



MULTI CULTURAL CARE

**Educar al estudiantado a través
de métodos de aprendizaje
innovadores para intervenir
en contextos multiculturales
complejos.**



E-BOOK

PROYECTO MULTICULTURALCARE - MulticulturalCare: Educar a los estudiantes a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (refº. 2020-1-PT01-KA203-078530)

Consortium

Escuela Superior de Enfermería de Coimbra
Universidad de Castilla-La Mancha
UC Leuven-Limburg

CÓMO CITAR EL E-BOOK (APA - 7th edition)

Monteiro, A. P., Melgar de Corral, G. Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (Coords.) (2023). *E-BOOK – Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (2020-1-PT01-KA203-078530)*. Escuela Superior de Enfermería de Coimbra; Universidad de Castilla-La Mancha; UC Leuven-Limburg.

CÓMO CITAR EL CAPÍTULO (APA - 7th edition)

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Baquero, R. A., Molina Gallego, B., Melgar-Sánchez, L., Camarneiro, A. P., & Monteiro, A. P. (2023). In A.P. Monteiro, G. Melgar de Corral & M. I. Ugarte-Gurrutxaga (Coords.), *E-BOOK – Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (2020-1-PT01-KA203-078530)* (pp. 9–38). Escuela Superior de Enfermería de Coimbra; Universidad de Castilla - La Mancha; UC Leuven - Limburg.

El contenido científico es responsabilidad de los autores.

Financiado por Programa Erasmus+
con la referencia 2020-1-PT01-KA203-078530,
el Proyecto MulticulturalCare
se centra en educar al estudiantado de enfermería
utilizando métodos de aprendizaje innovadores
para intervenir en contextos multiculturales
y con personas multiculturales.

El proyecto tiene como objetivo educar estudiantes de enfermería
pero extiende su alcance a la comunidad de la salud,
así como a organizaciones, mentores/as, y profesorado.

El objetivo principal del proyecto MulticulturalCare es
promover la educación en habilidades culturales
de profesionales de la salud en Europa,
como una estrategia importante para abordar las desigualdades en salud,
contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU)
relacionados con la Salud.



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

E-BOOK – Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos

EDITORES

Escuela Superior de Enfermería de Coímbra

COORDINACIÓN EDITORIAL

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro, Ph.D., Coordinadora del Proyecto, Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, Portugal
Gonzalo Melgar de Corral, Ph.D., Universidad de Castilla-La Mancha, España;
María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ph.D., Universidad de Castilla-La Mancha, España.

AUTORÍA

Ana Paula Teixeira Almeida Vieira Monteiro - Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, Portugal
Ana Paula Forte Camarneiro - Escuela Superior de Enfermería de Coímbra
Beatriz de Oliveira Xavier - Escuela Superior de Enfermería de Coímbra
Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira - Escuela Superior de Enfermería de Coímbra
Filipa Isabel Quaresma Santos Ventura - Escuela Superior de Enfermería de Coímbra
María Idoia Ugarte Gurrutxaga (Coordinadora del equipo de España) - Universidad de Castilla-La Mancha, España
Gonzalo Melgar del Corral - Universidad de Castilla-La Mancha, España
Brigida Molina Gallego - Universidad de Castilla-La Mancha, España
Rocío Aránzazu Baquero Noriega - Universidad de Castilla-La Mancha, España
Laura María Melgar Sánchez - Universidad de Castilla-La Mancha, España
Flore Geukens (Coordinadora del equipo de Bélgica) – UC Limburg, Bélgica
Ellen Westhof – UC Limburg
Inge Godts – UC Limburg
Joke Lemiengre – UC Limburg
Kristel Liesenborghs – UC Limburg
Paulien Kriekemans – UC Limburg
Sylvianne Vroonen – UC Limburg
Tijs Vandemeulebroucke – UC Limburg

ISBN (online version)

978-989-35129-0-6

DERECHOS DE AUTOR

Esta obra tiene una licencia internacional Creative Commons
Atribución 4.0.

TRADUCCIÓN

María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Gonzalo Melgar del Corral, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Brigida Molina Gallego, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Rocío Aránzazu Baquero Noriega, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Laura María Melgar Sánchez, Universidad de Castilla-La Mancha, España

PAGINACIÓN, DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Eurico Nogueira, Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, Portugal
Alexandre Vaz, Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, Portugal

AÑO DE PUBLICACIÓN

2023



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Finalidad y alcance del e-book	4
1.2. Cómo navegar el e-book	4
2. PRINCIPIOS CLAVE DEL MODELO EDUCATIVO – MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL	11
2.1. Principios y conceptos fundamentales de la educación en cuidados interculturales en enfermería	12
2.1.1. Enfoque basado en los Derechos Humanos (EBDH)	12
2.1.2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) principios y elementos	13
2.1.3. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	14
2.1.4. Enfoque de “Una sola salud” (One Health)	15
2.2. Marco teórico: modelos, teorías, normas, y terminologías de otras disciplinas	17
2.2.1. Aportaciones de la Antropología, la Sociología y la Psicología en la construcción de los conceptos de Cultura y Competencia Cultural	17
2.2.2. Aportaciones de los modelos y teorías de las Ciencias de la Educación	24
2.3. Modelos de competencias culturales en enfermería y atención sanitaria	26
2.3.1. Definiendo el concepto de “Competencia Cultural”	26
2.3.2. Modelos de “Competencia Cultural en Enfermería”	28
2.3.3. Otros modelos, teorías y principios en enfermería	32
2.4. Proceso de construcción del Modelo Educativo - MulticulturalCare Nursing Education Model	33
2.4.1. Revisión de los principios y el marco teórico de MulticulturalCare	35
2.4.2. Incorporando las perspectivas de migrantes y de personas expertas	36
2.4.3. Estudiando las experiencias de formación en Competencias culturales	41
2.4.4. Aspectos clave de los cuidados culturalmente competentes	42
3. MODELO MULTICULTURALCARE PARA LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL	45

3.1. Desarrollo del Modelo MulticulturalCare para la Educación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model).....	45
3.2. Descripción del Diagrama del Modelo Educativo MulticulturalCare (Figura y elementos).....	49
3.2.1. PRINCIPIOS Y VALORES	51
3.2.2. ENFOQUES PEDAGÓGICOS	52
3.2.3. MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURALES.....	53
3.3. Competencias Culturales Básicas	53
3.3.1. A- COMPETENCIAS CULTURALES BÁSICAS INDIVIDUALES.....	54
3.3.2. B - COMPETENCIAS CULTURALES BÁSICAS SOCIALES	59
3.3.3. TABLA DE COMPETENCIAS BÁSICAS	61
4. PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO MULTICULTURALCARE PARA LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA	77
4.1. Marco teórico-pedagógico.....	77
4.1.1. LA EDUCACIÓN POPULAR.....	77
4.1.2. APRENDIZAJE DIALÓGICO.....	79
4.1.3. PENSAMIENTO CRÍTICO.....	80
4.2. Guía para el desarrollo de actividades formativas en competencias Multiculturales.....	82
4.2.1. Propuesta de Ficha: Llevando el modelo a la práctica.....	82
4.2.2. Pilotos ágiles como ejemplo de prácticas pedagógicas innovadoras.....	85
5. ESCENARIOS DE SIMULACIÓN INTERACTIVOS COMO EJEMPLOS DE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS INNOVADORAS.....	103
6. MATERIALES DE APOYO.....	111
7. CONCLUSIONES.....	115
8. BIBLIOGRAFÍA.....	119
8.1. Referencias – Capítulo 1.....	119
8.2. Referencias – Capítulo 2	119
8.3. Referencias – Capítulo 3.....	125
8.4. Referencias – Capítulo 4.....	126
9. ANEXOS.....	129
9.1. Tabla de imágenes.....	129



1.

INTRODUCCIÓN

Ana Paula Monteiro, Beatriz Xavier, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Rocío A. Baquero, Brígida Molina-Gallego & Gonzalo Melgar de Corral.

La migración y el desplazamiento son cuestiones sociales, políticas y de salud pública para los países de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Región Europea y más allá. La Región acoge a casi el 36% de la población migrante internacional, con más del 13% de su población total formada por migrantes internacionales, lo que supone un aumento del 9% desde 1990 (WHO, Regional Committee for Europe, 2022).

Europa se enfrenta más que nunca al impacto de la movilidad de las personas, que se ha visto impulsada por la libre circulación de la ciudadanía de la UE y la llegada de personas migrantes de distintas regiones del mundo. Desde el comienzo del milenio, más de 20.000 seres humanos han fallecido intentando cruzar el mar Mediterráneo hacia Europa (UN, 2021). Los servicios sanitarios europeos se enfrentan al reto de prestar más asistencia y de mejor calidad a una población multicultural.

Defender la inclusión de personas migrantes y refugiadas en los sistemas nacionales de salud a costes asequibles y con calidad suficiente es una prioridad para la ONU (2021). Esta estrategia está en consonancia con el Pacto Mundial sobre Refugiados ([Global Compact on Refugees](#)) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ([2030 Agenda for Sustainable Development](#)).

Responder a las necesidades y vulnerabilidades de las personas refugiadas y migrantes exige una atención culturalmente sensible y eficaz que reconozca y responda a todas sus necesidades a lo largo de la vida, incluidas las enfermedades no transmisibles y transmisibles y los traumas causados por lesiones y violencia. Existe una necesidad mundial de servicios sanitarios de buena calidad, sólidos y resistentes, que tengan en cuenta los aspectos culturales y lingüísticos y que puedan responder a las necesidades de las personas refugiadas y migrantes. Los servicios sanitarios deben contar con una plantilla adaptable, bien formada y culturalmente competente (WHO, 2020, p.5).

Hoy en día, la crisis climática y de la biodiversidad se ha convertido en una auténtica amenaza a la civilización. Según ACNUR ([UNHCR \(2020\)](#)), el cambio climático es la crisis definitoria de nuestro tiempo y el desplazamiento por catástrofes una de sus consecuencias más devastadoras. Las personas refugiadas, desplazadas internas y apátridas se encuentran en primera línea de la emergencia climática. Ante los graves riesgos que se ciernen sobre el futuro de la humanidad y de nuestro planeta, debemos reinventar urgentemente la educación para ayudar a afrontar estos retos comunes.

Un nuevo contrato social para la educación debe permitirnos pensar de forma diferente sobre el aprendizaje y las relaciones entre estudiantado, profesorado, el conocimiento y el mundo. Este contrato para la educación debe unirnos en torno a esfuerzos colectivos y proporcionar el conocimiento y la innovación necesarios para dar forma a futuros sostenibles y pacíficos para todos, anclados en la justicia social, económica y medioambiental (UNESCO, 2021).

Es necesario desarrollar las competencias culturales de profesionales de la salud, en particular de enfermeras/os, para hacer frente a estos retos. Las instituciones europeas de enseñanza superior que forman profesionales de la salud deberían integrar en sus planes de estudios cursos y métodos de aprendizaje sobre minorías, migrantes y solicitantes de asilo, preparando para el futuro la prestación de cuidados a personas migrantes y nombrándoles embajadoras de la prestación de cuidados de calidad en entornos clínicos.

El Proyecto MultiCulturalCare - Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (Referencia de proyecto: 2020-1-PT01-KA203-078530), forma parte de las Alianzas Estratégicas para la Educación Superior. Este Proyecto comenzó el 2 de diciembre de 2020 y finalizó el 1 de mayo de 2023. La información detallada del Proyecto (Project's detailed information) está disponible online y también en la página web del proyecto MulticulturalCare ([MultiCulturalCare Project website](#)).

Las instituciones socias del proyecto son la [ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA \(ESEnfC\)](#) como Coordinadora, Coimbra, Portugal; [UC LEUVEN-LIMBURG \(UCLL\)](#), Diepenbeek, Bélgica, y la [UNIVERSIDAD DE CASTILLA - LA MANCHA \(UCLLL\)](#), Toledo, España.

El objetivo principal del proyecto MulticulturalCare es promover la educación en competencias culturales de profesionales de la salud en Europa, como una estrategia importante para abordar las desigualdades en salud, contribuyendo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU) relacionados con la salud.

Este proyecto pretende construir, desarrollar y aplicar el Modelo MultiCulturalCare para la Formación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) como estándar pedagógico para desarrollar las competencias culturales del estudiantado de enfermería y entrenar sus habilidades sanitarias multiculturales. También pretende mejorar las habilidades de cooperación y trabajo en red de quienes participan, así como las habilidades empresariales del estudiantado de enfermería. Esto les permitirá diseñar soluciones innovadoras e intervenciones humanitarias dirigidas a la salud de personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y desarrollar redes de colaboración entre instituciones europeas de educación superior, instituciones sanitarias e instituciones no gubernamentales, aumentando la capacidad de las instituciones de educación superior de enfermería para operar transnacionalmente, compartiendo ideas, prácticas y métodos de formación de enfermería en competencias culturales.

Para lograr los objetivos del Proyecto, se diseñaron tres productos intelectuales, sirviendo cada uno de ellos a su propio propósito.

El primer Producto Intelectual - Intelectual Output (IO 1), es el Modelo MulticulturalCare para la Educación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model). Este es un modelo general que contiene los elementos organizativos, educativos y profesionales para desarrollar las competencias del estudiantado en el ámbito multicultural. Además de proporcionar las directrices de las mejores prácticas, el Modelo pretende estimular al estudiantado de enfermería a pensar de forma crítica sobre las realidades que les rodean.

