la unidad de prácticas, cada estudiante ha experimentado el choque cultural manifestado en el malestar emocional que ha dado identidad a esta fase que hemos denominado crisis cultural y estrés aculturativo. El análisis de la información recogida nos ha permitido identificar tanto los estresores culturales como las respuestas emocionales. Hemos podido captar una amplia variedad de respuestas afectivo-emocionales en las que prevalecían las de tipo negativo. Sin embargo, estas emociones negativas se han acompañado sentimientos de satisfacción generados a pesar de la crisis emocional. Estas emociones positivas juegan un papel protector ante el estrés aculturativo y, a la vez, alimentan el afrontamiento adaptativo, es decir, las emociones positivas ayudan al manejo emocional imprescindible para iniciar la fase de adaptación cultural.

Como docentes, el conocimiento acerca de estos estresores y la respuesta afectiva emocional que suscitan nos ayuda a interiorizar la importancia de estar más atentos e intervenir con estrategias que puedan prevenir en cierta medida el estrés, valorarlo y acompañar el sufrimiento del alumnado. La información sobre los recursos externos y las estrategias de afrontamiento que han sido útiles para los y las estudiantes nos aporta luz sobre la importancia de establecer momentos de encuentro en los que el alumnado comparta sus vivencias, comprenda la naturaleza del choque cultural y se le incite a la búsqueda de aquellas estrategias de afrontamiento que sean más

adaptativas. La regulación de este estado emocional y cognitivo permitirá que los y las estudiantes evolucionen hacia la tercera fase del proceso de aculturación.

5.1.3. Fase de Adaptación a la cultura

Esta fase de adaptación a la cultura, se caracteriza por un incremento de respuestas afectivo-emocionales positivas y una disminución de las negativas. En nuestro estudio esto sucede a partir de la 6ª semana en la unidad de prácticas, cuando llevaban aproximadamente dos meses en el país de acogida.

A medida que pasan las semanas en la unidad clínica se produce un desvanecimiento progresivo de los estresores culturales por el manejo de las relaciones sociales y procedimentales (adaptación cultural), que junto con las estrategias de afrontamiento ayudaron a mejorar el estrés aculturativo y contribuyeron a la adaptación psicológica (Ajuste psicológico-emocional) del alumnado (Figura 34).

1.3 La adaptación a la cultura	9	114
1.3.1 Manejo de las relaciones sociales y procedi	8	37
1.3.2 Ajuste emocional	7	41
1.3.3 Recursos de refuerzo	9	36

Figura 34. Categorías de la 3ª fase denominada la adaptación a la cultura: Referencias de codif.

En esta fase, la adaptación cultural fue mejorando gradualmente gracias al progreso paulatino de su competencia lingüística. El grupo de estudiante manifestó un mayor manejo de la carga cultural de las palabras y un mayor dominio de la comunicación no verbal, de forma que su comunicación profesional se acomodaba a los patrones establecidos en la cultura de acogida. Esto les permitió establecer una relación comunicativa más fluida con los y las pacientes e incluso introducirse en la comunicación terapéutica, abordando aspectos delicados y dando respuesta, con un mayor nivel de seguridad, a las demandas emocionales de los y las pacientes. Esta adaptación cultural les permitió encontrar el reconocimiento de pacientes y profesionales generando momentos de gran satisfacción.

*Sí, el idioma además te permite demostrar un nivel de empatía mejor con las personas y eso genera mucha satisfacción y agradecimiento por parte de los pacientes.
(Est_4_RU_2003)*

Asimismo, el aumento progresivo del conocimiento de los códigos culturales les permitió entender y responder con más control y seguridad a las demandas y exigencias del equipo profesional y de las personas ingresadas. Este mayor control del entorno facilitó la adaptación a la forma de actuar del equipo y contribuyó a que cada alumno mostrara su aptitud y proactividad haciéndose más visibles en la unidad.

He observado y analizado cómo llevan a cabo los profesionales las intervenciones terapéuticas y cómo gestionan el trabajo, y luego me ofrecía para hacer las cosas e incluso proponía. Por ejemplo, decía: "Le veo la cura de tal manera, ¿qué te parece si....?" o "Le veo que esas gafas de oxígeno le van mal, ¿qué te parece si....?", Entonces las enfermeras iba viendo que yo controlaba más y más y eso hacía que ellas tuviesen más confianza en mí y eso hacía que me sintiese mejor y con mayor confianza y a realizar actividades de manera más independiente y autónoma, entonces eso hacía que me sintiese mucho más orgullosa de mi misma. (Est_2_HO_2003)

La diferencia de valores ya no les creaba conflictos internos ni con las personas ingresadas ni con los profesionales de la unidad. La comprensión de los factores contextuales que explican y sustentan los comportamientos que ocasionan el choque cultural ayudó al manejo del malestar emocional, lo que les facilitaba el análisis de un comportamiento profesional desde diferentes perspectivas. El análisis de la diferencia de valores sirvió en unos casos para adoptarlos en la mejora de su práctica, mientras que en otros casos les permitió comprender y a la vez desarrollar una actitud de respeto a los valores de otros.

Yo no llego a incorporar todo, pero lo vives de otra manera, te acostumbras aunque todavía hay cosas que me incomodan, como las restricciones. Hayí otras cosas que como tú (otra estudiante) las he hecho igual, las he incorporado en mi práctica, porque sin más eran cosas que me llamaban la atención pero no suponían algo duro para mí, solo una forma diferente de hacer. Hay cosas que las he comentado porque en mi país se hacen de diferente forma, he comentado lo de la medicación, que la hacemos de forma diferente y ellas me han comentado cómo lo hacemos. (Est_2_RU_2004)

El mayor dominio del idioma y de competencia profesional a la hora de cuidar también facilitó compartir sus reflexiones e incluso hacer un balance de los pros y los contras de las diferentes estrategias de cuidado, lo que les hacía ser más visibles, alimentando su confianza y sensación de valía. Este comportamiento del grupo de profesionales retroalimentó la relación con cada estudiante, le ayudó a sentirse más válido y a estimularle a una mayor participación, ganando confianza, satisfacción y competencia. Este tipo de respuestas de adaptación psicológica y de satisfacción en la unidad de cuidados ha sido igualmente descrito por Deluca (2005) en la investigación con estudiantes internacionales de Enfermería.

Llegaba un momento en que todo era más ligero, que sabías lo qué hacer, y qué no. Ya demostrabas que sabías y tenías más confianza en ti misma y con las enfermeras también te habías ganado su confianza, y sentías que te valoraban más. E incluso tenías más confianza para poderles decir o reflexionar sobre ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de hacer. Porque llega un momento en que tú misma eres capaz de hacer un balance más adecuado, porque antes era como que, o todo te parecía bien o todo te parecía mal, o sea que, o todo en tu país era mejor o todo era peor. (Est_2_ES_2006)

En esta fase se produce un renacer de la confianza en sí mismo, y de la autoestima aún superior a la que tenían antes de emprender el intercambio. Algunos estudiantes manifiestan recuperar su identidad e incluso haber forjado una identidad nueva más robusta que la anterior. Este cambio es reconocido por otras investigaciones con estudiantes de Enfermería internacionales como la “metamorfosis” (DeDee, 2003; Deluca, 2005).

Algo se rompe por dentro y cuando se rompe duele, pero luego recoges las piezas, las pegas y no sabes por qué pero eres capaz de reconstruir una mejor persona, una persona más abierta, más flexible, más comprensible. (Est_7_RU_2003)

Consideramos que la adaptación psicológica está totalmente vinculada a la adaptación cultural. En el diagrama de comparación (Figura 35) se puede visualizar que casi todos los y las estudiantes que manifestaron adaptación cultural o manejo de las relaciones sociales y procedimentales, también expresaron una adaptación psicológica o ajuste emocional.

También quisimos averiguar cómo variaban las expresiones de la adaptación psicológica y cultural por país. Para ello realizamos una matriz de codificación cruzando la adaptación psicológica y cultural con la clasificación de casos por países, y ajustamos los resultados por número de referencias de codificación por estudiante (Figura 36). Cabe destacar que en el grupo de estudiantes holandeses las expresiones de adaptación psicológica eran proporcionalmente menores que las de adaptación cultural debido a que manifestaron menos estrés aculturativo en la segunda fase. Un nivel menor de estrés aculturativo conlleva menos expresiones de ajuste psicológico-emocional.

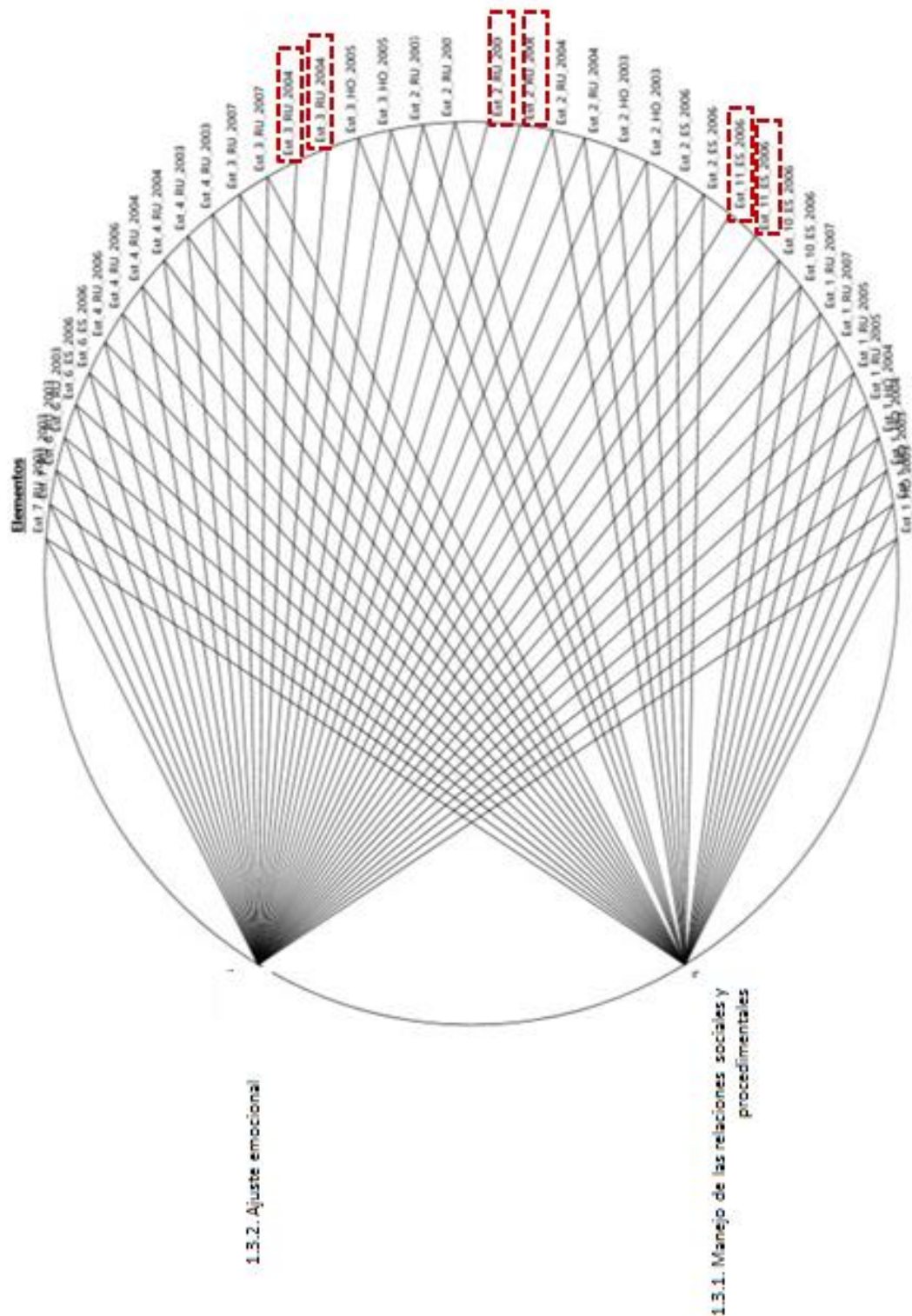
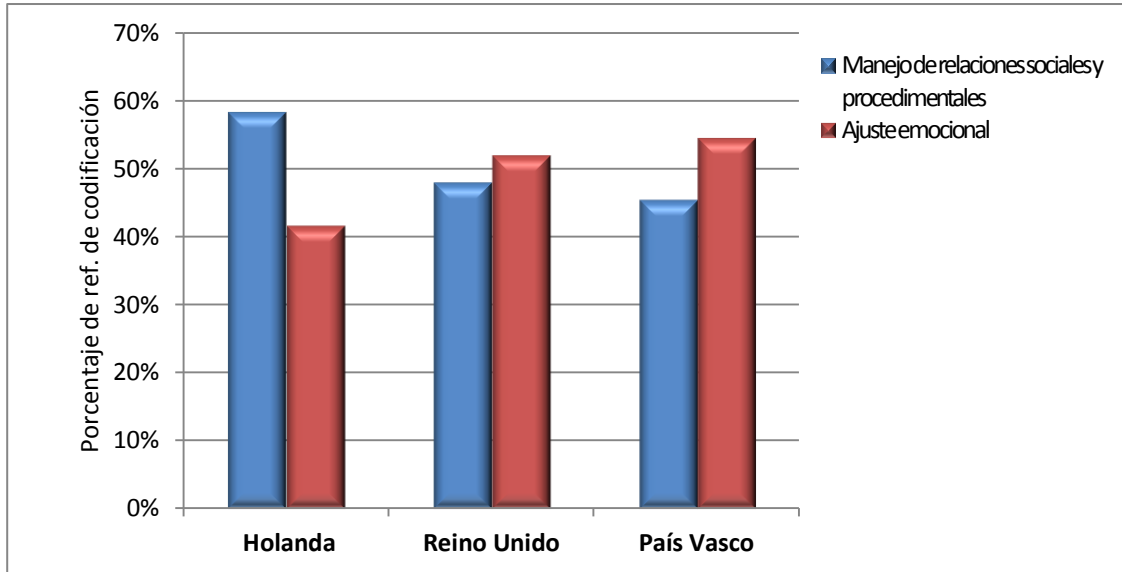


Figura 35. Diagrama de comparación de los casos que comparten la adaptación cultural y la adaptación psicológica



Fuente: Elaboración Propia.

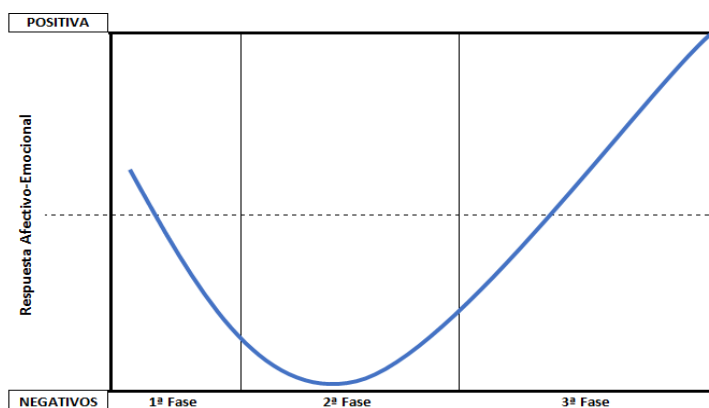
Figura 36. Referencias de codificación de adaptación cultural y el ajuste emocional por estudiante y por país de origen.

Podemos decir que al final de la inmersión larga los y las estudiantes incorporan nuevos valores profesionales y también son capaces de comprender y respetar otros valores, sin llegar a adoptarlos. Siguiendo a Berry (2002), clasificamos este comportamiento dentro de la categoría de estrategia de aculturación de Integración. Esta estrategia de aculturación se asocia a menor malestar emocional en personas inmigrantes que los que optan por la asimilación (Ince y col; 2014; Behrens y col; 2015). Por tanto esta estrategia puede ser otro de los factores que en sí mismo ayuden a la adaptación cultural.

En resumen, la fase de adaptación a la cultura se caracteriza por el desvanecimiento del estrés aculturativo manifestado por un mayor control del idioma y mayor dominio de la competencia profesional en el país de acogida. Este dominio les ayuda a establecer relaciones productivas y a funcionar profesionalmente con los y las pacientes y dentro del equipo. La toma de conciencia del avance conseguido genera una adaptación psicológica al choque cultural, ya que los y las estudiantes recuperan la confianza, la seguridad y, en definitiva, la autoestima como persona y como profesional.

5.1.4. Patrón del proceso de aculturación

Una vez presentadas las tres fases del proceso de aculturación (Inquietud estimulante; Crisis cultural y estrés aculturativo; y Adaptación a la cultura) nos disponemos a representar el tipo de patrón de aculturación que sigue este grupo de estudiantes y a compararlo con los descritos previamente en el marco teórico.



Fuente: Elaboración Propia.

Figura 37. Patrón del proceso de aculturación en base a la respuesta afectivo-emocional del alumnado. La gráfica de la fluctuación del balance de las emociones negativas y positivas durante las 14 semanas representa un patrón en “J” (Figura 37). En la primera fase (Inquietud estimulante), a la inquietud durante las semanas previas a la entrada en la unidad de práctica clínica, se suma la ilusión por la experiencia que resulta en un balance positivo y se convierte en un fuerte estímulo motivador. En la segunda fase (Crisis cultural y estrés aculturativo), durante las primeras cinco semanas de contacto directo con los estresores culturales en las unidades clínicas, es cuando surge el choque cultural. Ante el conjunto de estresores culturales emerge una respuesta emocional con un balance claramente negativo, lo que diferencia visiblemente esta fase de la primera y de la tercera. A partir de la 6ª semana en la unidad de prácticas comienza la tercera fase, en la que las emociones vuelven a cambiar de sentido y van tomando tintes positivos por la mejor adaptación cultural y psicológica. Al finalizar la inmersión, la superación de esta dura experiencia provoca un aumento su autoestima personal y profesional, superando el nivel previo a la inmersión, lo que produce un estado de activación, alegría y euforia.

Este patrón de aculturación en “J” presenta similitudes y diferencias con el patrón en “U” propuesto por Lysgaard (1955), Oberg (1960), y Adler (1975) y con la curva de aculturación propuesta por Hofstede (1999) en las personas inmigrantes. (Figura 5 página 57). Tanto el alumnado de esta investigación como el colectivo de inmigrantes comparten la experiencia de vivir un choque cultural cuyo momento de malestar más álgido está representado en todos los patrones por el punto más bajo (fosa) de la U y la J. No obstante, somos conscientes que los estresores culturales son muy distintos para ambos grupos debido a la diferencia de la situación socio-económico y legal, de la duración de la estancia y del apoyo externo para superar la experiencia.

Sin embargo, nuestro patrón de aculturación se diferencia de las propuestas de los otros autores en que el balance emocional del final es mucho más intenso en emociones positivas con respecto al inicio. Esta eclosión de emociones positivas se puede derivar de las diferentes condiciones de la inmersión y del efecto transformador, inesperado y rápido que experimentaron en las catorce semanas de la inmersión cultural.

Por último, comparamos el patrón descrito en este estudio con la única investigación encontrada con estudiantes internacionales. Demes y Geeraert (2015), en su estudio longitudinal con 2480 estudiantes, midieron el estrés en seis momentos, antes y durante la inmersión, con el fin de identificar diferentes patrones de aculturación. De los 5 diferentes patrones descritos (Figura 6, página 59) encontramos coincidencia con el cuarto patrón, ya que parte de un nivel de estrés inferior que se incrementa a mitad del intercambio para después descender a un nivel similar al del inicio. Es llamativo que este patrón sea uno de los menos prevalentes (4,9%) en el estudio de Demes y Geeraert (2015). La diferencia encontrada con los otros patrones entendemos que puede atribuirse a la diferencia en los perfiles de estudiantes incluidos en la investigación. Por un lado, el estudio de Demes y Geeraert (2015) es un estudio masivo con 2480 alumnos de diversas disciplinas, por lo que pensamos que el perfil y el tipo de inmersión serían heterogéneos. En contraposición, en esta investigación todo el grupo de estudiantes realizó una inmersión profunda en una unidad clínica, con la responsabilidad de ofertar un cuidado directo adaptado a la cultura que cumpliera con unos criterios exigentes de seguridad clínica y académicos. Entendemos, por tanto,

que el tipo de inmersión de este estudio, por su idiosincrasia, pueda resultar más estresante, y con una mayor variabilidad emocional. Otro factor que puede influir en esta diferencia la atribuimos a las estrategias pedagógicas puestas en marcha en esta experiencia formativa. Interpretamos que el esfuerzo por facilitar la adaptación y el aprendizaje haya podido generar que la respuesta afectivo-emocional final sea más positiva que en las otras investigaciones.

Tras haber dado respuesta en este apartado al primer objetivo y describir las etapas del proceso de aculturación de los y las estudiantes, nos disponemos a analizar los efectos inmediatos como mediatos en el siguiente apartado.

5.2 Efecto de la inmersión en una cultura diferente

El Bachelor (Hons) in European Nursing diseñó un proceso formativo gradual con la implantación de una combinación de estrategias pedagógicas, entre las que la inmersión cultural prolongada (14 semanas) ocupaba un lugar central para el desarrollo de la competencia cultural. El aprendizaje de la citada competencia, durante la inmersión en otra cultura, se desencadena a través de un proceso de aculturización con un nivel de estrés aculturativo controlado.

El hecho de que el ENI fuese un programa formativo internacional, muy cuidado, y pionero a nivel europeo nos motivó a analizar tanto su efecto inmediato o a corto plazo, es decir, al finalizar la inmersión cultural, como su efecto mediato o a largo plazo, diez años después.

Aunque hay bastantes estudios sobre los efectos inmediatos, son escasas las investigaciones que estudian los efectos mediatos, es decir, sus efectos profundos y significativos en el tiempo y las huellas que dejan en las historias profesionales posteriores. El hecho de poder capturar ambos efectos nos da la oportunidad de calibrar mejor aquellas cuestiones que resultan más importantes de cara al diseño de una formación más efectiva y exitosa, además de aportarnos una mayor comprensión sobre el proceso de desarrollo de la competencia en sí mismo.

Para poder visualizar los cambios percibidos por los y las participantes realizamos un análisis mediante matrices de codificación que nos informa del efecto inmediato y mediato a nivel personal, a nivel profesional, a nivel de la competencia cultural y así como su efecto transformador. Como se puede comprobar en la Figura 38, a corto plazo el efecto de la competencia cultural adquiere un mayor protagonismo en las narrativas de los y las participantes. El protagonismo de la competencia cultural a corto plazo es lógico ya que el conocimiento de las diferencias culturales es reciente y el impacto a nivel afectivo-actitudinal y conductual es novedoso. A largo plazo, nos hablan fundamentalmente del impacto que ese aprendizaje ha tenido a día de hoy en sus vidas. A pesar de que en sus discursos refieren mantener interiorizado los atributos de la competencia cultural, el efecto con mayor peso es a nivel profesional. Esta

diferencia se puede atribuir a que el efecto se haya deslavazado, pero también se puede achacar a que la identificación del efecto a través de situaciones de la práctica con pacientes de otras culturas sea menor debido a que a que en el país de origen la práctica con personas de otras culturas no es tan frecuente.

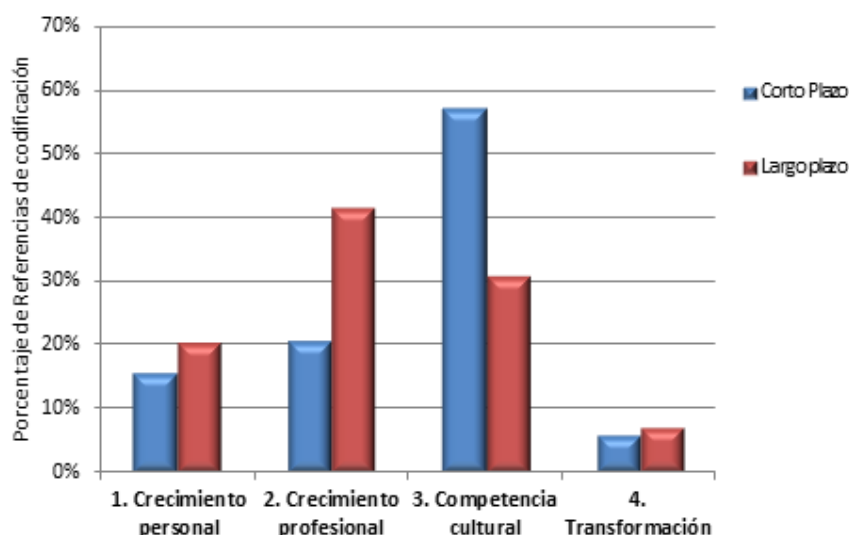


Figura 38. Efectos de la inmersión cultural a corto y largo plazo.

5.2.1. Efectos a nivel personal

El efecto a nivel personal, tanto a corto como a largo plazo, nos informa de un mayor conocimiento personal y gestión de emociones, un aumento de la confianza en sí mismo, el afianzamiento de las relaciones de amistad y el aprendizaje del idioma (Figura 39). Este efecto nos habla fundamentalmente de un crecimiento personal, definido por Tedeschi y Calhoun (2004) y Tedeschi y Kilmer (2005) como los cambios psicológicos positivos que se originan como resultado del intento del sujeto por afrontar una situación crítica.

Durante la inmersión cultural, el malestar emocional originado por el estrés aculturativo en los momentos difíciles, les enfrentó a una valoración de sus debilidades y fortalezas. Ayudados por las sesiones de reflexión fueron capaces de hacer una introspección e interpretación de sus sentimientos, dando como resultado un mayor conocimiento personal. El apoyo formativo potenció los propios recursos personales y activó estrategias adaptativas que reforzaron su gestión emocional.

Yo creo que ayuda a conocerse mejor, a saber cuáles son tus fortalezas y tus debilidades que está muy bien, pero lo mejor, por lo menos yo lo creo así, es que te ayuda a mejorar, a superarte, a saber cómo vencer aquellas áreas en las que te era más difícil enfrentarte. Cuanto más te enfrentas a situaciones que te resultan difíciles y las enfrentas de una forma adecuada sin huir, sin juzgarte duramente y con el apoyo que hemos tenido, creces. (Est_4_RU_2004)

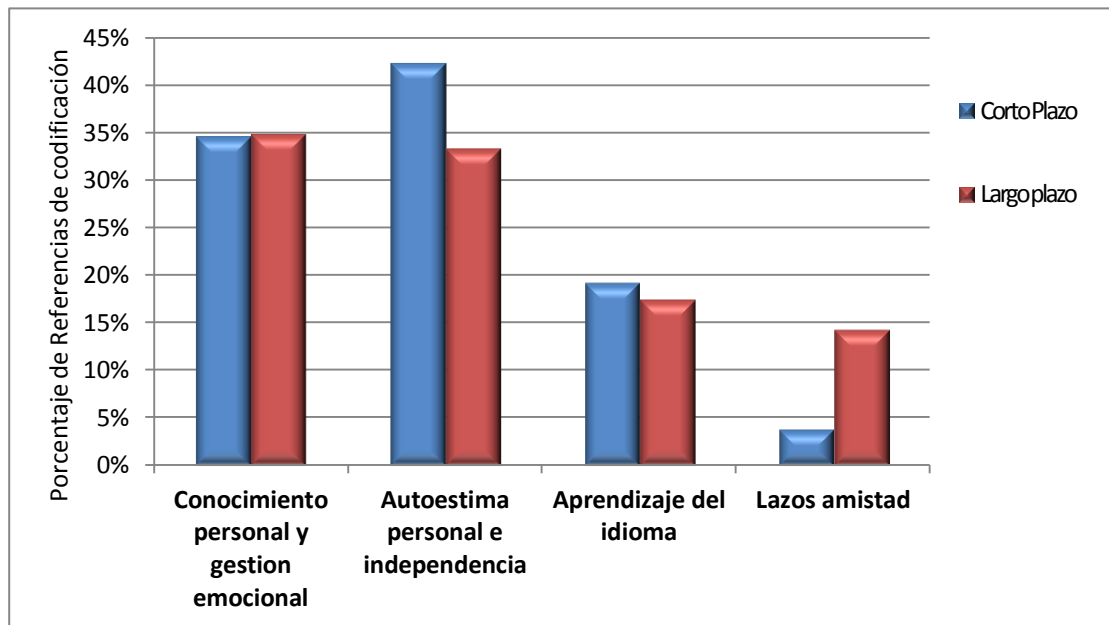


Figura 39. Efecto a nivel personal a corto y largo plazo.

El grupo de estudiantes manifestó salir reforzado al sentirse capaces de tomar las riendas de su vida de forma más autónoma, adoptando sus propias decisiones, venciendo las dificultades por sí mismos, y respondiendo a sus compromisos y responsabilidades. Este fortalecimiento del yo, otra de las características del crecimiento personal (Tedeschi y Calhoun, 2004), provocó un mayor nivel de confianza en sí mismo y les motivó para asumir nuevos retos.

Si antes partías de un nivel de fuerza 5, ahora tienes un nivel de fuerza 7 para enfrentarte a esas situaciones...Con un nivel de confianza en ti misma mucho mejor, te sube la autoestima, no es que te creas mejor que los demás, es que te sientes orgullosa de haberte enfrentado, de haberte superado, de salir de la situación con la mochila más llena de recursos para enfrentarte a otras situaciones. (Est_4_RU_2004)

Estas dos facetas del crecimiento personal, auto-conocimiento personal y fortalecimiento del yo, se mantuvieron a lo largo del tiempo. Después de una década el grupo de estudiantes reconoció que las formas de afrontamiento ante la adversidad que adquirieron les han servido, e incluso las siguen utilizando para gestionar el estrés ante problemas importantes que surgieron posteriormente en sus vidas.

Luego la vida nos trae problemas, y a mí, el haber autogestionado ese estrés que viví en Inglaterra me ha hecho afrontar ciertas cosas en mi vida bastante fuertes que igual, no las hubiera afrontado de la misma manera. (Est_12_ES_2006_2017)

La autoestima es otra categoría sobre la que la mayoría de estudiantes manifestó un fortalecimiento importante a corto plazo, permaneciendo a largo plazo aunque no esté tan presente en sus discursos. El superar los nuevos retos reforzó la confianza en sí mismos para descubrir nuevos intereses y desafíos y abrirse a nuevas experiencias sin miedo al fracaso.

[El programa] hizo que mi autoestima se reforzara a través de los logros, a partir de la superación de los fracasos, que me viese capaz de adquirir nuevos retos... que no me cerrase a nuevas oportunidades. Hoy en día, siento que nada es imposible... y que siempre hay que intentarlo todo. Quiero seguir aprendiendo, no cerrarme a oportunidades por el miedo a lo desconocido... que tantas veces paraliza. Est_2_ES_2006_2017

Los efectos a corto plazo a nivel personal son frecuentemente referenciados en investigaciones de inmersiones prolongadas (Scholes y Moore 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008; Keogh y Russel-Roberts, 2009; Zancheta y col, 2013). Es posible que programas como el ENI atraigan a personas que de por sí tengan rasgos de personalidad más positivos y que su confianza y autoestima hubiese incrementado de forma natural en cualquier caso por efecto de la maduración. Sin embargo, este incremento también ha sido señalado en un estudio la European Comission (2014) sobre el impacto de la movilidad Erasmus. En este estudio los y las estudiantes de movilidad, en contraposición con quienes no salían de su entorno, experimentaron un incremento significativo en confianza, serenidad y decisión para emprender cambios.

Los efectos a largo plazo que hemos constatado en esta investigación son coherentes con los apuntados por Kollar y Ailinger (2000) y Duffy (2005) que, a través de sendos estudios de corte cualitativo, informan de un aumento en la confianza en sí mismo.

Un tercer efecto relacionado con el crecimiento personal fue la competencia lingüística en el idioma del país de acogida. El discurso de los y las participantes a corto plazo reconoce que una de las aportaciones de la inmersión es el aprendizaje de otro idioma. Sin embargo, es al cabo de 10 años cuando realmente perciben que su competencia lingüística les abrió la puerta a un mundo lleno de oportunidades a nivel personal y profesional.

El haber aprendido inglés a mí me ha dado muchísimas oportunidades en mi vida personal y muchísimas a nivel profesional. (Est_1_ES_2003_2017)

Este efecto mediato a nivel personal también se ha identificado en el estudio de Dedee (2003) que indica que les ha permitido viajar, defenderse en situaciones problemáticas y poder relacionarse con personas de otras culturas a la vez que ampliar su visión del mundo.

Un último efecto a corto plazo, aunque de menor peso en sus narrativas, fue el fortalecimiento de lazos de amistad. El grupo de compañeras se constituyó en un recurso externo de ayuda para realizar análisis culturales y gestionar las emociones de sus recíprocos, creando un fuerte vínculo de amistad que preveían como duradero. El papel que juega la amistad en la gestión del estrés ha sido discutido en investigaciones en la población general (Carrobbles, 1996, Achat y col, 1998). Holstege (2000), Read (2011) y Koskinen y col (2004) en sus estudios con estudiantes de Enfermería internacionales también hacen mención a la red de amistad, pero no le otorgan el fuerte vínculo que expresan nuestro grupo de estudiantes.