El segundo Producto Intelectual (IO2) es el e-book MulticulturalCare, un manual digital con estrategias pedagógicas innovadoras y escenarios de simulación, diseñado para que profesorado y estudiantado de enfermería saquen el máximo provecho del Modelo MulticulturalCare para la Educación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model). El tercer Producto Intelectual (IO3) consistirá en una herramienta para que cada estudiante auto-evalúe la eficacia de las estrategias pedagógicas MulticulturalCare.

Este libro electrónico, el IO2, contiene el proceso de desarrollo del Modelo MulticulturalCare para la Educación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model), sus principios, y el marco teórico, modelos, teorías, normas y terminología de las Ciencias de la Enfermería y otras disciplinas (Antropología, Sociología, Psicología y Ciencias de la Educación) que sustentan el Modelo.

Incluye la descripción del diagrama del Modelo; la fundamentación y definición de las competencias culturales básicas del estudiantado de enfermería; incluidas las dimensiones y los indicadores de cada competencia básica (las competencias culturales básicas individuales y las socioculturales) y los correspondientes resultados de aprendizaje esperados e indicadores.

El e-book también integra una propuesta pedagógica para la implementación del Modelo educativo MulticulturalCare, los métodos educativos, una guía para desarrollar actividades formativas en competencias multiculturales y ejemplos de prácticas pedagógicas innovadoras, los resultados de los pilotos ágiles, escenarios de simulación interactivos y recursos formativos. Por último, se presentan los materiales de apoyo.

Este e-book está destinado a cualquier persona interesada en el tema, con especial atención a formadoras y formadores de profesionales de enfermería y al estudiantado de posgrado de enfermería. Esperamos que contribuya a una asistencia sanitaria más integradora para las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo.

Pretende ser una herramienta útil en la compleja tarea de ampliar conocimientos y concienciar sobre la importancia de la cultura en la salud y en los cuidados de enfermería, mejorando las competencias culturales en la prestación de asistencia sanitaria.

1.1. Finalidad y alcance del e-book

El presente e-book pretende ser una herramienta teórica y metodológica de educación enfermera para profesorado, tutoras y tutores y estudiantes de enfermería que deseen conocer y/o mejorar sus competencias en cuidados culturales.

Incluye los resultados más relevantes del Proyecto MulticulturalCare y más información necesaria para desarrollar las competencias básicas y las habilidades del estudiantado de enfermería en la atención multicultural.

Este e-book tiene un capítulo inicial con el marco conceptual del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model), que incluye una visión exhaustiva del mismo e instrucciones prácticas sobre cómo utilizarlo en la enseñanza de la enfermería.

Además, incluye los Principios clave del Modelo, la descripción de su proceso de construcción y la explicación de los contenidos de su diagrama, las propuestas pedagógicas para implementar el Modelo Educativo MulticulturalCare Nursing Education Model, la guía para desarrollar las actividades formativas sugeridas, con procedimientos e instrucciones detalladas de aplicación y organización, y algunos materiales de apoyo (ejemplos de escenarios de simulación).

El e-book MULTICULTURALCARE también hace referencia a las directrices de buenas prácticas centrándose en las intervenciones de salud para personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo.

1.2. Cómo navegar el e-book.

Como hemos dicho, el propósito de este e-book es:

- Proporcionar una herramienta teórica y metodológica que el profesorado pueda utilizar para facilitar la incorporación de la competencia cultural en los cuidados enfermeros.

Para lograr este fin el e-book recoge los resultados más relevantes del proyecto y la información necesaria para desarrollar las competencias y las habilidades básicas que precisa una atención culturalmente competente por parte de estudiantes de enfermería. ▼

▲ *Según tus intereses, el e-book puede ser consultado de diversas formas. Por eso nos parece interesante realizar esta guía de lectura, señalando la utilidad que pueda tener según los diferentes perfiles de intereses de cada lector/a.*

Segundo capítulo

En concreto, el **SEGUNDO CAPÍTULO** (2. Principios clave del *Modelo MultiCulturalCare para la Formación en Enfermería* → IR) incluye:

- **Los supuestos conceptuales** (2.1. Principios y conceptos fundamentales de la educación en cuidados interculturales en enfermería → IR). ▼
- **Teorías, modelos y terminología procedentes de otras disciplinas**, que son necesarias para construir el modelo de competencias culturales en educación en enfermería (2.2. Marco teórico: modelos, teorías, normas, y terminologías de otras disciplinas → IR). ▼
- **Los modelos de competencia cultural en enfermería y cuidados de salud**. Esto es un recorrido sintético, pero bien documentado sobre los modelos teóricos relacionados con la competencia cultural que se han ido desarrollando en enfermería a lo largo del tiempo (2.3. Modelos de competencias culturales en enfermería y atención sanitaria → IR). ▼

▲ *Si tienes interés en los fundamentos teóricos de la competencia cultural enfermera estos tres subcapítulos resultarán atractivos. Por ejemplo: profesorado de Universidad que imparta contenidos relacionados con la competencia cultural enfermera; estudiantes formándose en competencia cultural; personas que desarrollen trabajos teóricos o de investigación sobre competencia cultural enfermera, atención a la salud con competencia cultural, estudios teóricos sobre cuidados de salud en contextos multiculturales, etc.*

- **El proceso de construcción del Modelo** incluido en este Documento (2.4. Proceso de construcción del Modelo Educativo MulticulturalCare Nursing Education → IR). En su conjunto este capítulo revela la metodología de construcción del modelo que no solo se basa en la reflexión teórica, sino que también se construye de abajo a arriba, apoyándose en:
 - El **estudio de las experiencias formativas** en competencias culturales que se han llevado a la práctica a lo largo de los últimos años (2.4.3 Estudiando las experiencias de formación en Competencias culturales → IR). ▼

▲ *Si tienes interés en conocer cómo la formación en competencia cultural que se ha venido llevando a cabo en las últimas décadas, este subcapítulo te resultará interesante. Por ejemplo, te será útil si deseas replicar experiencias formativas recogidas en la bibliografía.*

- La voz de profesionales con experiencia que trabajan en los contextos multiculturales actuales. ▼
- La voz de las personas migrantes en el contexto europeo. ▼

▲ Si tienes interés en conocer las necesidades de atención identificadas por pacientes, personas usuarias y profesionales con experiencia, estos dos subcapítulos pueden revelar algunas claves. Por ejemplo, te será útil si tratas de poner en práctica una atención equitativa en salud como profesional en la atención sanitaria en un contexto multicultural.

▲ Si tienes interés en llevar a la práctica o programar un proceso formativo en competencia cultural en enfermería, ya sea en la formación de grado o posgrado, teórica o práctica o formación continuada, este capítulo 3º completo incluye todos los elementos teóricos necesarios para llevarlo a cabo (se llevaría a la práctica fácilmente con los elementos prácticos que se incorporan en el cuarto capítulo).

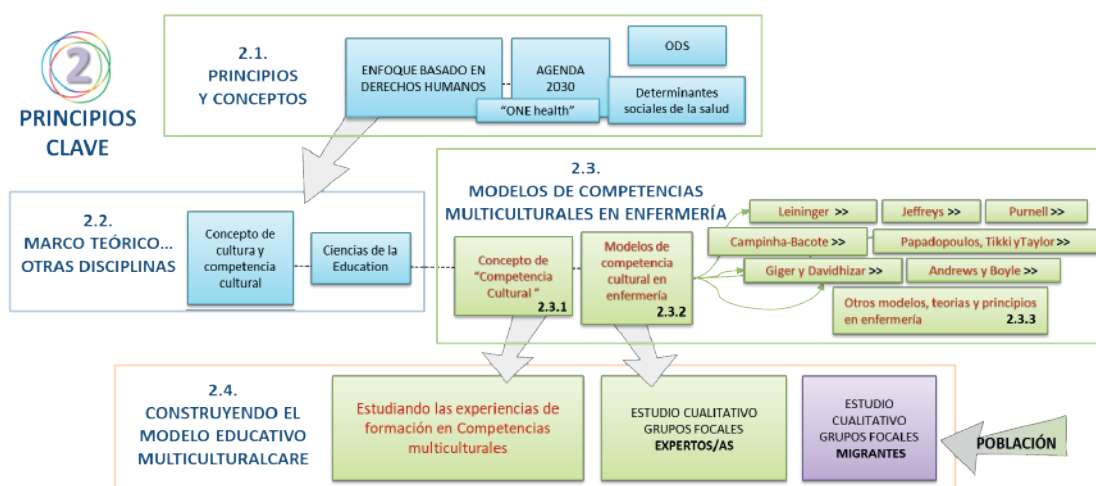


Ilustración 1. Guía de lectura del capítulo 2.

Tercer capítulo

El **TERCER CAPÍTULO** es el **Modelo en sí** (3. "MULTICULTURALCARE MODEL FOR NURSING EDUCATION") y contiene:

- La evolución del modelo a lo lar del proyecto hasta su diagrama definitivo (3.1 Desarrollo del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) para la Educación en Enfermería → IR). ▼
- **La descripción detallada del modelo** (3.2. Descripción del Diagrama del Modelo Educativo MulticulturalCare → IR), incluyendo:
 - **Los principios y valores** del modelo (3.2.1. PRINCIPIOS Y VALORES IR). ▼
 - **La aproximación pedagógica** que establece el modelo para poder llevarlo a la práctica en la formación enfermera (3.2.2. ENFOQUES PEDAGÓGICOS → IR y 3.2.3 MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURALES → IR). ▼
- **Y las nueve competencias nucleares**, del modelo, descritas, documentadas y referenciadas (3.3. Competencias culturales Básicas → IR). Este capítulo incluye una tabla de las competencias del modelo, recogiendo sus dimensiones, los resultados de aprendizaje esperados, y algunos indicadores para cada una de ellas → IR. ▼

▲ Si tienes interés en conocer las competencias básicas de una actuación enfermera culturalmente competente este subcapítulo será muy útil.



Ilustración 2. Guía de lectura del capítulo 3.

Cuarto capítulo

El **CUARTO CAPÍTULO** pretende ser una **propuesta de aplicación del modelo** en la formación enfermera (4. PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO MULTICULTURALCARE → IR) sy como tal contiene:

- El **marco pedagógico** necesario para llevar a la práctica el modelo formativo de forma coherente (4.1 Marco teórico-pedagógico → IR) incluyendo la educación popular (4.1.1), el aprendizaje dialógico (4.1.2) y el pensamiento crítico (4.1.3) ▼

▲ *Si tienes interés en llevar a la práctica o programar un proceso formativo en competencia cultural en enfermería, ya sea en la formación de grado, posgrado o formación continuada, te conviene partir de un marco pedagógico congruente con las competencias que se pretenden conseguir en el alumnado.*

- Y la **guía de desarrollo de actividades docentes** para facilitar el trabajo del profesorado que pretenda programar actividades de formación en competencias culturales (4.2. Guía para el desarrollo de actividades formativas en competencias Multiculturales → IR) según el modelo. Esto se concreta en:
 - Una propuesta de tabla (ficha) para facilitar la programación de las actividades (4.2.1. Propuesta de ficha: Llevando el modelo a la práctica → IR). ▼
 - Una serie de experiencias de aplicación del modelo. Ejemplos de prácticas pedagógicas innovadoras: Pilotos ágiles (4.2.2 → IR). ▼

Quinto capítulo

El **QUINTO CAPÍTULO** pretende ser una propuesta de aplicación del modelo en la formación de enfermera utilizando escenarios de simulación(5. → IR). ▼

▲ *Si tienes interés en llevar a la práctica o programar un proceso formativo en competencia cultural en enfermería, ya sea en la formación de grado, posgrado o formación continuada, estos capítulos completos incluyen todos los elementos prácticos necesarios para llevarlo a cabo (se debería contar con los elementos teóricos descritos en el capítulo 3).*

Por último, tras algunos materiales de apoyo incluidos en el sexto capítulo, se ofrecen las **CONCLUSIONES** del e-book; así como las referencias bibliográficas y otros recursos ([IR](#)).

▲ *Si tienes interés en conocer las aportaciones principales del e-book y del proyecto en su conjunto, puedes consultar las **CONCLUSIONES***





2. PRINCIPIOS CLAVE DEL MODELO EDUCATIVO – MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL

Ana Paula Camarneiro, Beatriz Xavier, Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Gonzalo Melgar de Corral & María Idoia Ugarte-Gurrutxaga

Formar enfermeras y enfermeros para prestar cuidados en una sociedad cada vez más multicultural y global requiere un enfoque integral en el que destaque la educación en competencias culturales. Sin embargo, los indicadores y estudios disponibles demuestran que la formación enfermera en competencias culturales es escasa e incoherente (Handtke, Schilgen & Mösko, 2019). Tampoco está explícitamente integrada en los currículos de enfermería en muchos de los países europeos (Anton-Solanas et al., 2021). Además, la falta de uniformidad en la educación de profesionales de la salud en cuanto a la competencia cultural y las incoherencias al definir la competencia cultural (Nardi et al., 2012, p.3) son factores adicionales a la hora de examinar las normas para una asistencia sanitaria culturalmente competente.

La revisión bibliográfica revela la importancia de definir un currículo de educación superior europeo e internacional compartido, en temas específicos relacionados con las competencias generales, transversales y específicas en salud intercultural. La combinación de diferentes habilidades educativas y la formación de profesorado experto deben considerarse como fundamentales en la educación superior en enfermería (Gradellini et al., 2021).

En 2008, la Asociación Americana de Facultades de Enfermería (American Association of Colleges of Nursing (AACN)) definió las Competencias Culturales para la formación de postgrado en enfermería y esbozó seis competencias básicas para formar enfermeras/os culturalmente competentes a nivel de posgrado. El objetivo es eliminar las desigualdades en salud a través de la educación, la práctica clínica, la investigación, la erudición, y la formulación de políticas. Así pues, **una enfermera/o culturalmente competente** debe:

- Priorizar los factores sociales y culturales que afectan a la salud cuando diseñan y prestan cuidados en múltiples contextos;
- Utilizar los conocimientos culturales sociales y empíricos de las personas y las poblaciones para orientar la práctica y la investigación;
- Asumir el liderazgo en el desarrollo, aplicación y evaluación de servicios de enfermería y otros servicios de salud culturalmente competentes;

- Transformar los sistemas para abordar la justicia social y las desigualdades en salud;
- Proporcionar liderazgo docentes y personas de equipos de salud o de investigación en el aprendizaje, aplicación y evaluación del desarrollo continuo de la competencia cultural;
- Y llevar a cabo un trabajo académico culturalmente competente para aplicarlo en la práctica.

2.1. Principios y conceptos fundamentales de la educación en cuidados interculturales en enfermería

Los aspectos macro de los Modelos de Competencias culturales de la Educación en Enfermería incluyen los meta-paradigmas tradicionales de la enfermería (Persona, Grupos, Familias y Comunidades; Entorno; Salud y Enfermería) y los conceptos clave de Globalización, Migración y Salud y Sociedad Globales, que proporcionan una perspectiva holística y global.

El Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) se basa en algunos de estos principios:

2.1.1. Enfoque basado en los Derechos Humanos (EBDH)

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) es un principio fundamental de la Educación en Cuidados Multiculturales de Enfermería. Los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos constituyen la base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. El EBDH es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano. Se basa en las normas internacionales de derechos humanos y está dirigido a promover y proteger los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Además, el EBDH pretende analizar las desigualdades en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso del desarrollo y a menudo hacen que grupos de personas se queden atrás (Grupo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, s.f.).

El EBDH se centra en los más marginados, excluidos o discriminados, lo que a menudo requiere analizar las normas de género, las diferentes formas de discriminación y los desequilibrios de poder para garantizar que las intervenciones lleguen a las poblaciones más desatendidas (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, s.f.).

La ciencia de la enfermería, en general, y en lo que se refiere a los principios actuales de justicia

social y derechos humanos, ha avanzado y se ha reforzado a nivel local y global en los últimos 40 años. Los estudios y el llamamiento a la acción sociocultural en la práctica de la enfermería han concentrado la atención en los siguientes aspectos:

- el manifiesto de enfermería como praxis emancipadora;
- la paz y el poder para la construcción de la comunidad, el empoderamiento y el liderazgo transformacional;
- la interpretación teórica crítica y los derechos culturales de la atención sanitaria como modelo de competencia cultural y defensa;
- y el cuidado ético comunitario/transcultural y la teoría crítica del cuidado para la defensa de la equidad sanitaria (Ray & Turkel, 2014).

2.1.2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) principios y elementos

Otro principio fundamental de la Educación en Cuidados Multiculturales de Enfermería es la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, que sitúa a las personas en el centro de todas las acciones, en particular a las más marginadas y desempoderadas, para lograr sociedades más equitativas e inclusivas.

En un mundo globalizado caracterizado por la creciente movilidad de la población, los principios y componentes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) deben considerarse un marco de referencia en la atención sanitaria multicultural.

Los ODS consideran que los retos actuales en materia de salud y desarrollo son más complejos y están más integrados e interrelacionados (World Health Organization, 2020).

Se necesitan asociaciones multisectoriales y esfuerzos coordinados para garantizar que la salud de los migrantes se aborda a lo largo de todo el ciclo migratorio, así como esfuerzos para desarrollar sistemas de salud sensibles a la migración que respondan a los perfiles y necesidades de salud cada vez más diversos de la población.

En todo el mundo se necesitan servicios sanitarios de buena calidad, sólidos y resistentes que tengan en cuenta los aspectos culturales y lingüísticos y puedan responder a las necesidades de las personas refugiadas y migrantes. Responder a las necesidades y vulnerabilidades las personas refugiadas y migrantes exige una atención culturalmente sensible y eficaz que reconozca y responda a sus necesidades específicas a lo largo de la vida, incluidas las enfermedades no transmisibles y transmisibles y los traumatismos causados por lesiones y violencia (WHO, 2021a; WHO 2021b).

2.1.3. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

El enfoque de los determinantes sociales de la salud proporciona un modelo para comprender los factores sociales y estructurales que influyen en la salud a distintos niveles según su proximidad causal a un problema de salud y los factores ascendentes y distales (socioeconómicos y medioambientales) o descendentes y proximales (individuales). Los factores estructurales y sociales son responsables de una parte importante de las desigualdades sanitarias (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Para las poblaciones desfavorecidas, estos factores están relacionados con riesgos más elevados, un acceso reducido a los servicios que conduce a malos resultados en muchas enfermedades, y peores resultados económicos y sociales relacionados con la mala salud y los costes del tratamiento. Además, las metas de los ODS relacionadas con la salud, incluida la cobertura sanitaria universal, no pueden cumplirse sin garantizar que todas las personas migrantes puedan ejercer sus derechos (Pant et al., 2019).

Una revisión sistemática realizada por Egli-Gany et al. (2021) identificó seis temas que operan en cuatro niveles diferentes en una versión adaptada del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead, a saber:

- crisis económica y discursos hostiles sobre la migración;
- prestaciones y derechos legales limitados, y barreras administrativas;
- recursos inadecuados y restricciones financieras;
- malas condiciones de vida y de trabajo;
- barreras culturales y lingüísticas;
- y estigmatización y discriminación basadas en el estatus migratorio, el género, el sexo y el grupo étnico.

ASe necesita un enfoque integral para considerar la salud de las personas migrantes a través de disciplinas y contextos enmarcados por factores políticos, sociales, económicos, culturales, biológicos y médicos.

El proceso migratorio puede exponer a las personas migrantes a riesgos para la salud, como tensiones y abusos psicosociales, deficiencias nutricionales, cambios en el estilo de vida, exposición a enfermedades infecciosas, acceso limitado a la prevención y a una atención sanitaria de calidad, y/o interrupción de la atención.

Las personas migrantes en "situación irregular", poco cualificadas o con escasa formación, y en otras situaciones vulnerables o desfavorecidas tienen más probabilidades de sufrir un estado de salud

comprometido. Otros obstáculos a los servicios sanitarios son la discriminación y la estigmatización, las trabas administrativas y las normas restrictivas que generan miedo a la deportación o a la pérdida del empleo para quienes padecen afecciones médicas. Cuando las personas migrantes disponen de servicios sanitarios, éstos pueden no tener en cuenta sus necesidades culturales, lingüísticas y sociales, lo que retrasa o impide el diagnóstico de las enfermedades o hace que el tratamiento sea ineficaz (International Organization for Migration, 2022).

Por ejemplo, las poblaciones migrantes están sobrerrepresentadas entre las personas diagnosticadas de VIH en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo. Comprender el momento de la adquisición del VIH -pre migración o post migración- es crucial para desarrollar intervenciones de salud pública y producir estimaciones fiables de la incidencia del VIH y del número de personas que viven con una infección por VIH no diagnosticada (Pantazis et al., 2021).

2.1.4. Enfoque de “Una sola salud” (One Health)

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA, antigua OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) lanzaron una iniciativa llamada "Un Mundo, Una Salud".

"Una sola salud" (One Health - OH) fue el concepto sugerido para demostrar la inseparabilidad de la salud humana, animal y ambiental (Mackenzie & Jeggo, 2019). Reconociendo las cuestiones complejas y multidisciplinares que plantea el replanteamiento de la salud en la interfaz ser humano-animal-ecosistema, que requiere una mayor coordinación y colaboración entre los sectores y organismos nacionales e internacionales, la OMS destaca ámbitos específicos en los que un enfoque basado en OH es especialmente pertinente. Se trata de la seguridad alimentaria, el control de las zoonosis y la lucha contra la resistencia a los antibióticos (World Health Organization, 2021c). El enfoque de "Una sola salud" fundamenta los actuales enfoques teóricos y de investigación sobre la salud, abogando por una visión transdisciplinar, interprofesional y ecológica.

El concepto de "Una sola salud" también se ha definido como un movimiento que aboga por estrechar los vínculos entre la medicina humana, la medicina veterinaria y la salud medioambiental y ecológica. Invita a profesionales a desarrollar acciones de cooperación e investigación que apoyen la evaluación, el tratamiento y la prevención de las enfermedades de transmisión interespecífica (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2021).

Un enfoque humanista del concepto de "Una sola salud" - OH se centra en la promoción de la salud humana, considerando que está relacionada con la salud de los animales y del medio ambiente; es decir, la alimentación humana, la alimentación animal, la salud humana y animal y la contaminación ambiental están estrechamente vinculadas y son interdependientes. Este movimiento, originado por la preocupación y el enfoque en la Salud Humana y su interrelación con

la Salud Animal y Ambiental, ha adquirido progresivamente otra dimensión. Más recientemente, con el profundo cambio conceptual introducido por los movimientos de defensa de los derechos de los animales y las corrientes posthumanistas, el concepto de OH se ha afirmado como estrategia global para ampliar las colaboraciones y conexiones interdisciplinarias en todos los aspectos de la Salud Humana, Animal y Medioambiental. Considera que la promoción de la salud humana y animal deben ir de la mano para "garantizar que todos los seres humanos y animales se beneficien de un progreso médico sostenible e igualitario y no a expensas de la vida y el bienestar de los animales." En diciembre de 2021, la FAO, la OMSA, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la OMS acogieron con satisfacción la siguiente nueva definición operativa del concepto de OH de su grupo consultivo, el Cuadro de Expertos de Alto Nivel sobre "Una sola salud" (OHHLEP):

"Una sola Salud" es un enfoque integrado y unificador que pretende equilibrar y optimizar de forma sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Reconoce [que] la salud de humanos, animales domésticos y silvestres, plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente vinculados y son interdependientes. El enfoque moviliza a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en distintos niveles de la sociedad para que trabajen juntos para fomentar el bienestar y hacer frente a las amenazas para la salud y los ecosistemas, al tiempo que se aborda la necesidad colectiva de agua, energía y aire limpios, alimentos seguros y nutritivos, actuando sobre el cambio climático y contribuyendo al desarrollo sostenible" (United Nations Environment Programme, 2021, p.1).

Aunque el enfoque OH es relativamente reciente en los debates e investigaciones académicas transdisciplinares, se relaciona con los paradigmas clásicos de la enfermería basados en enfoques holísticos para comprender los fenómenos de la salud y las prácticas de los cuidados. La enfermería siempre ha considerado una visión humanista del cuidado central a una concepción sistémica y ecológica del ser humano en el desarrollo de sus premisas teóricas y meta teóricas. El actual modelo incorpora algunas dimensiones conocidas por los modelos teóricos de enfermería, como el concepto de trabajo en equipo y la necesidad de un enfoque interdisciplinar e interprofesional para resolver problemas complejos relacionados con la salud. Asimismo, las teorías de la Atención Centrada en la Persona y la integración del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud pueden considerarse los esfuerzos más recientes por incluir enfoques ecológicos biopsicosociales en la atención sanitaria y de enfermería (Rabinowitz et al., 2017).

Teóricas/os de la enfermería han propuesto recientemente un marco teórico para incorporar las cuestiones medioambientales y el cambio climático en las intervenciones de enfermería y las prácticas clínicas profesionales, como el Modelo de Salud Planetaria Ecológica. Este Modelo considera que la enfermería puede desempeñar un papel central en la aplicación de estrategias de mitigación, resiliencia y adaptación al cambio climático y su impacto en la salud humana.

Los conocimientos sobre el cambio climático son vitales en la formación básica y avanzada de enfermería para capacitar a las enfermeras a responder a los eventos adversos para la salud, desarrollar políticas de gestión del cambio climático y desempeñar funciones de defensa de los derechos (Demorest et al., 2019, International Council of Nurses, 2019).

La compleja interacción entre los seres vivos, incluidos los seres humanos, los animales y los patógenos, que comparten el mismo entorno debe considerarse como un único sistema dinámico en el que la salud de cada componente está inextricablemente interconectada y depende de la de los demás, siguiendo una visión holística del sistema ecológico. Este planteamiento puede aplicarse a escala comunitaria, nacional, regional y mundial, y depende de estrategias políticas compartidas y eficaces, de la comunicación, la colaboración y la coordinación para desarrollar soluciones equitativas y holísticas a escala global (Calistri et al., 2013).