Esta diferencia en la intensidad e importancia otorgada a la red de amigos puede atribuirse a que en el programa ENI esta red la formaban personas que vivían juntas y se enfrentaban a los mismos retos. El compartir la misma experiencia facilitaba la empatía, la expresión de sus sentimientos y el apoyo mutuo. Sin embargo en otros estudios la red de amistad no compartía la misma experiencia y por tanto, no generaba un vínculo tan potente.

Y luego el grupo de amigos es impresionante, todo lo que hemos compartido cuando teníamos duda, queríamos reflexionar o nos sentíamos mal...Ha supuesto tanta ayuda, ha sido tan rico...Creo que estarán en mi vida porque todo lo hemos que hemos compartido. Ahora no lo encuentro en el grupo amigas de antes y estoy rara. Es que una experiencia de estas une mucho. (Est_10_ES_2006)

Esta intensidad es lo suficientemente fuerte en las estudiantes vascas como para que diez años después manifestaran que los lazos de amistad siguen vivos.

Personalmente, gané mucho por las amistades que hice, y que a día de hoy valoro como muy importantes en mi vida. Fueron momentos bonitos, pero también muy duros, en los que nos apoyamos las unas en las otras y ese apoyo sigue así. (Est_3_ES_2006_2017)

En definitiva, señalamos que la inmersión cultural prolongada repercute en el crecimiento personal y marca un antes y un después. Ante los estresores culturales,

cada estudiante aprendió a reconocer y gestionar sus emociones, y dar respuesta a los desafíos con la ayuda de la red de amistad. Este aprendizaje propició una mayor autonomía y un fortalecimiento de la autoestima, que a día de hoy permanece y les impulsa a hacer frente a los retos tanto personales como profesionales. Por ello, cabe concluir que a nivel personal el proceso de aculturación durante la inmersión favoreció el incremento de su resiliencia (Zoellner y Maercker, 2006; Palomar y Gómez, 2010).

5.2.2. Efecto a nivel profesional

Los datos que emergen de las narrativas dan muestra de los efectos a nivel de desarrollo profesional que afectan a la práctica del cuidado. Estos cambios se producen a través de la adquisición de actitudes y aptitudes fundamentalmente en dos aspectos: en la perspectiva del cuidado y en el desarrollo de las cualidades que potencian la profesionalidad (Figura 40).

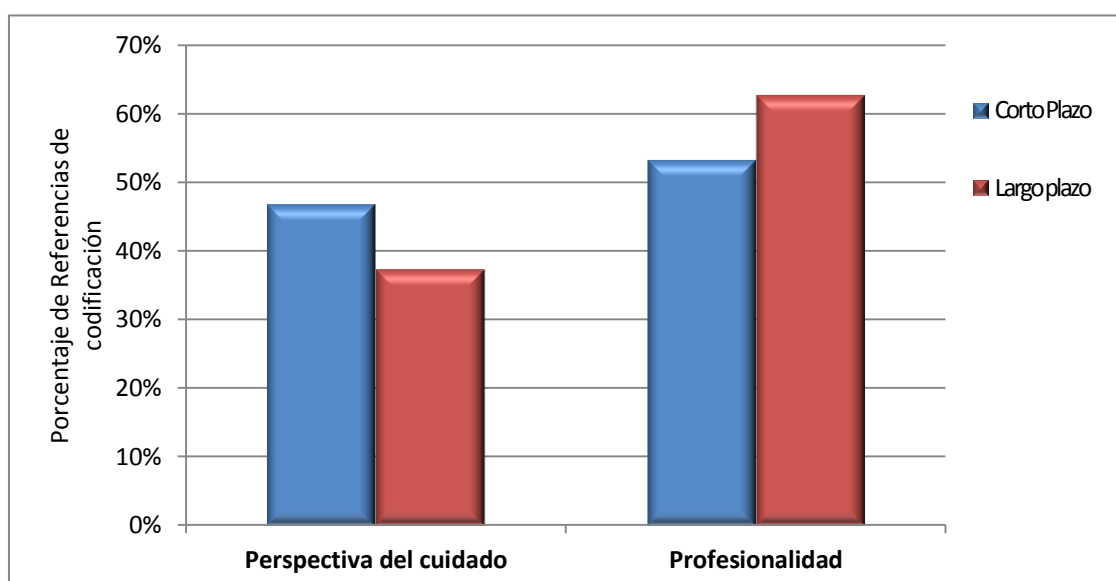


Figura 40. Efecto a nivel profesional a corto y largo plazo.

Percibimos cómo el efecto va cambiando ligeramente a lo largo del tiempo. A corto plazo, es más frecuente el discurso acerca de la perspectiva del cuidado, mientras que a largo plazo se invierte levemente. Esta diferencia se puede atribuir a que al cabo de 10 años ya han integrado la perspectiva de cuidado que soñaron a corto plazo, y ahora prevalece el efecto que la inmersión ha tenido a nivel de la profesionalidad. Este crecimiento profesional les hace sentirse “diferentes” y liderar procesos de cambio.

Una vez presentada la visión global del efecto a nivel profesional nos disponemos a desgarnar pormenorizadamente cómo ha sido la evolución del efecto en las subcategorías a corto y largo plazo.

La perspectiva del cuidado

El colectivo de enfermeras de cada país comparte una cultura de cuidados, que en mayor o menor medida, se circunscribe en un determinado paradigma de Enfermería. Entendemos por paradigma una forma de ver el mundo, basada en creencias filosóficas y valores respecto a la persona, al entorno, a la salud y al rol profesional (Kerucac y col, 2005; Pepin y col, 2010). Estas creencias y valores disciplinares marcan la perspectiva de cuidado y las relaciones con el equipo profesional.

En este sentido, el discurso de las participantes nos indicaba que la inmersión había influido en cuatro aspectos. Dos de ellos responden a los valores de la enfermera: la perspectiva de la atención integral y el valor de la autonomía y la independencia de la persona. Otro nos habla de las herramientas para el cuidado necesarias para un trabajo desde esa perspectiva como la empatía, la comunicación terapéutica y la educación para la salud. El último aspecto hace referencia a la necesidad del trabajo multidisciplinar (Figura 41).

El efecto a corto plazo que primeramente resaltamos es el refuerzo de valores profesionales. El choque cultural vivido en las unidades clínicas les llevó a reflexionar acerca de las implicaciones de las diferentes perspectivas de cuidado. Esta comparación les ayudó, a algunas personas a adquirir nuevos valores, y a otras a reforzar los que tenían. En cualquier caso contribuyó a interiorizar unos valores más humanos de la Perspectiva del cuidado.

Siempre tendré ese recuerdo y esa referencia de la manera de trabajar de otro país. Aprendí muchísimo de la enfermería inglesa donde los cuidados se realizan de manera más individual y teniendo en cuenta las necesidades globales, tanto físicas como a nivel emocional... (Est_1_ES_2006)

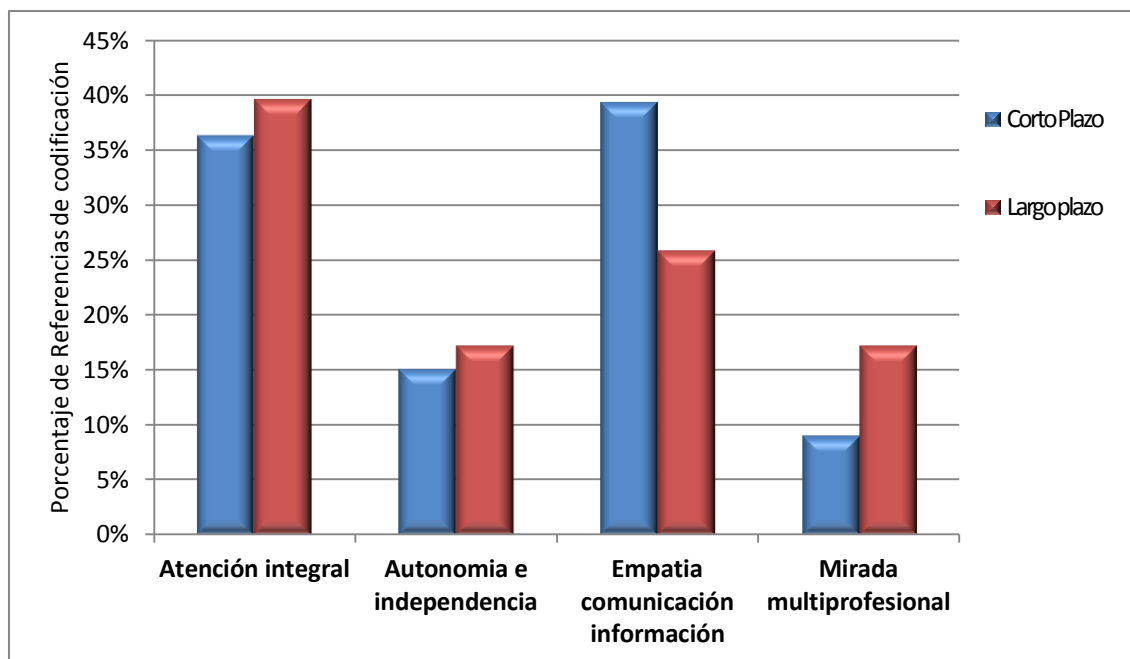


Figura 41. Efecto en la perspectiva del cuidado a corto y a largo plazo.

Este contraste de valores y prácticas también contribuyó a comprender en profundidad el significado de la autonomía del paciente, su implicación en la toma de decisiones y el respeto a la dignidad y a la independencia. Estas acciones profesionales, que no eran desconocidas para algunas estudiantes, se reforzaron gracias a la identificación y análisis, desde una perspectiva crítica, de las diferencias en la práctica clínica de cada país. El grupo de ingleses y holandeses fortalecieron sus valores profesionales de atención integral y respeto a la autonomía, al observar las carencias en los profesionales del otro país. Por el contrario, el grupo de estudiantes vascas, socializado en una cultura sanitaria biomédica y paternalista, pudo comprobar la pulcritud de este tipo de acciones en la otra cultura sanitaria, lo que les estimuló a reconstruir estos valores profesionales.

A mí me impresionó mucho lo de la toma de decisiones. Se le pregunta al paciente y se le pide permiso para cada cosa y si el paciente dice que no, se le respeta en su toma de decisiones. Y cuando se hacía el "round up" con el médico, le explicaba diferentes tratamientos y si la persona no quería, se le respetaba, las cosas eran superdiferentes. (Est_3_ES_2006)

Estos efectos inmediatos en los valores de la atención integral y la autonomía del paciente también han sido identificados previamente por Scholes y Moore (2000) y Lee (2004) en estudiantes de Enfermería en inmersiones prolongadas. Shieh (2004)

detectó únicamente el cambio en la perspectiva integral del cuidado y Green y col (2008) sólo remarcan el efecto en el valor otorgado a la autonomía de los y las pacientes en la toma de decisiones.

A nivel de la perspectiva del cuidado otro de los efectos de la inmersión fue el incremento de la empatía y la comunicación terapéutica, herramientas esenciales para asegurar una atención humana e integral. El aumento de la empatía se produjo en parte por observación de las enfermeras, pero fundamentalmente gracias a las sesiones formativas. Estas sesiones estimularon la introspección de los sentimientos que surgieron ante el estrés aculturativo y la proyección de estos sentimientos en los pacientes. Este proceso de identificación con los y las pacientes provoca una mayor toma de conciencia y comprensión de los sentimientos del otro (Fenichel, 1945), y despertó en el grupo de participantes la compasión hacia el otro en situaciones de vulnerabilidad.

Como a nosotras, al principio el paciente se tiene que sentir perdido, que no sabe la dinámica y si hay una persona de referencia que te va explicando todo te ayuda mucho... Luego el paciente se siente en inferioridad, la inferioridad que sentíamos nosotras, no sabe y el que manda es el otro. Tienes que hacer algo para que se sienta mayor igualdad, si no, no va a tener confianza para expresar aquello que necesita. (Est_11_ES_2006)

Otra de las aportaciones manifestadas tenía relación con la mejora en la comunicación no verbal y la comunicación terapéutica.

El estresor cultural de la dificultad en el manejo del idioma con los y las pacientes generó un mayor desarrollo de comunicación no verbal (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008). Para mostrar empatía con el sufrimiento de los y las pacientes se vieron obligados a desarrollar una mayor competencia en la comunicación no verbal, al no dominar suficientemente el idioma. Además cada estudiante pudo captar, con la observación de las tutoras docentes, el valor de la comunicación terapéutica para proporcionar una atención integral, tal y como enfatiza Clara Valverde (2007).

Yo he comprendido mucho más mi forma de entender el cuidado y el trabajo a realizar con la persona, sobre todo a nivel emocional. Cómo establecer una comunicación terapéutica con el paciente, cómo se le ayuda a que pueda expresar y apoyarle a que vaya identificando su problema. (Est_5_RU_2003)

En coherencia con la perspectiva de atención integral, el grupo de participantes reforzó a corto plazo la necesidad de trabajar en equipo desde una mirada

multiprofesional. El cuidado integral, orientado a trabajar por el bienestar del paciente, exige una comunicación y coordinación de los miembros del equipo de salud implicados en el proceso de enfermedad de la persona y su familia. La observación del rol de la enfermera dentro del equipo les llevó a constatar las diferencias de poder en la toma de decisiones de las enfermeras. Las sesiones reflexivas les ayudaron a comprender los factores históricos, políticos y legales que justifican en parte la diferencia de poder de las enfermeras en el equipo multidisciplinar. Algunos estudios también identifican que el grupo de estudiantes alcanza una mayor comprensión del equipo multidisciplinar durante la inmersión (Lee, 2004; Green y col, 2008). Sólo el estudio de Scholes y Moore (2000), que también sitúa el apoyo formativo en una perspectiva crítica, identifica una mayor toma de conciencia de los factores que influyen en las relaciones de poder. Este efecto también pone en valor la perspectiva formativa desde un interés crítico, ya que el conocimiento de los factores facilita la selección de vías que puedan contribuir al cambio.

Todos los efectos descritos a corto plazo han permanecido, de una forma u otra, en el grupo de estudiantes vascas. Después de diez años, las participantes vascas siguieron manteniendo los valores de la perspectiva de cuidado adoptada, manifestando una práctica más humanizada que contemplaba todas las dimensiones de la persona y que respetaba la independencia y la toma de decisiones del paciente.

A mí me gusta trabajar pues eso... teniendo en cuenta a toda la persona, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus relaciones, su entorno...Partir de la necesidad del paciente, y no del profesional y del sistema... de tener una atención más centrada en la persona y darle mayor poder a la personas. (Est_10_ES_2006_2017)

Los efectos inmediatos también se han proyectado a largo plazo en una mayor capacidad para empatizar y establecer una comunicación terapéutica en su práctica cotidiana. Además, en sus narrativas emergió el papel de la educación para la salud, aspecto que apenas fue mencionado a corto plazo. Este grupo de estudiantes manifestó que la inmersión les ayudó a desechar la perspectiva más bancaria del aprendizaje (Freire, 2005) y adoptar una visión mucho más compleja de los procesos educativos que aplican en su práctica profesional (Lubkin y Larsen, 2009).

Estoy convencida de que el intercambio me ha influenciado muchísimo a la hora de la educación con los pacientes. En mi trabajo he intentado siempre partir de lo que la persona sabe, le preocupa y le resulta difícil para que lleguemos a identificar cómo se podemos ayudar para que consiga sus metas. Por ejemplo, en la educación para la salud con diabéticos explicando desde sus conocimientos y desterrando mitos y miedos del paciente, repitiendo las ideas con palabras que el paciente entendiera todas las veces que fuera necesario, mostrándome accesible ante las dudas, etc. Esto lo he aplicado siempre, respetando siempre a la persona que tenía que atender. Para que ese momento llegara (voluntad para alcanzar un objetivo saludable) yo me había mostrado dispuesta a apoyarle previamente y respetar el momento en el que el paciente se sintiera preparado para llevarlo a cabo. (Est_3_ES_2006_2017)

Entendemos que la observación de profesionales en la otra cultura sanitaria actuó como un detonador que, junto con la formación y la experiencia posterior, culminaron en un mayor desarrollo de estas competencias a largo plazo. Sin embargo, este tipo de efectos no han sido recogidos en los pocos estudios encontrados sobre el impacto a largo plazo de la inmersión cultural. Una explicación plausible se puede atribuir a la perspectiva metodológica y el diseño aplicado a la investigación. Por un lado, Zorn (1996) y Dedee (2003), en sus estudios cuantitativos, no captaron efectos tan específicos quizá por utilizar variables predeterminadas. Por otro lado, el estudio cualitativo de Duffy (2005) investigó el efecto en un periodo de dos años, tiempo que quizás sea insuficiente para que este tipo de cambios sean percibidos o considerados.

Otro efecto inmediato que se mantuvo, y que dejaron más patente en las narrativas a largo plazo, fue la conciencia sobre la necesidad de trabajar en equipo desde una mirada multiprofesional. Entendemos que pasar del pensamiento en el corto plazo a la acción en el largo plazo, les hizo vivir la necesidad de la interdependencia del equipo para prestar una atención integral. Al cabo de los años, el trabajo en equipo fue un esfuerzo no exento de dificultades para el grupo de participantes. No obstante, el haber sido testigo del nivel de autonomía de las enfermeras en otros países y la comprensión de los factores contextuales que condicionan el trabajo en equipo, les ayudó ser tenaces y seguir reivindicando esa atención coordinada en pro del paciente.

A mí la experiencia del intercambio me ha ayudado mucho en algunos conflictos como el trabajo en equipo. Yo allí lo vi y lo viví y me pareció estupendo. Por ejemplo en la toma de decisiones sobre si un paciente se iba de alta, lo que aportaba la enfermera era tan importante o más. Ella aportaba su conocimiento sobre la persona, y es que la atención estaba centrada en la persona, la persona es lo que se miraba y la enfermera tenía una parte de esa información. Si la enfermera sabía que la persona no estaba suficientemente informada o autónoma y eso ponía en peligro a la persona, su opinión sobre no dar el alta era superimportante. Entonces el hecho de verlo allí me hizo creérmelo y ahora aquí me

centro en a la persona y digo:” vamos a pensar entre todos qué necesita y cómo podemos ayudarla y vamos a dejarnos de profesionalismos”. (Est_1_ES_2003_2017).

Ninguna de las investigaciones sobre el efecto a largo plazo hace referencia al impacto en el trabajo en equipo. Una posible explicación podría ser que en el mundo sajón, de donde provienen la mayoría de las publicaciones revisadas, el trabajo en equipo esté más normalizado y por tanto, no emerja en sus discursos. Por otro lado, como hemos explicado anteriormente, los estudios con un enfoque cuantitativo, contemplaban el efecto general a nivel profesional y no en el trabajo en equipo.

En resumen, podemos decir que la inmersión prolongada tuvo un efecto inmediato y mediato en la perspectiva del cuidado, con un mayor peso en la atención integral, la empatía y la comunicación, seguido de la autonomía e independencia y la mirada profesional. A largo plazo, los valores (atención integral y autonomía e independencia) se mantienen e incluso aumentan en sus discursos. Las categorías que experimentan un cambio mayor en la frecuencia de referencias de codificación son la categoría de empatía, comunicación e información y la de mirada profesional. Queremos resaltar que el mayor cambio lo percibimos en los matices de las narrativas. Al finalizar el proceso de aculturación el efecto en la perspectiva del cuidado se centra en la toma de conciencia de su importancia y se convierte en una declaración de intenciones sobre cómo quieren trabajar en el futuro. Sin embargo, al cabo de los años se muestra como estos valores están interiorizados y los proyectan en su práctica clínica.

Profesionalidad

De la narrativa de los y las participantes acerca del efecto sobre la profesionalidad emergen unas categorías que nos hablan de cambios sobre actitudes y aptitudes hacia el conocimiento profesional, la capacidad reflexiva e inquisitiva, la práctica basada en el conocimiento disciplinar y la evidencia, el compromiso por el cambio y los retos profesionales (Figura 42). Estas actitudes y aptitudes se recogen en las propuestas elaboradas por organizaciones internacionales de Enfermería como la RNAO (2007) y el Nursing and Midwifery Council (2015). Dentro de esta categoría no incluimos la ética ya que consideramos que queda recogida en los valores que sustentan la perspectiva del cuidado abordada previamente. Sin embargo, introducimos la subcategoría del

sentimiento de autoestima y valoración profesional que, aunque las organizaciones internacionales no la incluyen en la descripción de profesionalidad, en nuestro discurso emerge como un elemento estimulador del compromiso con el cambio.

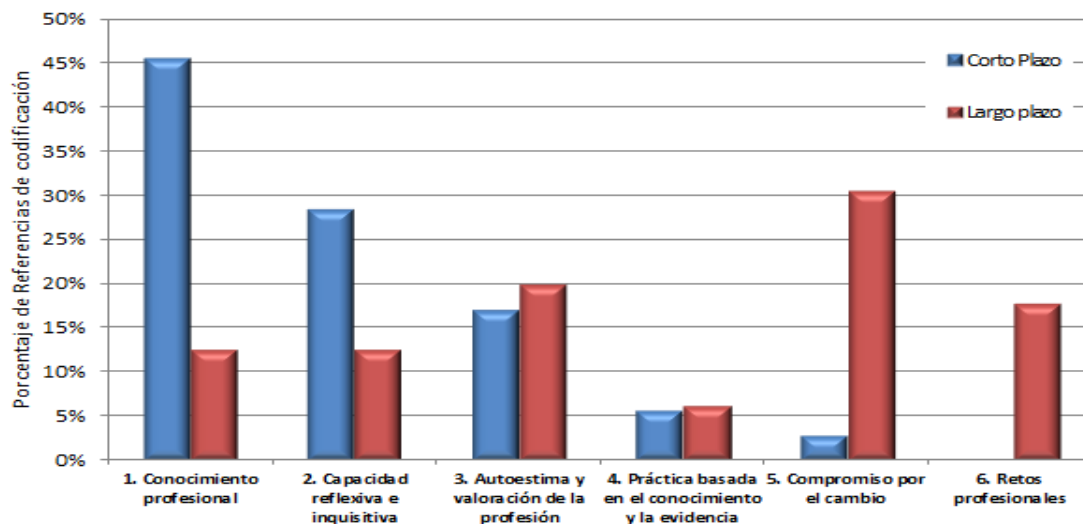


Figura 42. Efecto a corto y largo plazo a nivel profesional en la profesionalidad.

El análisis de la matriz de codificación del efecto de la profesionalidad nos muestra cambios acentuados en el peso de las subcategorías a corto con respecto a largo plazo. Resaltamos como el efecto a corto plazo se reconvierte, diez años después, en un mayor compromiso por el cambio y en la asunción de retos profesionales.

Al finalizar la inmersión, el grupo de estudiantes manifestó un incremento del conocimiento profesional acerca de los procesos de salud-enfermedad y de sus habilidades clínicas. Aunque parece obvio pensar que este conocimiento podía haber sido adquirido en las prácticas clínicas en su país de origen, en el discurso se puede captar que la reflexión y análisis de las diferencias culturales pudo contribuir a enriquecer este efecto a corto plazo. Este mismo resultado ha sido identificado en otros estudios (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008).

La práctica ha sido muy intensiva, no porque haya estado en intensivos, sino porque he aprendido mucho, me he rodeado de profesionales muy buenas que me han incitado a reflexionar mucho sobre el cuidado y he aprendido mucho. Me siento mucho más capacitada para empezar a soltarme y a tomar las riendas de los pacientes, es decir, a empezar a trabajar como enfermera. (Est 3 RU 2004)

Estos ejercicios de reflexión y análisis también contribuyeron a mejorar la capacidad crítica e inquisitiva. Las diferentes prácticas y valores les sometieron a un constante

ejercicio de reflexión sobre las ventajas y desventajas de la diferente forma de cuidar. Este aumento en la capacidad crítica e inquisitiva lo atribuían a la metodología reflexiva utilizada durante todo el programa, que potenciaba el análisis sobre los indecentes críticos y los factores contextuales. El efecto sobre la capacidad de reflexión también se ha identificado en los estudios de Lee (2004) y Green y col, (2008), pero tan sólo el estudio de Scholes y Moore, (2000) muestra, al igual que nuestros resultados, que el alumnado avanza en la reflexión hacia una comprensión más amplia que incluye los por qué y las razones últimas que nos mueven a la acción.

Cantidad de cosas. Me ha hecho cuestionarme por qué hago las cosas que las tenía integradas y las daba por hechas, y de repente ves que se hacen de otra forma, tú les preguntas por qué las hacéis aquí así y claro ellos te pregunta y por qué las hacéis vosotros así. De repente te das cuenta que no te has parado a pensar qué hay por detrás de muchas rutinas o cuidados. Así que no solo te haces conocedor de cómo es este sistema sanitario o de cómo practica la enfermera en este país, sino que te haces mucho más conocedor de tu propio país, es curioso ¿no? Así que, desarrollas mucha capacidad de observación, y un pensamiento mucho más crítico, más analítico, y todo eso te hace ser más consciente. Creo que todo esto me va ayudar en mi profesión, creo que ya se ha dado una transformación en mi forma de ser profesional, he incorporado ciertos aspectos, que antes no tenía en cuenta. (Est_2_RU_2006)

El tercer efecto inmediato que identificamos fue el incremento en la autoestima y valoración profesional. La interiorización de una perspectiva de cuidado integral y la toma de conciencia de otras formas de cuidar y de funcionar en el equipo hizo que descubriesen un campo profesional más amplio y autónomo que contribuyó a reforzar la valoración de la Enfermería. En algunos casos, dicha revalorización les ayudó a encontrar la ilusión por la profesión e incluso a no abandonar una carrera que hasta entonces les desmotivaba.

A mí me ha influenciado muchísimo, en mi vida profesional, porque en Inglaterra vi otra manera de hacer Enfermería que realmente me gustó y con la que me sentí muy identificada. Yo aquí estaba bastante frustrada, incluso pensé en dejarlo, pero esa otra forma de hacer me hizo enamorarme de la carrera otra vez. (Est_3_ES_2006)

A su vez el reforzamiento de la propia autoestima profesional, al valorar su progreso y la superación de sus retos, les motivaron para seguir formándose, actualizar el conocimiento e iniciarse en el compromiso con el cambio.

Pasados más de diez años, las participantes vascas expresaron que la actitud proactiva de profundizar en el conocimiento disciplinar les había impulsado a formarse aún más,

actualizar el conocimiento y avanzar profesionalmente, aspecto que les había impactado de la carrera profesional de las enfermeras inglesas.

En ese sentido (superarse) ver lo que hacían allí las enfermeras me encantó, y cómo tenían estructuradas su carrera profesional ¿no? Cómo primero estudian, cómo después tienen que hacer unos siguientes estudios, cómo van consiguiendo niveles (Est_3_ES_2006_2017)

La sólida formación posterior, junto con la experiencia profesional adquirida y el compromiso con el cambio, les hizo asumir retos profesionales y emprender cambios en la práctica de su entorno cercano. Para acometer estos cambios manifestaron comprobar dicha práctica en la evidencia científica, valorar el coste-beneficio y analizar el contexto, demostrando una vez más su capacidad reflexiva y crítica. La mayor experiencia laboral y el afianzamiento de su autoestima profesional les aportaron suficiente fortaleza para plantear propuestas de innovación al resto del equipo. Asimismo, este compromiso con la práctica les llevó a defender la autonomía de la enfermera, e incluso a luchar para proteger los derechos de los y las pacientes en situaciones éticamente comprometidas.

Ahora bien, sus propuestas e implantación de cambios no estuvieron libres de la resistencia y las críticas por parte de los miembros del equipo. Ante estas presiones, algunas participantes intentaban comprender la dificultad que entrañaba el cambio para sus compañeras y desarrollaban estrategias para ir introduciéndolo paulatina y sutilmente en el equipo. Otras preferían confrontar directamente las situaciones esclareciendo cuáles eran las dificultades para poder cambiar las situaciones, jugando con la seguridad que produce el haber comprobado sus beneficios en otros contextos. Estas actuaciones indican un efecto en su aptitud de liderazgo para el avance y transformación de las prácticas profesionales.

Yo creo que les parece que si tú haces más, a ellos les van a exigir más. Yo estoy planteando unos cuidados emocionales, basados en la evidencia, para pacientes que han tenido una pérdida perinatal. Yo les cuento, con mucha mano izquierda, todo lo del cuidado emocional, diciendo que igual tenemos que estar más con estas mujeres, que necesitan llorar, que sufren e igual la gente se sensibiliza. Les informas que esa situación está estudiada, basada en la evidencia y eso puede ser una puerta para las que te quieran escuchar, siempre con mucha mano izquierda para que no piensen que estas aquí subida. (Est_2_ES_2006_2017)

En su discurso reconocían las limitaciones estructurales que dificultan la oferta de una atención digna y segura. Ante estas barreras, optan por seleccionar determinados

ámbitos de trabajo donde poder actuar en coherencia con sus conocimientos, sus valores y sentirse realizadas con su trabajo.

Yo he decidido trabajar solo en atención primaria, donde he sentido que he podido desarrollar una atención más integral, más comunicativa, atendiendo a la persona como un ser completo. (Est_11_ES_2006_2017)

Al igual que en el estudio de Duffy (2005), la mayoría de nuestras participantes asumían retos laborales más complejos desde donde liderar procesos de cambio más amplios. Cada participante, dentro de su entorno profesional, buscó su área de actuación y de influencia, bien como enfermera de práctica avanzada, como tutora docente e incluso asumiendo el liderazgo de un equipo clínico. Otras participantes eligieron el rumbo de la docencia universitaria y la investigación.

A pesar del fuerte compromiso profesional para generar el cambio, ninguna de las participantes mencionó haberse involucrado en asociaciones profesionales o grupos de poder para influir en las políticas de cambio profesional y social (Nursing and Midwifery Council, 2015). Tampoco se ha identificado un cambio de rumbo hacia el mundo de la cooperación (Maltby y Abrams, 2009). Probablemente el hecho de que la inmersión de este programa se produjese entre países “desarrollados”, y la escasa disposición al asociacionismo en nuestra cultura, no hayan estimulado una disposición afectivo-actitudinal proclive a las experiencias de cooperación internacional.

En resumen, la inmersión prolongada también tuvo un efecto, inmediato y mediato, a nivel profesional en la perspectiva del cuidado y en el desarrollo de actitudes y aptitudes que fomentan su profesionalidad. El efecto inmediato se caracteriza por la interiorización de los valores y el aprendizaje de las herramientas básicas de interacción profesional que les permiten al cabo de 10 años ofertar una atención coordinada más integral en coherencia con los valores éticos profesionales. A la vez, se promueve en las participantes el desarrollo de cualidades profesionales como: las habilidades reflexivas, el interés por el conocimiento disciplinar y la evidencia, el fortalecimiento de la autoestima profesional y el compromiso con el cambio. Este efecto inmediato se consolida y fortalece con el tiempo. Entendemos que en el momento actual, una vez integrada la perspectiva de cuidado en su práctica, adquiere un mayor peso la profesionalidad. Esta se traduce en cómo hacer para que su práctica

tenga un alto nivel profesional y en promover cambios para que dicha atención pueda llegar a un mayor número de personas. La resiliencia adquirida por la superación del estrés aculturativo, junto con la responsabilidad asumida por el compromiso de mejorar la atención del paciente, imprimen en los y las participantes rasgos de perseverancia y de liderazgo que les llevan a asumir retos laborales más complejos como agentes de cambio.

5.2.3. Efecto de la inmersión en la competencia cultural

El análisis de los datos nos informa que la inmersión en una cultura diferente tiene un efecto en la competencia cultural tanto a corto como a largo plazo. Como se refleja en la Figura 43, este efecto repercute en todas sus dimensiones: cognitiva, afectivo-actitudinal y conductual. A corto plazo de las tres dimensiones, la cognitiva es la predominante, seguido de la afectivo-actitudinal y la conductual. Sin embargo, a largo plazo la afectivo-actitudinal es la dimensión que ocupa un mayor peso en sus discursos. Probablemente el paso del tiempo provoque que aspectos cognitivos, como el conocimiento específico de la cultura del país de acogida no esté tan presente, pero si la actitud que fue uno de los aspectos que más se trabajó con la metodología pedagógica.