2.2. Marco teórico: modelos, teorías, normas, y terminologías de otras disciplinas.

Los modelos, teorías, normas y terminologías desarrollados por las enfermeras y enfermeros para orientar unos cuidados culturalmente competentes se basan y complementan con marcos y herramientas de diversas disciplinas, como la antropología, la sociología, la psicología, las ciencias de la salud, las ciencias de la educación, el derecho internacional y los estudios sobre migración.

Estos enfoques teóricos son fundamentales en la construcción de los Modelos de Competencia en Cuidados Multiculturales para la Educación en Enfermería.

2.2.1. Aportaciones de la Antropología, la Sociología y la Psicología en la construcción de los conceptos de Cultura y Competencia Cultural.

La antropología contemporánea hace hincapié en que la cultura no es una característica fija, homogénea e intrínseca de los individuos o los grupos. Por el contrario, la cultura implica un proceso flexible y continuo de transmisión y uso del conocimiento que depende de la dinámica tanto dentro de las comunidades como de la interfaz entre las comunidades etnoculturales y las instituciones de la sociedad en general, como el sistema sanitario, y las redes mundiales (Kirmayer, 2012; Moodod, 2007; Phillips, 2009). Como resultado, las culturas son a menudo híbridas, mixtas y en constante cambio (Burke, 2009).

Como señala Davis (2020), a pesar del giro hacia definiciones más plurales, ha persistido un discurso esencialista sobre el concepto de cultura que considera que los pueblos tienen una

"cultura" fija. Estos discursos esencialistas suelen expresarse en referencias a un grupo de personas, una nación o un grupo étnico o lingüístico, lo que implica que los pueblos son entidades homogéneas y oscurece o niega la diversidad dentro de un grupo cultural. Según este autor, esta perspectiva se remonta al concepto decimonónico de cultura, en particular a la obra de E. B. Tylor, considerado uno de los fundadores de la antropología:

"La Cultura o Civilización, tomada en su amplio sentido etnográfico, es ese conjunto complejo que incluye el conocimiento, la creencia, el arte, la moral, el derecho, la costumbre y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad." (Tylor, 1889).

Hoy en día, es necesario un cambio hacia una noción de cultura más fluida y procesual, no vinculada a la certeza, la homogeneidad y la fijeza (Davis, 2020, p.17).

La construcción social de la enfermedad (Conrad & Barker, 2010)

La construcción social de la salud es un importante tema de investigación dentro de la sociología médica. El marco de Conrad y Kristin Barker en "Social Construction of Illness" (2010) presenta tres conclusiones construccionistas generales: en primer lugar, algunas enfermedades están arraigadas principalmente en el significado cultural; en segundo lugar, todas las enfermedades se construyen socialmente a nivel experiencial; y en tercer lugar, el conocimiento médico sobre la enfermedad y la dolencia no está necesariamente "dado por la naturaleza, sino que es construido y desarrollado por los responsables de las reclamaciones y las partes interesadas". El construccionismo social contrasta con los planteamientos médicos deterministas de la enfermedad y la dolencia y puede contribuir a ampliar las deliberaciones y decisiones políticas..

El Modelo Explicativo de la Enfermedad de Kleinman (Kleinman, 1978; Kleinman et al., 1978)

Kleinman desarrolló el Modelo Explicativo en respuesta a una necesidad insatisfecha, inherente e inevitable del sistema sanitario actual. Los pacientes se quejaban de "la insatisfacción, la desigualdad en el acceso a la asistencia y la espiral de costes", que Kleinman consideraba que el enfoque médico tradicional era incapaz de resolver (Kleinman et al., 1978). Kleinman explica su distinción entre enfermedad y dolencia, aclarando que "enfermedad" es un concepto flexible entre culturas y personas, mientras que "dolencia" tiene una definición y un diagnóstico concretos (Kleinman et al., 1978). Por lo tanto, cada paciente siente, describe y comprende la experiencia de una enfermedad específica de forma diferente.

El modelo explicativo de Kleinman incluye las creencias sobre su dolencia, el significado personal y social que atribuye a su trastorno, sus expectativas sobre lo que le ocurrirá y lo que hará el o

la profesional, y sus objetivos terapéuticos. Utiliza preguntas para descifrar la comprensión y las expectativas del paciente sobre su dolencia.

Al comprender las necesidades y expectativas de la persona usuaria o paciente, profesionales de la salud pueden satisfacerlas modificando el plan de tratamiento de acuerdo con los patrones de conducta y el sistema de creencias de la persona. Este modelo hace hincapié en la perspectiva de la experiencia de los síntomas en la atención centrada en la persona. Considerar una perspectiva que parte de la experiencia de los síntomas de cada persona es crucial para complementar el enfoque biomédico. Para ello es necesario que profesionales de la salud tengan capacidad para escuchar los relatos de pacientes y adquieran conocimientos sobre cómo pueden expresarse e interpretarse individualmente las experiencias de los síntomas. Escuchar las experiencias de los síntomas permite comprender el significado personal de la enfermedad y obtener información sobre las restricciones físicas y sociales causadas por la angustia de los síntomas. De este modo, la atención a los síntomas mejorará los prerrequisitos para establecer una planificación de la atención centrada en la persona.

El Modelo Explicativo tiene tres limitaciones potenciales: la traducción, el sesgo de quien realiza la entrevista y la condescendencia. Para que las entrevistas se lleven a cabo con eficacia, paciente y profesional de la salud deben entenderse, lo que puede depender de la disponibilidad y el nivel de destreza del/de la intérprete. Esta persona puede tener dificultades para traducir correctamente los significados culturales asignados por pacientes, y pueden surgir confusiones. Otra limitación se produce cuando profesionales de la salud se centran en alinear el punto de vista de las personas usuarias y pacientes con el suyo propio en lugar de combinar los distintos puntos de vista a la hora de prescribir tratamientos a pacientes (Hodsdon, s.f.).

La Teoría de la Presencia Social (John Short, Ederyn Williams & Bruce Christie, 1976)

La Teoría de la Presencia Social (TPS) fue definida inicialmente por Short et al. (1976) como "el grado de saliencia de la otra persona en la interacción y la consiguiente saliencia de las relaciones interpersonales". Una definición más moderna de la Teoría de la Presencia Social fue refinada por Gunawardena (1995) para afirmar "el grado en que una persona es percibida como una "persona real" en la comunicación mediada." Según Short et al. (1976), la Presencia Social como constructo se componía principalmente de dos conceptos principales: intimidad (Argyle & Dean, 1965) e inmediatez (Wiener & Mehrabian, 1968). La intimidad en un medio de comunicación está influida por varios factores, como la distancia física, el contacto visual, la sonrisa y los temas personales de conversación. Wiener y Mehrabian (1968) conceptualizaron la "inmediatez" como una medida de la distancia psicológica que los comunicadores ponen entre ellos y el objeto de su comunicación..

La comunicación intercultural

La comunicación es un proceso dinámico, complejo y continuo a través del cual las personas envían y reciben mensajes para comprender y ser comprendidas. En este proceso se transmiten y comparten ideas, conocimientos, propósitos, sentimientos, emociones, etc., a través de diversos medios (Ruiz & Medina, 2000). Es una condición sine qua non para la vida social. También es un acto definitorio de la vida que, dado por sentado, parece tener poco (Nunes, 2010). Sin embargo, dado que es imposible no comunicarse (Watzlawick et al., 1967), los y las profesionales de la salud deben ser conscientes del impacto que sus comportamientos tienen en las demás personas (Nunes, 2010) y en ellas mismas, teniendo en cuenta que comunicar es, del latín, "poner en común". La comunicación intercultural pone en común la cultura y la dinámica subyacente de las personas de todo el planeta.

El concepto de comunicación intercultural ha evolucionado desde la década de 1990. Tradicionalmente, se ha definido como toda comunicación entre personas con lenguas y/o antecedentes culturales diferentes, considerándose los grupos culturales los principales predictores de malentendidos en entornos multiculturales (Alsina, 1999; Thije, 2020). Posteriormente, Thije restringió la comunicación intercultural a las diferencias entre cada lengua y/o cultura relevantes para procesar los resultados de la comunicación inter-verbal (2020).

Según el mismo autor, una visión actual del espectro científico y de las relaciones sociales presenta una perspectiva más compleja de la Comunicación Intercultural. Propone un análisis considerando cinco teorías y enfoques metodológicos diferentes, centrándose en el "dentro" y el "entre" de estos enfoques, así como articulando el concepto de Comunicación Intercultural con el concepto de Mediación Intercultural, sus interrelaciones e interfaces (Thije, 2020).

El concepto actual de Comunicación Intercultural requiere al menos dos personas interlocutoras, en los que ninguno de los papeles esté sobrevalorado como "el sujeto y el otro". El énfasis se pone en la interacción. Además, hay que tener en cuenta los diferentes contextos culturales de quienes se comunican para comprender las representaciones sociales que cada cual tiene de sí mismo/a y del otro/a u otros/as y el contexto, en el espacio y en el tiempo, en el que se produce la interacción (Ogay, 2000).

La Comunicación Intercultural implica ser consciente de cómo las diferencias culturales influyen en la comunicación y en los resultados. Profesionales y personas con una identidad cultural particular necesitan saber cómo comunicarse e interactuar en el entorno y contexto en el que se encuentran para promover mutuamente una buena intervención por parte de profesionales (Bracons, 2020).

Thije (2020) propone cinco enfoques para la comunicación intercultural: (1) interactivo; (2) contrastivo; (3) representaciones culturales; (4) multilingüismo y diversidad lingüística; y (5) transferencia. Estos enfoques sistematizan los principios fundamentales de la comunicación intercultural.

- El primer enfoque, INTERACTIVO, analiza la interacción intercultural cara a cara y la necesidad de mediación intercultural, connotada con la "conciencia metapragmática" (Thije, 2020, p. 49), que conduce al concepto de mediación cultural. Quien hace la mediación es una tercera persona independiente y tiene la función de ayudar a las partes implicadas a encontrar soluciones a los conflictos. En muchos casos, esta figura es la persona intérprete a la que se recurre para facilitar el entendimiento mutuo. Por lo tanto, existe una relación entre la persona mediadora cultural, la persona interprete y los distintos enfoques de la comunicación. Cuando es necesario, los y las intérpretes participan en conferencias oficiales y en entornos institucionales como la sanidad, los negocios y las interacciones gubernamentales transnacionales. Para marcar su traducción, en las estrategias de interpretación interactiva, utilizan un discurso que introduce el "ella/él dijo" y resumen o comentan para que siempre quede claro. En estas circunstancias, la labor de las intérpretes merece especial atención, así como su formación, actualmente de nivel superior, porque la interpretación de la interacción revela estructuras cognitivas e interactivas que permanecen invisibles en otros tipos de interacciones multilingües (Thije, 2020). En una interacción, es necesario tener en cuenta los aspectos cognitivos y emocionales, y es imprescindible tener un mínimo de conocimiento del "otro", culturalmente diferente (Alsina, 1999).
- Un segundo enfoque, CONTRASTIVO, se centra en los contrastes entre culturas y sistemas lingüísticos. Éstos "requieren un tertium comparationis fiable" para desarrollar equivalencias adecuadas entre lenguas y culturas (Thije, 2020, p. 49). En este caso, son las personas mediadoras interculturales quienes utilizan estas equivalencias formales y funcionales para expresar cuestiones delicadas o llevar a cabo acciones complejas en otras lenguas. Umberto Eco (2003) afirmó, "Traducir es un acto de mediación intercultural que pretende decir "casi lo mismo".
- El tercer enfoque se refiere a LAS REPRESENTACIONES CULTURALES. Éstas aparecen en las distintas formas de comunicación y consideran las imágenes individuales y colectivas del yo y del "otro". Las representaciones del yo y sus contrapartes incluyen una idea del conocimiento, los sistemas de valores, las actitudes, los antecedentes culturales y las perspectivas de las demás personas (Hall, 1997). Las representaciones culturales continúan a través de la manifestación ininterrumpida de la identidad, con un núcleo esencial e inmutable de similitudes, que persisten a través del espacio y el tiempo, reclaman autenticidad y autoridad para hablar en nombre del grupo, y exigen representar al grupo como un todo (Thije, 2020). Según el autor, las alternativas a las representaciones culturales son la ambigüedad de la representación, las formas creativas de tratar las diferencias culturales y la variedad de perspectivas y/o identidades/imágenes.
- El cuarto enfoque presentado es el **MULTILINGÜISMO Y LA DIVERSIDAD LINGÜÍSTICA**. Los/las Mediadores/as Interculturales disponen de los modelos teóricos y las herramientas analíticas "para desmantelar la ideología lingüística tradicional de una nación, una cultura, una lengua". En esta situación, "la persona hablante nativa se transforma a través de la hablante intercultural en mediadora intercultural". Es interesante

introducir la noción de "claves de contextualización". Esta fue creada para analizar los malentendidos interculturales. Es un principio esencial que hay que subrayar a la hora de tratar la diversidad lingüística y cultural en la interacción general. De hecho, los malentendidos pueden surgir en encuentros culturales si las personas no reconocen el conocimiento cultural indicado por ciertas expresiones, acciones habladas, entonación, cambios de código o gestos (Thije, 2020). Según Bastos (2014), el éxito de la interacción no parece depender de la competencia lingüística de quienes participen. Asumen que la comunicación en un contexto global debe realizarse utilizando una lengua franca, normalmente el inglés. Así, la dimensión lingüística y comunicativa de las competencias comunicativas interculturales no establece ninguna relación con el dominio/uso de las lenguas.