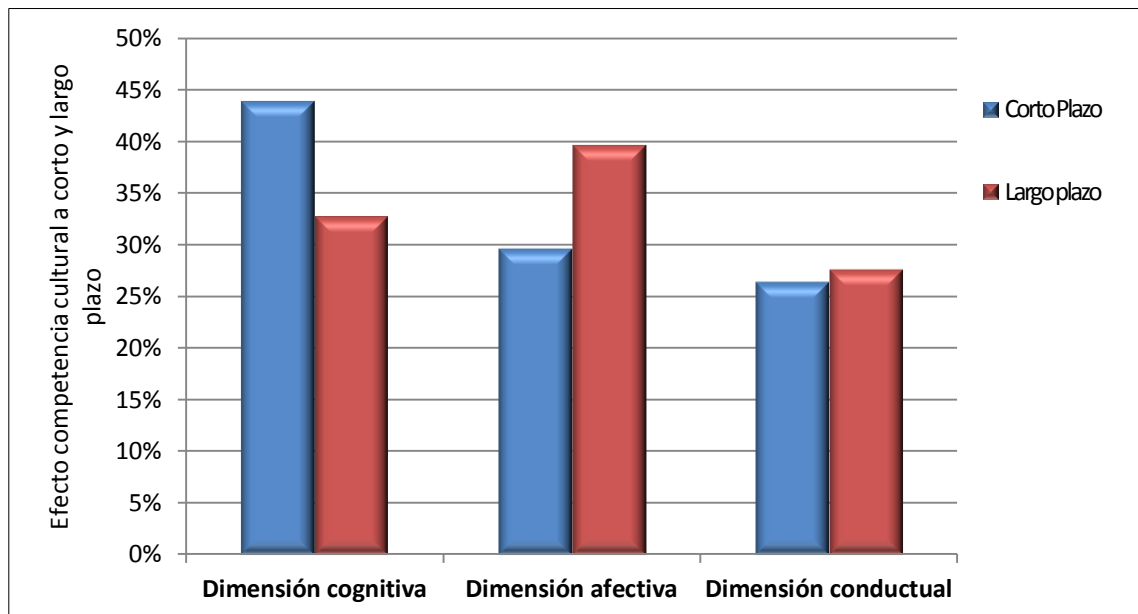


Figura 43. Efecto en las dimensiones de la competencia cultural tanto a corto como a largo plazo.

Dimensión Cognitiva

En la dimensión cognitiva, el análisis de la información permite identificar un efecto a nivel del conocimiento y la conciencia cultural tanto a corto plazo como a largo plazo.

Durante la inmersión cultural el grupo de estudiantes adquirió conocimiento cultural específico sobre aspectos precisos para cuidar, trabajar e interrelacionarse con los profesionales del equipo de salud (Tabla 19).

En sus discursos fundamentalmente hablaban de un conocimiento relacionado con la cultura sanitaria y, con menor frecuencia, de la cultura de la sociedad de acogida. Los participantes vivían con otros compañeros extranjeros y no con personas del país de acogida, por lo que seguramente limitó el contacto y conocimiento de la cultura del país de destino. Este conocimiento adquirido en las unidades clínicas y las sesiones formativas fue suficiente para desarrollar competencia cultural. Las investigaciones sobre el efecto de una inmersión prolongada en Enfermería también hablan más del aumento del conocimiento del sistema sanitario que de la cultura de la sociedad de acogida (Frisch, 1990; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). Cabe reseñar que el conocimiento cultural lo consideramos un medio para facilitar los procesos de reflexión crítica y no un fin en sí mismo.

Tabla 19. Efecto en el conocimiento cultural sobre el sistema sanitario y la sociedad de acogida.

Conocimiento sobre sistema sanitario	Conocimiento sobre la sociedad de acogida
<ul style="list-style-type: none"> • Los diferentes niveles de atención dentro del sistema sanitario. • La provisión de servicios de cada nivel y las fuentes de financiación. • La organización y funcionamiento del equipo de salud. • Los canales de comunicación. • Las relaciones de poder. • La perspectiva del cuidado. • El rol de las diferentes enfermeras del equipo. • La cartera de servicios enfermeros. • La cultura de seguridad clínica y la gestión del cuidado. • La política de gestión de personal y de la carrera académica. • La diferencia de valores. • La historia de la educación en Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • La concepción de familia, su rol y las relaciones intergeneracionales. • El ocio y las relaciones sociales. • El estilo de comunicación. • La forma de alimentarse y los horarios de las comidas... • El cuidado cotidiano en la infancia. • El cuidado cotidiano de las personas mayores. • La expresión de dolor. • El abordaje de la enfermedad y de la muerte. (La conspiración del silencio.) • La historia política, religiosa, y económica del país. • La evolución de la perspectiva de género.

El conocimiento específico, junto con las dinámicas formativas, condujeron a reforzar el conocimiento genérico acerca de las bases conceptuales de la cultura y los modelos de análisis cultural.

La inmersión cultural también tuvo un efecto a corto plazo en el desarrollo de la conciencia cultural que se generó a través de la introspección y la reflexión crítica de los propios comportamientos, conocimientos y sentimientos ante el choque cultural. La introspección, a veces dolorosa, les llevó a identificar sus propios prejuicios, a tomar conciencia de su etnocentrismo y a desvelar aspectos inconscientes de su propia cultura. El efecto inmediato de la conciencia cultural, también ha sido identificado en varias investigaciones en enfermeras (Rolls y col, 1997; Koskinen y Tossavainen, 2003; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013).

Vemos la realidad, o analizamos las situaciones como buenas o malas, o que calificamos o juzgamos, en base a nuestras creencias, o nuestros valores, vamos... en base a nuestra cultura profesional en este caso. (Est_11_ES_2006)

Esta toma de conciencia de la mirada eminentemente etnocéntrica ha sido identificada también en otros estudios acerca del efecto a corto plazo de una inmersión con estudiantes de Enfermería (Scholes y Moore, 2000; Wimpenny, 2005; Johanson, 2006; Edmonds, 2010).

Además, la comparación continúa entre ambas culturas y el análisis impulsado por la dinámica formativa, les llevó a profundizar en cómo los factores culturales, religiosos, históricos, políticos y económicos podían influir en las diferencias que les habían generado el choque cultural. Este análisis del por qué, propuesto por Mezirow (1990) con el fin de ampliar la perspectiva de significado, les ayudó a ver en el otro a un ser humano como ellos, que ante la influencia del contexto se expresaba de diferente forma, generando un mayor entendimiento y potenciando el acercamiento. Esta toma de conciencia según Tseng y Streltzer (2008) es otra expresión del desarrollo de la conciencia cultural.

Ahí las reflexiones de cómo la historia política, la dictadura de Franco y la situación económica tiene influencia en la forma de cuidar y en el poder de la toma de decisiones y la autonomía del paciente te aporta un mirada diferente, ayuda a comprender, algo cambia dentro, desarrollas mmm... una mirada más amplia, algo que va más allá. Vamos... que no te quedas en que las cosas son diferentes, entiendes cómo los contextos afectan y

eso te lleva a no juzgar y más allá te hace más consciente socialmente y quizás más comprometido. (Est_3_HO_2005).

A largo plazo, las participantes vascas siguieron recordando las diferencias de la cultura sanitaria, sin embargo, la conciencia cultural estuvo más presente en sus reflexiones y en los ejemplos de su práctica, lo que nos habla de un aprendizaje significativo de cómo opera la cultura y los factores contextuales (Figura 44).

Este aprendizaje generó un cambio de una mirada etnocéntrica a una más etnorelativista, lo que supone según Merizow (1997) un cambio en los marcos de referencia, que constatamos que influye en la actitud y la sensibilidad cultural hacia el diferente.

Una de ellas (situaciones) fue atendiendo a mujeres marroquíes musulmanas en la planta de Maternidad del hospital en la que se producían muchos choques culturales sobre lo que se consideraba o no “buena educación” y “formas correctas de alimentar y cuidar al bebé recién nacido”. Recuerdo que mientras mis compañeras se enfurecían cuando veían a los hijos de las mujeres que acababan de dar a luz comiendo en el suelo de una habitación que compartían con otras dos mujeres hospitalizadas, yo trataba de mediar intentando hacerles entender que posiblemente ellas no consideraban aquello una falta de respeto en su cultura, al fin y al cabo en su vida cotidiana esta práctica es muy frecuente. Tendremos que analizar qué factores influyen en esto (Est_6_ES_2006_2017

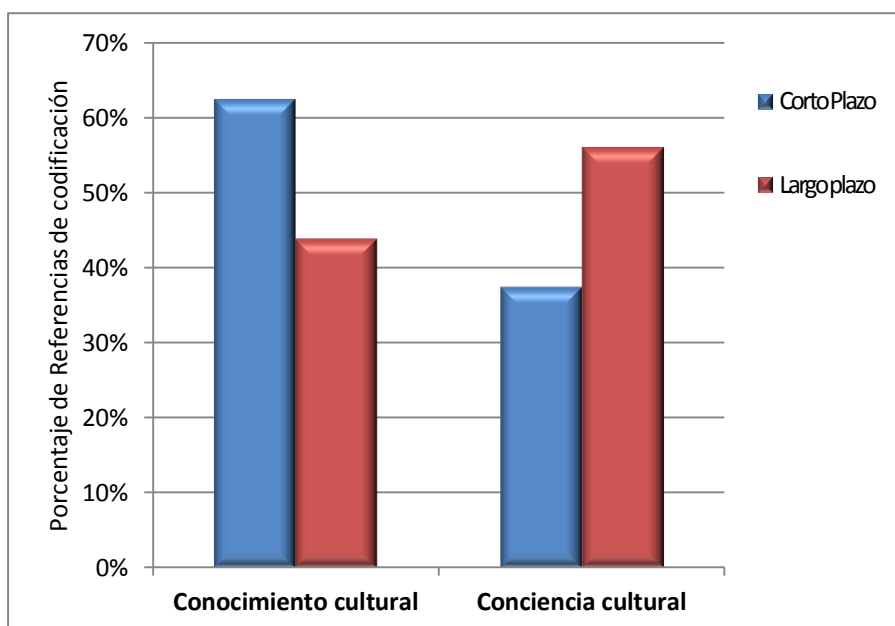


Figura 44. Efecto en la dimensión cognitiva a corto y largo.

El mayor peso en la conciencia cultural a largo plazo también ha sido identificado en la investigación de Dedee (2003). En este estudio atribuimos este aprendizaje tanto al impacto del choque cultural como a la metodología docente aplicada.

Dimensión Afectiva

La competencia cultural en su dimensión afectiva comprende el conjunto de actitudes encaminadas a generar disposición para acercarse y comprender al otro. Tal y como indica Campinha-Bacote (2002), esta dimensión es la impulsora de la atención sensible a la cultura y va a dar soporte a la dimensión conductual. Las narrativas del alumnado, después de la inmersión cultural, nos hablaban de un efecto en atributos como la empatía cultural, la apertura de mente, el deseo cultural, la humildad y la categoría emergente de no enjuiciamiento (Figura 45). Se puede apreciar un cambio en el protagonismo de estos atributos a corto y largo plazo. Mientras que a corto plazo la empatía ocupa un lugar preferente, a largo plazo es la apertura de mente la protagonista en sus narrativas.

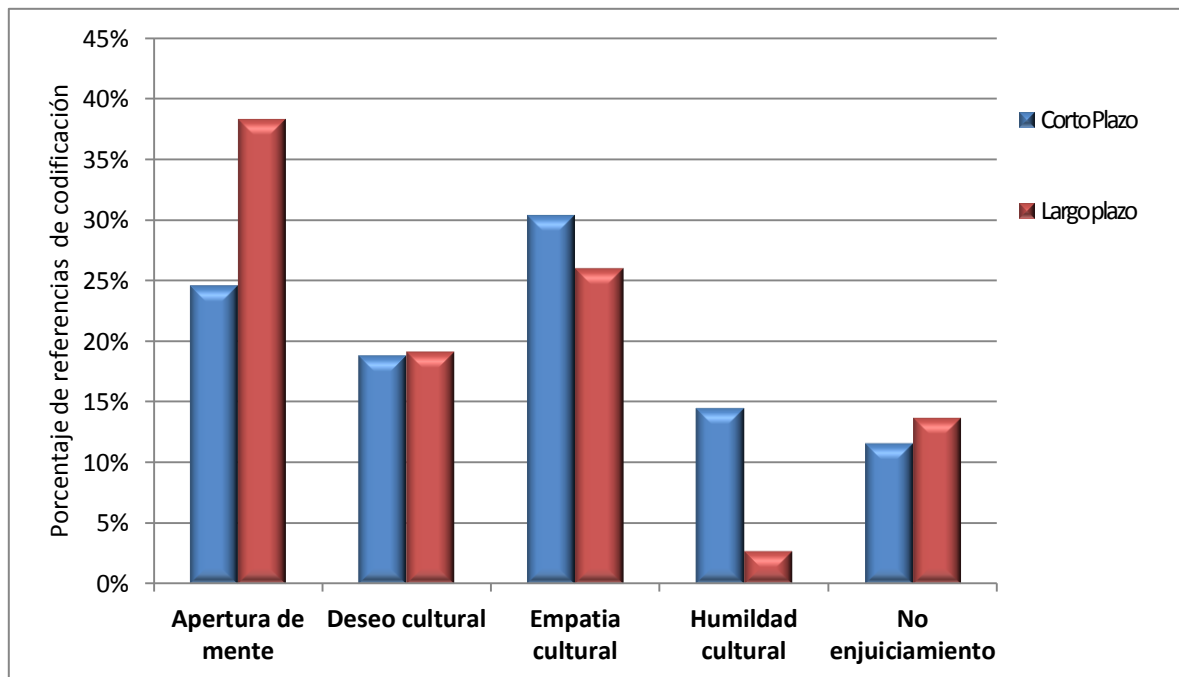


Figura 45. Efecto en la dimensión afectiva de la competencia cultural a corto y a largo plazo.

En el análisis pormenorizado de las subcategoría a corto plazo comenzamos con la descripción del efecto en la empatía cultural. Este atributo se empezó a generar por el gran impacto que tuvo sentirse minoría dentro de un grupo cultural mayoritario. Esta experiencia se vio reforzada por las sesiones formativas que promovían la introspección de los procesos psico-afectivos y la proyección de esta vivencia en los inmigrantes. Dicha reflexión, según el grupo de estudiantes, potenció la empatía

cultural a partir de la toma de conciencia de los intensos sentimientos causados por el choque cultural. No obstante, el grupo de estudiantes identificaba una vulnerabilidad mayor en las personas inmigrantes por la desigualdad del contexto socio económico. De esta forma, reconocen la inmigración como una posible fuente de desigualdad en salud ante la que hay que actuar (Papadopoulos y col, 2016). El efecto inmediato de desarrollar la empatía y acercarse al diferente también se ha encontrado en otros estudios (Rolls y col, 1997; Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013).

El incremento en la empatía cultural suscitó un anhelo genuino por acercarse, acoger al diferente y ofertar una atención sensible a su cultura. A este anhelo Campinha-Bacote, (2011) lo denomina deseo cultural e indica que es el detonador de la competencia cultural.

El sentirse extranjero, raro y hacer ejercicio de paralelismo te ayuda mucho. Ha sido rico para hacer que realmente se produzca un cambio interno que me haga ser más empático, pero no de cabeza sino de corazón. Son de esos cambios que ves que sí que hay algo que realmente ha cambiado, porque ha habido un cambio interno importante que te hace acercarte al otro. (Est_4_RU_2006)

Asimismo, los y las estudiantes manifestaron que la inmersión les había aportado una mayor apertura de mente, es decir una mayor disposición para comprender, aceptar y respetar las diferentes formas de hacer y ver el mundo (Zoucha, 2000; Jenks, 2011). El choque cultural indujo a una constante comparación de las diferencias culturales y de los factores contextuales que ayudó a abrirse a diferentes formas de pensar y de hacer. Este ejercicio les permitió entender que otras realidades también podían ser lógicas e incluso adecuadas, rompiendo en parte su sistema de creencias previo. Ya no había una única verdad, ni una única forma de entender y abordar las situaciones adecuadamente.

Pues que los valores cambian de un lugar a otro. Llo que para una cultura es positivo y para otra es negativo. A mí me salía esto "es malo", como le pasaba a Est_10_ES_2006, y después te acuerdas de lo que dijimos en las sesiones de previas y dices "pero ¿dónde está escrito que esto es lo bueno o esto es lo malo?". Es como un shock, que te impacta, te hace pensar, y te dices "hay diferentes formas de hacer, así que (se nombra a sí misma) abre esa cabecica". Y tu forma de pensar por dentro va cambiando. ...Viendo todas estas cosas e intentando comprender te vas haciendo más abierta de mente. (Est_2_ES_2006)

A pesar de que la apertura de mente ha sido identificado como un efecto de la inmersión cultural en otros estudios (Scholes y Moore, 2000; Lee, 2004; Green y col, 2008), no se ha mencionado como un atributo clave en los modelos de desarrollo de la competencia cultural. Sin embargo, en nuestro estudio consideramos que es un elemento crucial que condiciona la actitud de no enjuiciar prematuramente el comportamiento del otro desde los propios valores y comprenderlos desde la humildad cultural.

El desarrollo de la apertura de mente en este grupo de estudiantes implicó que emergiese el no enjuiciamiento al diferente, que implica no prejuzgar precipitadamente sin intentar comprender su forma de pensar o su conducta. El grupo de estudiantes entendió que prejuzgar contamina la relación terapéutica y el juicio profesional. No obstante, no enjuiciar no significa para el alumnado aprobar todo tipo de comportamiento y caer en el relativismo cultural. Consiste en ir adoptando actitudes negociadoras que favorezcan según el caso el mantenimiento de los cuidados culturales, la adaptación y/o la reestructuración de las prácticas de cuidados, tal y como propone Leininger (1995). Esta actitud de no enjuiciamiento no aparece en otros estudios de investigación, entendemos que quizá se deba a la íntima relación entre este atributo y la apertura de mente.

Yo sé que si voy habrá cosas que me choquen, pero creo que voy mucho más preparada para ello. Creo que algo ha cambiado en lo profundo en la forma de ver el mundo. Creo que a nivel emocional mi reacción va a ser diferente, creo que no entraré a juzgar. El pensar en que detrás de las diferentes prácticas de cuidado o de la forma de hacer de la gente hay un por qué, no? todo lo que hemos reflexionado con las situaciones de prácticas y los casos del estudio comparativo, todo esto me hace comprender las cosas de otra manera y no entro a juzgar a la gente. Me puede gustar más o menos, me puedo doler, por mi sensibilidad que también es fruto de una cultura determinada, pero me sitúo desde otra perspectiva más abierta. Esto es difícil de explicar. ¿Me entendéis? Mientras que hablo, me vienen pensamientos contradictorios, porque para mí no todo vale. Si voy a trabajar a Urgencias allí y me viene una persona que le ha pegado su marido, por mucho que sea algo más integrado en la cultura, no quiere decir que para mí esté bien. Pero creo que antes mi actuación sería radical, de juicio absoluto y mi confrontación sería tal que no sería para nada efectiva. Sin embargo ahora creo que a través del análisis podría colaborar más al cambio, no sé... encontrar más claves. Por lo menos ver que igual hacen falta otro tipo de estrategias. Cuando menos entendería que esos procesos no son fáciles y mi quemazón emocional no sería tan gorda. ¿Estoy diciendo algo entendible y lógico? (Est_3_RU_2007)

Otro efecto inmediato detectado en algunos participantes fue la humildad cultural, que implica no tomar actitudes de superioridad o dominación de una cultura sobre

otra y de tratar de corregir los desequilibrios de poder (Tervalon y Murray-Garcia, 1998). Asimismo conlleva, como proponían el grupo de estudiantes, el reconocer sus limitaciones para ofertar un cuidado sensible a otras culturas y solicitar la participación del paciente con el fin de brindar una mejor atención. El alumnado manifestó que las sesiones formativas les ayudaron a promover esta actitud y a comprender la construcción social de muchos comportamientos humanos. Este aprendizaje sirvió para aumentar la sensibilidad del cuidado cultural.

Las sesiones también me han ayudado a ver que somos mucho más iguales de lo que pensaba, y solo que hacemos cosas diferentes y pensamos diferente y nos relacionamos de forma diferente. Si yo hubiese nacido en otro contexto haría como los otros, por algo actúan y piensan cómo lo hacen y eso me lleva a comprender y no juzgar. Los ingleses, ya sabes. a veces nos creemos superiores al resto de las culturas, y ahora pienso ¡qué ridículos somos!, parece que genéticamente somos superiores jajaja, -cuando realmente somos iguales. Creo que como país a veces nos cerramos al mundo. (Est_1_RU_2007)

En este estudio, al igual que en otros (Zorn, 1996, Rolls y col, 1997; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Greatrex-White, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013), podemos decir que el choque cultural durante la inmersión prolongada tiene un efecto inmediato que promueve el desarrollo de la dimensión afectiva de la Competencia Cultural.

A largo plazo el grupo de participantes vascas mantuvo viva esta actitud positiva hacia la persona vulnerable lo que nos habla de un aprendizaje significativo. La empatía promovida por la experiencia del estrés aculturativo y la formación recibida parecen calar hondo, haciendo a día hoy que se involucren de forma proactiva en el cuidado de personas de otras culturas o de personas catalogadas como “las diferentes o las difíciles”. Sus discursos nos indican que mantienen el deseo cultural, la apertura de mente y el no enjuiciamiento. Algunas participantes manifestaron que sentían interés por el análisis de diferentes formas de pensar o actuar para descubrir nuevos significados, tener una visión más amplia y compleja de las situaciones, todo ello con el fin de dar un cuidado al diferente más sensible y adaptado.

Yo me identifico un montón y cuando vienen las pacientes a la planta siento esa sensación de sentirte ¡tan limitado!, y me despiertan interés. Entonces me adelanto y voy donde ellos, incluso algunas compañeras me dicen” ¿vas tu donde esta persona?” A veces ponen la excusa del idioma, pero no me importa, a mí me gusta.(...) Creo que no podemos hacer juicios sin más y no tratar como la gente se merece. Tenemos que entender que hay otras formas de ver el mundo y de hacer. Yo también soy diferente para otros y a mí me gustaría que me trataran bien y además es muy interesante conocer otras formas de cuidar.

Entonces en el hospital intento que, en ese momento de vulnerabilidad, se sientan un poco más acogidos y ser un poco más flexibles también con el tema de los duelos con estas mujeres, que no son iguales en cada cultura, y que a veces ya lo físico es un mundo, pero lo emocional también es otro mucho más grande... Pero yo también gano porque aparte de sentirme bien, disfruto y aprendo mucho de ellas, es superinteresante las cosas que te cuentan. (Est_2_ES_2006_2017).

Al igual que en el estudio de Levine (2009), algunas participantes nos informan que a largo plazo existe un efecto a nivel de la humildad cultural, aunque disminuye su protagonismo en las narrativas. Este aspecto es significativo en el desarrollo de la competencia cultural desde una perspectiva socio-crítica (Papadopoulos. 2016) y desde la educación transformadora (Mezirow, 1990), ya que los procesos de emancipación no se pueden producir desde relaciones de poder desiguales.

He de decir, que el periodo que pasé en Inglaterra, ha sido una de las mejores experiencias de mi vida a nivel personal y profesional. Gracias a este cambio he podido abrir mi mente, ser más tolerante, ver otro modo de vida, otro modo de trabajo, otra cultura, valorar que no todo aquello que es diferente es mejor ni peor, sino como la propia palabra indica, diferente en sí, y en esa diferencia radica la riqueza de poder empaparte y compartir todas aquellas experiencias hasta ahora desconocidas. (Est_8_ES_2006_2017)

En resumen, podemos decir que se produce un efecto inmediato y mediato en la dimensión afectivo-actitudinal, que también describe en otros estudios (Duffy, 2005; Levine, 2009). Mientras que Duffy (2005) indica que el incremento de esta actitud provoca una mayor sensibilidad cultural, Levine (2009) añade que también aporta la riqueza de la humildad cultural.

De acuerdo con Campinha-Bacote (2010) y Papadopoulos (2015), entendemos que el cambio afectivo-actitudinal es crucial en el desarrollo y práctica de la competencia cultural. Gracias al desarrollo de esta dimensión, aunque no se tenga conocimiento previo de las claves de una nueva cultura siempre estará presente la disposición para acercarse y comprender el mundo de la persona receptora de cuidado desde una mirada más integradora. Por tanto, sin esta actitud sería imposible el poner en marcha un cuidado sensible a la cultura y en consecuencia una atención segura y de calidad.

Queremos resaltar, de acuerdo con Greatrex-White (2008), el papel fundamental que jugó en el desarrollo de esta dimensión la alteridad o la condición de ser otro para los demás. La percepción de “ser otro” tiene que ir acompañada de un ejercicio reflexivo con la finalidad de encontrar las similitudes para fomentar la empatía y el deseo cultural. Como indica Ward (2005), la falta de reflexión y comprensión sobre “el

sentirse otro” puede desencadenar actitudes negativas hacia las personas del país anfitrión. Por tanto, y de acuerdo con Freshwater (2000), es importante destacar el papel del compromiso dialógico y la reflexión crítica para que la experiencia pueda ser transformadora.

Lo primero que intento es no juzgar, intentar ponerte en el lugar de esa persona, y no dejarte llevar...Creo que eso, el no juzgar de primeras, intentar empatizar, ponerte en su lugar, dejarle hablar escuchar, creo que me lo ha dado, el haber estado en el otro lado, el ser raro tú ¿no?...Yo creo que es un poco eso. (Est_6_ES_2006_2017)

Dimensión Conductual

Para poner en práctica unos cuidados sensibles a la cultura hace falta desarrollar un conjunto de habilidades para: a) recoger información sobre las prácticas de cuidado e indagar en las diferencias, b) interaccionar y comunicarse creando un clima de confianza para el receptor del cuidado, y c) llevar a cabo los cuidados no actuando desde el puro etnocentrismo de una cultura sanitaria dominante, demostrando flexibilidad y capacidad de negociación. Como se puede visualizar en la Figura 46, la inmersión tuvo un efecto tanto a corto como a largo plazo en los atributos de la dimensión conductual. Resaltamos que al cabo de los años la defensa de los y las pacientes adquiere un protagonismo importante en las narrativas de los y las participantes.

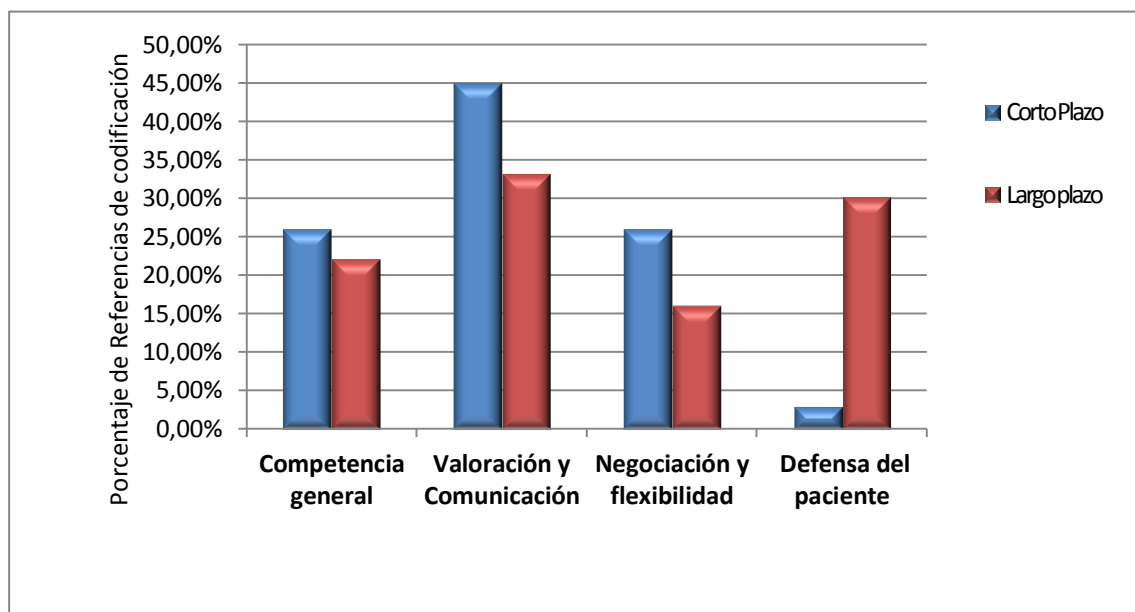


Figura 46. Efecto en la dimensión conductual de la competencia cultural a corto y largo plazo.

Justo después de la inmersión cultural la mayoría de estudiantes habían sido capaces de practicar un cuidado sensible a la cultura en la sociedad de acogida, lo que Gerrish y Papadopoulos (1999) denominarían el desarrollo de la competencia cultural específica. El desarrollo de esta competencia específica, unido al apoyo de las sesiones formativas y el cambio previo de los esquemas de significado (Mezirow, 1990), les ayudó a desarrollar la competencia genérica que les permitía practicar un cuidado sensible a personas de cualquier cultura.

Creo que me ayuda aprender a trabajar con otra cultura, a ver si me explico. Está claro que sabes más de la otra cultura, la del País Vasco, pero este conocimiento solo me serviría por curiosidad, por si trabajo aquí o tengo pacientes españoles. Pero no me refiero a eso, que es mucho de los aspectos que hablamos en las sesiones de preparación y de reflexión, hay mucho más, te vas preparando aunque no tengas el conocimiento de otras culturas, te vas preparando para hacer que el trabajo con las otras culturas sea mucho más ágil. (Est_2_RU_2004.

Un grupo de estudiantes detalló cómo el conocimiento específico de la cultura sanitaria de acogida les preparó para recoger información de los y las pacientes de cara a identificar conjuntamente sus necesidades y capacitarles para realizar valoraciones profesionales. La observación del equipo de profesionales y las sesiones formativas les habían ayudado a integrar qué preguntas se podían hacer y cómo hacerlas para adecuarse al contexto cultural del país de acogida. El desarrollo de esta habilidad también la percibieron los y las estudiantes de Enfermería en otros estudios (Scholes y Moore, 2000; Read, 2011). No obstante, al igual que en el estudio de Scholes y Moore (2000), algunos participantes expresan que las preguntas y la forma de valorar que han adquirido podían no ser útiles ni adecuadas en otros contextos culturales, lo que nos indica un alto nivel de conciencia cultural.

Yo, ahora, soy capaz de valorar de otra manera. La forma de valorar es más fluida y lo más importante es que es más adecuada, sé que preguntas puedo hacer. Todavía tengo muchas cosas que aprender y si tengo que cuidar a personas de otras culturas, tendré que aprender más, porque no sé qué preguntas están bien o mal, pero sé que tengo más estrategias. (Est_1_RU_2007)

Sobre el desarrollo afectivo-actitudinal, la aplicación de ciertas dinámicas formativas suscitaron que el grupo de estudiantes planteara el uso de estrategias para cubrir estas carencias de conocimiento específico ante los y las pacientes de otras culturas sanitarias. Esta estrategia consistía en mostrar su interés y empatía por la otra persona, contar cómo en su experiencia como extranjeros se vieron inmersos en

conflictos por diferencias culturales en la comunicación y pedir ayuda a los y las pacientes para aprender de su cultura e identificar situaciones en las que pudieran estar cometiendo errores culturales. Este planteamiento contribuyó a crear un clima de mayor confianza e igualdad en las relaciones estudiante-paciente, ya que como indica Papadopoulos y col, (2016) sólo desde ese clima se puede promover la emancipación.

Luego a mí me quedó grabada una cosa que dijiste tú. En la sesión de introducción nos comentaste que nosotras eramos importantes para ti, que querías ayudarnos, pero que igual podían surgir situaciones en las que se podrían dar lugar a malentendidos. Que tú igual no conocías totalmente nuestra cultura, y que por tu cultura igual reaccionabas de una forma que para nosotros fuese ruda, y que igual no era un reflejo real de lo que sentías, sino que igual era por una diferencia cultural. Nos dijiste que para saltar las barreras que la cultura podía poner por delante, teníamos que tener la confianza entre nosotros de decirnos las cosas. A mí eso se me quedó marcado y creo que es una cosa que se puede hacer. Decirle que si hay cosas que no entiende que se estén haciendo, que nos diga, porque igual se cree que lo hacemos porque ella no nos cae bien y no la queremos tratar bien porque no nos gustan los extranjeros. Pero así podemos aclarar que no es por eso, sino porque igual las cosas son así en nuestro país. Bueno, la cosa es que yo haría eso con esa persona y su madre. (Est_2_RU_2007).

La toma de conciencia de cómo la información contribuyó a controlar su propio estrés aculturativo les indujo a pensar cómo tenían que ser los procesos informativos para ayudar a las personas de otras culturas. Por un lado, indicaban, tal y como proponen los estudiantes de otra investigación (Scholes y Moore, 2000), que la intervención informativa debía ser breve, utilizar frases y lenguaje sencillo, verificar su comprensión y apoyarse en materiales audiovisuales que facilitasen su asimilación. Por otro lado, expresaban que además de aportar información al paciente para respetar su autonomía en las decisiones, debían comprender el proceso de aculturación de cada persona y su consiguiente respuesta emocional. En este sentido, tal y como explicaba una estudiante, el profesional se debía convertir en un mediador cultural para facilitar los procesos de aculturación de los y las pacientes de otras culturas.

Por ejemplo, en cuanto me enteré que había un paciente extranjero fui a la habitación, y dentro surgió el preguntarle cómo lo llevaba y compartí la experiencia de ser extranjero. Vi cómo a esa persona se le abrían los ojos..., y yo veía que me buscaba para preguntarme las dudas y así... Sentía un clima de confianza y terapéutico conmigo. Yo le explicaba que había cosas que no se hacían así aquí y que no era nada personal. Y las dudas que tenía pues ayudaba a que se las pudiesen contestar. Eso fue supegratificante. (Est_2_RU_2006)

Yo, como estoy en el centro de salud, he reflexionado mucho con el tema de la comunicación. Hay gente que no entiende los mensajes y tienes que tener mucho cuidado, se lo tienes que dar por escrito y hacer dibujos para que te entiendan. Tienes que prestar atención a su expresión, para ver cuando te entienden y aunque digan que te entienden, y tú creas que te entienden pedirles que te expliquen lo que les has dicho. (Est_2_RU_2007).

Su apertura de mente y la toma de conciencia de lo que supondría para ellos que les cuidasen bajo otros parámetros culturales les inducía a ser flexibles a la hora de adaptar y a negociar los cuidados. No obstante, proponían explicar y hacer comprender al paciente con otros valores y prácticas de salud, los posibles límites en la negociación ante la necesidad de respetar las normativas y el marco legal de la atención sanitaria.

Yo estoy de acuerdo con Est_6_ES_2006 y desde luego el intentar estar abierto a otras formas de hacer, ser un poco flexibles y llegar a negociar ¿no?, El ejemplo que poníamos del commode... O Lo de los ancianos, y los riesgos de caídas, en Inglaterra ya hemos dicho que son capaces de asumir más riesgos con los ancianos en las caídas, para preservar su autonomía en la toma de decisiones y su independencia. Aquí actuamos y si viene un paciente inglés igual se siente mal, pero al mismo tiempo aquí si tienes una caída te penaliza el sistema mucho, entonces habría que explicarlo y habría que negociar con ellos. (Est_2_ES_2006)

Este efecto inmediato en la competencia cultural global también se ha identificado en otros estudios (Zorn, 1996; Rolls y col, 1997; Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). No obstante en nuestra investigación las participantes han profundizado más en cómo se ha proyectado esta competencia desglosando el tipo de habilidades adquiridas en el aprendizaje cultural.

Después de diez años, incluso las participantes que no habían tenido mucho contacto posterior con personas de otros países, manifestaban que el aprendizaje de la competencia cultural durante la inmersión les permitía actualmente practicar una atención sensible a la cultura. Asimismo, manifestaron su intención de flexibilizar los cuidados para adaptarlos a los valores y estilo de vida del receptor y negociar los cambios necesarios con los y las pacientes y el grupo de profesionales con los que trabajaban.

Las participantes con mayor contacto con pacientes de otros países eran capaces de detallar las habilidades que utilizaban para proporcionar una atención adaptada a la cultural. Percibían que en sus intervenciones era muy importante establecer una comunicación que demostrase acogida e interés por la persona dada la situación de desigualdad y vulnerabilidad que implica el “sentirse extranjero”. También solicitaban

a los y las pacientes que compartiesen los choques culturales en su relación terapéutica para prevenir conflictos interculturales.

Ahora he comprobado lo que es trabajar de otra forma. En principio te acercas a ellos porque tú también has sido inmigrante y sabes por lo que pasan y lo que necesitan, sobre todo que les trates con respeto, que les tengas en cuenta y que les preguntes lo que necesitan y cómo se están sintiendo. También aprendimos en el intercambio que lo que para unos es respetuoso para otros no lo es y eso crea conflicto, pero cuando tú tienes una actitud de cercanía y les explicas que si hay algo que les molesta que lo digan, que tu intención es tratarle bien, lo perdonan todo. Y si realmente actúas desde el respeto trabajar desde ese cuidado holista te da satisfacción personal. (Est_2_ES_2006_2017).

Ante la diferencia de valores y prácticas de las personas del mismo país, una estudiante insistía en la importancia de recoger información con preguntas abiertas, sin dejarse llevar por el conocimiento específico cultural y los estereotipos preconcebidos. Esta visión nos indica un avance formativo respecto al concepto de cultura que, desde un interés técnico, encasilla a una persona en función de su pertenencia a un grupo étnico. Nos indica que, de acuerdo con Hofstede (1991), entienden que la cultura de una persona se construye como un entramado complejo de niveles culturales (nacional, lingüístico, de género, de orientación sexual, de clase social...) que emergen de la interrelación continua con el entorno social, y de ahí, la variabilidad y diversidad cultural de cada individuo.

Otra cosa es no prejuizar. En Primaria trabajamos mucho las dietas y a veces es como si utilizásemos clichés, “es sudamericano entonces come sólo arroz”, y no, “¿y tú qué sabes?” Está bien que sepamos qué tipo de comida se comen en diferentes países, porque lo puedes utilizar como un vínculo, pero es importante partir de ellos, preguntarles y no presuponer. Cuanto más viajas más conoces y más ves las posibilidades diferentes de todo el mundo, todos somos raros, estoy de acuerdo, entonces a ver desde donde partimos, saliendo un poco desde nuestro propio esquema ¿no?, que a veces filtramos todo a piñón y hacer ese ejercicio de salir de uno mismo, para poder entrar en el otro. Esto te hace que después puedas adaptar el cuidado que tú ofertas a la persona (Est_11_ES_2006_2017).

Después de diez años desaparecen las alusiones sobre el efecto en la competencia específica ya que actualmente no atienden a personas del Reino Unido. En sus discursos aluden al desarrollo de su competencia genérica para cuidar a personas de cualquier cultura (Papadopoulos, 2006). Esto apunta a un aprendizaje profundo ya que gracias al desarrollo de la dimensión cognitiva, y sobre todo de la afectivo-actitudinal, han podido convertir la competencia cultural específica en genérica.

El efecto en la competencia cultural a largo plazo también se ha identificado en otros estudios (Zorn, 1996; Dedee, 2003; Duffy, 2005; Levine, 2009). No obstante la mayor

parte de éstos recogían el efecto a través de cuestionarios que preguntaban acerca del efecto en la competencia cultural global o en la percepción de autoeficacia transcultural definida por Jeffreys (2010). Nuestro abordaje cualitativo aporta un valor añadido ya que nos informa de una práctica y no sólo de una intención o de una percepción de autoeficacia transcultural.

Hay que recordar que en el efecto a largo plazo de la dimensión conductual emergió con fuerza la idea de ser defensoras del diferente, del vulnerable y del incomprendido (Figura 46). El aprendizaje significativo que refuerza la autoconfianza y el compromiso con la profesión, impulsa a la defensa del paciente a pesar de la incompreensión del resto del equipo de profesionales. Ellas se convierten en abogadas y mediadoras para hacer comprender y hacer cambiar las actuaciones de los otros miembros del equipo. Esta actitud de defensa de la persona vulnerable y en desigualdad social nos habla de la efectividad del modelo de aprendizaje transformador de Merizow (1991) ya que su compromiso social por el cambio les impulsa a realizar pequeñas acciones para modificar los contextos de la práctica hacia modelos más inclusivos.

Y luego, soy crítica y hay cosas que comparto, y cosas que no. Ahora ya no soy estudiante, soy enfermera y hay cosas que hay que decir. Creo que no podemos hacer juicios sin más y no tratar como la gente se merece, solo porque sean diferentes. Tenemos que entender que otras formas de ver el mundo y de hacer. Yo también soy diferente para otros y a mi me gustaría que me trataran bien y además es muy interesante conocer otras formas de cuidar. Ahora cuando veo cosas que no me gustan, me cuesta pero el hablar me hacer sentir mejor profesional, y mejor como persona. (Est_2_ES_2006_2017).

El grupo de participantes expresaron un efecto inmediato y mediano en estas habilidades de valoración cultural, adaptación a otra cultura y defensa del diferente. El aprendizaje de estas habilidades fueron favorecidas por el desarrollo de las dimensiones cognitiva, pero sobre todo por la adopción de la sensibilidad recogida en la dimensión afectivo-actitudinal. En este sentido diferentes autores también recalcan la importancia de la dimensión afectiva para que se pueda propiciar la dimensión conductual (Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013).

En definitiva, podemos decir que gracias a la inmersión cultural y las sesiones formativas de apoyo los y las participantes perciben un efecto tanto inmediato como

mediato en todas las dimensiones de la competencia cultural: cognitiva, afectiva-actitudinal y conductual. A corto plazo de las tres dimensiones, la cognitiva es la predominante, seguido de la afectivo-actitudinal y la conductual, a diferencia de otros estudios a corto plazo que señalan como dominante la dimensión afectivo-actitudinal (Scholes y Moore 2000; Koskinen y Tossavainen, 2003; Drake, 2004; Callister y Cox, 2006; Green y col, 2008; Keogh, 2009; Foronda 2010; Zancheta y col, 2013). En este estudio la dimensión cognitiva a corto plazo se ve potenciada por la continua reflexión sobre las diferencias y similitudes de la práctica de cuidado y el fuerte desarrollo de la conciencia cultural. Sin embargo, a largo plazo se capta que el efecto de la dimensión afectivo actitudinal que queda afianzado y prevalece sobre la cognitiva. Concebimos esta dimensión afectiva como la impulsora de la competencia cultural genérica, es decir de la capacidad de ofrecer un cuidado adaptado a las personas de cualquier cultura.

5.2.4. Efecto a nivel de la transformación

Finalmente, queremos describir el efecto transformador en el aprendizaje del estudiante ENI. Este programa se basaba en una metodología pedagógica cercana a la perspectiva socio-crítica que perseguía, según Papadopoulos y col (2016), una atención emancipadora y sensible a la cultura con una comprensión y compromiso ante las desigualdades y los derechos humanos.

El efecto a nivel de la transformación se revela por el discurso de los y las participantes en el que se evidencia un cambio de sus marcos de referencia y de las perspectivas de significado, convirtiéndose en personas más abiertas, inclusivas y activas ante las desigualdades en la práctica clínica. Este efecto nos habla del nivel último en el proceso de transformación según Mezirow y col (2009). Este cambio también se revela en el análisis de la categoría transformación en la que se recogen las manifestaciones de los y las participantes acerca de este cambio, al que algunos denominan metamorfosis. El análisis de la categoría transformación también recoge este cambio que algunos participantes denominan metamorfosis.

Creo que esta experiencia ha producido una metamorfosis en nosotros. (Est_4_RU_2006)

Para demostrar el efecto transformador del alumnado ENI presentamos el proceso de aprendizaje apoyándonos en las fases descritas por Merizow (1991), así como en el desarrollo de las dimensiones de la competencia cultural descritas anteriormente (Figura 47).

Partiendo de la relevancia que tiene en este proceso transformador la inmersión prolongada, queremos hacer énfasis en el choque cultural (Fase 1 de Merizow). Estos incidentes críticos originados por las diferencias culturales fueron recogidos en las sesiones formativas con dinámicas que impulsaban la introspección sobre los sentimientos, pensamientos y la reflexión de los juicios que emergían (Fase 2 de Merizow). Mediante la reflexión crítica los y las participantes analizaron los factores que explicaban las diferencias entre las culturas sanitarias. Cada estudiante tenía que comprender cómo el significado de salud, las prácticas de cuidado y la relación con el sistema sanitario y sus profesionales se explican por factores contextuales. Estas sesiones ayudaban a generar el conocimiento cultural recogido en la dimensión cognitiva de la competencia cultural.

Asimismo, tomaron conciencia de cómo la forma de interpretar, sentir y actuar ante la vida y el mundo, estaba influenciada por una mirada etnocéntrica acrítica de carácter hegemónico y de superioridad cultural (Fase 3 y 4 de Merizow). Estas estrategias propiciaron una mayor conciencia cultural atributo también recogido en la dimensión cognitiva.

Yo también creo que la propuesta que nos planteasteis de observar qué pensábamos y qué sentíamos ante situaciones que nos chocaban y luego pensar en los por qué, en los factores que pueden hacer influir en las diferencias. Te coloca en otra...en otra....en otro lugar. (Est_2_HO_2003.

En ese despertar, el grupo de estudiantes transitó desde un análisis micro, focalizado en las diferencias y similitudes de las prácticas de cuidado y las formas de interacción de las personas de otras culturas, a un análisis macro que les permitió descubrir la influencia de los factores sociales, económicos políticos, y culturales en las prácticas de cuidado. Este descubrimiento implicó la ruptura de estructuras internas antiguas e impulsó el comienzo de un proceso de auto-reconstrucción cognitivo y afectivo que conllevó la modificación de los esquemas y de las perspectivas de significado.

Algo se rompe por dentro y cuando se rompe duele, pero luego recoges las piezas, las pegas y no sabes porque pero eres capaz de reconstruir una mejor persona, una persona más abierta, más flexible, más comprensible. (Est_7_RU_2003)

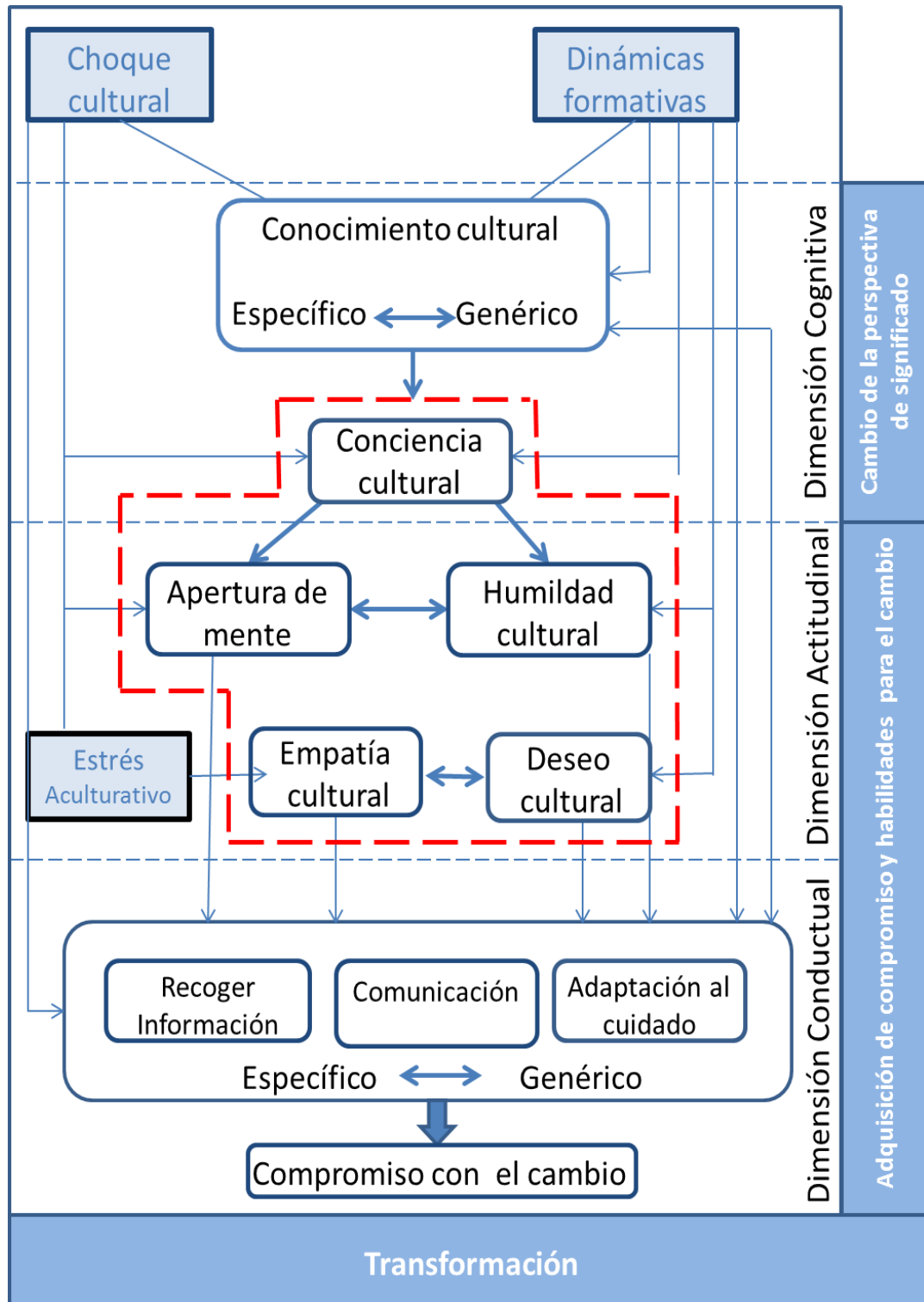
Asumimos que transcurridas estas fases, después de la reflexión crítica durante las sesiones formativas, se produjo un cambio en la perspectiva de significado, que de acuerdo con Mezirow y Taylor (2009) es el inicio del proceso de transformación. Este cambio en la forma de pensar y en los valores contribuyó, por un lado, a un aumento del conocimiento específico y conocimiento genérico cultural, pero también propició la apertura de mente abriéndose a otras formas de mirar, lo que ayudaba a adquirir humildad cultural. En este momento, la dimensión actitudinal juega un papel imprescindible en el proceso transformador para poder “ser” competente culturalmente.

Esta toma de conciencia de que “el otro”, “el diferente” es un ser humano, ni mejor, ni peor con diferentes comportamientos que se explican por la influencia de su contexto, generó un mayor entendimiento y potenció la inclusividad.

Toda esta experiencia y la reflexión de cuáles son los factores que puedan incidir en que las cosas sean como son, me ha hecho que sea más reflexiva y más tolerante. Al principio no lo era y por ello me ha ayudado a abrir mi mente y a ser más flexible. (Est_2_RU_2006).

La introspección ayudó a comprender la propia experiencia de estrés aculturativo y la proyección de dichas vivencias en las personas de otras culturas, impulsadas en las sesiones formativas, incitaron el desarrollo de la empatía cultural y el deseo cultural. Esta crucial ruptura de estructuras internas antiguas dio lugar a un proceso de autoreconstrucción afectivo-actitudinal con una orientación más amplia, permeable, e integradora.

Sí, hay diferentes niveles de reflexión, un trabajo que parte más desde una situación más intelectual, aunque lleva a un cambio interno también, va como de afuera a adentro. Pero este es un trabajo más desde lo interior, o sea más desde lo emocional que intenta anclar lo emocional con el conocimiento. No sé si me estoy explicando, es difícil hablar de esto y más en otro idioma. (Est_1_HO_2004)



Fuente: Elaboración propia

Figura 47. Proceso transformador a partir del desarrollo de las dimensiones de C. cultural.

Una vez ahí, el grupo de estudiantes empieza a prepararse para la acción y el compromiso con el cambio. En ese momento las sesiones formativas se orientan a explorar y planificar estrategias de acción para acoger y tratar a esas personas como les gustaría ser tratados (Fase 5 y 6 de Merizow). El deseo de ofrecer una atención sensible a la cultura les hizo recoger información y plantear estrategias de actuación más elaboradas. La reflexión crítica sobre los elementos y recursos que constituyeron una ayuda para ellos les ayudó a identificar déficits, a planificar acciones de mejora y proyectar un cuidado adaptado a la cultura (Fase 7 de Merizow). Este tipo de cuidado lo aplicaban siempre que era posible en su práctica cotidiana, demostrando conjuntamente el “ser” y el “hacer” del profesional competente culturalmente.

Este aprendizaje transformador perduró en el tiempo y se manifestó en su compromiso profesional favoreciendo que a nivel profesional adquiriesen un compromiso por seguir avanzando, por ofertar una atención sensible a la cultura y por liderar procesos de cambio (Fase 8, 9, y 10 de Merizow).

Al final partimos de una cultura, y ha ido cambiando. Partía de una cultura, un preconcepto de que actualmente no tiene nada que ver, algo cambió, lo revolvió todo, y entonces es como que así ha sido todo el rato, con una sensación de construcción continuada. Y eso es como has roto el esquema esta vez se hace, en unos años se rompe otra vez, se construye otra vez. (Est_10_ES_2006_2017)

No obstante, a pesar de que adquirieron un compromiso interno de convertirse en agentes activos ninguno de los y las participantes se asoció, a largo plazo, en grupos sociales de lucha contra la desigualdad social en salud, pero les hizo erigirse en defensores de los intereses de los y las pacientes promoviendo su empoderamiento.

Comparando los efectos recogidos a corto plazo con otras investigaciones podemos decir que hemos identificado una mayor cantidad, diversidad y especificidad de los efectos a nivel de crecimiento personal, profesional, y de la competencia cultural (Anexo VII).

Aunque la mayoría de los y las participantes manifiestan estos efectos a corto plazo, el análisis realizado que cruzaba cada caso con el desarrollo de la competencia cultural desveló que 6 de los 35 estudiantes no demostraba el desarrollo de esta competencia.

A pesar de que estos resultados no hablaban de desarrollo de la competencia cultural en estas personas, si que se observó un efecto a nivel profesional.

Con el fin de profundizar en este análisis exploramos las expresiones de estrés de cada participante. En algunos casos el nivel de estrés era muy elevado y en otros era muy bajo. El alto nivel de estrés, como barrera para el desarrollo de la competencia cultural, también ha sido identificado en otros estudios de investigación (Koskinen y Tossavainen, 2003; Duffy, 2005). En las personas con bajo nivel de estrés cultural entendemos que sin el impacto emocional originado por el choque cultural no se produce un suficiente desarrollo de la dimensión afectivo actitudinal y ,por tanto, de la competencia cultural. Tal y como señala Adler (1975), para poder desarrollar un nivel óptimo de competencia cultural es necesario que se experimenten momentos críticos de intensidad media-alta pero controlada. En consecuencia, es necesario diseñar programas de inmersión cultural que incluyan procesos de reflexión crítica y que contemplen los factores moduladores del estrés aculturativo, de forma que el nivel de estrés, por exceso o por defecto, no impida el desarrollo de la competencia cultural.

Podíamos pensar que estos estudiantes necesitan más tiempo para madurar y desarrollar competencia cultural. Sin embargo, este mismo análisis desveló que dos de estas estudiantes a las que se les pudo hacer un seguimiento a largo plazo tampoco demostraron un desarrollo de esta competencia. El resto de estudiantes a las que se realizó el seguimiento y que habían demostrado competencia cultural la mantuvieron en el tiempo.

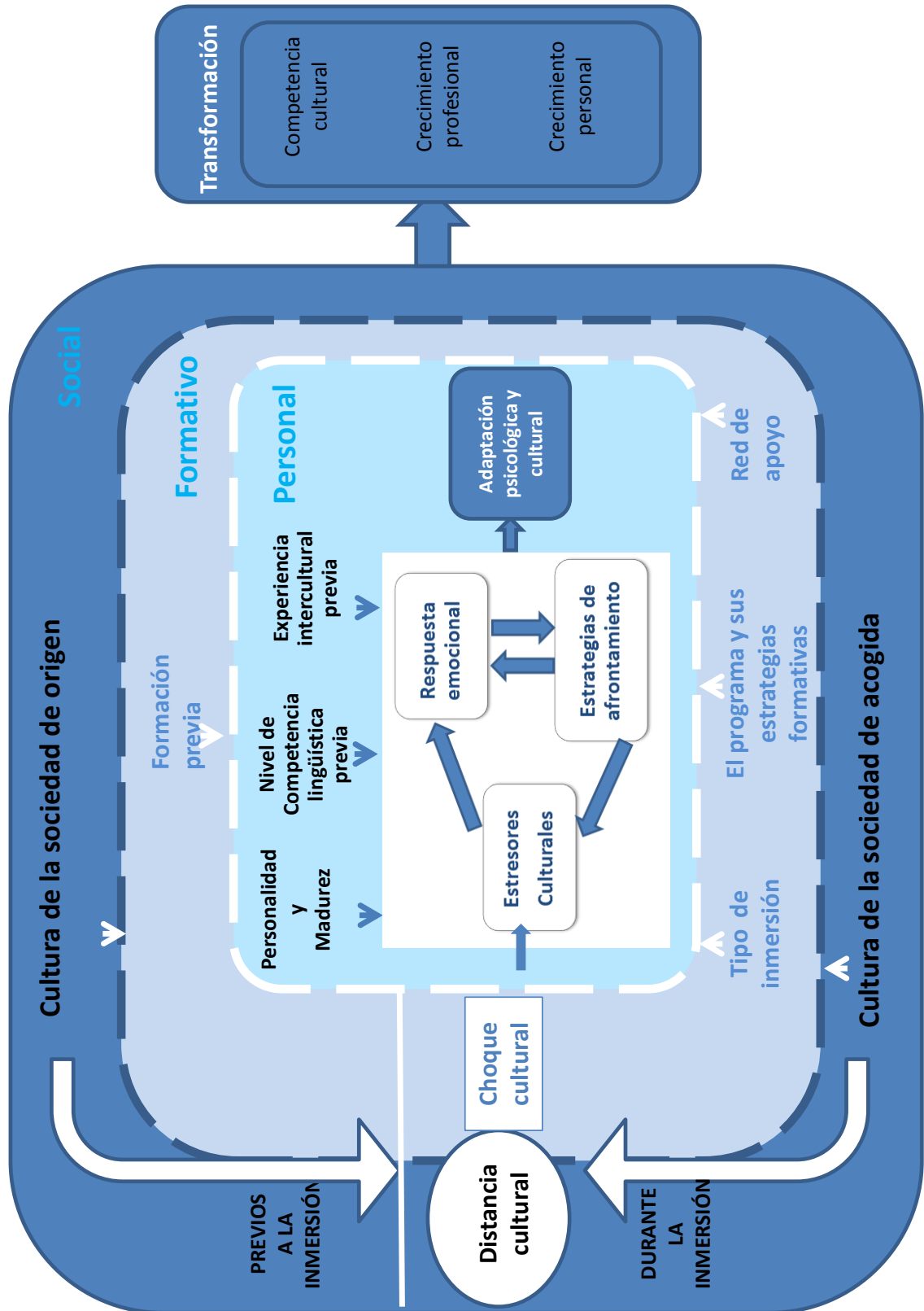
La explicación de los factores moduladores presentados en el capítulo siguiente puede ayudar a comprender la influencia del estrés en la adaptación psicológica y cultural y, por tanto, en el aprendizaje transformador de la competencia cultural.

5.3. Propuesta de modelo educativo para la inmersión cultural en Enfermería

En este apartado nos disponemos a presentar una propuesta de modelo, objeto de una validación en futuras investigaciones, que aporte luz sobre el diseño de una inmersión prolongada y profunda como estrategia formativa para potenciar el desarrollo de la competencia cultural. Esta propuesta intenta explicar que para contribuir a la transformación como persona-profesional competente culturalmente es necesario, por un lado, controlar la experiencia de estrés aculturativo a través de la comprensión e intervención de los factores moduladores del proceso de aculturación, y por otro lado, realizar una intervención educativa adecuada (Figura 48).

Este esbozo de modelo surge del análisis de los factores que modulan la adaptación psicológica y cultural, basándonos en evidencias encontradas en nuestro estudio y contrastadas con otras investigaciones para dar sustento teórico al factor aludido. Nos apoyamos fundamentalmente en dos referentes teóricos que contemplan los factores que influyen en el proceso de aculturación (Ward, 2001; 2016; Ryan y Twibell, 2002).

Tal y como representamos en la Figura 48, para que se produzca el efecto sobre el desarrollo de la competencia cultural, cada estudiante debe ser expuesto a un choque cultural influenciado por la distancia cultural entre la sociedad de origen y de acogida. Este choque se convierte en un estresor cultural que genera un estado de vulnerabilidad, pérdida de control y de autoeficacia del estudiante, produciendo una respuesta emocional negativa denominada estrés aculturativo (Sam y Berry, 2006). Si el estrés aculturativo se acompaña de estrategias de afrontamiento adaptativas, una respuesta emocional positiva y un aprendizaje cultural (Furnham y Bochner, 1986), se producirá una adaptación psicológica y una adaptación cultural. Para que se produzca esta doble adaptación, el nivel de estrés debe estar controlado y no bloquear el aprendizaje cultural. Asimismo, el aprendizaje cultural debe contribuir a la comprensión y disminución de los estresores culturales. Sin embargo, un nivel de estrés aculturativo muy elevado puede conducir al fracaso en la adaptación cultural y psicológica, es decir a un proceso de aculturación negativo (Albert, 2006). Este fracaso no sólo induce al sufrimiento del estudiante, sino que pone en riesgo el desarrollo de la competencia cultural (Koskinen, 2003).



Fuente: Elaboración propia

Figura 48 Modelo educativo para la inmersión cultural en Enfermería

Los factores moduladores identificados en esta investigación y propuestos en el modelo los hemos clasificado en tres áreas: personal, formativa y sociocultural.

5.3.1. Área personal

Los factores que recogemos en este apartado tienen que ver con aspectos particulares de cada estudiante como la personalidad, el nivel de competencia lingüística y la experiencia intercultural previa. Estos tres factores personales también están recogidos en el modelo de Ward (2001; 2016).

La personalidad y la madurez emocional

La “forma de ser” modula la percepción de los estresores culturales e influye en que el afrontamiento del estrés aculturativo sea más o menos adaptativo. Aunque en nuestro estudio no recogimos información sobre los rasgos de personalidad, si hemos podido captar expresiones en el grupo de estudiantes que aluden a la influencia de “su forma de ser” en la experiencia de estrés.

Unas de una forma y otras de otra dependiendo de la personalidad de cada una... Unas nos guardábamos las cosas para adentro y nos sentíamos peor y más incapaces y lo pasábamos peor. (Est_5_ES_2006)

El metanálisis de Wilson (2012) mostró una asociación positiva entre los rasgos de personalidad (estabilidad emocional, amabilidad, extraversión, iniciativa social, y apertura mental) y los procesos de aculturación adaptativos de los y las estudiantes internacionales. Las personas con rasgos de apertura se caracterizan por ser curiosas con el medio externo e interno, interesados por las ideas nuevas y valores no convencionales. Asimismo, las personas con rasgos de amabilidad son confiadas y solidarias, y las personas con rasgos de extroversión son atrevidas y tienden a relacionarse con otros.

Estas características personales de extroversión, amabilidad y apertura mental favorecen que el choque cultural no sea tan impactante y que el estrés aculturativo pueda atenuarse al ser la persona proclive a una mayor interacción con la sociedad de acogida. El metanálisis de Connor-Smith y Flachsbarth (2007), que revisa la relación entre estos cinco factores de personalidad y las formas de afrontamiento, indica que

los factores de extroversión, apertura de mente y amabilidad tienen en común una alta tendencia a experimentar emociones positivas y se asocian a formas de afrontamiento de aproximación como la resolución de problemas, la búsqueda de soporte y la reestructuración cognitiva. El estudio de Wei y col (2007) también alerta sobre el perfil perfeccionista, ya que esta forma de ser puede contribuir a incrementar el nivel de estrés.

Por ello consideramos que, como docentes, tendremos que prestar atención al tipo de personalidad de cada estudiante. Por ejemplo, si prevalecen rasgos de no apertura o de introversión puede que estas personas no estén abiertas a lo novedoso y, por tanto, tengan una mayor percepción de amenaza por los estresores culturales, una respuesta emocional más negativa y estrategias de afrontamiento desadaptativas. Las personas con este tipo de rasgos necesitarán un mayor seguimiento y apoyo en las sesiones formativas y en las tutorizaciones que promuevan la adaptación. En la medida de lo posible también sería necesario asignarles una unidad de prácticas menos estresante.

El nivel de competencia lingüística previo.

El manejo del idioma es un elemento fundamental para la comunicación e interacción con las personas de la sociedad de acogida, lo que ayuda al manejo del estrés aculturativo. Un bajo nivel de conocimiento del idioma dificulta la comprensión de los códigos culturales y la interacción con el equipo de profesionales y pacientes, provocando más estrés aculturativo ante la percepción de no autoeficacia y una menor adaptación cultural.

En este estudio, tras identificar la dificultad en el manejo del idioma como estresor cultural, nos planteamos indagar sobre las diferencias en relación con el nivel de idioma previo. Con esta intención realizamos una matriz de codificación cruzando las referencias de codificación de estrés con el atributo de nivel previo de competencia lingüística de la clasificación de casos. Asimismo, para no ofertar una figura distorsionada a causa del diferente número de estudiantes por nivel de competencia lingüística, ajustamos los resultados al número de referencias de codificación por estudiante. Este análisis informa que las expresiones de estrés fueron más frecuentes e intensas en las personas con un nivel de competencia lingüística más bajo (Figura 49).

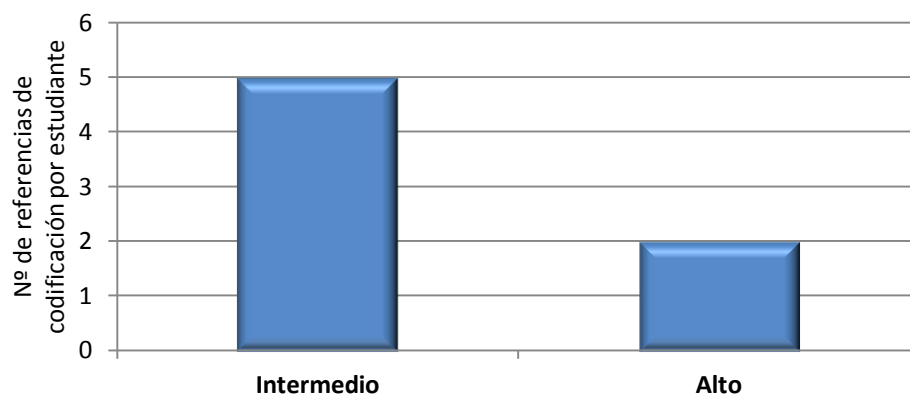


Figura 49. Número de referencias de codificación de estrés aculturativo según nivel de competencia lingüística previo.