- Por último, **LOS ENFOQUES DE TRANSFERENCIA** se refieren a la transmisión de conocimientos, actitudes, habilidades, reflexividad y motivación para adquirir competencia cultural (Thije, 2020). Sin embargo, en la perspectiva de Ogay (2000), un encuentro intercultural puede producirse sin que las personas interlocutoras sean conscientes de que están participando en el proceso de negociación de identidades culturales. Esto dependerá de la competencia de la comunicación intercultural. Además, la comunicación intercultural suele basarse en la asimetría y las desigualdades, aunque en este análisis debe tenerse en cuenta el contexto organizativo e institucional.

El Modelo Integrado de Competencia Comunicativa Intercultural de Arasaratnam et al. (2010), citado por Bastos (2014), propone las tres dimensiones siguientes asociadas a las competencias en comunicación intercultural:

- Dimensión afectiva, subyacente en las variables "actitud global" y "motivación" (aceptación y respeto de la diferencia, así como interés y disfrute por aprender más sobre la cultura del "otro");
- Dimensión praxeológica, visible en las variables "experiencia", "implicación en la interacción" y "empatía" (empatía, pluralismo cultural y capacidad para integrar las formas de comportarse y pensar de las demás personas en la propia forma de ser Persona);
- Dimensión cognitiva, implícita en las variables "experiencia" e "implicación en la interacción" (reconocimiento de las similitudes y diferencias entre las distintas culturas en juego y el auto concepto basado en una perspectiva dinámica).

Así pues, las habilidades que contribuyen a desarrollar la competencia comunicativa intercultural en la persona comunicadora cultural, tal y como se han descrito anteriormente, son las siguientes:

- a) empatía cultural;
- b) implicación en la interacción (a saber, la capacidad de escuchar y la implicación cognitiva y praxiológica en la interacción);

- c) la actitud global (que pretende ser etnorrelativa);
- d) experiencia (experiencias interculturales);
- e) motivación (la voluntad de participar en encuentros interculturales). Como variables independientes, la empatía y la motivación también promueven las habilidades de comunicación intercultural.

Según el modelo de Ogay (2000), los/las comunicadores/as interculturales revelan competencia cultural cuando completan las siguientes fases distintas: (1) reconocer las similitudes y diferencias entre las distintas culturas en juego; (2) aceptar y respetar las diferencias; (3) querer aprender más sobre la cultura del otro (ser humano); (4) demostrar empatía; (5) demostrar pluralismo cultural; (6) integrar las formas de comportarse y pensar del otro en sus formas de comportarse y pensar; y (7) verse a sí mismo en una perspectiva dinámica, en constante construcción.

Por tanto, la comunicación intercultural incluye la dimensión interpersonal, la interacción entre grupos y la dimensión intercultural. No son las culturas las que interactúan entre sí, sino las representaciones de estas culturas, transformando el encuentro intercultural en un encuentro interpersonal en el que cada parte porta su identidad cultural y su identidad individual. Además, el encuentro interpersonal también es intercultural o intergrupalo, ya que las identidades sociales nunca son las mismas, lo que influye en el proceso de comunicación entre personas, (Thije, 2020). Las habilidades de Comunicación Intercultural deben ser desarrolladas, en particular por profesionales de la salud, para hacer frente a la diversidad cultural.

Hacer frente a la Ambigüedad Cultural

La ambigüedad cultural "incluye todas las instancias en las que las personas producen o encuentran significados múltiples, ya sea en el medio del lenguaje o en otros actos comunicativos" (Bauer, 2021).

Según Bauer (2021), la ambigüedad lingüística se produce cuando un enunciado puede asociarse a dos o más proposiciones. Sin embargo, algunas situaciones que contienen múltiples significados se producen totalmente sin lenguaje, como muestra el ejemplo de la "oración" de Benedicto XVI en la Mezquita Azul. La ambigüedad cultural no es exclusiva de estas escenas públicas. Impregna nuestra vida cotidiana, aunque no siempre con el mismo grado de complejidad. El lenguaje, los gestos y los signos no son unívocos, y las acciones pueden ser interpretadas por quienes las observan. Las normas deben explicarse, y a veces hay que conciliar o tolerar valores contradictorios en su coexistencia.

En resumen, cualquier actividad cultural es difícilmente concebible sin momentos de actuación cultural que no requieran una especie de desambiguación. La ambigüedad cultural forma parte de la condición humana. Pero no todas las culturas son tolerantes con esta ambigüedad (Bauer, 2021).

“La tolerancia de la ambigüedad no debe tomarse por tolerancia en un sentido ético-social. La tolerancia, definida como “la capacidad general de aceptar cualquier forma de ser diferente o de actuar diferente en cuanto a opiniones, procedencia, sexualidad, moral, religiones, etc., propone siempre una diferenciación clara e inequívoca entre las normas propias y las normas ajenas. La tolerancia en este sentido es una de varias formas de reaccionar ante una situación inequívoca, es decir, una confrontación con interpretaciones, valores y normas que son diferentes de las propias interpretaciones, valores y normas.” (Bauer, 2021).

A medida que la asistencia sanitaria se vuelve cada vez más compleja, las enfermeras y los enfermeros deben enfrentarse con éxito a una ambigüedad clínica más significativa. Aunque la ambigüedad se discute en enfermería, existe un refinamiento mínimo del concepto para captar las complejidades contextuales desde el punto de vista de la disciplina. La percepción que tienen las enfermeras y los enfermeros de un acontecimiento clínico ambiguo, junto con su nivel de tolerancia a la ambigüedad, puede influir en su respuesta a lo que constituye ambigüedad dentro de la práctica enfermera. (McMahon & Dluhy, 2017).

2.2.2. Aportaciones de los modelos y teorías de las Ciencias de la Educación

Teoría del Aprendizaje Transformativo (Mezirow, 1990)

La Teoría del Aprendizaje Transformativo de Mezirow sustenta teóricamente el modelo de enseñanza. Mezirow propuso la “transformación de la perspectiva” como el proceso a través del cual una persona se vuelve críticamente consciente de cómo y por qué sus suposiciones influyen en sus perspectivas y cómo desarrollar una perspectiva más inclusiva cambiando estas construcciones habituales. La transformación puede producirse a través de la reflexión crítica, incluida la reflexión crítica sobre los propios supuestos para cambiar el marco de referencia asumido y sobre los supuestos de los demás que conducen a una comunicación satisfactoria. Fomentar pensadores emancipados, autónomos y responsables es el resultado ideal del aprendizaje transformativo.

Aprendizaje Experiencial (David A. Kolb, 1984)

El modelo de la Teoría del Aprendizaje Experiencial (TAE) de David A. Kolb publicado en 1984, se inspira en la obra de Kurt Lewin (psicología gestalt). Según esta perspectiva, el aprendizaje es el proceso de creación de conocimiento a través de la transformación de la experiencia. El conocimiento es el resultado de la comprensión y la transformación de la experiencia mediante la Experimentación Activa y la Observación Reflexiva (Kolb, 1984).

Pedagogía Crítica (Paulo Freire, 1968)

El proceso pedagógico dialógico propuesto por Paulo Freire incluye la cooperación, la unificación y la organización. Freire describe que "el diálogo con el oprimido es un compromiso con la libertad", lo que implica alterar la realidad utilizando una comunicación crítico-reflexiva. En esta perspectiva de pedagogía crítica, según Paulo Freire (1968), el profesorado no enseña, sino que aprende dialogando con el alumnado, mientras que el alumnado aprende enseñando. En la pedagogía crítica, las acciones del alumnado no se limitan a recibir, clasificar y almacenar la información proporcionada por el profesorado. Por el contrario, el alumnado tiene la oportunidad real de reconocer la realidad y actuar a partir de ese reconocimiento, transformando la realidad.

Pedagogía Reflexiva

Desde hace tiempo, la pedagogía reflexiva se considera fundamental para facilitar el aprendizaje significativo a través de planes de estudio basados en el aprendizaje experiencial en la formación de enfermería.

Durante las últimas décadas, se ha prestado especial atención a cómo se enseña al estudiantado a reflexionar en contextos de aprendizaje experiencial y a lo largo de la vida. Muchos educadores y educadoras han identificado el pensamiento crítico, el diálogo comprometido y la práctica reflexiva como esenciales para fomentar el aprendizaje sustantivo en contextos experienciales. La reflexión es un elemento central de la educación experiencial, solidificando la conexión entre las experiencias de un o una estudiante y el significado/aprendizaje que deriva de esa experiencia. (Denton, 2011). Se define como "un proceso basado en la evidencia, integrador, analítico y de desarrollo de capacidades que sirve para generar, profundizar, criticar y documentar el aprendizaje" (Schön, 1983). Además, la pedagogía reflexiva permite al estudiantado desarrollar habilidades de pensamiento crítico que les ayudarán a lo largo de su vida académica y profesional. Eyster et al. (1996) identificaron y desarrollaron la reflexión estructurada como fundamental para un aprendizaje académico significativo. Daudelin (1996) definió la reflexión como fundamental para "el proceso de dar un paso atrás, cuidadosa y persistentemente a partir de una experiencia para reflexionar sobre su significado y explicárselo a uno mismo, mediante el desarrollo de inferencias", destacando que la participación en tales procesos sienta las bases para la toma de decisiones y los comportamientos futuros" (p. 39).

Pedagogía verde (Green Pedagogy)

La pedagogía verde es un marco para planificar experiencias de aprendizaje desde una perspectiva sostenible que puede aplicarse a varios niveles educativos y apuntar en distintas direcciones académicas y profesionales.

Una pedagogía responsable y verde tiene en cuenta los impactos ambientales negativos generados por el consumo de las actividades educativas que propone (incluidos el agua, la energía, los materiales,

los niveles de contaminación y la gestión de residuos). Promueve comportamientos responsables con el medio ambiente y el uso sostenible de los recursos en sus prácticas pedagógicas. También incluye la mejora de los conocimientos de los alumnos sobre el uso de tecnologías verdes (por ejemplo, el aprendizaje electrónico y las tecnologías digitales ya se consideran tecnologías verdes por su contribución a la limpieza del medio ambiente).

2.3. Modelos de competencias culturales en enfermería y atención sanitaria

2.3.1. Definiendo el concepto de “Competencia Cultural”

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿qué significa "cultural" en la competencia cultural? Davis (2020) responde a esta pregunta señalando que:

“Si examinamos la relación entre "cultural" y "competencia" se hace evidente que el concepto de cultura debe entenderse aquí como dinámico y expresivo: como proceso. (...) Extendiendo esto más allá, podríamos inferir que ser culturalmente competente significa que uno tiene legitimidad para hacer, estar en, expresar, comprender y/o interpretar la cultura –tanto la cultura propia como la de los demás. Esta idea de "tener competencia" o "ser competente" en la propia cultura y en culturas diferentes también requiere una visión de la cultura como adaptativa, creativa, interpretativa y expresiva, como se ha demostrado anteriormente” (Davis, 2020, p.22).

La competencia cultural de las y los profesionales de la salud es un enfoque reconocido para mejorar la prestación de asistencia sanitaria a los grupos étnicos minoritarios con el fin de reducir las disparidades raciales/étnicas en salud (Truong et al., 2014).

La falta de competencia cultural entre profesionales de la salud limita las posibilidades de prestar una atención de alta calidad al creciente número de personas con orígenes diversos (de Almeida Vieira Monteiro & Fernandes, 2016).

La competencia cultural es un concepto complejo y multidimensional que se explora en muchas disciplinas y es especialmente importante para profesionales de la salud. Se ha definido como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que confluyen en un sistema, organismo o entre profesionales que permiten a ese sistema, organismo o esas profesiones trabajar eficazmente en situaciones transculturales (Nardi et al., 2012).

Una revisión de los sistemas de atención sanitaria culturalmente competentes identificó cinco intervenciones para mejorar la competencia cultural: (1) programas de gestión para contratar y retener a personas de diferente perfil profesional, (2) formación en competencia cultural para quienes proveen una atención sanitaria, (3) uso de servicios de interpretación para garantizar que las personas de diferentes orígenes puedan comunicarse de manera efectiva, (4) materiales de educación sanitaria culturalmente apropiados para informar al personal de diferentes orígenes culturales, y (5) provisión de entornos de atención sanitaria culturalmente específicos (Nair & Adetayo, 2019).

Así pues, la competencia cultural es un constructo amplio y complejo que permite a profesionales de la salud adquirir, “las actitudes, conocimientos, y habilidades necesarias para para prestar una atención de calidad a poblaciones diversas” (Jean Gilbert & California Endowment, 2003) teniendo en cuenta su bagaje cultural e incluyendo las creencias de pacientes sobre la salud y la enfermedad, las influencias religiosas, su lengua materna, sus valores y otros factores culturales que influyen en su salud. Otro factor que puede suponer un reto a la hora de examinar las normas para una atención sanitaria culturalmente competente es la falta de uniformidad en la formación de profesionales de la salud sobre competencia cultural y las incoherencias en la definición de competencia cultural. (Nardi et al., 2012, p.3).

En Enfermería, la competencia cultural se define como un proceso, lo que significa que el/ la profesional de la salud debe esforzarse continuamente por trabajar eficazmente dentro del contexto cultural de cada paciente (Campinha-Bacote, 2002). La asistencia sanitaria culturalmente competente es el uso explícito de los cuidados y los conocimientos sanitarios basados en la cultura de forma sensible, creativa y significativa para adaptarse a las formas de vida y las necesidades generales de las personas o los grupos para conseguir una salud y un bienestar beneficiosos y significativos o para hacer frente a la enfermedad, las discapacidades o la muerte (Leininger, 2002). Purnell & Paulanka (2003) definieron la competencia cultural en salud como la conciencia auto-cultural, el conocimiento y la comprensión de la cultura de las personas usuarias y pacientes, la aceptación y el respeto de las diferencias culturales, la apertura a los encuentros culturales y la adaptación de la atención para que sea compatible con su cultura.

Se han propuesto varios modelos para describir la competencia cultural en la asistencia sanitaria. Sin embargo, en los estudios de Enfermería y en los modelos educativos, el concepto de Competencia Cultural carece de definición. Shen (2014) revisó los modelos de competencia cultural y los instrumentos de evaluación desarrollados y publicados por investigadores/as enfermeros/as desde 1982 y encontró 14 definiciones de Competencia Cultural en Enfermería.

Algunas de ellas incluyen enfoques teóricos y dimensiones específicas de las competencias culturales. Existen modelos específicos de competencia cultural en cuidados desarrollados por enfermeras/os para orientar la comprensión cultural y los cuidados de enfermería culturalmente competentes.

El concepto de competencia cultural en enfermería tiene su origen en las teorías de la enfermería intercultural, concretamente en el modelo de Leininger, en la década de 1970 (Leininger, 1994; Leininger & McFarland, 2006).

Desde sus raíces en los primeros modelos, el concepto de competencia cultural de la enfermería se amplió a finales de la década de 1980 hasta la década de 1990 más allá de la cultura per se y abarcó cuestiones como los prejuicios, los estereotipos y los determinantes sociales de la salud. El alcance de la competencia cultural también se amplió más allá del ámbito interpersonal de los cuidados transculturales para incluir los sistemas sanitarios y las comunidades (Saha et al., 2008). Las poblaciones a las que se aplicó la atención intercultural se ampliaron a todos los grupos minoritarios, en particular los más afectados por las desigualdades raciales en la calidad de la asistencia sanitaria (Saha et al., 2008).

2.3.2. Modelos de “Competencia Cultural en Enfermería”

A continuación, se enumeran los Modelos de Competencia Cultural en Enfermería que sirven de marco teórico fundacional para el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model):

Teoría/modelo de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger

Madeleine Leininger concibió obras fundamentales e innovadoras sobre la enfermería transcultural, como el método de investigación de etno-enfermería, y su teoría sobre la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales. (Leininger, 1970, 1978, 1991, 1995; Leininger & McFarland, 2002, 2006; McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Leininger (1988) acuñó por primera vez el término competencia cultural en los años 60 como parte de su teoría de la diversidad de los cuidados culturales.

La teórica sostiene que los cuidados culturales proporcionan los medios más amplios y esenciales para estudiar, explicar y predecir los conocimientos de enfermería y la práctica concomitante de los cuidados de enfermería. El objetivo de la teoría es proporcionar prácticas de cuidados de enfermería culturalmente congruentes. Leininger afirma que se puede explicar y predecir la salud o el bienestar si se descubren plenamente los significados, patrones y procesos de los cuidados. El Modelo Sunrise presenta los supuestos, las definiciones y las explicaciones teóricas relacionadas con los cuidados culturales, que representan los componentes principales de la teoría de Leininger (1988).

El Modelo holístico Sunrise presenta siete ámbitos principales que influyen en la atención y el estado de salud de las personas, las familias, los grupos y las instituciones socioculturales, a saber:

- patrones del estilo de vida;
- valores y normas culturales específicas;
- tabúes y mitos culturales;
- cosmovisión y perspectivas etnocéntricas;
- atributos generales que son percibidos por pacientes como diferentes o similares a otras culturas;
- comportamientos de cuidado, rituales de cuidado de la salud y la vida, y ritos de paso para mantener la salud,
- y sistemas de salud-enfermedad populares y profesionales utilizados.

Modelo de Competencia Cultural de Campinha-Bacote

El modelo de competencia cultural de Campinha-Bacote caracteriza el proceso de consecución de la competencia cultural como un proceso dinámico. Los principales supuestos de este modelo son: (1) la competencia cultural es un proceso de devenir; (2) consta de cinco elementos/competencias principales: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentro cultural y deseo cultural; (3) dentro de los grupos hay más variación que entre ellos; (4) la competencia cultural de profesionales de la salud está estrechamente relacionada con los servicios que prestan una atención culturalmente receptiva a las personas étnicamente diversas (Campinha-Bacote, 2002; 2007; 2008). Los cuestionarios IAPCC-R y el IAPCC-SV de Campinha-Bacote se han utilizado ampliamente en la enseñanza y la práctica de la enfermería para medir la competencia cultural de profesionales de la salud y del estudiantado, respectivamente.

Modelo de Evaluación Transcultural de Giger and Davidhizar

El Modelo de Evaluación Transcultural (MET) de Giger y Davidhizar se desarrolló en 1988, en respuesta a la necesidad del estudiantado universitario de enfermería de evaluar y prestar cuidados a personas pacientes culturalmente diversas. El modelo incluye seis fenómenos culturales: comunicación, tiempo, espacio, organización social, control ambiental y variación biológica (Giger & Davidhizar, 2002; Dowd et al., 1998; Giger & Davidhizar, 2002, 2004, 2008). Cada fenómeno cultural se da en todas las culturas, se relaciona entre sí, se solapa y varía en utilidad y aplicación (Dowd et al., 1998; Giger & Davidhizar, 2008).

Modelo de Competencia Cultural y Confianza (CCC): Autoeficacia Transcultural (Jeffreys, 2010)

El Modelo de Competencia y Confianza Cultural (CCC) de Jeffreys interrelaciona conceptos que explican y describen el fenómeno de la adquisición de la competencia cultural a la vez que incorpora el constructo de autoeficacia transcultural (confianza) como factor crítico de influencia

(Jeffreys, 2016). Dentro del modelo CCC, la competencia cultural se define como un proceso de aprendizaje multidimensional que integra habilidades transculturales en las tres dimensiones (cognitiva, práctica y afectiva) e incluye la autoeficacia transcultural (AET) como componente fundamental. La autoeficacia transcultural (AET) es la confianza percibida en el aprendizaje o la ejecución de las habilidades transculturales necesarias para una atención culturalmente congruente. Las acciones de atención culturalmente congruente implican el uso de conocimientos basados en la cultura de forma sensible, receptiva y responsable.

Según Jeffreys (2016), La competencia cultural óptima va más allá de la competencia (una expectativa mínima) hacia el pináculo o el objetivo de máximo rendimiento, abarca la diversidad de la diversidad, fomenta la armonía multicultural, facilita la seguridad cultural, promueve la prestación del más alto nivel de atención culturalmente congruente para las personas, las familias y las comunidades, y requiere un aprendizaje activo continuo.

Este modelo se utilizó principalmente para la enseñanza y la investigación en competencia cultural.

El Modelo de Atención Sanitaria Transcultural de Purnell

Desarrollado en 1991, el Modelo Purnell para la Competencia Cultural (MPCC) conceptualiza el desarrollo de la competencia cultural a lo largo de una curva ascendente de aprendizaje y práctica. El modelo se caracteriza por un nivel creciente de logro de la competencia, en el que profesionales se mueven a través de cuatro niveles: a) de una etapa de incompetencia inconsciente a b) incompetencia consciente, seguida de c) competencia consciente y, por último, d) competencia inconsciente (Purnell, 2000, 2013).

El MPCC se representa como un círculo con un borde exterior que representa a la sociedad global, un segundo borde que representa a la comunidad, un tercer borde que representa a la familia y un cuarto borde que representa a la persona. El interior del círculo está organizado en 12 secciones en forma de cuña que constituyen el marco organizativo del Modelo. Los 12 constructos son los siguientes:

- Visión general/patrimonio (incluyendo conceptos relativos al país de residencia, origen y razones de la inmigración, entre otros);
- Comunicación (incorporando conceptos relacionados con elementos verbales y no verbales, como la lengua materna, el lenguaje corporal, el contacto visual y los saludos aceptables, entre otros);
- Organización y roles familiares (describiendo roles de género, roles y prioridades familiares, roles de los hijos/as y de las personas mayores dentro de la familia, entre otros);
- Cuestiones laborales (incluyendo conceptos como autonomía, asimilación y estilos de comunicación étnicos del país de origen, entre otros);

- Ecología biocultural (relativa a las variaciones en los aspectos biológicos, entre otros);
- Comportamientos de alto riesgo (relativos al abuso de tabaco, alcohol o drogas, dietas hipercalóricas y actividad física insuficiente, entre otros);
- Nutrición (incluyendo conceptos como la cantidad adecuada de alimentos para saciar el hambre, la elección de alimentos y cómo afecta la alimentación al bienestar, entre otros);
- Embarazo y maternidad (en relación con la información sobre la fertilidad, los métodos anticonceptivos, las opiniones sobre el embarazo y los tabúes relacionados con el embarazo, entre otros);
- Prácticas relacionadas con la muerte (describiendo comportamientos de duelo, percepciones de la muerte y rituales de muerte, entre otros);
- Espiritualidad (en relación con las prácticas religiosas y el significado de las oraciones, entre otros);
- Prácticas sanitarias (incluyendo conceptos como actitudes hacia la enfermedad, diferentes creencias y prácticas médicas, entre otros);
- Profesionales de la salud (considerando conceptos relacionados con la situación, el uso y las percepciones de profesionales de la salud tradicionales, mágico-religiosos y biomédicos occidentales) (Purnell, 2000, p. 43).

Los 12 constructos (dominios culturales y sus conceptos) pueden utilizarse conjuntamente, o sus conceptos pueden utilizarse de forma selectiva al aplicar el modelo. El MPCC es uno de los modelos de planes de estudios de enfermería más utilizados (Lipson & Desantis, 2007).

Modelo de enfermería transcultural y competencia cultural de Papadopoulos, Tilki, y Taylor (PTT)

El modelo de Papadopoulos, Tilki y Taylor (PTT) para el desarrollo de la competencia cultural en el estudiantado de enfermería considera la conciencia, el conocimiento y la sensibilidad culturales (la tercera etapa) como competencias culturales básicas en enfermería. La atención culturalmente sensible no puede lograrse a menos que las personas pacientes sean consideradas como verdaderas socias. Profesionales de la salud que actúan de otro modo están utilizando su poder de forma opresiva. Las asociaciones igualitarias implican confianza, aceptación, respeto, facilitación y negociación. La cuarta etapa (competencia cultural) requiere sintetizar y aplicar las competencias adquiridas previamente: conciencia, conocimiento y sensibilidad culturales.

Se presta más atención a las habilidades prácticas, como la evaluación de las necesidades, el diagnóstico clínico y otras habilidades asistenciales. Un componente crucial de la cuarta etapa de desarrollo es la capacidad de reconocer y cuestionar el racismo y otras formas de discriminación y prácticas opresivas. El modelo PTT combina perspectivas multiculturales y antirracistas y facilita

el desarrollo de una comprensión más amplia de las desigualdades y los derechos humanos y de ciudadanía, al tiempo que promueve el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr el cambio a nivel del paciente/usuario (Papadopoulos, 2006).

El modelo de Práctica Transcultural Interprofesional (PTI) de Andrews/Boyle (2019)

El modelo de Práctica Transcultural Interprofesional (PTI) de Andrews/Boyle tiene como objetivo proporcionar un proceso sistemático, lógico, ordenado y científico centrado en personas usuarias y pacientes para prestar una atención segura, culturalmente congruente y competente, asequible, accesible, basada en la evidencia y de calidad a personas de diversos orígenes a lo largo de toda la vida (Andrews & Boyle, 2019).

El modelo PTI incluye como componentes clave:

- el contexto del que surgen los valores, actitudes, creencias y prácticas de las personas en relación con la salud;
- el equipo sanitario interprofesional (cuya razón de ser es la persona paciente/usuario, situada en el centro del equipo);
- la familia del/de la paciente y otras personas significativas, incluidas las que asumen la tutoría legalmente designada o las personas (familiares o no) nombradas en las directrices médicas de la persona paciente, profesionales de la salud con acreditación, curanderos/as culturales, folclóricos/as, indígenas o tradicionales, curanderos/as religiosos o espirituales y otros seres sensibles que paciente o persona usuaria considere significativos para su salud, bienestar o curación (por ejemplo, animales de servicio o compañía o mascotas, según sea culturalmente apropiado y solicitado por paciente o cliente);
- comunicación eficaz;
- y un proceso científico y sistemático de resolución de problemas en cinco pasos: evaluación, establecimiento mutuo de objetivos, planificación, aplicación y evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas y los cuidados.