Este resultado también ha sido recogido por otros autores (Brown, 2008; Yu y Shen, 2012; Wilson y col, 2013; Akhtar y Kröner-Herwig, 2015) que remarcan la relación positiva entre la competencia lingüística previa de los y las estudiantes internacionales y su adaptación psicológica y sociocultural.

Por tanto, es aconsejable que exijamos antes de la inmersión cultural un nivel intermedio (B1-B2) y a pesar de ello, valoremos el nivel de competencia lingüística de cara a la asignación en la unidad de prácticas y el seguimiento durante la inmersión. Ryan y Twibell (2002) no incluyen este factor en su modelo, puede ser atribuible a que lo validaron con una investigación sobre una inmersión de 2-3 semanas, con lo cual no se exigía un nivel de idioma para interactuar con profesionales y pacientes.

La experiencia previa intercultural.

La experiencia previa intercultural implica encuentros interculturales previos en los que se experimentan choques culturales. Es lógico pensar que estos encuentros pueden generar un aprendizaje intercultural y favorecer la apertura de mente y, por tanto, contribuir a la modulación del estrés aculturativo en posteriores encuentros culturales. Con el fin de explorar si nuestros y nuestras participantes manifestaban diferentes tonalidades de la experiencia de estrés realizamos una matriz de codificación cruzando la categoría estrés aculturativo con la clasificación de casos por experiencia previa intercultural. Los resultados de las referencias de codificación los ajustamos al número de referencias de codificación por estudiante para que la gráfica

no diese lugar a equivocaciones (Figura 50). No obstante, queremos aclarar que la intencionalidad de este análisis no era corroborar una diferencia desde de una perspectiva cuantitativa, sino indagar en la diferente experiencia de estrés. Este análisis nos informó que la expresión de estrés era menos frecuente e intensa en las personas que habían tenido una mayor experiencia intercultural previa.

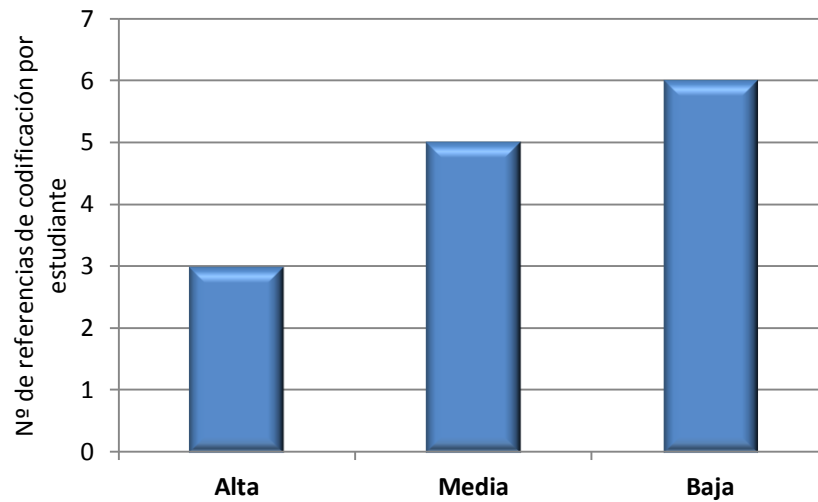


Figura 50. Número de referencias de codificación de estrés aculturativo según nivel de experiencia previa intercultural.

Este resultado también fue identificado en otros estudios sobre inmersiones culturales de estudiante en Enfermería (Koskinen y col, 2004; Duffy, 2005). En esta misma línea, tanto el meta-análisis de Wilson y col (2013) como el estudio de Akhtar y Kröner-Herwig (2015), confirman que la experiencia cultural previa se asocia a una mejor adaptación psicológica y sociocultural en los y las estudiantes internacionales y ,por tanto, una vivencia menos estresante. La experiencia previa en otras culturas contribuye a desarrollar una mayor conciencia cultural, lo que ayuda a comprender mejor la construcción cultural de las propias conductas y de las de la sociedad de acogida (Ward 2005; 2016) y contribuye a un menor estrés aculturativo.

Por tanto, que el equipo de docentes conozca la experiencia previa intercultural de cada estudiante y la valoración de dichas experiencias ayudará a valorar los recursos personales para hacer frente al estrés aculturativo y a anticipar la percepción de vulnerabilidad que puede sentir cada estudiante.

5.3.2 Área formativa

En este área recogemos los elementos de tipo formativo que consideramos moduladores en la percepción del estrés cultural. Desde nuestra perspectiva estos factores a nivel formativo son fundamentales ya que son los únicos susceptibles de intervención directa, cuya modificación va a contribuir a que el proceso de aculturación pueda ser más adaptativo, y por tanto a que el estrés cultural se mantenga suficientemente controlado. Los factores que recogemos en esta área son la formación previa, el tipo de inmersión y de unidad clínica, las estrategias formativas durante la inmersión y la creación de una red de apoyo.

La formación cultural previa.

Por formación previa entendemos aquellas estrategias pedagógicas realizadas antes de la inmersión que potencian el desarrollo cognitivo y actitudinal suficiente con objeto de graduar la experiencia de choque cultural y ejercer de factor protector del estrés aculturativo.

El grupo de estudiantes ENI manifestó que la formación previa recibida en las Escuelas de Verano, las Conferencias de Familia y el programa de orientación previo les ayudó en la comprensión de la cultura del país de acogida, del sistema sanitario, y de la perspectiva enfermera y, por tanto, en la adaptación cultural. Los ejercicios de contraste de las diferencias y similitudes y el análisis de los factores contextuales que influyen la construcción cultural del cuidado facilitaron una mayor conciencia cultural. Además, indican que estas estrategias pedagógicas de choque cultural les ayudaron a amortiguar la intensidad del choque cultural en el país de acogida y a favorecer la adaptación psicológica y cultural.

A mi me ha ayudado también la Escuela de Verano, porque nos ibais introduciendo al choque cultural, al análisis de las diferencias y similitudes y vas experimentando pequeñas cosas, como diría... pequeños shocks, que te van preparando para el gran shock del intercambio. Hombre... lo hubiésemos hecho, el choque hubiese sido mucho mayor, pero lo hubiésemos hecho, pero creo que el aprendizaje no hubiese sido tan profundo. Yo lo entiendo como una rehabilitación, tienen que ir poco a poco. (Est_5_ES_2006)

Este factor es contemplado por Ward (2001; 2016), y Ryan y Twibell (2002) pero en ambos casos sólo contemplan la presencia de los conocimientos previos sobre la

cultura de acogida. En concreto, Ryan y Twibell (2002) identificó que el 80% de los y las estudiantes de Enfermería en una inmersión valoraban que los conocimientos culturales adquiridos previamente a la inmersión fueron relevantes para su proceso de adaptación. Ward (2005; 2016) y Zhou (2008) también subrayan la importancia de este factor en los procesos de aculturación. En este mismo sentido, Koskinen y Tossavainen (2004) aportaron que la falta de formación previa favoreció el desconocimiento, la ansiedad y la frustración en estudiantes de Enfermería en una inmersión larga.

La formación previa es de suma relevancia, sobre todo para los y las estudiantes que no tuvieron una experiencia previa intercultural. Además de las estrategias que el alumnado reconoció como facilitadoras, queremos enfatizar la importancia de la metodología a emplear. Es importante incluir la reflexión crítica sobre los pequeños choques culturales provocados, con el fin de preparar para la introspección, promover la conciencia cultural y la dimensión afectivo-actitudinal que les preparará para el gran choque de una inmersión profunda y que supone una introducción en el desarrollo de la competencia cultural.

El tipo de inmersión

El tipo de inmersión recoge tanto la duración de la inmersión como la ubicación donde se realizan las prácticas. El nivel de profundidad de la inmersión, su duración y el ámbito de la práctica clínica son aspectos que también actúan avivando o atenuando los estresores culturales y el desarrollo de la competencia cultural.

La duración de la inmersión, si es larga, se acompaña de experiencias más estresantes al tener un contacto más directo y prolongado con los estresores culturales que las inmersiones cortas. El grupo de estudiantes ENI manifestó diferencias en la percepción de estrés aculturativo entre la inmersión corta (Escuelas de Verano) y la inmersión larga y profunda en la que eran responsables de una atención sensible a la cultura.

Nosotras en la escuela de verano, es muy diferente, nos juntamos y vivimos algo de choque pero la realidad es diferente. Cuando realmente te das cuenta es cuando te metes tu sola y te enfrentas a la cultura del otro lugar. A eso le llamo la no realidad. Ya sé que lo otro también es real, pero no es la realidad de lo que estamos viviendo. O cuando vas de vacaciones y no te juntas con nadie, si tienes un pequeño contacto pero no vives dentro de la cultura. (Est_2_RU_2004)

Vande Berg y Paige (2012) también confirman que a mayor profundidad de la inmersión se genera un mayor estrés aculturativo en cada estudiante. A su vez, Pan (2015) indica que a mayor duración se genera un mayor nivel de aprendizaje cultural. Por otro lado, según Zorn (1996), las inmersiones de mayor profundidad y duración tienen un mayor efecto en el desarrollo de la competencia cultural. El resultado de estos estudios podría apoyar indirectamente la necesidad de momentos críticos o de cierto nivel de estrés aculturativo para promover el aprendizaje de la competencia cultural.

Con el fin de indagar las diferencias en el estrés dependiendo del ámbito de práctica clínica realizamos una matriz de codificación que cruzaba estrés aculturativo con el tipo de unidad clínica en la que realizaron las prácticas. Las unidades clínicas se clasificaron en tres tipos: unidades generales, Atención Primaria, y unidades especiales. En las unidades especiales se agruparon los servicios de Pediatría, Urgencias, Cuidados intensivos y Salud mental. Este análisis nos permitió ver en el discurso del grupo de estudiantes, que el ámbito de la práctica clínica aparece como un factor modulador del estrés aculturativo, a pesar de que este elemento no ha sido identificado en otras investigaciones.

Como os he comentado creo que fue la dificultad de la unidad. Urgencia es una unidad dura, muy rápida, donde el paciente es nuevo cada vez y no te permite establecer una relación más continua y lenta que, es el tipo de relación que necesitamos las persona que no tenemos destreza en el idioma. Necesitas conocer más cosas que en otras unidades. (Est_3_RU_2007)

Asimismo en la Figura 51, podemos identificar que el alumnado asignado a las unidades especiales tuvo un número de referencias de estrés superior al de los estudiantes de las unidades generales y de Atención Primaria. Las unidades especiales requerían un nivel competencial mayor, una respuesta más inmediata a las necesidades de los y las pacientes y un mayor dominio del idioma para interactuar con los profesionales en situaciones especiales y urgentes, lo que conlleva una mayor exigencia del estudiante y un mayor nivel de estrés que las unidades generales.

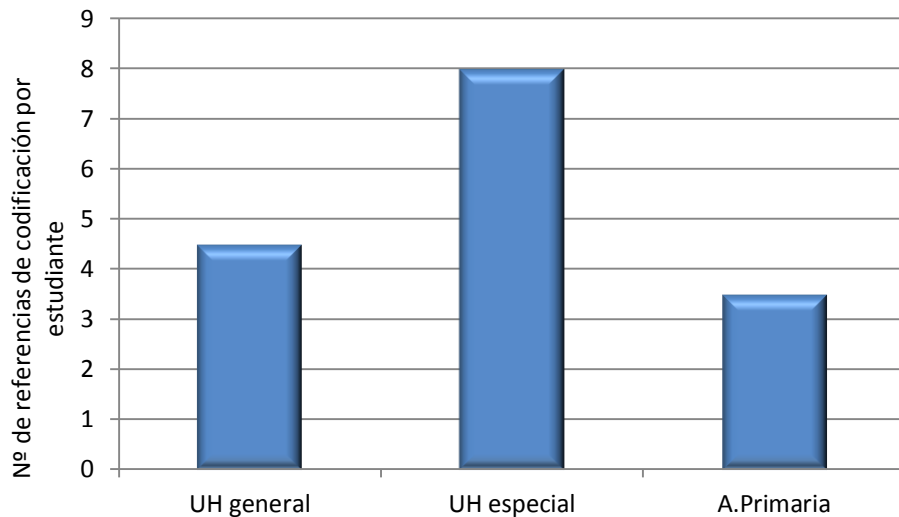


Figura 51. Referencias de codificación de estrés por estudiante según el ámbito clínico.

Este factor se podría tener en cuenta a la hora de asignar el tipo de unidades clínicas dependiendo de la personalidad, el nivel de competencia lingüística y la experiencia previa de cada estudiante. No obstante, no se trataría de imponer una unidad u otra si no de orientar al estudiante en la elección de la unidad de prácticas, sin vulnerar su motivación, que es el motor de su aprendizaje.

Por tanto, para que se intensifique el efecto en el desarrollo de la competencia cultural proponemos una inmersión prolongada y profunda en una unidad de cuidados donde el o la estudiante sienta autoeficacia cuidando a personas de otras culturas. En nuestro estudio, la adaptación cultural y psicológica surgió en la séptima semana; por tanto, asumimos que inmersiones con una duración menor no tendrían un resultado tan efectivo en el proceso de adaptación cultural y psicológica. Entendemos que inmersiones más corta y menos profundas generan menor estrés aculturativo pero también un efecto menos profundo.

Estrategias formativas durante la inmersión

Durante la inmersión, el diseño formativo adquiere un peso clave para ayudar a gestionar el estrés aculturativo, lograr un proceso de adaptación cultural adecuado y promover el desarrollo de la competencia cultural (Cohen, 2005; Vande Berg, Connor-Linton y Paige, 2009; Engels, 2009).

En este estudio, el grupo de estudiantes consideró las estrategias formativas planificadas durante la inmersión como recursos relevantes en la disminución de los estresores culturales y la respuesta emocional negativa. Dentro de estos recursos de ayuda, el alumnado reconoció que tanto las sesiones de formación, como las de tutorización, les sirvieron de ayuda para atenuar el estrés aculturativo (Figura 52).

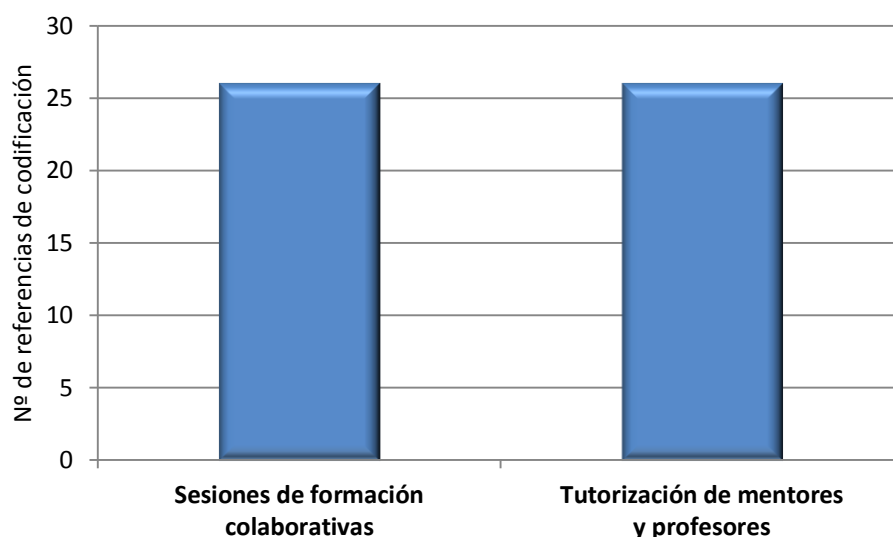


Figura 52. Recursos formativos de apoyo a la adaptación.

Las sesiones de formación se han agrupado en sesiones psico-socio-afectivas y sesiones de construcción de conocimiento. Los y las estudiantes destacaron la gran ayuda de las sesiones psico-socio-afectivas en el manejo del malestar emocional. Estas sesiones les proporcionaron la posibilidad de profundizar en la experiencia emocional, desarrollar estrategias de afrontamiento y por consiguiente mejorar la adaptación psicológica.

Esto es fascinante... las sesiones de reflexión (sesiones psico-socio-afectivas) es un momento superimportante. No solo puedes expresar cómo te sientes y no sentirte una porquería, sino que ves que tu vivencia tiene un sentido, que le pones un nombre, que no te pasa solo a ti, que no solo eres normal, sino que lo estás haciendo bien. (Est_1_RU_2007)

Koivuluhta y Puhakka, (2013) defienden la importancia de sesiones de carácter psico-socio-afectivas en estudiantes universitarios. Por un lado, estas sesiones de orientación con un enfoque dialógico promueven el autoanálisis de la experiencia emocional, y la adquisición de herramientas de autoayuda para acceder a registros emocionales más efectivos y saludables. Estas herramientas les ayudaran a superar el malestar emocional y controlar el estrés aculturativo necesario para el éxito en el

proceso de aculturación y el posterior desarrollo de la competencia cultural. Por otro lado, estas sesiones psico-afectivas se pueden utilizar para reforzar el efecto de la experiencia de ser minoría dentro de un grupo cultural mayoritario. La introspección sobre su proceso se puede acompañar con ejercicios que les permitan proyectar sus experiencias en los y las pacientes de otras culturas. Este tipo de estrategias les permitirá fomentar aspectos de la dimensión afectiva-actitudinal de la competencia cultural como la empatía, el deseo y la humildad cultural.

El otro tipo de las sesiones colaborativas van dirigidas a incrementar la construcción de conocimiento cultural y fomentar la reflexión crítica encaminada a inducir el cuestionamiento y reconstrucción de los marcos conceptuales que permitan un cambio en los marcos de referencia y una mayor conciencia cultural. Estas sesiones les ayudaban en la comprensión de las diferencias culturales. En éstas se reflexionaba sobre los aspectos políticos, culturales e históricos del país de acogida y cómo podían influir en los diferentes valores y comportamientos culturales, por ende les ayudó a manejar mejor los estresores culturales y contribuir a la mejora de la adaptación cultural.

Las sesiones nos ayudaban a conocer más sobre aspectos del cuidado y el impacto de la cultura y la legislación del país. Creo que es muy importante tener a personas formadas y experimentadas que apoyen el proceso con dinámicas educativas cuestionadoras y rompedoras. Creo que eran muy productivas y te ayudaban a entender. (Est_1_RU_2006)

En esta línea Zhou (2008), subraya la necesidad de incluir en los procesos formativos conocimientos de la cultura del país de acogida y cómo las personas perciben e interpretan su experiencia intercultural. Ward (2005; 2016), apoyándose en la teoría del aprendizaje cultural de Furnham y Bochner (1986), defiende que para adaptarse socioculturalmente es necesario adquirir una gran cantidad de conocimientos culturales y habilidades sociales de la sociedad de acogida.

Las sesiones de tutorización individual con las mentoras o tutoras docentes de la práctica clínica y con las profesoras de Escuela fueron reconocidas tanto para la adaptación psicológica como para la adaptación cultural. Este rol de las docentes y tutoras ha sido defendido como un papel esencial, como mediadoras culturales y facilitadoras del aprendizaje cultural y de la adaptación psicológica (Koskinen

Koskinen y Tossavainen 2003; Drake, 2004; Apfelbaum y col, 2012; Zhuang y col 2013; Mikonnen, 2016).

Sí, la tutorización me ayudaba mucho, trabajaba mucho con el feedback, me escuchaba mucho, me aclaraba cuales dudas que tenía sobre qué aspectos eran personales de una enfermera o eran temas más generales y culturales. Cuando estaba más baja emocionalmente me escuchaba, empatizaba conmigo y me ayudaba a salir de esa sensación. Sacaba lo mejor de mí para seguir adelante. Eran personas que sabían de la experiencia y eso ayudaba mucho, tenían experiencia y eran conocedoras de las diferencias y de los factores que estaban influyendo, entonces te hacían preguntas que ayudaban a que reflexionases. (Est_2_HO_2003)

Paige y Goode (2009) señalan que la competencia de mentores y mentoras culturales es una clave esencial del éxito del alumnado. Por tanto, de acuerdo con Chavez y col (2010), destacamos, la importancia de mantener encuentros sistemáticos donde se revisen las expectativas, las necesidades de los y las estudiantes, el proceso de aculturación y el desarrollo de la competencia cultural. En estos procesos la cercanía con las mentoras ayuda a facilitar la reflexión significativa sobre la experiencia. Es más, Duffy (2005) indica que algunos estudiantes no pudieron superar las primeras fases de la adaptación por falta de apoyo de los mentores. Tanto el equipo mentor como el profesorado de referencia actúan como mediadores culturales, facilitan el conocimiento y aportan un gran apoyo emocional (Koskinen Koskinen y Tossavainen 2003; Drake, 2004; Apfelbaum y col, 2012; Zhuang y col 2013; Mikonnen, 2016).

A pesar de que ninguna de estas estrategias formativas esté contemplada en los modelos Ward (2001; 2016), ni de Ryan y Twibell (2002), enfatizamos la importancia de planificar y adaptar las sesiones formativas y las tutorías, de forma que compensen el estrés aculturativo de otros factores y potencien la competencia cultural. Por ello, proponemos la planificación de sesiones colaborativas de tipo psicoafectivo y de construcción de conocimiento cultural, así como tutorías individuales con diferentes propósitos que han probado su efectividad a la hora de disminuir los estresores, atenuar el estrés aculturativo y promover la competencia cultural.

La Red de apoyo.

La calidad de la red de apoyo es un factor importante a contemplar dentro del proceso de adaptación psicológica y cultural, ya que puede ayudar a aminorar la percepción del estrés aculturativo. Esa red de apoyo puede estar compuesta por estudiantes

internacionales que comparte simultáneamente la experiencia de la inmersión cultural o personas del país de acogida.

En los discursos de nuestros y nuestras participantes identificamos que la red de apoyo de sus compañeras de experiencia contribuyó a una mejor adaptación psicológica y cultural.

Sí, el grupo es importante, casi se convierte en un grupo de terapia donde, como habéis dicho, compartimos todo, nos desnudamos y nos volvemos a reconstruir. Cuando una perdía las fuerzas otra sacaba las fuerzas y animaba al resto. Cuando te hundes y ves las cosas negras, no lo ves del color real, si es un poco gris, lo ves negro y el grupo te ayuda a mirar de nuevo y a ver que es el momento el que te está cegando. Con las compañeras te sientes bien porque somos iguales, un día le tocaba a una y otro a otra. Unos por una razón y otros por otra. (Est_4_RU_2003)

Sanner (2002) en su estudio con estudiantes nigerianas que cursaban estudios de Enfermería en EEUU, identificó que el viajar y convivir con compañeros del país de origen aminoró las emociones negativas. Este tipo de soporte social, ante situaciones de estrés, se asocia con estrategias de afrontamiento adaptativas y con un nivel menor de distress emocional (Yusoff, 2011). A pesar de que otros autores identifican que la red contactos con las personas del país de acogida facilitan el aprendizaje cultural y amortiguan los efectos negativos del proceso de aculturación (Bochner, 2013; Geeraert y Demoulin, 2013; Kim y McKay-Semmler, 2013; Sirin y col 2013, Lee y Ciftci, 2014), creemos que con las personas “extranjeras” en su misma situación se producen procesos de identificación que facilitan más la expresión de emociones y la comprensión del malestar emocional.

Para ayudar en el proceso de adaptación psicología y cultural, proponemos impulsar la creación de redes de apoyo de ambos tipos. Este estudio y el de Sanner (2002) indican que la red creada por iguales supuso un apoyo fundamentalmente a nivel emocional, ayudándoles a gestionar el estrés aculturativo. Sin embargo, la red de apoyo con personas del país de acogida principalmente facilitan el aprendizaje cultural y, en ese sentido, amortiguan los efectos negativos del proceso de aculturación (Bochner, 2013; Geeraert y Demoulin, 2013; Kim y McKay-Semmler, 2013; Sirin y col 2013, Lee y Ciftci, 2014) pero no son tan efectivas en la gestión emocional y por tanto en la adaptación psicológica (Sakurai, McCall-Wolf y Kashima, 2010).

5.3.3. Área socio-cultural

En esta área se incluirían todos los aspectos del contexto social que puedan influir en el estrés aculturativo y en la adaptación psicológica y cultural.

La distancia cultural se contempla como un aspecto del contexto social y representa el grado de diferencia que existe entre la cultura de la sociedad de origen y la cultura de la sociedad de acogida. La investigación indica que cuanto mayor es la distancia cultural mayor es el estrés aculturativo, lo que dificulta la adaptación cultural y psicológica de los y las estudiantes internacionales (Ward y Kennedy 1993; Benet-Martínez y Haritatos, 2005; Benet-Martínez, 2012).

En este estudio el estrés aculturativo generado por la diferencia en los valores y las prácticas culturales se ha presentado exhaustivamente en el informe de la segunda fase del proceso de aculturación. No obstante, aunque la distancia cultural entre la sociedad A y B sea la misma, el estrés que genere en los miembros de la sociedad A la inmersión en la sociedad B y viceversa no tienen por qué producir el mismo estrés aculturativo. Por un lado, esa diferencia va a depender del significado que se le otorgue a ese “valor cultural” en cada sociedad. Por otro lado, esta diferencia del estrés aculturativo también se puede atribuir, como indica Ward (2016), a la aceptación de la diversidad, a las expectativas y actitudes de aculturación, al clima sociopolítico y a las políticas multiculturales de la sociedad de acogida y de origen. De forma que si una persona procede de una cultura abierta a otras culturas, y la sociedad de acogida también es abierta, se espera que el estrés aculturativo sea menor.

En este estudio realizamos un pequeño intento por comprender en alguna medida la cultura de origen como factor social. Para ello realizamos una matriz de codificación que cruzaba el estrés aculturativo con el atributo “país de origen” de la clasificación de casos (Figura 53). Este análisis nos ayudó a identificar algunas diferencias en la frecuencia de expresiones de estrés, pero sobre todo queremos resaltar la diferencia en la intensidad de emoción transmitida por el alumnado de los diferentes países.

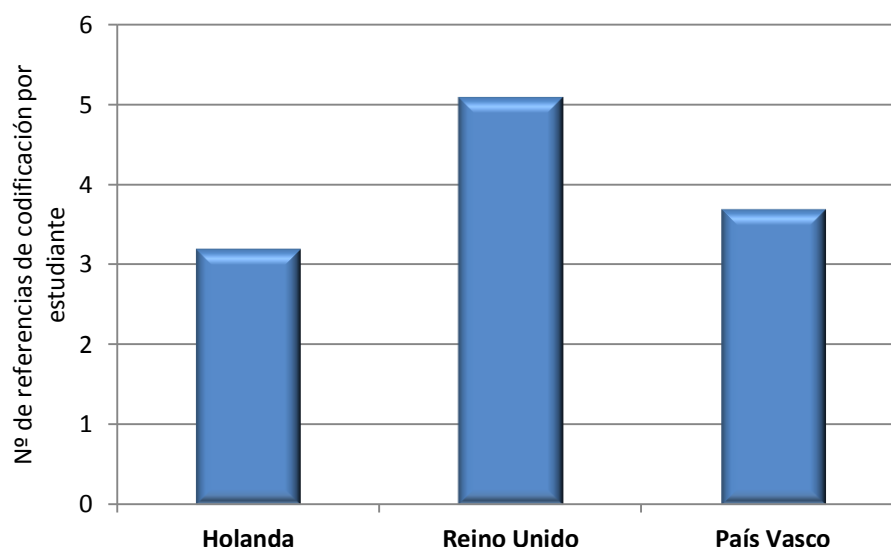


Figura 53. Referencias de codificación de estrés por participante según país de origen.

La menor intensidad emocional del alumnado holandés puede tener relación con el carácter más abierto de la cultural holandesa. Tal y como indican Martínez de Albeniz y Basurto (2003), las instituciones familiares y sociales holandesas potencian el desarrollo de la independencia, la reflexión, el conocimiento de uno mismo, la autoestima, la asertividad y la apertura al mundo, donde el viajar y enfrentarse a nuevas realidades y aprender otros idiomas tienen un significado positivo. Esta apertura hacia el mundo les provee de recursos que facilitan la inmersión en situaciones nuevas, y búsqueda de estrategias de forma proactiva, ampliando su capacidad de adaptarse cultural y psicológicamente.

Por tanto, a la hora de planificar las estrategias formativas y los procesos de orientación, tanto para estudiantes como para tutores es interesante estudiar y analizar las culturas de origen y de acogida. Estos análisis se sitúan a nivel macro y recogen los valores y los comportamientos marcados por la sociedad, el sistema educativo y el sistema sanitario. Para valorar el nivel de distancia cultural y los rasgos culturales que puedan conducir al choque recomendamos la utilización de modelos de análisis cultural como el modelo de dimensiones culturales de Hofstede (1999). Este conocimiento posibilitará prever posibles estresores y la necesidad de adaptar otras estrategias compensatorias para atenuar el estrés aculturativo.

En definitiva, como docentes es importante conocer el efecto que estos factores tienen a la hora de potenciar o proteger del estrés aculturativo y tenerlos en cuenta a la hora de diseñar programas de inmersión cultural. El abordaje sobre los factores moduladores que recogemos en la Tabla 20 permitirá que el nivel de estrés aculturativo sea suficiente para generar un efecto en la competencia cultural, pero no excesivamente elevado como para producir un bloqueo en el estudiante que le aboque al fracaso.

Tabla 20. Factores moduladores del proceso de aculturación y su efecto en el estrés.

Factores moduladores			Efecto	Naturaleza de la Intervención	
Factores previos a la inmersión	Área Personal	La experiencia previa intercultural.	↑ exp previa intercultural ↓ estrés	Valorable	
		El nivel de competencia lingüística previo.	↑ nivel de competencia ↓ estrés	Modificable Valorable	
		El tipo de personalidad y madurez personal.	rasgos de personalidad más estables, amables, extrovertidos y de apertura ↓ estrés	Valorable	
	Área formativa	Formación previa.	↑ formación ↓ estrés aculturativo	Modificable Valorable	
	Área social	La cultura y actitudes de aculturación de la sociedad de origen.	↑ actitudes Integrativas ↓ estrés	Valorable	
Factores durante la inmersión	Área formativa	El tipo de inmersión	La profundidad.	↑ implicación en la atención directa ↑ estrés	Modificable
			La duración.	↑ duración ↑ estrés	Modificable
			El ámbito de la práctica clínica.	↑ > especialización ↑ > estrés	Modificable
	Área formativa	El programa formativo	Sesiones formativas.	↑ cantidad y calidad de las sesiones ↓ estrés	Modificable
			La tutorización.	↑ cantidad y calidad de la tutorización ↓ estrés	Modificable
			La red de apoyo.	↑ cantidad y calidad de la red ↓ estrés	Modificable
	Área social	La distancia cultural entre la sociedad de origen y sociedad de acogida. La cultura social y actitudes de aculturación del país de acogida.		↑ distancia ↑ estrés ↑ actitudes Integrativas ↓ estrés	Valorable

Si el factor es susceptible de intervención, y su carácter es protector, lo potenciaremos para disminuir el estrés aculturativo. Si el factor es potenciador, y no es modificable, tendríamos que valorarlo para adecuar otras estrategias pedagógicas que faciliten el proceso de aculturación. Entendemos que estos efectos son sumativos, de forma que cuantos más factores protectores entren en interacción, habrá menos estresores culturales, la respuesta emocional será más positiva, y las estrategias de afrontamiento serán más adaptativas. En el diseño tendremos que equilibrar la presencia de estos factores, de forma que el nivel de estrés aculturativo sea suficiente para potenciar el desarrollo de la competencia cultural.

Algunos factores hay que contemplarlos en el país de origen y otros se tienen que abordar una vez que el alumnado esté en el país de acogida. Por tanto, es muy importante la coordinación entre las instituciones de origen y de acogida.

Esta propuesta de modelo proporciona una mirada integral e interdependiente de los factores que influyen en el proceso de aculturación. Presenta una serie de factores en el área formativa, que no son contemplados ni por Ward (2001; 2016), ni por Ryan y Twibell (2002). Estos factores son fundamentales ya que son los únicos susceptibles de intervención formativa, cuya modificación va a contribuir a que el proceso de aculturación sea más adaptativo y a que el aprendizaje transformador de la competencia cultural sea exitoso. Este modelo contempla factores del área personal y social que, si bien han sido recogidos por otros modelos, en esta propuesta emergen del proceso de aculturación experimentado por los y las estudiantes de Enfermería.

Por tanto, esta propuesta puede servir de ayuda en el diseño y planificación de los programas formativos en el país de origen y durante la inmersión prolongada en el país de acogida. Una intervención formativa orientada bajo esta propuesta entendemos que facilita un proceso de aculturación adaptativo y a su vez un aprendizaje transformador de la competencia cultural.

Esto se traduce en que, como docentes, tendremos que planificar e implantar intervenciones, antes y durante la inmersión que actúen sobre los factores moduladores del estrés aculturativo del alumnado.

Capítulo VI. Conclusiones

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

Esta tesis nos ha permitido indagar sobre el proceso de aculturación durante una inmersión cultural prolongada y sus efectos inmediatos y mediatos en un grupo de estudiantes de Enfermería. Fruto de estos resultados, hemos podido comprender mejor los aspectos a tener en cuenta durante la inmersión cultural para potenciar el desarrollo de la competencia cultural.

Es importante señalar que, desde nuestro conocimiento, es la primera investigación en el ámbito de la formación en Enfermería que ha realizado un seguimiento de las fases en el proceso de aculturación. A su vez, este estudio aporta los efectos a corto y a largo plazo en el mismo grupo de participantes que, hasta ahora, tampoco han sido recogidos en la literatura. La perspectiva cualitativa utilizada aporta un conjunto de información más amplio y profundo al aportado en otras investigaciones de corte cuantitativo y ha permitido cotejar si el efecto autopercibido era coherente con el discurso de los participantes.

6.1.1. Sobre el proceso de aculturación durante la inmersión cultural

En esta investigación confirmamos que la inmersión prolongada de 14 semanas con una implicación en la práctica clínica en una cultura sanitaria diferente somete al estudiante a un choque cultural que genera estrés aculturativo y malestar emocional.

El estudio de los cambios emocionales ante los estresores culturales nos ha permitido identificar, por primera vez en la bibliografía revisada sobre la inmersión de estudiantes en Enfermería, tres fases en el proceso de aculturación: una primera fase de inquietud estimulante; una segunda fase, más intensa en la vivencia que habla de una crisis cultural y estrés aculturativo y finalmente una tercera fase en la que muestran la adaptación a la cultura. La diferenciación en la intensidad y características de las emociones del proceso de aculturación se reflejó en un patrón en J, diferente a los más habituales identificados en la única investigación encontrada con estudiantes internacionales de Demes y Geeraert (2015). El patrón en J de nuestra investigación

presenta similitudes y diferencias con el proceso de aculturación de las personas emigrantes descrito por otros autores. Ambos colectivos comparten la experiencia de vivir un choque cultural con un momento de malestar emocional más álgido. No obstante, el tránsito por las fases de aculturación es más positivo y rápido para el grupo de estudiantes ya que, los estresores, la situación socio-económica y legal, la duración de la estancia y el apoyo externo son muy distintos para ambos grupos.

Resaltamos que de las tres fases, la segunda fase es la más relevante, ya que durante las primeras cinco semanas de trabajo directo en la unidad de prácticas clínicas, es cuando se experimenta el momento más crítico a nivel emocional por el estrés aculturativo. Este estrés es necesario para el desarrollo de la competencia cultural pero necesita de intervenciones educativas concretas para no poner en riesgo dicho aprendizaje.

En el proceso de aculturación hemos podido explicar, con una descripción densa y profunda, que el desconocimiento de los códigos culturales, seguido de las dificultades en el manejo del idioma, son los estresores que generan mayor malestar emocional. En algunos estudios también se ha identificado el desconocimiento de los códigos culturales como estresor. No obstante, en nuestra investigación hemos podido ahondar más e identificar que la diferencia y desconocimiento de valores sobre la autonomía del paciente y la seguridad clínica es uno de los códigos culturales que más estrés genera. A pesar de su menor intensidad, también resaltamos el estresor de “sentirse diferente y fuera del círculo” por la gran relevancia que adquiere en el desarrollo afectivo actitudinal de la competencia cultural.

Ante la crisis cultural el grupo de estudiantes desplegó una serie de estrategias de afrontamiento que les han servido para manejar el estrés y por ende para realizar una adaptación psicológica y cultural. La estrategia más utilizada fue la reconstrucción de pensamiento positivo y con menor frecuencia el acercamiento al problema, la búsqueda de descanso y la búsqueda de apoyo.

Estas estrategias de afrontamiento adaptativas se facilitaron gracias a las sesiones formativas en las que se impulsó a compartir sus vivencias, comprender la naturaleza del choque cultural y buscar aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Los encuentros con los y las compañeras de la experiencia y tutores y tutoras docentes también facilitaron la adaptación psicológica y cultural. Por lo tanto, subrayamos la importancia de establecer actividades docentes que faciliten la utilización de los recursos internos del estudiante y el control del entorno, con el fin de mantener un nivel de estrés controlado que no se dificulte el aprendizaje.

Podemos hipotetizar una relación recíproca entre la adaptación psicológica y la adaptación cultural. Entendemos que la comprensión de los códigos culturales y el avance en la competencia lingüística facilitan la adaptación cultural y, por tanto, contribuyen a la disminución del estrés aculturativo. A su vez, la intervención sobre el estrés aculturativo facilita la adaptación psicológica y ésta propicia que el alumnado esté en disposición de poder aprender y adaptarse culturalmente.

De todas formas consideramos crucial que cada estudiante experimente el suficiente nivel de estrés para poder analizar y comprender los estresores culturales. Asimismo, es fundamental que tome conciencia del significado de “sentirse diferente y fuera del círculo”, vivencia que se deriva de estar solo dentro de una cultura mayoritaria y dominante. Durante esta experiencia es igualmente de vital importancia poner en marcha estrategias pedagógicas que por un lado, ayuden al control del estrés y por otro, faciliten la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes de la competencia cultural.

Estimamos que estos resultados permiten comprender en mayor profundidad el proceso de aculturación de los y las estudiantes e identificar temporalmente las fases por las que transitan. Esta valiosa información facilitará que los equipos docentes identifiquen los patrones de normalidad y anormalidad de cada estudiante y establezcan estrategias pedagógicas, adecuadas en el tiempo, que promuevan una experiencia de aprendizaje fructífera.

6.1.2. Sobre el efecto inmediato y mediato de la inmersión cultural

La inmersión cultural del programa formativo ENI contribuyó a que el alumnado desarrollase un gran efecto, tanto a corto como a largo plazo, a nivel de la competencia cultural, junto con un crecimiento personal y profesional, que condujo en

la mayoría del grupo de participantes a la transformación. Esta transformación implica el emprender acciones de cambio en la práctica propia y colectiva que potencien una atención sanitaria empoderadora y congruente con la cultura.

Esta investigación indica que para dar respuesta al desarrollo de la competencia cultural es necesario establecer estrategias pedagógicas que inicien procesos transformadores y reconstruyan los marcos de referencia y las perspectivas de significado desde las que se pueda interpretar el mundo con una mirada distinta.

Es importante aprovechar la inmersión como una estrategia formativa en sí misma, rescatando las situaciones de choque cultural como incidentes críticos. A través de la reflexión crítica de los incidentes los y las estudiantes desarrollan, a corto plazo, un mayor conocimiento cultural y una mayor conciencia de ambas culturas y de los factores contextuales que influyen en las prácticas de salud. La mayor comprensión y conciencia cultural ayuda a reconstruir los marcos de referencia y a adquirir nuevas perspectivas de significado, impulsando la apertura de mente y dando lugar al inicio de un aprendizaje transformador.

Para que se produzca este aprendizaje a corto plazo es necesario un nivel de estrés controlado por los recursos personales y las actividades formativas. La introspección sobre su vivencia de sentirse diferente, y la proyección de dicha experiencia en las personas de otras culturas, tienen un fuerte impacto en el crecimiento de la dimensión afectiva que es el impulsor de la competencia cultural. Resaltamos, en esta dimensión, el papel que juega la empatía en el deseo por acercarse al diferente. El impulso de esta dimensión afectiva, junto con la reflexión en las sesiones formativas sobre intervenciones enfermeras, fomenta la capacidad para valorar, comunicarse y adquirir habilidades de negociación para dar un cuidado sensible a la cultura.

La inmersión también favorece a corto plazo el crecimiento a nivel profesional, clarificando su ideal como enfermera. La observación y reflexión de la diferente cultura profesional intensifica la interiorización de valores profesionales como la atención integral y la autonomía del paciente. En este crecimiento inicial también adquieren mayor capacidad de reflexión, el desarrollo de herramientas básicas para mejorar la interacción con el paciente y un mayor compromiso por contribuir al cambio de la

práctica. Además, abrirse a las posibilidades del campo disciplinar ayuda a valorar la profesión y fomentar su disposición para su desarrollo profesional.

Paralelamente, se produce un crecimiento personal derivado de gestionar las emociones y tomar conciencia de la superación de los desafíos, lo que propicia un fortalecimiento de la autoestima y una mayor autonomía personal.

Al cabo de diez años, el grupo de estudiantes manifiesta que la inmersión dentro del programa ENI ha marcado un antes y un después. El crecimiento personal, profesional y de la competencia cultural actúan sinérgicamente consiguiendo que el efecto del aprendizaje se consolide y se fortalezca con el tiempo, impulsando que aquel ideal enfermero/profesional que habían concebido durante la inmersión, se acerque a la realidad y se transforme en acciones profesionales.

A largo plazo el efecto en la competencia cultural va cambiando. La dimensión afectivo-actitudinal persiste con mayor fuerza, reflejando un aprendizaje significativo. La competencia cultural pierde peso en sus discursos y la profesionalidad toma un mayor protagonismo. Consideramos que esto no implica que la competencia cultural se desvanezca, sino que incorporan los atributos de dicha competencia en la práctica profesional habitual al entender, en última instancia, que todos somos diferentes.

El efecto transformador del aprendizaje se manifiesta a lo largo de los años, al asumir retos profesionales más complejos, emprender acciones de liderazgo y actuar como agentes de cambio, potenciando una práctica profesional que empodera a los y las pacientes. Para que estos profesionales puedan responder a estas demandas necesitan fortalecer y ampliar los efectos adquiridos a corto plazo. La actitud proactiva les impulsó a adquirir una sólida formación que, junto con el compromiso con el cambio y la experiencia profesional adquirida a lo largo de los años por una práctica reflexiva, generó una mayor autoestima profesional. Esta autoestima, unida al crecimiento personal y el hecho de ser conocedores de que la perspectiva de cuidado interiorizada era posible en otros contextos, les fortaleció para emprender nuevos cambios.

Resaltamos la responsabilidad del grupo de docentes de poner el punto de mira en el nivel más alto de aprendizaje transformador que implica el llevar a cabo acciones que

contribuyan a un cambio social. Consideramos, en base a los resultados, que la utilización de una dinámica formativa orientada por las fases del modelo de aprendizaje transformador es efectiva para lograr este nivel de aprendizaje. Es importante incluir en estas sesiones formativas el trabajo del autonocimiento y la gestión emocional ya que, a pesar de que no esté contemplado dentro de las fases del modelo de aprendizaje transformador, contribuye a mejorar el rendimiento, reforzar los logros e incrementar la autoestima necesaria para contribuir al cambio.

6.1.3. Propuesta de un modelo educativo en una inmersión cultural

El análisis de los resultados de los objetivos 1 y 2 nos ha permitido identificar algunos de los factores que intervienen en la adaptación cultural, en la adaptación psicológica, en el desarrollo de la competencia cultural y en la transformación. A partir de este conocimiento, esbozamos una propuesta de modelo educativo, objeto de una validación en futuras investigaciones, que pueda orientar el diseño programas formativos con una inmersión cultural como estrategia de desarrollo de la competencia cultural.

Esta propuesta de modelo presenta una visión sistémica cuyo núcleo es el proceso de aculturación como estrategia educativa impulsora del aprendizaje de la competencia cultural, acompañado del crecimiento personal y profesional. Desde esta visión sistémica se presentan los factores a tener en cuenta para controlar el estrés aculturativo y propiciar un mayor efecto en la transformación de cada estudiante como persona-profesional competente culturalmente. Los factores moduladores identificados y propuestos en el modelo se clasificaron en tres áreas: personal, formativa y sociocultural. Esta propuesta recoge una interdependencia entre los factores del mismo nivel y con los factores de otros niveles.

A nivel personal, es necesario considerar la forma de ser del estudiante, ya que aquella persona con rasgos de personalidad hacia la apertura y la extraversión cuentan con un punto de partida mejor para adaptarse culturalmente al ser más proclives a integrarse. En este mismo sentido, un buen nivel de idioma favorece obviamente la comunicación e interacción y facilita la integración. Otro factor a contemplar es la experiencia cultural previa, ya que las personas que se han expuesto a encuentros culturales

espontáneos o provocados tienen una mejor predisposición a abrirse a diferentes comportamientos profesionales lo que ayuda a una adaptación cultural y psicológica más rápida.

Otro tipo de factores identificados en esta investigación los ubicamos en el propio diseño de los programas de inmersión cultural prolongada. Creemos, en base a nuestros resultados, que la preparación previa consistente en encuentros culturales de diferente nivel es imprescindible para facilitar que el choque cultural sea más motivador que paralizante del aprendizaje y consecuentemente sea un factor que promueva la adaptación cultural y aprendizaje cultural. También queremos resaltar que los responsables de los programas formativos tienen que tener en cuenta los factores personales, aludidos anteriormente, para colocar al estudiante en unidades de prácticas que le expongan a un estrés aculturativo estimulante que pueda controlar. En este tipo de programas queremos acentuar el papel en el diseño de las sesiones formativas, ya que sobre ellas recae una parte muy importante del éxito tanto de la adaptación cultural y psicológica, como del desarrollo de la competencia cultural. En el transcurso de la inmersión no se puede obviar el papel relevante que juega la red de amigos y de personas en el manejo de su malestar emocional y en la respuesta a sus necesidades de aprendizaje cultural.

Finalmente, a nivel social resaltamos la importancia de que los programas formativos tengan en cuenta factores macro como la distancia cultural y las actitudes de aculturación entre los países participantes. A mayor distancia cultural se producirá mayor choque cultural, lo que puede conducir a una peor adaptación psicológica y cultural. Asimismo, es importante prestar atención a las estrategias de aculturación y la aceptación de la diversidad de las sociedades de acogida y de origen. De esta manera si una persona procede de una cultura abierta a otras culturas y la sociedad de acogida también es abierta, se espera que el estrés aculturativo sea menor.

Cómo hemos indicado previamente, el conocimiento de cómo opera cada uno de los factores y las intervenciones a realizar como docentes, puede orientar la planificación de futuras inmersiones de estudiantes que respondan a la meta de ser competente culturalmente.

6.2. Limitaciones y líneas futuras de investigación

El diseño de esta investigación ha sido planificado y llevado a cabo concienzudamente. No obstante a pesar de esta labor los resultados adolecen de algunas limitaciones que consideramos importante compartir:

- En la primera etapa de la investigación se realizaron, por año académico, dos grupos focales con el grupo de estudiantes extranjeros holandeses e ingleses durante su inmersión en el País Vasco y uno para el grupo de estudiantes del País Vasco que realizaban su inmersión en el Reino Unido. En el grupo vasco no pudimos realizar dos grupos focales a lo largo de la inmersión por la distancia. Esta limitación pudo provocar que parte de la riqueza de la vivencia del grupo vasco quedase amortiguada por el olvido. No obstante, en este grupo focal realizado al final de la inmersión insistimos en el recuerdo acerca de la experiencia desde el inicio al final y pudimos captar intensidad en las emociones y aspectos similares a los abordados en el otro grupo de estudiantes.
- En la segunda etapa del diseño, con el objetivo de analizar el efecto a largo plazo, solamente pudimos incluir en el grupo focal a todas las participantes del País Vasco. Tuvimos problemas para localizar a las personas de la universidad británica y holandesa en las direcciones de contacto registradas en sus expedientes y en las redes sociales. Hay que tener en cuenta que muchas de las mujeres en el Reino Unido pierden su apellido al casarse. Superar esta limitación hubiera contribuido a dibujar más fielmente los efectos de la inmersión a largo plazo.

La toma de conciencia de estas dificultades ha sido una oportunidad para aprender, y junto con la reflexión de los resultados finales de esta investigación, podemos abrir la puerta a futuras investigaciones. Estas líneas de investigación se podrían orientar hacia:

- Reproducir estudios sobre las fases del proceso de aculturación, dada su escasez. Estos estudios permitirán contrastar los resultados obtenidos en esta investigación y ofertar un conocimiento sobre la variabilidad del proceso de

aculturación en otros contextos formativos y culturales. Sería de especial interés comparar el proceso de aculturación de los y las estudiantes en inmersiones culturales en países en vías de desarrollo en contraposición con las realizadas en países desarrollados.

- Explorar el uso de estrategias de afrontamiento negativas o desadaptativas durante el proceso de aculturación, ya que permitiría saber en qué aspectos hay que intervenir para ayudar a cada estudiante a mejorar su adaptación psicológica y cultural.
- Reproducir estudios longitudinales sobre el efecto a corto y largo plazo, dada la escasez de los mismos, que permitirían contrastar los datos que emergen de este estudio.
- Estudiar el impacto en el sistema sanitario de la transformación vinculada al crecimiento personal, profesional y de la competencia cultural experimentado por los y las participantes. Este tipo de estudios permitirá obtener más información sobre la pertinencia de mantener este tipo de programas formativos.
- Desarrollar y validar una escala de medición de la competencia cultural y de la transformación en base a los resultados identificados. Esta escala incluiría aspectos relacionados con un interés crítico, no contemplados en otras escalas. El disponer de una escala validada más amplia servirá para evaluar, de forma pormenorizada, el progreso de cada estudiante a lo largo de la formación como enfermeras, y el efecto de la inmersión a corto y a largo plazo.
- Profundizar en el efecto de los factores moduladores explicitados en el modelo propuesto en el estrés aculturativo y en el efecto de la inmersión, con el fin de contribuir a su validación y/o modificación.
- Identificar el efecto a nivel de la competencia cultural de las inmersiones culturales en Enfermería *per se*, en contraposición con aquellas acompañadas de diferentes estrategias pedagógicas y diferentes niveles de apoyo formativo. Este conocimiento permitirá identificar la forma más costo-efectiva para potenciar la competencia cultural.

6.3. Implicaciones para la práctica docente

De los resultados de este estudio podemos extraer las implicaciones para mejorar los procesos educativos del aprendizaje de la competencia cultural con una inmersión prolongada y profunda en una cultura sanitaria diferente.

Resumimos las estrategias pedagógicas más relevantes encaminadas, por un lado, a facilitar un proceso de aculturación adecuado en los y las estudiantes, y por otro lado a potenciar el desarrollo de la competencia cultural con un aprendizaje transformador.

Estas estrategias se suman al planteamiento teórico adoptado para la formación de la competencia cultural, y presentado en los primeros capítulos de esta tesis.

6.3.1. Medidas docentes para gestionar el proceso de aculturación

La experiencia de un nivel de estrés aculturativo controlado es un fenómeno que consideramos indispensable para el aprendizaje de la competencia cultural. Los y las docentes deben vigilar la evolución del estrés aculturativo y la adecuada combinación de factores protectores y factores potenciadores de dicho estrés por el carácter sumativo de los mismos. La valoración y la actuación preventiva permitirá que el nivel de estrés aculturativo no sea tan intenso que se convierta en una barrea del aprendizaje o, en caso contrario, tan débil como para que no actúe como impulsor de dicho aprendizaje. Con este fin proponemos la valoración de ciertos factores y la implementación de acciones para controlar el estrés aculturativo.

Estas propuestas se recogen en la Tabla 21, que encuadra temporalmente las medidas sugeridas para aplicar en el país de origen y en el país de acogida. Todas estas medidas tienen que ayudar a cada estudiante a comprender y regular los estresores culturales y de esta forma anticiparse al malestar emocional que va a sentir.

Tabla 21. Propuestas para regular el estrés aculturativo.

Periodo	Aspectos a valorar	Actividades a realizar
En el país de origen y previo a la inmersión	<ul style="list-style-type: none"> • El grado de distancia cultural con la sociedad de acogida. • El nivel de experiencia cultural previa. • La personalidad y madurez personal. • El nivel de competencia lingüística. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programar formación acerca de la cultura propia y de acogida. • Programar formación acerca de cómo opera el choque cultural, y estrategias de afrontamiento a utilizar. • Ofertar formación en competencia lingüística.
En el país de acogida y durante la inmersión	<ul style="list-style-type: none"> • Los estresores culturales. • El grado de choque cultural, la respuesta emocional para identificar el nivel de estrés aculturativo. • La relación con el tutor docente y las unidades clínicas. • La progresión de la adaptación a la cultura • Valorar la presión académica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar un programa de acogida y orientación. • Adecuar la asignación de la unidad al perfil y motivación del alumnado. • Establecer un tutor docente y un profesor de referencia. • Preparar e informar al equipo docente, a las tutoras de las unidades clínicas y profesoras responsables del seguimiento del alumnado, de la importancia de su rol, las características del alumnado y cómo realizar su seguimiento. • Programar sesiones de formación sobre la cultura del país de acogida que faciliten la adaptación cultural. • Programar sesiones psico-socio afectivas que ayuden a comprender el efecto del estrés aculturativo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. • Adecuar la programación de las sesiones dependiendo de las características del alumnado • Poner en marcha estrategias de creación de redes de apoyo para el alumnado.

Fuente: Elaboración propia.

6.3.2. Estrategias pedagógicas para el desarrollo de la competencia cultural

La preparación para la gestión emocional, mencionada previamente, está intrínsecamente relacionada con las estrategias pedagógicas para el aprendizaje de todas las dimensiones de la competencia cultural, sobre todo con la afectivo-actitudinal.

Las estrategias pedagógicas tienen que propiciar un aprendizaje experiencial y significativo, que les estimule intelectualmente, les active a nivel actitudinal y les prepare para los cambios en los marcos de referencia que tienen que emprender. Este tipo de estrategias requieren que el alumnado ocupe un lugar central y activo. Asimismo, es recomendable que este proceso formativo sea continuo y gradual a lo largo de la carrera, e incluya una variedad estrategias pedagógicas que permitan que la persona alterne momentos críticos-reconstructivos, con momentos de integración y

maduración. Es necesario que vivan estos procesos de forma cíclica o recursiva, de forma que vuelvan a experimentar nuevas situaciones, reflexionar sobre ellas favoreciendo el avance en la integración de los atributos de la competencia cultural. Dichas metodologías activas deben favorecer procesos metacognitivos que impulsen la toma de conciencia del cómo y por qué de sus pensamientos, valores y creencias. Estos procesos les permitirán inducir a la reflexión sobre el poder y el control en la relación terapéutica con personas de otras culturas, y establecer conexiones entre la diversidad cultural y las desigualdades estructurales y de salud. Todas estas medidas también necesitan de una implantación en el país de origen y por supuesto, en el país de acogida durante la inmersión.

- **Formación previa a la inmersión en el país de origen**

La formación previa es muy importante de cara a la preparación de cada estudiante para analizar la construcción cultural de muchos comportamientos en el sistema sanitario. Además, la formación en el país de origen tiene que acercar al estudiante a los conocimientos genéricos y los conocimientos específicos de la cultura sanitaria del país que van a visitar. Proponemos algunas estrategias pedagógicas para activar el desarrollo de los atributos de la dimensión cognitiva, afectivo actitudinal y conductual de la competencia cultural:

- **Estrategias de autovaloración:** Tratan fundamentalmente de ejercicios de reflexión y cuestionarios sobre los conceptos, creencias y actitudes previos sobre un determinado tema. Estas estrategias pueden utilizar como detonante: la entrega de un juego de valoración de su propia competencia cultural, el análisis de videos (documentales, películas), y el análisis de casos o situaciones del ámbito sanitario. Estos ejercicios permiten al alumnado descubrir su punto de partida y tomar conciencia de las creencias erróneas y las consecuencias de las mismas. Estas estrategias se pueden realizar individualmente o en el proceso de un encuentro de estudiantes de diferentes culturas identificando que respuesta dan a las situaciones analizadas desde las diferentes culturas.
- **Clases teóricas expositivas y lecturas:** En estas sesiones se presentarán conceptos y se utilizarán estrategias que ayuden a reconstruir los conceptos y

creencias previas y a adquirir herramientas básicas para prestar una atención adaptada a la cultura. Es aconsejable utilizar videos y lecturas, de apoyo a las clases, acompañados de preguntas que impulsen la reflexión.

- **Trabajo de análisis comparativo cultural y estructural con incidentes críticos multiculturales:** Se presenta al alumnado situaciones con el interés de crear un choque cultural, a través de la lectura de casos, la visualización de un video o a través de la exposición de personas de otras culturas. Sobre estos incidentes se puede ir trabajando las primeras fases del modelo de aprendizaje transformador de Merizow (1997), que les preparen para su utilización durante la inmersión profunda.
- **Juegos de simulación:** En los juegos el alumnado interacciona entre sí, estimulando una alta implicación y un fuerte impacto a nivel afectivo-actitudinal. Muchos de los juegos pretenden simular el choque cultural ante la diferencia de valores, creencias y comportamientos que se producen en los encuentros culturales. En estos juegos es importante preparar preguntas que induzcan a la reflexión individual y al debate grupal posterior a la actividad. Entre los diversos juegos destacamos el Bafa-Bafa (Shirts, 1974), Barnga, (Thiagarajan y Thiagarajan, 2011), Ecotonos (Nipporica Associates, 1993), La fábrica de globos Randömia (Grove y Hallowell, 2001) y Un extraño entre nosotros (Powers, 1999).
- **Rol-playing:** El rol playing es una representación teatral que simula una situación de encuentro cultural real o ficticia, en la que cada estudiante representa un papel (profesional o paciente de otra cultura). Recomendamos que en estos casos se preparen guiones orientativos desconocidos para la persona que actúa como profesional. Es apropiado que cada estudiante pase en algún momento por ambos roles, el de paciente y el de profesional. A través de estas dinámicas se puede trabajar la capacidad a la hora de realizar una valoración de necesidades, la capacidad de realizar comunicación intercultural, y el uso de estrategias de negociación, prevención y gestión de conflictos interculturales.
- **Presentaciones de personas de otras culturas:** A través de estas personas se pueden acercar con un mayor impacto a conocer la experiencia del proceso

migratorio y de aculturación. Asimismo, se puede convocar a líderes comunitarios y religiosos para hablar sobre su cultura y los cuidados adaptados a la misma. A estas presentaciones también se puede invitar a profesionales de la salud con experiencia en el cuidado de pacientes de otros contextos culturales, para explicar su experiencia personal y las estrategias utilizadas para prestar una atención sensible a la cultura.

- **Encuentros uno a uno con personas de otras culturas:** Este tipo de encuentros tienen aún un mayor impacto que las presentaciones de las personas de otra cultura, ya que en el cuerpo a cuerpo se rompen más barreras. Es importante explicar previamente a las personas con las que se van a reunir la intención y el deseo de acercarse culturalmente. En estos encuentros se puede recoger la experiencia del proceso de aculturación e identificar el nivel de conocimiento acerca del funcionamiento del sistema sanitario. Asimismo, se pueden teatralizar encuentros clínicos en los que ambas personas pueden formarse sobre cómo adaptar sus interacciones para prevenir conflictos culturales.
- **Encuentro con estudiantes de Enfermería de otras culturas:** Este ejercicio se puede realizar bien a través de un programa internacional de inmersión de corta duración o en su defecto a través de proyectos de skype en los que se asocia a cada estudiante con un par extranjero. Es importante que los docentes planifiquen bien los encuentros desarrollando casos y preguntas detonantes que permitan acceder a las diferencias culturales. A partir de dichos hallazgos se puede realizar una práctica de análisis comparativo de las diferencias y similitudes, identificando los factores sociales, económicos, políticos, culturales e históricos que pueden influir en las diferentes realidades culturales.

En la Tabla 22 resumimos las estrategias formativas a utilizar para el desarrollo de las diferentes dimensiones de la competencia cultural y las clasificamos por el nivel de activación que generan en el alumnado.

Tabla 22. Estrategias pedagógicas encaminadas al desarrollo de la competencia cultural.

Objetivo de aprendizaje por dimensión y atributos de la competencia cultural		Nivel de activación que generan las en el alumnado		
		Bajo	Medio	Alto
Cognitivo	Conocimiento Cultural			
	¿Qué es la cultura?	Lecturas.	Preguntas de reflexión.	
	La diversidad cultural como determinante en las desigualdades en salud.	Clases teóricas expositivas.	Análisis de videos.	
	El choque cultural y el estrés aculturativo.			Juegos de simulación.
	Los procesos migratorios: mitos y realidades.		Estudio de casos.	
	El choque cultural y el estrés aculturativo.			Encuentro con personas inmigrantes.
	Proceso de aculturación en las personas inmigrantes.			
	Cultura y prácticas de cuidado de otras culturas.			
	Principios de Comunicación intercultural.			
	Estrategias de atención adaptada a la cultura.			
	Los conflictos interculturales.			
	Modelos teóricos de Enfermería Transcultural.			
	Conciencia cultural.			
Las cultura como lente de análisis de la realidad.			Análisis de casos entre personas de diferentes culturas.	
Cómo afecta la cultura en la vida cotidiana.		Análisis de videos.		
Modelos de Análisis Cultural.				
Conciencia de la propia cultura.		Cuestionarios.		
Conciencia de los estereotipos, los prejuicios y sesgos culturales.		Preguntas de reflexión. Juegos.		
Factores socio-político-económico-religioso que influyen en las practicas culturales.		Análisis comparativo.		
Afectivo_ Actitudinal	Empatía Cultural.		Preguntas de choque.	Encuentros culturales uno a uno.
	Deseo Cultural.		Cine fórum. Debates.	Juegos de simulación.
	Apertura de mente y la flexibilidad.		Técnicas de valoración de creencias erróneas.	Análisis de casos entre personas de diferentes culturas.
	Humildad cultural.		Análisis de videos.	Relatos de personas inmigrantes Inmersión cultural.
Habilidad -Conductual	Valoración sensible a la cultura.	Lecturas.		
	Exploración física ante la variabilidad biocultural			Rol playing y simulación.
	Comunicación intercultural.	Clases expositivas.		
	Prevención y gestión de conflictos interculturales.		Análisis de videos.	Encuentros interculturales. Inmersión cultural.

Fuente: Elaboración propia.

- **Formación durante la inmersión**

Esta formación durante la estancia en el país de acogida tiene que estar orientada a la finalidad de asentar el conocimiento y la conciencia cultural, afianzar la dimensión afectiva y desarrollar habilidad cultural, en definitiva, a desarrollar competencia cultural desde una perspectiva transformadora.

Las estrategias pedagógicas propuestas se basan en métodos reflexivos que aprovechen al máximo las experiencias y los momentos críticos del alumnado para potenciar un aprendizaje significativo y transformador. El carácter experiencial y crítico, potencia el efecto a nivel afectivo actitudinal y conductual, generando a su vez un importante incremento del conocimiento tanto genérico como específico. Algunas de las estrategias pedagógicas que proponemos por su efecto en el desarrollo de la competencia cultural son:

- **El diario reflexivo:** Es conocido que esta estrategia didáctica proporciona la posibilidad de recoger la experiencia y analizarla críticamente para facilitar un aprendizaje transformador. Durante la inmersión es útil que cada estudiante recoja información sobre la cultura del país de acogida y contrastar, posteriormente, que el significado extraído por el o la estudiante tiene una lectura apropiada. Pero aún es más importante que recoja las situaciones culturales que le generen choque cultural, los pensamientos y los juicios que broten ante la situación y su respuesta emocional. De forma que, una vez recogidos los incidentes críticos se puedan trabajar las fases del modelo de aprendizaje transformador diseñado por Merizow (1997).
- **Sesiones grupales de análisis comparativo cultural y estructural con incidentes críticos multiculturales:** Las situaciones de choque cultural recogidas en los diarios de los y las estudiantes se pueden utilizar como incidentes críticos a trabajar siguiendo las primeras fases del modelo de aprendizaje transformador de Merizow (1997). Se reflexiona sobre los sentimiento, pensamientos y juicios que emergen en los y las estudiantes identificando asunciones (culturales, sociopolíticas, epistémicas...) que dan sustento a sus respuestas ante el conflicto cultural. Asimismo mediante la

reflexión crítica las participantes analizan los factores sociopolíticos, históricos, económicos y culturales que explican las diferencias culturales entre las culturas sanitarias. De esta forma adquieren conocimiento cultural y conciencia cultural ayudándoles a reconstruir sus marcos de referencia y esquemas de significado.

- **Sesiones grupales psico-afectivas:** En estas sesiones formativas se recoge y se analiza la experiencia emocional de ser minoría dentro de un grupo cultural mayoritario y las repercusiones que tiene para cada estudiante. Tras propiciar dicha toma de conciencia se les invita a proyectar sus experiencias en los y las pacientes de otras culturas. Esta estrategia de alto impacto les permite fomentar aspectos de dimensión afectiva-actitudinal de la competencia cultural como la empatía, el deseo y la humildad cultural.
- **Clases expositivas:** Esta estrategia didáctica debe ir dirigida a aportar conocimientos sobre la cultura de la sociedad y del sistema sanitario, e informar acerca de aspectos políticos, económicos, culturales e históricos del país de acogida que puedan influir en las diferencias culturales.
- **Sesiones de tutorización individual:** Estos encuentros con las tutoras o tutores docentes de la práctica clínica y/o con el profesorado de la Escuela deben de estar programados de forma sistemática a lo largo de la inmersión. Es importante planificar el abordaje de la competencia cultural para que no se centre exclusivamente en los aspectos de la práctica clínica habitual. Su dinámica deber girar en torno a la necesidad de cada estudiante. Aún así, se debe estimular la reflexión crítica sobre el choque cultural y facilitar la revisión de situaciones que le ayuden a cada estudiante a valorar el nivel de competencia cultural. Ante las dificultades o dudas de cada estudiante, la tutora y el profesorado deben actuar como mediadores culturales, aportando conocimiento específico sobre la cultura y ofreciendo alternativas de intervención adaptadas a la cultura.
- **Estudio comparativo cultural:** Este trabajo académico consiste en la observación rigurosa de un fenómeno enfermero, a elección de cada estudiante, tanto en el país de origen como en el de acogida, con el fin de contrastar las diferencias y similitudes y analizar los factores a nivel meso y

macro (históricos, políticos, económicos, culturales...) que pudieran influir en que la realidad observada. Este trabajo pretende que el alumnado refuerce la competencia desarrollada en la inmersión, y propicie un mayor incremento en la apertura de mente, la empatía, la flexibilidad y la capacidad de contrastar y comprender la variabilidad y complejidad de las realidades del cuidado y las acciones que de ello derivan.