El modelo PTI puede utilizarse en cualquier lugar en el que las enfermeras/os practiquen, enseñen, aprendan, lideren, consulten y realicen investigaciones.

2.3.3. Otros modelos, teorías y principios en enfermería

Otros modelos y enfoques teóricos de enfermería conformaron el marco conceptual de los Cuidados Culturales de Enfermería. La revisión bibliográfica presenta:

El modelo de atención centrada en el/la paciente

El modelo de enfermería de Atención Centrada en el/la Paciente se centra en un enfoque personalizado de la atención sanitaria dirigido a atender a pacientes que mantienen el control de su entorno, su proceso de atención y su vida cotidiana, así como a desarrollar las capacidades de pacientes y contribuir a su bienestar (Nolte, 2017). Este modelo pretende aumentar la calidad de la atención teniendo en cuenta las dimensiones relacionadas con la calidad de vida, proporcionando una atención respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales de pacientes, y garantizando que sus valores guíen todas las decisiones clínicas.

Modelo de Competencia Ética en Enfermería (Gallagher, 2006)

Las y los profesionales de la salud que incorporen la competencia cultural y la toma de decisiones éticas en su práctica tendrán capacidad para prestar los mejores servicios a las personas usuarias/pacientes en contextos multiculturales y garantizar resultados óptimos (Louw, 2016).

La competencia cultural en la toma de decisiones éticas en contextos multiculturales con migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo constituye el núcleo de los cuidados de enfermería culturalmente sensibles.

Conocimiento Socio-Político en Enfermería

Kagan et al. (2010) identificaron en su análisis de un Manifiesto de Enfermería procedimientos para que las enfermeras/os sean más conscientes del significado de los valores de la justicia social, recurriendo al significado de la emancipación en la investigación, la práctica, la educación y el liderazgo en enfermería.

2.4. Proceso de construcción del Modelo Educativo - MulticulturalCare Nursing Education Model.

El Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) es el primer producto intelectual, y también el principal, del proyecto MULTICULTURALCARE –Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (ref. 2020-1-PT01-KA203-078530). Es un modelo educativo guiado teóricamente, diseñado para enseñar conciencia multicultural, conocimientos, habilidades prácticas y otras competencias básicas que las enfermeras/os y otros profesionales sanitarios deben aprender antes de trabajar entornos multiculturales clínicos o comunitarios.

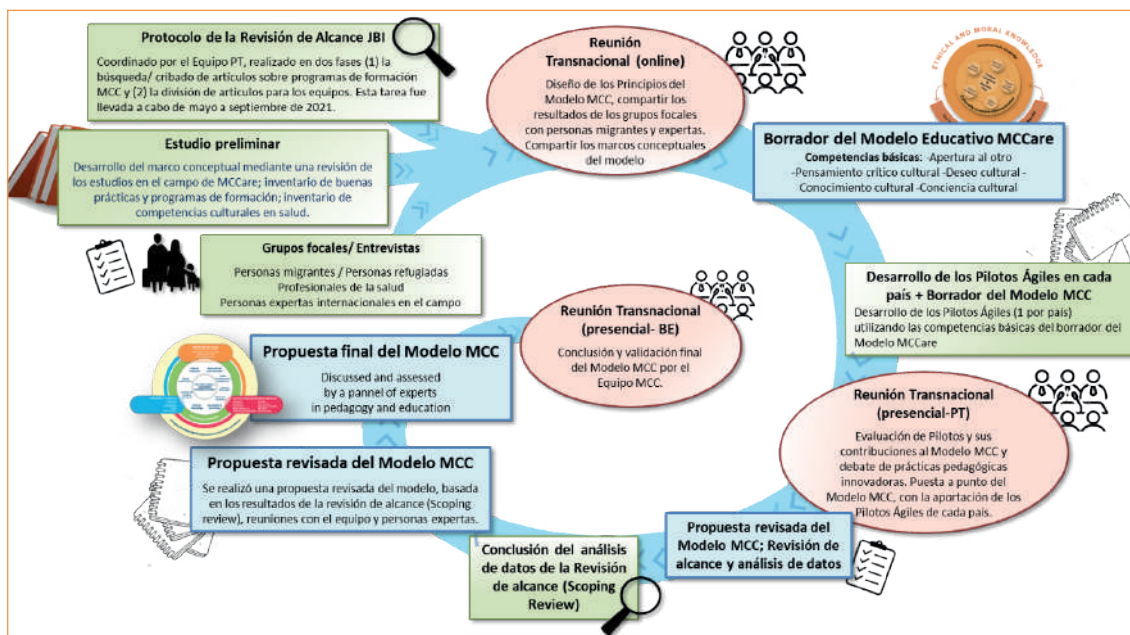


Ilustración 3. Diagrama de flujo de la construcción del MulticulturalCare Nursing Education Model.

La construcción de un modelo de formación para la competencia multicultural de enfermería en el contexto europeo no debe partir exclusivamente de las referencias del marco teórico y de la experiencia formativa del equipo del proyecto en competencias culturales. En primer lugar, se debe responder a dos preguntas:

¿Cómo debería ser una atención culturalmente competente?

¿Cómo se debería formar en competencia cultural?

La respuesta a la primera pregunta requiere de los marcos teóricos de la disciplina de Enfermería y de otras disciplinas, y la descripción del proceso como contextualización. Se basa en lo siguiente:

- Las opiniones de **pacientes o personas usuarias**, en particular de aquellas que requieren un enfoque multicultural de la atención sanitaria en los países socios del Proyecto MULTICULTURALCARE, en el momento y circunstancias actuales, es decir, las personas migrantes en estos países. Se llevó a cabo una investigación cualitativa para recopilar esta información utilizando grupos focales y entrevistas con migrantes para brindar información sobre sus experiencias de atención sanitaria.
- La opinión de **personas expertas**, con conocimiento de primera mano de los problemas de salud en entornos multiculturales europeos, complementan las perspectivas de las personas migrantes. El grupo de personas expertas se centró en analizar la estructura del Sistema de Salud (Sistema Socio-sanitario-educativo) en cuanto a la competencia intercultural.

La respuesta a la segunda pregunta, además de fundamentarse en los marcos teóricos de la Enfermería y de otras disciplinas, se basa en una revisión sistemática realizada sobre **programas de formación en competencias culturales**.

TEl proceso de investigación para la construcción del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) se representa a continuación:



Ilustración 4. Proceso de Investigación para el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model)

2.4.1. Revisión de los principios y el marco teórico de MulticulturalCare

Se realizó una **revisión preliminar de la literatura** para desarrollar el marco conceptual de los principios fundamentales del Modelo, que fue discutido y compartido con todos los socios del equipo de MulticulturalCare. Estos principios se incluyen en este libro electrónico como **principios generales** en el capítulo 2.1, un marco teórico de otras disciplinas en el capítulo 2.2 y un **marco teórico específico de enfermería** en el capítulo 2.3.

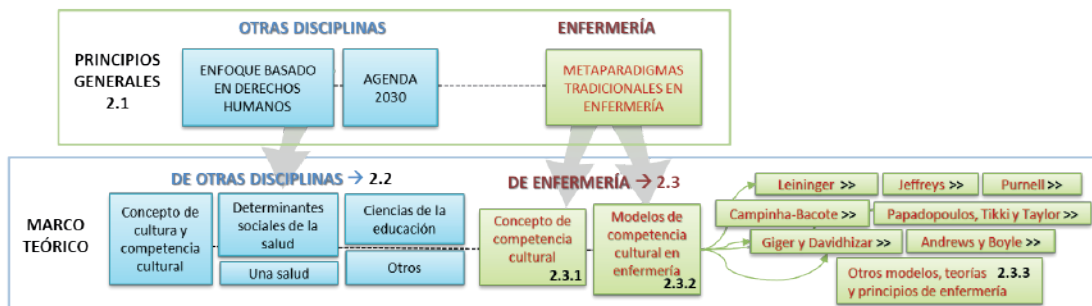


Ilustración 5. Esquema de los principios teóricos y del marco de MulticulturalCare Nursing Education Model.

2.4.2. Incorporando las perspectivas de migrantes y de personas expertas

Para construir el BORRADOR DEL Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model), las partes socias del proyecto incluyeron las perspectivas, las necesidades y las "voces" de migrantes y profesionales de la salud como partes interesadas finales del modelo.

Se realizaron tres grupos focales (GF) y seis entrevistas en entornos comunitarios y académicos, con la participación de migrantes, personas refugiadas, profesionales de la salud y personas expertas internacionales. Todas las partes socias desarrollaron, discutieron y validaron el guion para estas entrevistas y grupos focales.

El principal objetivo de este estudio fue identificar los dominios clave que serían incluidos en un Modelo de formación en Competencias culturales para enfermeras/os de Europa. Sus objetivos específicos fueron los siguiente:

- recopilar información sobre las **experiencias de migrantes** en los servicios sanitarios europeos;
- recopilar datos sobre el **proceso de comunicación interpersonal** entre migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo y enfermeras/os en entornos sanitarios;
- obtener información sobre el **perfil de competencias culturales** requeridas para las enfermeras/os

Todas las partes socias y un Comité de Ética independiente aprobaron las pautas éticas del estudio, los criterios y métodos de selección de participantes y las pautas técnicas de recopilación/ análisis de datos (UICISA: E, Nursing School of Coimbra, Portugal).

Cada parte socia cooperó en los GF/entrevistas, recopilación/análisis de datos, informe final y evaluación de resultados. Después de cada GF/entrevista descentralizada, cada equipo envió informes de progreso para su seguimiento. Durante febrero y marzo de 2021, todas las partes socias del proyecto discutieron los resultados finales.

El grupo focal con expertos tuvo como objetivo específico identificar los dominios clave a incluir en el Modelo de capacitación en competencias de atención multicultural para enfermeras/os europeas desde las perspectivas de las personas expertas internacionales.

Sobre la base de las perspectivas de los expertos en relación a las experiencias de migrantes en los servicios sanitarios europeos, el proceso de comunicación y la relación entre migrantes y enfermeras/os, y el perfil de competencias culturales de las enfermeras/os, estos dominios

constituyen una de las bases para la construcción del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model). Después de contactar con participantes, se formó un GF final de cinco participantes (dos de Bélgica, uno de España, uno de Portugal y uno de los EE. UU) con investigadores/as, académicos/as y profesionales de la salud expertos en salud intercultural, migración, derechos humanos y salud de migrantes, y con más de cinco años de experiencia profesional en esas áreas. De la muestra total se seleccionó un grupo formado por tres hombres y dos mujeres con dominio del inglés. Todas las personas participantes dieron su consentimiento informado. El GF se llevó a cabo en línea, vía ZOOM (Colibri), debido a las contingencias de la pandemia, el 5 de febrero de 2021. Se realizaron dos entrevistas, una de la Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC, Coimbra, Portugal) y la otra de la UC Leuven-Limburg (UCLL, Bélgica). Un tercer miembro cronometró y ayudó en la logística del GF. Las sesiones de GF tuvieron una duración de 90 minutos.

Tras la sesión o entrevista, el equipo investigador convirtió la grabación de audio o audio-visual en un archivo de audio y transcribió el contenido. El proceso de codificación de datos siguió una metodología inductiva en la que los conceptos descriptivos y las categorías emergieron durante las múltiples lecturas de la transcripción del grupo focal o entrevista. El software informático de análisis 12 N-VIVO identificó las principales dimensiones del discurso y distinguió los aspectos más relevantes de cada tema, organizando los datos recogidos en torno a categorías y subcategorías.

RESULTADOS – Las voces de migrantes: Atención culturalmente competente desde el punto de vista de migrantes.

Los resultados revelan las distintas **BARRERAS** a las que se enfrentan las personas migrantes en los sistemas sanitarios europeos (Ilustración 6):

- El déficit de **acceso** al sistema sanitario;
- Las **barreras** a la atención sanitaria, específicamente en términos de comunicación;
- La frecuente **relación discriminatoria** establecida dentro de la atención profesional;
- La escasa **competencia cultural estructural**, principalmente debido a la falta de recursos para la traducción y mediación intercultural, la escasa flexibilidad de los sistemas sanitarios, y la orientación biomédica;
- La **insuficiente competencia cultural profesional** en los servicios de salud, que es percibida por los migrantes como falta de interés y/o apertura hacia las diferencias culturales;

Las personas migrantes describen que estas **BARRERAS** tienen importantes **CONSECUENCIAS**, como:

- La **inequidad** sanitaria;
- Una importante **pérdida de la calidad** de la atención;
- Una situación de **vulnerabilidad** en salud

Estas problemáticas y sus consecuencias se tratan de resolver por los diferentes protagonistas, con diferentes **ESTRATEGIAS** algunas adecuadas, otras parcialmente efectivas y muchas inadecuadas ya que complican más la atención y reducen su calidad:

- Como parte de sus estrategias, la **población** a veces recurre a redes de apoyo y ONGs, buscando información sobre recursos y derechos, otras veces se practica un cierto pragmatismo cultural para adaptarse al sistema. Sin embargo, también se recurre a estrategias no adaptadas como posponer la atención, limitándola a lo urgente, emplear traductores informales, o emplear servicios de salud privados.
- Los y las profesionales normalmente recurren a **estrategias** como la mediación intercultural, organizar los tiempos de atención, adaptar el lenguaje técnico, o ser respetuosos con creencias y valores de las personas pacientes. Sin embargo, en ocasiones, se opta por estrategias que complican la atención, como reducir la información en el acto sanitario, limitar la atención a lo técnico y biomédico, exigir el conocimiento del idioma y la adaptación de la persona migrante al sistema de atención del país de acogida, entre otros.