- **Trabajo académico sobre la cultura de acogida:** En este trabajo individual o colaborativo se solicita la profundización sobre aspectos de la cultura de acogida como la maternidad y la crianza, el cuidado en la infancia, el cuidado de las personas mayores, la expresión y el abordaje del dolor, la religión, el sentido de la enfermedad, el locus de control y la disposición hacia la prevención y la muerte en diferentes culturas.

La utilización de estas estrategias pedagógicas, en su conjunto, contribuirán a la formación de personas preparadas para desempeñar su profesión enfermera con el compromiso de trabajar para una sociedad en la que todas las personas puedan vivir de la manera más saludable y justa.

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of life research*, 7(8), 735-750.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en salud mental relacional*, 7(1).
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises. *Temas de psicoanálisis*, 3, 1-16.
- Adler, P. S. (1975). The transitional experience: An alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15(4), 13-23.
- Afu, U. (2015) *Adinkra Symbols*. Kente Success.
- Akhtar, M., & Kröner-Herwig, B. (2015). Acculturative stress among international students in context of socio-demographic variables and coping styles. *Current psychology*, 34(4), 803-815.
- Alpers, R. R., & Zoucha, R. (1996). Comparison of cultural competence and cultural confidence of senior nursing students in a private southern university. *Journal of Cultural Diversity*, 3(1), 9-15.
- American Academy of Nursing. (2008). Nurses help Americans cross the quality chasm: A position paper. Recuperado de <http://www.aannet.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3308>.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Cultural competency in baccalaureate nursing education*. Recuperado de <http://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/Cultural-Competency-Bacc-Edu.pdf?ver=2017-05-18-143551-883>
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Tool kit for resources for cultural competent education for baccalaureate nurses*. Recuperado de <http://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/Cultural-Competency-Bacc-Tool-Kit.pdf?ver=2017-05-18-143552-023>
- American Association of Colleges of Nursing. (2011). *Tool kit for cultural competence in master's and doctoral nursing education*. Recuperado de <http://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/Cultural-Competency-Grad-Tool-Kit.pdf?ver=2017-05-18-143552-180>
- Amerson, R. (2009). *The influence of international service-learning on cultural competence in baccalaureate nursing graduates and their subsequent nursing practice*. (Unpublished doctoral dissertation). Clemson University, Clemson, SC.
- Anderson, J., Perry, J., Blue, C., Browne, A., Henderson, A., Khan, K. B., & Smye, V. (2003). "Rewriting" cultural safety within the postcolonial and postnational feminist project: Toward new epistemologies of healing. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 196-214.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), 68-79.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (Eds.). (1989). *Transcultural concepts in nursing care*. Glenview, Ill: Scott, Foresman.

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (Eds.). (2008). *Transcultural concepts in nursing care*. (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolter Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (Eds.). (2012). *Transcultural concepts in nursing care*. (6th ed.). Philadelphia, PA: Wolter Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (Eds.). (2016). *Transcultural concepts in nursing care*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolter Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Apfelbaum, E. P., Norton, M. I., & Sommers, S. R. (2012). Racial color blindness: Emergence, practice, and implications. *Current directions in psychological science*, 21(3), 205-209.
- Arandia, M. (1998) *El proceso de incorporación de los y las profesionales al campo de la educación de personas adultas. Su formación y desarrollo profesional*. Colección Tesis Doctorales. Leioa: Publicaciones de la Universidad del País Vasco
- Arandia, M., & Fernández, I. B. (2012). ¿Es posible un curriculum más allá de las asignaturas? Diseño y práctica del grado de educación social en la universidad del país vasco. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 10(3), 99-123.
- Arandia, M., Fernández, I., Alonso, M.J., Uribe-etxebarria, A., Beloki, N., Agirre, N., & Otaño, J. (2011) Con la formación a vueltas: Nuevas comprensiones basadas en la investigación corporativa. *RES: Revista de Educación Social*, 13.
- Aubert, A., Flecha, A., Garcia, C., Flecha, R., Racionero, S. (2008) *Aprendizaje dialógico en la Sociedad de la Información*. Barcelona: Hipatia
- Ausubel, D., Novak, J., & Hanesian, H. (1978). *Educational psychology: A cognitive view* (2nd ed.). New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista De Investigación Educativa*, 26(2). 409-430.
- Ballestas, H. C., & Roller, M. C. (2013). The effectiveness of a study abroad program for increasing students' cultural competence. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(6), 125.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A. (Ed.). (1971). *Psychological Modeling: Conflicting theories*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Bandura, A. (Ed.). (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, England: Cambridge University press.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., & Powe, N. R. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical care*, 43(4), 356-373.
- Behrens, K., del Pozo, M. A., Großhennig, A., Sieberer, M., & Graef-Calliess, I. T. (2015). How much orientation towards the host culture is healthy? Acculturation style as risk enhancement for depressive symptoms in immigrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 498-505.
- Benet-Martínez, V., & Haritatos, J. (2005). Bicultural identity integration (BII): Components and psychosocial antecedents. *Journal of personality*, 73(4), 1015-1050.

- Benish-Weisman, M., & Horenczyk, G. (2010). Cultural identity and perceived success among Israeli immigrants: An emic approach. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(5), 516-526.
- Bernete, F. (2013). Análisis de contenido (cuantitativo y cualitativo). En A. L. Marin & A. Noboa (Eds.). *Conocer lo Social: Estrategias, técnicas de construcción y análisis de datos*. (pp. 221-262). Madrid: Editorial Fragua.
- Berry J. W. (2006). Acculturative stress. In: P.T.P, Wong & L.C.J. Wong (Eds.). *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. (pp. 287-298) Langley, BC: Springer.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. Padilla (Ed.). *Acculturation: Theory, models and findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: West View Press.
- Berry, J. W. (1991). Understanding and Managing Multiculturalism: Some Possible Implications of Research in Canada. *Psychology and Developing Societies*, 3(1), 17-49.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34.
- Berry, J. W., & Annis, R. C. (1974). Acculturative stress: The role of ecology, culture and differentiation. *Journal of cross-cultural psychology*, 5(4), 382-406.
- Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. *Handbook of cross-cultural psychology*, 3(2), 291-326.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H., & Dasen, P.R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2nd ed.). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologique*. Paris: Editions Nathan.
- Bertaux, D., & de Singly, F. (2005). *Le récit de vie*. Paris: Armand Colin.
- Bochner, S. (Ed.). (2013). *Cultures in contact: Studies in cross-cultural interaction* (Vol. 1). Elsevier.
- Bock, P. K. (Ed.). (1970). *Culture shock: A reader in modern cultural anthropology*. New York, NY: Knopf. Bodley
- Boi, S. (2000). Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *Nursing Times Research*, (5), 382-389.
- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perreault, S., & Senecal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International journal of psychology*, 32(6), 369-386.
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(1_suppl), 181-217.
- Brink, P.J. (1994) Cultural diversity in nursing: How much can we tolerate? In J.C. McCloskey & H.K. Grace (Eds.). *Current Issues in Nursing*, (4th ed., pp. 658-664). St Louis, MO: C.V. Mosby.
- Brislin, R. W. (1986). A culture general assimilator: Preparation for various types of sojourns. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2), 215-234.
- Brislin, R.W. (1980) Translation and content analysis of oral and written material. In H.C. Triandis. & Berry, J. W., (Eds.). *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 2). Methodology, (pp. 389-444). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Brislin. R. W. (1981). *Cross-cultural encounters: Face-to-face interaction*. Elmsford. NY: Pergamon Press.

- Brown, C. A., & Herrick, H. N. (1998). Underutilization of mental health services by Asian-Americans residing in the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 225-240.
- Brown, L. (2008). Language and anxiety: An ethnographic study of international postgraduate students. *Evaluation & Research in Education*, 21(2), 75-95.
- Brown, L. (2009). A failure of communication on the cross-cultural campus. *Journal of Studies in International Education*, 13(4), 439-454.
- Burns, N., & Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (5ª ed.). España: Elsevier Health Sciences.
- Caffrey, R., Neander, W., Markle, D. & Stewart, B. (2005). Improving the cultural competence of nursing students: Results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *Journal of Nursing Education*, 44(5), 234-240.
- Callister, L. C., & Cox, A. H. (2006). Opening our hearts and minds: The meaning of international clinical nursing electives in the personal and professional lives of nurses. *Nursing & Health Sciences*, 8(2), 95-102.
- Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, (7), 77-97.
- Campinha-Bacote, J. (1991). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (1995). The quest for cultural competence in nursing care. *Nursing Forum*, 30(4), 19-25.
- Campinha-Bacote, J. (1998). Cultural diversity in nursing education: Issues and concerns. *Journal of Nursing Education*, 37(1), 3-4.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2006). Cultural competence in nursing curricula: How are we doing 20 years later?. *Journal of Nursing Education*, 45(7), 243-244.
- Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural desire: 'Caught' or 'taught'?. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 141-148.
- Campinha-Bacote, J. (2010). A culturally conscious model of mentoring. *Nurse Educator*, 35(3), 130-135.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centred care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Campos, M., Paéz, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín De Psicología* (Spain),

- Carr, W., & Kemmis, S. (1988). *Teoría Crítica de la Enseñanza. La investigación acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carrobes, J. A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, 2, 407-450.
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(5), 278-286.
- Christ, O., Asbrock, F., Dhont, K., Pettigrew, T. F., & Wagner, U. (2013). The effects of intergroup climate on immigrants' acculturation preferences. *Zeitschrift für Psychologie*, 221(4), 252.
- Clingerman, E. (2011). Social justice: A framework for culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 334-341.
- Cohen, A. B. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64(3), 194.
- Cohen, A. B., Hall, D. E., Koenig, H. G., & Meador, K. G. (2005). Social versus individual motivation: Implications for normative definitions of religious orientation. *Personality and Social Psychology Review*, 9(1), 48-61.
- Cohen, A. B., Pierce, J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., & Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 307-324.
- Cohen, A. D., Paige, R. M., Kappler, B., Meagher, M., Weaver, S. J., Chi, J. C., & Lassegard, J. P. (2005). *Maximizing study abroad*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Combs, A. W. (1979). *Myths in Education*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbar, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080.
- Constantine, M. G., Kindaichi, M., Okazaki, S., Gainor, K. A., & Baden, A. L. (2005). A qualitative investigation of the cultural adjustment experiences of Asian international college women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 162.
- Cuellar, N. G., Brennan, A. M. W., Vito, K., & de Leon Siantz, M. L. (2008). Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 143-149.
- Davini, M. C., (1995). *La formación docente en cuestión: Política y pedagogía*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de enfermería. *Metas De Enfermería*, 9(5), 50-55.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167.
- De Lorenzo, E., Basurto, S., Mtz de Albeniz, M., Fernández, I. (2014). *Estrategias de prevención y gestión del conflicto intercultural en la atención de salud*. III Congreso Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Asociación de Enfermería Comunitaria, Las Palmas, de Gran Canaria.
- DeDee, L., & Stewart, S. (2003). The effect of student participation in international study. *Journal of Professional Nursing*, 19(4), 237-242.

- Deluca, E. K. (2005). Crossing cultures: The lived experience of Jordanian graduate students in nursing: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 657-663.
- Demes, K. A., & Geeraert, N. (2015). The highs and lows of a cultural transition: A longitudinal analysis of sojourner stress and adaptation across 50 countries. *Journal of personality and Social Psychology*, 109(2), 316.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa* (Vol. 1). Barcelona: Gedisa.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (comps.). (2011). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación Cualitativa*. (Vol. 1). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Departamento de salud del Gobierno Vasco-Euskojaurlaritz. (2017) *Líneas Estratégicas 2017-2020*. Recuperado de http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf
- Department of Health. (2011). *The NHS Outcomes Framework 2011/12*. Recuperado de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213789/dh_123138.pdf
- Dimitrova, R., Chasiotis, A., Bender, M., & van de Vijver, F. J. (2014). Turks in Bulgaria and the Netherlands: A comparative study of their acculturation orientations and outcomes. *International Journal of Intercultural Relations*, 40, 76-86.
- Drake, K. (2004). *The role of short study abroad in the development of cultural sensitivity and the ability to provide culturally competent care in senior baccalaureate nursing students*. (Unpublished doctoral dissertation), University of Minnesota, Minneapolis, MN.
- Duero, D. G., & Limón Arce, G. (2007). Relato autobiográfico e identidad personal: Un modelo de análisis narrativo. *AIBR.Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 232-275.
- Duffy, M. E. (2001). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 487-495.
- Duffy, M. E., Farmer, S., Ravert, P., & Huittinen, L. (2005). International community health networking project: Two year follow-up of graduates. *International Nursing Review*, 52(1), 24-31.
- Edmonds, M. L. (2012). An integrative literature review of study abroad programs for nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 33(1), 30-34.
- Eisner, E. (1998). *"El ojo ilustrado": Indagación cualitativa y mejora de la práctica de la enseñanza*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Emanuel, E. (1999). ¿ Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En F. A. Pellegrino, R. Macklin. (Eds.). *Investigación en sujetos humanos: Experiencia internacional*. (pp. 33-46). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E. D. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 172-178.
- Engle, L. (2009). Intervening in student learning abroad. Paper presented at the Forum of education abroad, Portland, OR. Recuperado de [http://www. Aucp.org/sous_pages-main/advisor_docs/facilitating_experiential_learning.Pdf](http://www.Aucp.org/sous_pages-main/advisor_docs/facilitating_experiential_learning.Pdf)
- European Comission (2014). The Erasmus Impact Study: The effects of mobility on the skills and employability of students and the internationalisation of higher education institutions.

- Recuperado de http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/repository/education/library/study/2014/erasmus-impact_en.pdf
- Fenichel, O. (1945). Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(3), 287-312.
- Findley, T. E. (2008). *Cultural competence of nurses at the bedside*. (Doctoral dissertation). Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?vid=5&hid=106&sid=059b5377-a>
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Foronda, C. L. (2010). *Associate degree nursing students' thoughts, feelings, and experiences of short study abroad in a low-income country* (Unpublished doctoral dissertation), Marquette University, Milwaukee, WI.
- Fowler, S. M., & Blohm, J. M. (2004). An analysis of methods for intercultural training. *Handbook of intercultural training*, 3, 37-84.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. (2^{da} ed.). Ciudad de Mexico, Mexico: Siglo xxi.
- Frisch, N. C. (1990). An international nursing student exchange program: An educational experience that enhanced student cognitive development. *Journal of Nursing Education*, 29(1), 10-12.
- Furnham, A. (1988). The adjustment of sojourners. In Y. Y. Kim & W. B. Gudykunst (Eds.). *Cross-Cultural Adaptation: Current Approaches*. (Vol. 11.). (pp. 42-61). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Furnham, A. (2004). Education and culture shock. *Psychologist*, 17(1), 16.
- Furnham, A., & Bochner, S. (1982). Social difficulty in a foreign culture: An empirical analysis of culture shock. In S. Bochner (Ed.). *Culture in contact: Studies in cross-cultural interaction*. (pp. 161-198). Oxford, England: Pergamon Press.
- Furnham, A., & Bochner, S. (1986). *Culture shock: Psychological reactions to unfamiliar environments*. London, England: Methuen.
- Galligani, S. (2000). De l'entretien au récit de vie. *Ecartis d'identité*, 92, 21-24.
- Gastaldo, D. (2002). Introducción. El tratamiento de los datos: ¿hay información sana e información enferma? En J. Mercado, D. Gastaldo & C. Calderón. (Eds.). *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*. (pp. 231-238). Mexico: Universidad de Guadalajara
- Geeraert, N., & Demoulin, S. (2013). Acculturative stress or resilience? A longitudinal multilevel analysis of sojourners' stress and self-esteem. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(8), 1241-1262.
- Genz, S. (2007). *Developing cultural competence in undergraduate nursing students through short-term immersion programs*. (Unpublished doctoral dissertation), University of Minnesota, Minneapolis, MN.
- Gerrish, K. (2000). Researching ethnic diversity in the British NHS: methodological and practical concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 918-925.
- Gerrish, K., & Papadopoulos, I. (1999). Transcultural competence: The challenge for nurse education. *British Journal of Nursing*, 8(21), 1453-1457.
- Giger, J. N. (2014). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.

- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 185-188.
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., Strickland, O., & American Academy of Nursing (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing, 18*(2), 95-102.
- Gil Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Giroux, H. A. (2001). *Cultura, política y práctica educativa*. (Vol. 158). Barcelona: Graó.
- Giroux, H., & Penna, A. (1990). *Educación social en el aula: La dinámica del currículo oculto. Los Profesores Como Intelectuales. Hacia Una Pedagogía Crítica Del Aprendizaje*. España, Paidós.
- Gómez, M. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas, 20*, 103-113.
- González Sanmamed, M. (1995). *Formación docente: perspectivas desde el desarrollo del conocimiento y la socialización profesional*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- González, M.A. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación, 29*, 85-104.
- Gordon, M. M. (1964). *Assimilation in American life: The role of race, religion, and national origins*. New York, NY: Oxford University Press.
- Grant, E., & McKenna, L. (2003). International clinical placements for undergraduate students. *Journal of Clinical Nursing, 12*(4), 529-535.
- Greatrex-White, S. (2007). A way of seeing study abroad: Narratives from nurse education. *Learning in Health and Social Care, 6*, 134-144.
- Greatrex-White, S. (2008). Thinking about the nature of research findings: A hermeneutic phenomenological perspective. *International Journal of Nursing Studies, 45*(12), 1842-1849.
- Greatrex-White, S. (2008). Uncovering study abroad: Foreignness and its relevance to nurse education and cultural competence. *Nurse Education Today, 28*(5), 530-538.
- Green, B. F., Johansson, I., Rosser, M., Tengnah, C., & Segrott, J. (2008). Studying abroad: A multiple case study of nursing students' international experiences. *Nurse Education Today, 28*(8), 981-992.
- Grove, C., & Hallowell, W. (2001). *Randömia Balloon Factory: A unique simulation for working across the cultural divide*. Yarmouth ,ME: Intercultural Press.
- Grundy, S. (1998). *Producto o praxis del currículum*. (3^{ra} ed.). Madrid: Morata.
- Guardiola, A., & Carmen, M. (2006). *Aculturación y competencia intercultural. Presupuestos teóricos y modelos empíricos*. Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones.
- Guba, E. G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. G. Sacristán., & A.P. Gómez. (Eds.). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (6^a ed., pp. 148-165). Madrid: AKAL.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Habermas, J. (1981). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. (Traducción: M. J. Redondo). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. Garden City, NY: Anchor Press.
- Haloburdo, E. P., & Thompson, M. A. (1998). A comparison of international learning experiences for baccalaureate nursing students: Developed and developing countries. *Journal of Nursing Education, 37*(1), 13-21.
- Harrowing, J. N., Gregory, D. M., O'Sullivan, P. S., Lee, B., & Doolittle, L. (2012). A critical analysis of undergraduate students' cultural immersion experiences. *International Nursing Review, 59*(4), 494-501.
- Haverkamp, B. E., & Young, R. A. (2007). Paradigms, purpose, and the role of the literature: Formulating a rationale for qualitative investigations. *The Counseling Psychologist, 35*(2), 265-294.
- Hayes, N. (2013). Los estereotipos culturales como obstáculo para la convivencia en la escuela inclusiva. *Tejuelo: Didáctica De La Lengua y La Literatura. Educación, 18*(1), 101-114.
- Health Consumer Powerhouse. (2016). *Euro Health Consumer Index*. Recuperado de https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf
- Heuer, L. J., & Bengiamin, M. I. (2001). American nursing students experience shock during a short-term international program. *Journal of Cultural Diversity, 8*(4), 128-134.
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y organizaciones. El software mental: la cooperación internacional y su importancia para la supervivencia*. Madrid: Alianza.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing, 38*(6), 557-565.
- Holstege, M.J. (2000). The lived-experience of student nurses providing health care relief to hurricane Mitch victims in Nicaragua. (Unpublished master's thesis) Grand Valley State University, Grand Rapids, MI.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology, 60*(3), 353.
- Hook, M. L. (2006). Partnering with patients—a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing, 56*(2), 133-143.
- Horkheimer, M. (1968). *Teoría Crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Imbernón, F. (1994). *La formación del profesorado*. Barcelona: Paidós.
- Imbernón, F. (1994). *La formación y el desarrollo profesional del profesorado: hacia una nueva cultura profesional* (Vol. 119). Barcelona: Graó.

- Imbernón, F. (2008). *Los Retos De La Universidad Del Futuro*. Recuperado de <http://www.univnova.org/documentos/6.pdf>
- Ince, B. Ü., Fassart, T., de Wit, M. A., Cuijpers, P., Smit, J., Ruwaard, J., & Riper, H. (2014). The relationship between acculturation strategies and depressive and anxiety disorders in Turkish migrants in the Netherlands. *BMC psychiatry*, 14(1), 252.
- Inglis, A., Rolls, C., & Kristy, S. (2000). The impact on attitudes towards cultural difference of participation in a health focused study abroad program. *Contemporary Nurse*, 9(3-4), 246-255.
- Irigibel-Uriz, X. (2007). Nietzsche y Levinas, un marco de referencia para una enfermería transformadora. *Index De Enfermería*, 16(58), 50-54.
- Irigibel-Uriz, X. (2008). Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index De Enfermería*, 17(4), 276-279.
- Irigibel-Uriz, X. (2010). Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Index De Enfermería*, 19(4), 274-278.
- Janesick, V. J. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado. En C. A. Denman & J. A. Haro (Eds.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). Sonora, México: El Colegio de Sonora.
- Jeffreys, M. R. (2010). *Teaching cultural competence in nursing and health care*. (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. R., & Dogan, E. (2012). Evaluating the influence of cultural competence education on students' transcultural self-efficacy perceptions. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(2), 188-197.
- Jenks, A. C. (2011). From "lists of traits" to "open-mindedness": Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35(2), 209-235.
- Johanson, L. (2006). The implementation of a study abroad course for nursing. *Nurse Educator*, 31(3), 129-131.
- Joy, S., & Kolb, D. A. (2009). Are there cultural differences in learning style?. *International Journal of intercultural relations*, 33(1), 69-85.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, K. (2006). *Health inequalities: A challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1980) Convoys over the Life Course Attachment, Roles, and Social Support. In P.B. Baltes & O.G. Grim (Eds.), *Life Span Development and Behavior*, (Vol. 3). (pp. 253-286.). New York, NY: Academic Press.
- Keogh, J., & Russel-Roberts, E. (2009). Exchange programmes and student mobility: Meeting student's expectations or an expensive holiday?. *Nurse Education Today*, 29(1), 108-116.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Mayor, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. (1^a ed., 3^{ra} reimp.). Barcelona: Masson.
- Kersey-Matusiak G. (2012). *Delivering culturally competent nursing care*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Kim, Y. Y., & McKay-Semmler, K. (2013). Social engagement and cross-cultural adaptation: An examination of direct-and mediated interpersonal communication activities of educated non-natives in the United States. *International Journal of Intercultural Relations*, 37(1), 99-112.
- Kirkham, S. R., Van Hofwegen, L., & Pankratz, D. (2009). Keeping the vision: Sustaining social consciousness with nursing students following international learning experiences. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1.
- Kitchenham, A. (2008). The evolution of John Mezirow's Transformative learning theory. *Journal of Transformative Education*, 6(2), 104-123.
- Koivuluhta, M., & Puhakka, H. (2013). Dialogical approach applied in group counselling: Case study. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 13(3), 187-202.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as a source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kollar, S. J., & Ailinger, R. L. (2002). International clinical experiences: Long-term impact on students. *Nurse Educator*, 27(1), 28-31.
- Koskinen, L., & Tossavainen, K. (2003). Benefits/problems of enhancing students' intercultural competence. *British Journal of Nursing*, 12(6), 369-377.
- Koskinen, L., & Tossavainen, K. (2003). Characteristics of intercultural mentoring—a mentor perspective. *Nurse education today*, 23(4), 278-285.
- Koskinen, L., & Tossavainen, K. (2003). Relationships with undergraduate nursing exchange students—a tutor perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 499-508.
- Koskinen, L., & Tossavainen, K. (2004). Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), 111-120.
- Koskinen, L., Jokinen, P., Blackburn, D., Gilmer, M., & McGill, J. (2004). Learning intercultural competence in a transatlantic nurse education project. *Diversity in Health & Social Care*, 1(2), 99-106.
- Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kulwicki, A., & Boloink, B. J. (1996). Assessment of level of comfort in providing multicultural nursing care by baccalaureate nursing students. *Journal of Cultural Diversity*, 3(2), 40-45.
- Kunst, J. R., & Sam, D. L. (2013). Relationship between perceived acculturation expectations and Muslim minority youth's acculturation and adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 37(4), 477-490.
- Kus-Harbord, L., & Ward, C. (2015). Ethnic Russians in post-Soviet Estonia: Perceived devaluation, acculturation, well-being, and ethnic attitudes. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 4(1), 66-81.
- Lampléy, T. M., Little, K. E., Beck-Little, R., & Xu, Y. (2008). Cultural competence of North Carolina nurses: A journey from novice to expert. *Home Health Care Management & Practice*, 20(6), 454-461.
- Landis, D., Bennett, J., & Bennett, M. (Eds.). (2004). *Handbook of intercultural training*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Larsen, R., & Reif, L. (2011). Effectiveness of cultural immersion and culture classes for enhancing nursing students' transcultural self-efficacy. *Journal of Nursing Education, 50*(6), 350-354.
- Lazarus R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, N. J. (2004). The impact of international experience on student nurses' personal and professional development. *International Nursing Review, 51*(2), 113-122.
- Lee, R. L., Pang, S. M., Wong, T. K., & Chan, M. F. (2007). Evaluation of an innovative nursing exchange programme: Health counselling skills and cultural awareness. *Nurse Education Today, 27*(8), 868-877.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. Columbus , OH: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (1984). *Care, the essence of nursing and health*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Leininger, M. (1984). *Reference sources for transcultural health & nursing: For teaching, curriculum, research, and clinical-field practice*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Leininger, M. (1995). Culture care assessment to guide nursing practices. *Transcultural nursing concepts, theories, research & practices*. (2nd ed.). New York, NY: McGraw Hill.
- Leininger, M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnosing research method. *Journal of Transcultural Nursing, 8*(2), 32-52.
- Leininger, M. (1997). Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Journal of Nursing Scholarship, 29*(4), 341-348.
- Leininger, M. (1998). Nursing education exchanges: concerns and benefits. *Journal of Transcultural Nursing, 9*(2), 57-63.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (Eds.). (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Levi, A. (2009). The ethics of nursing student international clinical experiences. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 38*(1), 94-99.
- Levine, M. (2009). Transforming experiences: Nursing education and international immersion programs. *Journal of Professional Nursing, 25*(3), 156-169.
- Lewis, R. D. (2012). *When Teams Collide: Managing the International Team Successfully*. Boston, MA: Nicholas Brealey Publishing.
- Liston, D., & Zeichner, K. M. (1993). La formación del profesorado y las condiciones sociales de la enseñanza. *Madrid: Morata*.
- Locke, E. A. (1991). The motivation sequence, the motivation hub, and the motivation core. *Organizational behavior and human decision processes, 50*(2), 288-299.
- Lockhart, J. S., & Resick, L. K. (1997). Teaching cultural competence: The value of experiential learning and community resources. *Nurse Educator, 22*(3), 27-31.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness: Impact and intervention*. (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett.

- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿ Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería clínica*, 16(5), 268-274.
- Lysgaard, S. (1955). Adjustment in a foreign society: Norwegian Fullbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin*, 7,45–51.
- Macdonald, J. (2008). *Blended Learning and Online Tutoring. Planning Learner Support and Activity Design*. (2nd Ed). Aldershot, UK: Gower Publishing Limited.
- Maiocco, G. M. (1999). *Decision-making process nurses use to provide cultural care: A grounded theory research approach*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Utah, Salt Lake City, UT.
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., & Carpio, B. (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 161-166.
- Maltby, H. J., & Abrams, S. (2009). Seeing with new eyes: The meaning of an immersion experience in Bangladesh for undergraduate senior nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). 1-15.
- Marcelo, C. (1994). *Formación del profesorado para el cambio educativo*. Barcelona: PPU.
- Martínez de Albéniz Arriarán, M., & Basurto Hoyuelos, S. (2004). *Compartiendo reflexiones, desde una mirada enfermera, sobre una experiencia de intercambio europeo*. Educare 21. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/4021/>
- Matejka, M. & Gulbransen, K.A. (2009). The Impact of a Cultural Immersion Experience with Low Technology on Nursing Students' Transcultural Self-Effectiveness. Strategies & Initiatives for Student Experiences. [Presentation abstract]. Recuperado de http://stti.confex.com/stti/congrs08/techprogram/paper_38047.htm
- Matsumoto, D., & Juang, L. (2012). *Culture and Psychology*. (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería*. Universitat Barcelona.
- Medina, J. L., & do Prado, M. (2009). El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: Racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto and Contexto Enfermagem*, 18(4), 617-626.
- Medina, J. L., & Esteban, M. P. S. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 312-9.
- Medina, J. L., Backes, V. M. S., do Prado, M. L., & Sandin, M. P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & contexto enfermagem*, 19(4), 609-617.
- Meleis, A. (1985). International nursing: A force for knowledge development. *Nursing Outlook*, 33(3), 144-147.
- Meleis, A. I. (2008). Special section on cultural competency. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 131-132.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. In J. Mezirow & Associates (Eds.). *Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning* (pp. 1-20). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New directions for adult and continuing education*, 1997(74), 5-12.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mezirow, J., Taylor, E. W. & Associates (Eds.). (2011). *Transformative learning in practice: Insights from community, workplace, and higher education*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Mikkonen, K., Elo, S., Kuivila, H. M., Tuomikoski, A. M., & Kääriäinen, M. (2016). Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of learning in a clinical environment: A systematic review of qualitative studies. *International journal of nursing studies*, 54, 173-187.
- Mill, J., Astle, B. J., Ogilvie, L., & Gastaldo, D. (2010). Linking global citizenship, undergraduate nursing education, and professional nursing: Curricular innovation in the 21st century. *Advances in Nursing Science*, 33(3), E1-E11.
- Morgan, D. A. (2012). Student nurse perceptions of risk in relation to international placements: A phenomenological research study. *Nurse Education Today*, 32(8), 956-960.
- Morris, A. H., & Faulk, D. R. (Eds.). (2012). *Transformative learning in nursing: A guide for nurse educators*. New York, NY: Springer.
- Morse, J. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín Antioquia: Contus.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research: A qualitative perspective*. (5th ed.). Miami, FL: Jones & Bartlett Learning.
- Musso, P., Inguglia, C., & Lo Coco, A. (2016). Relationships between ethnic identity, ethnic attitudes, and acculturative stress in Tunisian individuals in early and middle adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 37(9). 1309-1340.
- National Institutes of Health (2006). *Addressing health disparities: The NIH program of action*. Recuperado de <http://healthdisparities.nih.gov/whatare>
- National League for Nursing. (2005). *Core competencies of nurse educators with task statements*. Recuperado de <http://www.wgec.org/resources/art/nursing-core-competencies.pdf>
- Níkleva, D. G. (2012). Educación para la convivencia intercultural. *Arbor*, 188(757), 991-999.
- Nipporica Associates. (1993) *Ecotonos: A multicultural problem-solving simulation*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Nursing and Midwifery Council. (2015). The Code: Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. Recuperado de <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical anthropology*, 7(4), 177-182.

- Observatorio Vasco de la Inmigración Ikuspegi (2017). *Estadísticas*. Recuperado en <http://www.ikuspegi.eus/es/estadisticas/estadisticas.php>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Páez, D., Basabe, N., Ubillos, S. & González, J. L. (2007). Social sharing, participation in demonstrations, emotional climate and coping with collective violence after the March 11th Madrid bombing. *Journal of Social Issues*, 63, 323-337.
- Páez, D., Bilbao, M. A. & Javaloy, F. (2008). Del Trauma a la felicidad: Hechos vitales y procesos socio cognitivos de crecimiento personal e interpersonal. En M. M. Casullo (Ed.). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Páez, D., & Campos, M. (2009). Estrategias de afrontamiento individuales y colectivas ante hechos traumáticos causados por el terrorismo: revisión en base al atentado del 11-M en España. En I. Markez, A. Fdez-Liria, P. Pérez-Sales (Coords.). *Violencia y Salud Mental: Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Paige, R. M., & Goode, M. L. (2009). Cultural mentoring: International education professionals and the development of intercultural competence. In D. K. Deardorff (Ed.). *The Sage handbook of intercultural competence* (pp. 333–349). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pan, J. (2015). Predictors of post-migration growth for Chinese international students in Australia. *International Journal of Intercultural Relations*, 47, 69-77.
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*. London, UK: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 1-10.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., Taylor, G. (1998). *Transcultural care: A guide for health care professionals*. Wiltshire, UK: Quay Books.
- Passarelli, A. M., & Kolb, D. A. (2012). Using experiential learning theory to promote student learning and development in programs of education abroad. In M. Vande Berg, R. M. Paige, & K. H. Lou (Eds.). *Student learning abroad: What our students are learning, what they're not and what we can do about it* (pp. 137–161). Sterling, VA: Stylus.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^{ème} éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Pérez Gómez, Á. (1992). La función y formación del profesor/a en la enseñanza para la comprensión. Diferentes perspectivas. En J. Gimeno & A. Pérez (Eds.). *Comprender y Transformar La Enseñanza*. Madrid: Morata.
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Piontkowski, U., Florack, A., Hoelker, P., & Obdržálek, P. (2000). Predicting acculturation attitudes of dominant and non-dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, 24(1), 1-26.

- Piontkowski, U., Rohmann, A., & Florack, A. (2002). Concordance of acculturation attitudes and perceived threat. *Group processes & intergroup relations*, 5(3), 221-232.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, R. B. (1999). *An alien among us: A diversity game*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Pross, E. (2005). International nursing students: A phenomenological perspective. *Nurse Education Today*, 25(8), 627-633.
- Purnell, L. D. (2012). *Transcultural health care: A culturally competent approach* (4th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2009). *Guide to Culturally Competent Health Care* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural diversity and health care*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2008). *Transcultural diversity and health care*. (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- QSR Internacional (2014). *NVivo 11 for Windows - YouTube*. Recuperado de <https://www.youtube.com/playlist?list=PLNjHMRgHS4Fcx3NfpKsaqXuGdcxI9y-Qa>
- Read, C. Y. (2011). Semester abroad opportunities in baccalaureate nursing programs. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 221-226.
- Registered Nurses of Ontario Association. (2007) *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Recuperado de [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing Cultural Diversity in Health Care - Developing Cultural Competence.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing_Cultural_Diversity_in_Health_Care_-_Developing_Cultural_Competence.pdf)
- Ricoeur, P. (1996) *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*, Ciudad de Mexico, Mexico: Siglo xxi.
- Ridley, C. R., & Lingle, D. W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.). *Counseling across cultures* (4th ed., pp. 21-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rivera García, E., & Trigueros Cervantes, C. (2013). *La utilización de software NVivo 10 para el análisis de datos cualitativo*. (Unpublished Manuscript).
- Rodríguez Gómez, G., Flores, G., & Jiménez, J. G. Otros (1996). *Metodología De La Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe
- Rolls, C., Inglis, A., & Kristy, S. (1997). Study abroad programs: Creating awareness of and changing attitudes to nursing, health and ways of living in other cultures. *Contemporary Nurse*, 6(3/4), 152-156.
- Rosinski, P. (2010). *Coaching across cultures: New tools for leveraging national, corporate & professional differences*. (2nd ed.). London, UK: Nicholas Brealey Publishing.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.

- Ruddock, H. C., & Turner de, S. (2007). Developing cultural sensitivity: Nursing students' experiences of a study abroad programme. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 361-369.
- Ryan, M. E., & Twibell, R. S. (2000). Concerns, values, stress, coping, health and educational outcomes of college students who studied abroad. *International Journal of Intercultural Relations*, 24(4), 409-435.
- Ryan, M. E., & Twibell, R. S. (2002). Outcomes of a transcultural nursing immersion experience: Confirmation of a dimensional matrix. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(1), 30-39.
- Ryan, M.E, Twibell, R. S., Miller, A., & Brigham, C. (1996). Cross-cultural nursing: A report of faculty collaboration through regional networking. *Nurse Educator*, 21(6), 28-32.
- Saenz, K., & Holcomb, L. (2009). Essential tools for a study abroad nursing course. *Nurse Educator*, 34(4), 172-175.
- Sakurai, T., McCall-Wolf, F., & Kashima, E. (2010). Building intercultural links: The impact of a multicultural intervention programme on social ties of international students in Australia. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(2), 176-185.
- Sam, D. L., & Berry, J. W. (Eds.). (2016). *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sánchez Gómez, S. (2013). *La educación para el autocuidado del adulto maduro: Un proceso dialógico-reflexivo emancipador*. (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón. Recuperada de: <http://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/2470>
- Sandín Esteban, M. P. (2003). *La investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Universidad de Barcelona: McGraw Hill.
- Sandin, I., Grahn, K., & Kronvall, E. (2004). Outcomes of Swedish nursing students' field experiences in a hospital in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(3), 225-230.
- Sanner, S., Wilson, A. H., & Samson, L. F. (2002). The experiences of international nursing students in a baccalaureate nursing program. *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 206-213.
- Scholes, J., & Moore, D. (2000). Clinical exchange: One model to achieve culturally sensitive care. *Nursing Inquiry*, 7(1), 61-71.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schreurs, K. M., & de Ridder, D. T. (1997). Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 89-112.
- Schroeder, P. (2012). *The influence of cultural immersion on transcultural self-efficacy for nursing students at private faith-based baccalaureate nursing programs*. (Unpublished doctoral dissertation). University of South Dakota, Vermillion, SD.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Lorenzo-Blanco, E. I., Des Rosiers, S. E., Villamar, J. A., Soto, D. W., ... & Szapocznik, J. (2014). Perceived context of reception among recent Hispanic immigrants: Conceptualization, instrument development, and preliminary validation. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(1), 1-15.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L. & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237-251.

- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., & Jarvis, L. H. (2007). Ethnic identity and acculturation in Hispanic early adolescents: Mediated relationships to academic grades, prosocial behaviors, and externalizing symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(4), 364-373.
- Seright, T. (2007). Perspectives of registered nurse cultural competence in a rural state: Part II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 7*(1), 58-68.
- Shieh, C. (2004). International exchange program: findings from Taiwanese graduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 20*(1), 33-39.
- Shirts, R. G. (1977). *BaFá BaFá: A cross culture simulation*. Del Mar, CA: Simile II.
- Sirin, S. R., Ryce, P., Gupta, T., & Rogers-Sirin, L. (2013). The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 49*(4), 736-748.
- Smith, R. A., & Khawaja, N. G. (2011). A review of the acculturation experiences of international students. *International Journal of Intercultural Relations, 35*(6), 699-713.
- Smith-Miller, C. A., Leak, A., Harlan, C. A., Dieckmann, J., & Sherwood, G. (2010). "Leaving the comfort of the familiar": Fostering workplace cultural awareness through short-term global experiences. *Nursing Forum, 45*(1), 18-28.
- Spiegelberg, H.(1982). *El movimiento fenomenológico: Una introducción histórica*. La Haya: Nijhoff.
- St Clair, A., & McKenry, L. (1999). Preparing culturally competent practitioners. *Journal of Nursing Education, 38*(5), 228-234.
- Stephens, M., & Hennefer, D. (2013). Internationalising the nursing curriculum using a community of inquiry framework and blended learning. *Nurse Education in Practice, 13*(3), 170-175.
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing, 15*(2), 93-102.
- Taft, R. (1977). Coping with unfamiliar cultures. In N. Warren (Ed.), *Studies in cross-cultural psychology* (Vol. 1, pp. 121-153). London: Academic Press.
- Tajfel, H. (1978). *The social psychology of minorities*. London, UK: Minority Rights Group
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Task Force on Immigrant Health Care Access (2016). *Improving Immigrant Access to Health Care in New York City*. Recuperado de <http://www1.nyc.gov/assets/home/downloads/pdf/reports/2015/immigrant-health-task-force-report.pdf>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(3), 230-237.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9*(2), 117-125.

- Thiagarajan, S., & Thiagarajan, R. (2011). *Barnaga 25th anniversary edition: A simulation game on cultural clashes*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Thompson, K., Boore, J., & Deeny, P. (2000). A comparison of an international experience for nursing students in developed and developing countries. *International Journal of Nursing Studies*, 37(6), 481-492.
- Tripp-Reimer, T., Choi, E., Kelley, L. S., & Enslein, J. C. (2001). *Cultural barriers to care: Inverting the problem*. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 13-22.
- Tripp-Reimer, T., & Fox, S. (1990). *Beyond the concept of culture*. St. Louis, MO: Mosby.
- Truong, M., Paradies, Y., Priest, N., 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv. Res.* 14 (1), 99-116.
- Tseng, W. S., & Streltzer, J. (2008). *Cultural competence in health care* (1st ed.). New York, NY: Springer Science+Business Media.
- Turney, L. & Pocknee, C. (2005). Virtual focus groups: New frontiers in research. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 32-43.
- U.S. Department of Health and Human Services (2011). *Action plan to reduce racial and ethnic health disparities: a nation free of disparities in health and healthcare*. Recuperado de https://minorityhealth.hhs.gov/npa/files/plans/hhs/hhs_plan_complete.pdf
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/50712983/COMUNICACION-TERAPEUTICA-EN-ENFERMERIA>
- Van de Berg, M., Paige, R. M., & Lou, K. H. (2012). *Student learning abroad: What our students are learning, what they're not, and what we can do about it*. Sterling, VA: Stylus Publishing, LLC
- Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia Vivida*. Barcelona, España: Idea Educación.
- Vande Berg, M., Connor-Linton, J., & Paige, R. M. (2009). The Georgetown consortium project: Interventions for student learning abroad. *Frontiers: The Interdisciplinary Journal of Study Abroad*, 18, 1-75.
- Vande Berg, M., Paige, R. M., & Lou, K. H. (2012). *Student learning abroad: What our students are learning, what they're not, and what we can do about it*. Sterling, VA: Stylus Publishing.
- Vasilachis De Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, F. (1997). *Objetivos y medios de la investigación psicosocial*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Walsh, L. V., & DeJoseph, J. (2003). "I saw it in a different light": International learning experiences in baccalaureate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 42(6), 266-272.
- Ward, C., & Kennedy, A. (1993). Where's the "culture" in cross-cultural transition? Comparative studies of sojourner adjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24(2), 221-249.
- Ward, C., & Kennedy, A. (1994). Acculturation strategies, psychological adjustment, and sociocultural competence during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 18(3), 329-343.

- Ward, C., & Searle, W. (1991). The impact of value discrepancies and cultural identity on psychological and sociocultural adjustment of sojourners. *International Journal of Intercultural Relations*, 15(2), 209-224.
- Ward, C. (1996). Acculturation. In D. Landis, & R. S. Bhagat (Eds). *Handbook of intercultural training*. (2nd ed., pp. 124–147). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ward, C., & Geeraert, N. (2016). Advancing acculturation theory and research: The acculturation process in its ecological context. *Current Opinion in Psychology*, 8, 98-104.
- Ward, C., Bochner, S., & Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Routledge.
- Ward, C., Leong, C. H., & Kennedy, A. (1998). *Self construals, stress, coping and adjustment during cross-cultural transition*. In Paper presented at the annual conference of the Society of Australasian Social Psychologists, Christchurch, New Zealand.
- Watts, R. J., Cuellar, N. G., & O'Sullivan, A. L. (2008). Developing a blueprint for cultural competence education at Penn. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 136-142.
- Wei, M., Heppner, P. P., Mallen, M. J., Ku, T.-Y., Liao, K. Y.-H., & Wu, T.-F. (2007). Acculturative stress, perfectionism, years in the United States, and depression among Chinese international students. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 385-394.
- Williams, P. G., Rau, H. K., Cribbet, M. R., & Gunn, H. E. (2009). Openness to experience and stress regulation. *Journal of Research in Personality*, 43(5), 777-784.
- Wilson, J., Ward, C., & Fischer, R. (2013). Beyond culture learning theory: What can personality tell us about cultural competence? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 900–927.
- Wimpenny, P., Gault, B., MacLennan, V., Boast-Bowen, L., & Shepherd, P. (2005). Teaching and learning about culture: A European journey. *Nurse Education Today*, 25(5), 398-404.
- Yusoff, Y. M. (2011). Self-efficacy, perceived social support, and psychological adjustment in international undergraduate students in a public higher education institution in Malaysia. *Journal of Studies in International Education*, 16(4), 353-371.
- Zanchetta, M., Schwind, J., Aksenchuk, K., Gorospe, F. F., & Santiago, L. (2013). An international internship on social development led by Canadian nursing students: Empowering learning. *Nurse Education Today*, 33(7), 757-764.
- Zhang, J., & Goodson, P. (2011). Predictors of international students' psychosocial adjustment to life in the United States: A systematic review. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(2), 139-162.
- Zhou, Y., Jindal-Snape, D., Topping, K., & Todman, J. (2008). Theoretical models of culture shock and adaptation in international students in higher education. *Studies in higher education*, 33(1), 63-75.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653.
- Zorn, C. (1996). The long-term impact on the nursing students of participating in international education. *Journal of Professional Nursing*, 12(2), 106-110.

- Zorn, C., Ponick, D., & Peck, S. (1995). An analysis of the impact of participation in an international study program on the cognitive development of senior baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education, 34*(2), 67-70.
- Zoucha, R. (2000). The keys to culturally sensitive care. *The American Journal of Nursing, 100*(2), 24GG-24II.

Anexos

ANEXOS

Anexo I: Perfil de los y las estudiantes de la 1ª etapa

Estudiante	Cohorte	Sexo	Institución educativa de origen	Experiencia previa Internacional	Competencia lingüística	Unidad de Prácticas clínicas
Est 1 ES 2003	2002-2003	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja -Media	Intermedio	General: Traumatología
Est 2 ES 2003	2002-2003	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-bajo	General: Urología
Est 3 ES 2003	2002-2003	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	General: Cirugía
Est 1 Ho 2003	2002-2003	Mujer	Hogeschool van Utrecht	Media	Intermedio	Especial: Pediatría.
Est 2 Ho 2003	2002-2003	Mujer	Hogeschool van Utrecht	Media	Intermedio	General: Medicina interna
Est 4 RU 2003	2002-2003	Mujer	University of Brighton	Alta	Intermedio	Especial: Oncología
Est 5 RU 2003	2002-2003	Mujer	University of Brighton	Alta	Alto-lengua materna	Atención Primaria
Est 6 RU 2003	2002-2003	Mujer	University of Brighton	Alta	Alto-lengua materna	General: Vascular
Est 7 RU 2003	2002-2003	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio-bajo	Especial: Urgencias
Est 1 Ho 2004	2003-2004	Mujer	Hogeschool van Utrecht	Alta	Intermedio-alto	Especial Pediatría
Est 2 RU 2004	2003-2004	Mujer	University of Brighton	Media	Intermedio	Especial: Urgencias
Est 3 RU 2004	2003-2004	Mujer	University of Brighton	Alta	Alto-lengua materna	Especial: Intensivos
Est 4 RU 2004	2003-2004	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	General Neurología/ cardiología
Est 1 RU 2005	2004-2005	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	Atención Primaria
Est 2 RU 2005	2004-2005	Mujer	University of Brighton	Alta	Intermedio-alto	Atención Primaria
Est3 HO 2005	2004-2005	Hombre	Hogeschool van Utrecht	Media	Intermedio-alto	Especial: Salud mental
Est 1 RU 2006	2005-2006	Hombre	University of Brighton	Media	Intermedio	Atención Primaria
Est 2 RU 2006	2005-2006	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	General Neurología/ cardiología
Est 3 RU 2006	2005-2006	Mujer	University of Brighton	Alta	Alto-lengua materna	Atención Primaria
Est 4 RU 2006	2005-2006	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio-bajo	Atención Primaria
Est 5 RU 2006	2005-2006	Mujer	University of Brighton	Alta	Alto-lengua materna	Especial: Oncología e Intensivos
Est 1 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	Especial: Pediatría
Est 2 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-bajo	General: Traumatología
Est 3 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	General: Neumología.
Est 4 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-bajo-bajo	General: Hematología
Est 5 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	General: Geriatria
Est 6 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	General: Cardiología
Est 7 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-bajo	General: Urología
Es 8 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	Especial: Pediatría
Est 9 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-alto	General: Cirugía
Est 10 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio	General: Cirugía Vascular
Est 11 SP 2006	2005-2006	Mujer	EUE de Vitoria-Gasteiz	Baja	Intermedio-bajo	General: Endocrino
Est 1 RU 2007	2006-2007	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	Atención Primaria
Es 2 RU 2007	2006-2007	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	Atención Primaria
Est 3 RU 2007	2006-2007	Mujer	University of Brighton	Baja	Intermedio	Especial : Urgencias

Fuente: Elaboración propia

Anexo II: Carta de captación

Estimada _____ :

Espero que todo te haya ido bien desde la última vez que estuvimos en contacto. Aunque no lo podamos creer, ya han pasado 10 años de vuestro intercambio en la unidad de prácticas en el Reino Unido.

De la mano del 10º aniversario del intercambio, va la segunda etapa de mi tesis que pretende, en este momento, comprender el efecto del intercambio a nivel personal y profesional a largo plazo. El motivo de la presente carta es solicitar vuestra ayuda como personas que habéis participado en la experiencia. En esta segunda fase contemplamos recoger los datos a través de un relato personal y un grupo focal posterior.

El relato personal es una narración individual en la que os pido que reflexionéis si lo aprendido durante el intercambio, os ha ayudado y tiene un efecto a nivel personal y profesional a día de hoy. Para ello podéis recurrir a ejemplos concretos de vuestra experiencia que os marcaron. Con el fin de estimular el recuerdo, adjunto os envío un breve resumen del efecto a corto plazo. Una vez estimulado el recuerdo, por favor, reflexionar sobre cómo aquella experiencia formativa os ha influido e influye a nivel personal y profesional a día de hoy. Os ruego encarecidamente, que el relato me lo enviéis a mi correo electrónico antes del 23 de enero de 2017. Con el relato, por favor, enviar el cuestionario adjunto con unos datos sociodemográficos que son de interés para el estudio. No os preocupéis por la calidad narrativa, lo importante es escuchar vuestra opinión. Ya habéis demostrado todo lo que tenéis que demostrar, y es mejor que expreséis algo aunque no os parezca perfecto. Esto no es un trabajo académico.

Posteriormente, os pido que participéis en un grupo focal en el que profundizaremos en la misma temática de los relatos. El volver a veros y saber de vosotras será un verdadero regalo.

En breve recibiréis un doodle para decidir la fecha del grupo focal.

Por favor confirmarme que habéis recibido el correo electrónico.

Un abrazo cordial,

Elena de Lorenzo

Anexo III: Impreso de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, la abajo firmante, Dña..... confirmo que he sido suficientemente informada acerca de esta investigación en la que acepto participar.

Entiendo que es una investigación que pretende profundizar en las aportaciones a largo plazo que ha tenido el intercambio de prácticas realizado en el programa ENI en la vida personal y profesional. El interés de esta investigación es aportar nuevos datos sobre la inmersión cultural como estrategia de desarrollo profesional e identificar los elementos que les ha facilitado un cambio personal y profesional. De forma que se puedan establecer las bases conceptuales para el diseño de estrategias pedagógicas que apoyen este tipo de experiencias formativas facilitando estos procesos en los futuros estudiantes de enfermería.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Entiendo que mi participación en el grupo focal, y en su defecto en la entrevista individual, convocada personalmente, será grabada en audio para facilitar el análisis de los datos.

Soy consciente que la grabación será transcrita y los nombres de las personas serán sustituidos por apodos, por lo que los datos serán anónimos y confidenciales, es decir que ningún participante será identificado personalmente. Dicha información será destruida cuando la investigación finalice.

Soy consciente que algunos fragmentos de la entrevista, siempre de manera anónima, podrán ser incluidos en las publicaciones finales con el propósito de dar mayor riqueza al estudio y favorecer la comprensión de los lectores acerca de la vivencia de los participantes en la investigación.

Los datos finales de la investigación serán puestos en conocimiento de los participantes, a fin de confirmar los resultados.

Por lo mencionado previamente doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante.....

Fecha.....

Le agradecemos profundamente su colaboración, y le invitamos a que se ponga en contacto con **Elena de Lorenzo Urien** en el caso de que se le presente cualquier duda.

Direcciones de contacto:

Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz
C/ José Achotegui s/n
01009 Vitoria- Gasteiz
Teléfono: 945 21 80 86 Móvil: 657 70 48 40
Email: elena_delorenzo@ehu.eus

Firma.....

Anexo IV: Perfil de las participantes de la 2ª etapa

Participante	Cohorte	Sexo	Formación posterior al ENI	Contacto intercultural posterior
Est 1 ES 2003	2002-2003	Mujer	-	Media
Est 3 ES 2003	2002-2003	Mujer	-	Baja
Est 1 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Baja
Est 2 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Alta
Est 3 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad Doctorado	Media
Est 4 ES 2006	2005-2006	Mujer	-	
Est 5 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Alta
Est 6 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad Doctorado	Media
Est 7 ES 2006	2005-2006	Mujer	-	Baja
Est 8 ES 2006	2005-2006	Mujer	-	Baja
Est 9 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Alta
Est 10 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Alta
Est 11 ES 2006	2005-2006	Mujer	Master-Especialidad	Media

Anexo V: Resumen del efecto a corto plazo

RESUMEN DEL EFECTO A CORTO PLAZO DEL INTERCAMBIO

En este documento presentamos un breve resumen del informe acerca de la percepción de los y las estudiantes del programa ENI (Brighton, Utrecht, Vitoria-Gasteiz) sobre el efecto a corto plazo del intercambio a nivel profesional y personal.

A nivel profesional

El grupo de participantes del intercambio reconocieron que la experiencia del intercambio tuvo un efecto en la perspectiva del cuidado de las personas de su propio entorno cultural, y un mayor compromiso con la profesión.

Manifestaron que el intercambio propició una visión más amplia a la hora de valorar las necesidades de los y las pacientes contemplando aún más, aspectos de carácter emocional y social. El intercambio incrementó la importancia otorgada a la empatía, a la comunicación terapéutica, su compromiso por la autonomía en la toma de decisiones y el respeto por la independencia del paciente. Esta motivación les llevó a proyectar estrategias prácticas aplicables en su país de origen como, por ejemplo, la asignación a cada paciente de una enfermera de referencia de trato cercano, que expresara su intención de apoyo, que indagase en las necesidades de la persona, planificase sus cuidados y que realizase un seguimiento de su consecución. Asimismo, expresaron la importancia de trabajar en equipo desde una mirada multiprofesional con el fin de ofrecer una atención completa y centrada en la persona.

Esa experiencia profesional, también, incitó el deseo de buscar otras experiencias de aprendizaje, actualizar el conocimiento teórico y proporcionar una práctica clínica basada en la evidencia científica.

Asimismo, manifestaron que el análisis sobre las diferencias y sus factores provocó que fueran más reflexivos y críticos acerca de la práctica enfermera, y más cuestionadores sobre las relaciones de poder en el sistema sanitario. La propia evolución profesional percibida originó un mayor entusiasmo y valor por la profesión que habían elegido, y les motivó para seguir avanzando en el aprendizaje y el cambio de la práctica clínica en su país.

A nivel de la competencia cultural

El grupo de estudiantes incrementaron el conocimiento cultural sobre el país de acogida, sus estilos de vida, las prácticas de cuidado y los valores sociales. El intercambio también, les permitió conocer los

diferentes niveles de atención dentro de la Sistema Sanitario y Sociosanitario (Atención Primaria, Atención especializada y Atención sociosanitaria ...), los servicios que ofertaba cada nivel y las fuentes y formas de financiación de dichos servicios. A nivel de las unidades clínicas, comprendieron cómo estaban estructuradas, tanto arquitectónicamente como organizativamente, cómo funcionaban los equipos de salud, quiénes los conformaban, cuáles eran sus responsabilidades y los canales de comunicación adecuados.

Asimismo, los participantes reflexionaron y tomaron conciencia de la diferencia de valores entorno a la autonomía del paciente, el rol activo o pasivo en su propio cuidado y el poder del paciente en la toma de decisiones.

El análisis de las diferencias con el país de acogida y de los factores que influyen en las mismas les permitió, por un lado, conocer más a fondo su propia cultura sanitaria, y por otro lado, comprender cómo la cultura afecta las prácticas de cuidado, el funcionamiento del Sistema Sanitario y la interacción con los profesionales. Este descubrimiento les ayudó a integrar la tendencia de los seres humanos a interpretar la realidad desde una perspectiva etnocéntrica, es decir, en base a la propia cultura.

El enfrentarse a cuidar con dificultades en el manejo del idioma, y con el desconcierto sobre cómo actuar en el otro contexto profesional, suscitó una intensa respuesta emocional (Confusión, inseguridad, miedo a cometer errores, incompetencia, disminución de la confianza en si misma...). Respuesta que se vio incrementada por la percepción de “ser el extranjero” y “el diferente”. La reflexión sobre esta experiencia emocional generó una mayor comprensión acerca de la experiencia emocional del paciente inmigrante e incitó el desarrollo de un mayor nivel de empatía. Este incremento de empatía por el otro, les despertó un deseo auténtico por atender a personas de otras culturas, facilitarles el proceso de adaptación cultural, ofertarles una atención sensible a su cultura y contribuir a aliviar su sufrimiento. Los participantes incluso plantearon utilizar “su experiencia personal” como instrumento para que los demás se sintiesen bienvenidos y comprendidos, se abriesen y se fomentase un proceso terapéutico más eficaz.

La reflexión acerca de los factores que influyen en las diferencias culturales favoreció un posicionamiento igualitario entre las culturas y el respeto hacia las diferencias.

Manifestaron que esta experiencia había contribuido a que fueran más “abiertos de mente” y más tolerantes ante las diferentes formas de pensar o de proceder de otras personas. La “apertura de mente” hacia las personas de otras culturas no implicaba que los y las estudiantes estuviesen conformes con conductas que violaban los derechos humanos (“no todo vale”). No obstante, admitieron haber desarrollado más capacidad para trabajar con estas personas aunque no estuviesen de acuerdo con sus prácticas.

El conocimiento de las diferencias les propició una mayor capacidad para valorar las necesidades de los y las pacientes de otras culturas, incluyendo aspectos relativos a su migración y a la adaptación a la nueva cultura. Los y las estudiantes también expresan un incremento en el nivel de tolerancia y de flexibilidad, cualidad que propició una mayor capacidad para adaptarse a la idiosincrasia de cada uno y negociar los cambios en los cuidados si fuese necesario.

La constatación de lo importante que fue la información, en su propio proceso, les llevó a idear procesos informativos adaptados a las persona con un nivel bajo de competencia lingüística recalcando la necesidad de utilizar mensajes cortos apoyados en materiales audiovisuales que facilitaran la comprensión y la necesidad de contrastar su comprensión.

El intercambio les había propiciado ser más conscientes del estrés situacional por el que pasaban los inmigrantes, fruto del proceso de adaptación cultural y de su situación social. Asimismo, comprendían en mayor profundidad la posibilidad de que se generasen conflictos culturales a pesar de la buena voluntad de ambas partes. Esta comprensión derivó en el diseño de estrategias de prevención y abordaje del conflicto cultural, basadas en la creación de un clima de confianza mutua en el que se pudiera compartir el malestar y negociar la atención para diluir la tensión percibida.

En definitiva, sentían una mayor capacidad para proporcionar unos cuidados coherentes con la cultura.

A nivel personal

Nuevamente la reflexión sobre los sentimientos y emociones generadas por el intercambio facilitó una mayor consciencia emocional, aportando un mayor conocimiento acerca de sus fortalezas y debilidades, y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para gestionar dichas emociones.

Compartir esas vivencias, en un clima íntimo, sin juicio y en confianza mutua, impulsó relaciones auténticas que generaron lazos de amistad profundos que preveían perdurarse toda la vida.

Con el tiempo, al tomar conciencia de la superación de dicho reto, les produjo un aumento en el nivel de confianza en ellas mismas y en su capacidad para hacer frente a otros retos en sus vidas. Esta confianza generó un incremento en la autoestima personal. La percepción de autoestima también se vio reforzada porque, durante el intercambio, tomaron las riendas de su vida de forma más autónoma, adoptando sus propias decisiones, solucionando los problemas y respondiendo a las responsabilidades sin recurrir a la ayuda de sus padres.

Por último a nivel personal, también manifestaron haber adquirido un aumento de la competencia lingüística en el otro idioma.

A modo de conclusión, los datos indicaban que la experiencia formativa del intercambio produjo, en la gran mayoría de las estudiantes, un impacto positivo a nivel personal y profesional. Este impacto les

ayudó a proporcionar una atención sanitaria más sensible a la cultura, tanto a las personas del país de acogida, como a la personas de culturas desconocidas para ellas.

La reflexión crítica sobre los factores sociales, económicos políticos y culturales que influyen en las prácticas de autocuidado y de cuidado impulsó la ruptura de una perspectiva etnocentrista y parcializada de la realidad y suscitó el cambio de una visión más amplia, permeable e integradora. Desde esta perspectiva, la mayoría de los y las estudiantes proyectaron estrategias que ofertaban un cuidado adaptado a la cultura e incluso manifestaron un compromiso con la defensa de los intereses de los y las pacientes, con la desigualdad social en salud y con el empoderamiento del paciente.

Gracias por vuestra colaboración,

Elena de Lorenzo Urien

Anexo VI: Cuestionario sociodemográfico post-intercambio

<p>CUESTIONARIO</p> <p>POST INTERCAMBIO</p> <p>BSc (Hons) in EUROPEAN NURSING</p>
--

Datos sociodemográficos

- Nombres y apellidos: _____
- Sexo:
 - 1 Hombre
 - 2 Mujer
- Año de nacimiento: _____
- Lugar en el que resides actualmente:
 - 1 CAPV
 - 2 Burgos
 - 3 Navarra
 - 4 Otros → ¿Cuál? _____
- Año de finalización del BSc (Hons) in European Nursing: _____

Formación posterior al intercambio

Año	Tipo de formación	Tiempo de duración

Experiencias de contacto con otras culturas

➤ **Experiencias personales previas al intercambio**

Por favor, indica las experiencias personales de contacto con otras culturas antes del intercambio, identificando aquellas que consideres más superficiales (por ejemplo como turista...) de las que han implicado una inmersión más profunda en otra cultura. Asimismo, por favor indica la duración de la experiencia.

Observaciones:

➤ **Experiencia profesional posterior al intercambio con personas de otras culturas**

Indica las experiencias de contacto con otras culturas posterior al intercambio diferenciando aquellas situaciones en las que las personas contactadas perteneciesen a un grupo minoritario (ej.: pacientes de otra cultura atendidos en el País Vasco) o aquellas en las que tu formabas parte del grupo minoritario (ej.: estudiar o practicar en otro país).

Observaciones:

¿Te consideras una impulsora de cambios en la práctica clínica o profesional? ¿Por qué?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

Por favor enviar por correo electrónico a elena_delorenzo@ehu.eus

Anexo VII: Tabla comparativa de los resultados a corto plazo con la bibliografía revisada

		Frisch (1990)	Zorn (1996)	Rolls y col (1997)	Scholes y Moore (2000)	Koskinen y Tossavainen (2003)	Drake (2004)	Lee (2004)	Callister y Cox, (2006)	Green y col, (2008)	Matejka y Gulbrandsen, (2009)	Keogh y Russel-Roberts, (2009)	Amerson (2010)	Zancheta (2013)	Foronda (2010)	De Lorenzo (2018)	
Crecimiento personal	Conocimiento personal		+		+			+				+				+	
	Gestión emocional															+	
	Autoestima personal				+			+		+				+		+	
	Independencia															+	
	Aprendizaje del idioma															+	
Crecimiento profesional	Profesionalidad	Lazos del idioma														+	
		Conocimiento profesional				+		+		+						+	
		Capacidad reflexiva e inquisitiva				+			+		+					+	
		Autoestima profesional														+	
		Valoración profesional														+	
		Practica basada en el conocimiento y la evidencia				+										+	
	Perspectiva del cuidado	Compromiso con el cambio y la transformación del práctica														+	
		Ampliar horizontes profesionales							+				+				
		Atención integral				+										+	
		Autonomía				+			+		+					+	
		Independencia														+	
		Empatía														+	
		Comunicación				+			+		+					+	
Competencia cultural	Dimensión cognitiva	Mirada multiprofesional			+			+		+					+		
		Conocimiento cultural	+			+				+		+		+	+	+	
	Dimensión afectiva	Conciencia cultural			+	+	+		+	+	+		+		+	+	+
		Apertura de mente				+			+		+		+			+	
		Deseo cultural			+	+	+	+		+	+		+		+	+	
		Empatía cultural			+	+	+	+		+	+		+		+	+	
		Humildad cultural														+	
		No enjuiciamiento														+	
		Conciencia del significado de ser minoría														+	
		Actitud general		+	+	+	+	+		+	+		+		+	+	
		Competencia general		+	+	+	+	+		+	+		+		+	+	
		Dimensión conductual	Valoración				+										+
			Comunicación														+
Negociación Prevenir y abordar conflictos					+										+		
Flexibilidad															+		
Defensa del paciente													+		+		
Cambio en la práctica del cuidado					+								+		+		
Transformación de la perspectiva de significado					+				+						+		