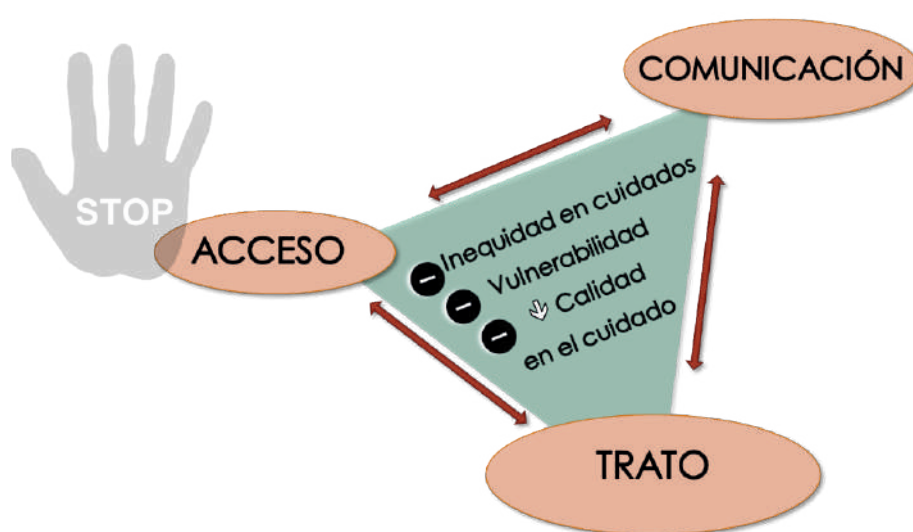


Ilustración 6. RESULTADOS: Atención culturalmente competente desde el punto de vista de migrantes.

RESULTADOS – La voz de personas expertas: Atención culturalmente competente desde el punto de vista de personas expertas.

Para comprender las percepciones de las personas especialistas sobre las experiencias de los y las migrantes en los servicios sanitarios europeos, se invitó a personas expertas a compartir sus opiniones sobre posibles barreras y facilitadores en el acceso a la asistencia sanitaria.

Los datos analizados muestran que las personas expertas identifican cuatro niveles de **barreras en el acceso de migrantes a la atención sanitaria**, relacionadas con:

- 1) relacionadas con migrantes,
- 2) profesionales de la salud,
- 3) el sistema sanitario del país de acogida, y
- 4) las políticas socio-políticas del país de acogida (Ilustración 7).

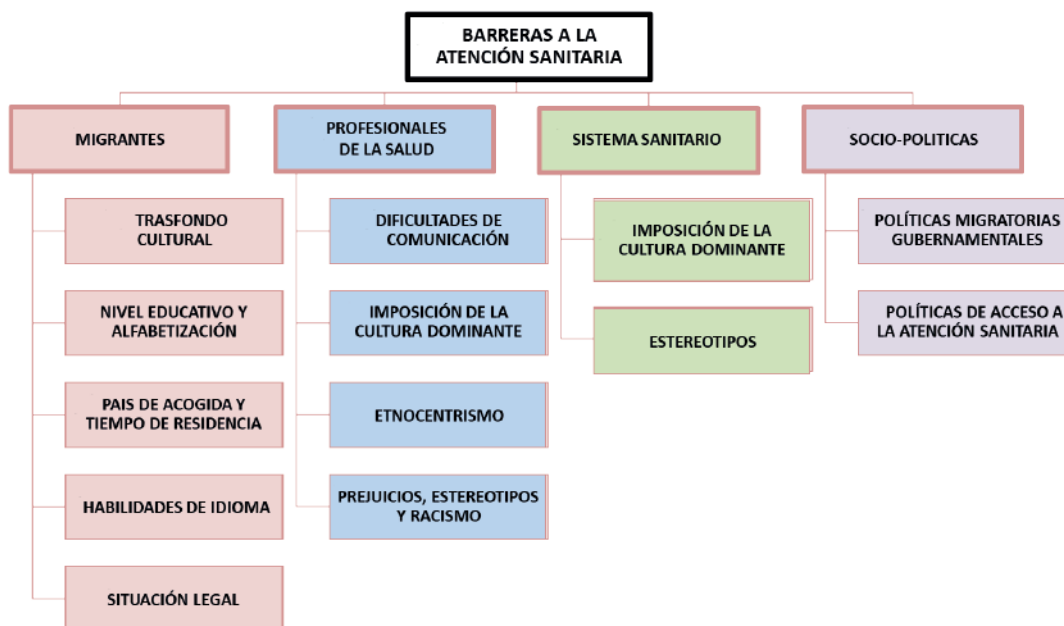


Ilustración 7. Barreras al acceso de migrantes a los servicios sanitarios en los países de acogida.

También identifican los siguientes tres niveles de **facilitadores/recursos para superar las barreras en el acceso de migrantes/grupos culturales minoritarios a la atención sanitaria** en los países de acogida, relacionados con:

- 1) profesionales de la salud,
- 2) el sistema sanitario del país de acogida, y
- 3) las políticas socio-políticas del país de acogida (Ilustración 8).

Las opiniones de personas expertas sobre el proceso de comunicación interpersonal y la relación entre migrantes y enfermeras/os se correlacionaron con "barreras" y "superación de barreras" para acceder a una atención médica adecuada.

Se consideró el acceso a la salud desde el momento en que la persona migrante ingresa al sistema e instalaciones de salud, hasta que sale, habiendo recibido la atención.

Las características del **proceso de comunicación interpersonal y la relación entre migrantes y enfermeras/os** pueden ser un facilitador o una barrera en la prestación de atención enfermera. Por ello, esta categoría se enmarca en las "barreras relacionadas con profesionales de la salud", y en las formas de "superar las barreras a través de la comunicación efectiva/ profesionales de la salud", y en las formas de "superar las barreras a través de la comunicación efectiva/ profesionales de la salud".

Según las personas expertas, el perfil de las competencias culturales enfermeras también se relaciona con los recursos específicos para superar las barreras en el acceso a la salud, por lo que se integró en esa subcategoría.

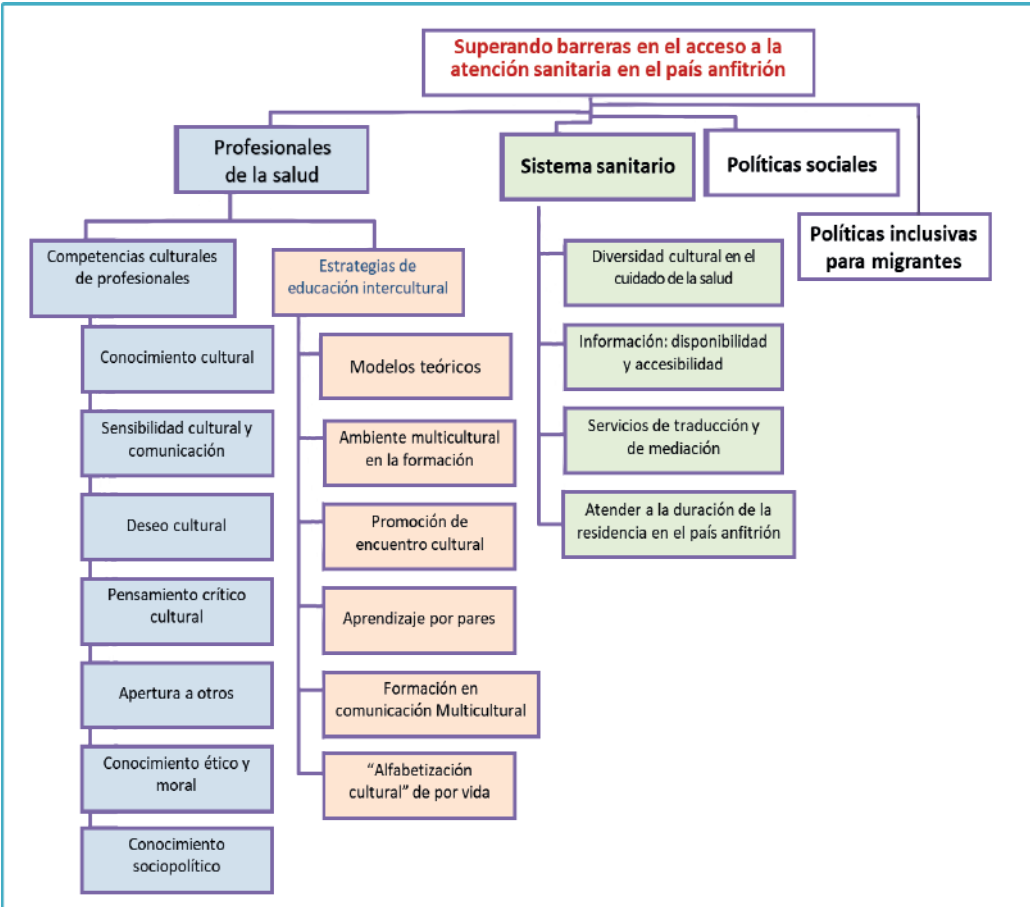


Ilustración 8. Superar las barreras al acceso de migrantes a la atención sanitaria en los países de acogida.

2.4.3. Estudiando las experiencias de formación en Competencias culturales.

Como tercer paso se realizó una búsqueda y revisión de estudios de otros modelos educativos y experiencias de enseñanza de competencias culturales. Así pues, todas las partes socias del Proyecto MulticulturalCare realizaron una revisión de alcance de 250 artículos científicos y recopilaron y analizaron datos de acuerdo con las pautas del protocolo JBI.

El Protocolo de Revisión de alcance (PRA) del Joanna Briggs Institute (JBI) fue coordinado por el equipo portugués, aceptado, y publicado. La primera fase consistió en la búsqueda/selección de los estudios a incluir, seguida de una primera selección de los artículos enumerados según los criterios del PRA. En la segunda fase, todas las socias compartieron, distribuyeron y analizaron por igual la lista final de artículos. El análisis (revisión ciega) del contenido de cada artículo fue realizado por dos miembros de cada equipo (un tercer miembro actuó como árbitro en caso de desacuerdo).

La investigación se centró **específicamente** en las siguientes **preguntas de investigación**:

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN
¿Quiénes son los y las estudiantes o profesionales de la salud que asisten a los programas de formación en competencias culturales?
¿Quiénes son los y las agentes que llevan a cabo los programas de formación en competencias culturales para estudiantes y personal de la salud?
¿En qué entornos se imparten los programas de formación en competencias culturales para estudiantes y personal de la salud?
¿Cuáles son los ámbitos de competencia cultural en los programas de formación en competencias de atención multicultural disponibles para estudiantes y personal de la salud?
¿Qué estrategias de formación se utilizan para formar al estudiantado y personal de la salud en competencias culturales (por ejemplo, duración, frecuencia, contenido, métodos de impartición)?
¿Qué modelos, teorías o principios se utilizan para conceptualizar los programas de formación en competencias de atención multicultural disponibles para formar a personal de la salud y a estudiantes?
¿Qué facilitadores y/o barreras se han señalado en relación con el éxito y/o el fracaso de los programas?

Ilustración 9. Preguntas de investigación de la revisión de alcance.

Los datos finales se presentaron en tablas, gráficos y narraciones para describir la literatura de acuerdo con las preguntas de investigación definidas, detallando las características de los programas de formación.

2.4.4. Aspectos clave de los cuidados culturalmente competentes

La investigación del Proyecto se realizó con población migrante y personas expertas y utilizó revisiones de alcance para buscar artículos con competencias interculturales (CI) en ciencias de la salud. Se identificaron varios aspectos (necesidades) clave que la población migrante y personas expertos reconocen como necesarios para ofrecer una atención sanitaria culturalmente competente, así como las experiencias de formación intercultural en ciencias de la salud.

Éstas se resumen en cinco aspectos asistenciales clave que orientan las competencias del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model):

Se pudieron identificar, dentro de la **COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL** (que tiene que ver con una atención más personal) tres aspectos/necesidades fundamentales:

- **COMUNICACIÓN**
- **RELACIÓN**
- **INTERÉS Y APERTURA A LA DIFERENCIA CULTURAL**

La **COMPETENCIA CULTURAL SOCIAL** (atención relacionada con la comunidad y sociedad) considera dos aspectos/necesidades esenciales:

- **EI COMPONENTE INSTITUCIONAL** de la atención - un aspecto/necesidad esencial a menudo desestimada como competencia cultural. Contempla la necesidad de un cambio institucional cuando las instituciones (particularmente las sanitarias y otras relacionadas con la salud) no responden a las necesidades de atención de otras culturas.
- **EI COMPONENTE SOCIAL/COMUNITARIO** de la atención – otro aspecto/necesidad crítica asociada con el reconocimiento de la necesidad del cambio social y la participación de grupos culturalmente diversos en el cuidado de la salud

Estos cinco aspectos clave del cuidado culturalmente competente guían y organizan las competencias culturales identificadas a lo largo del proceso (Ilustración 10)..

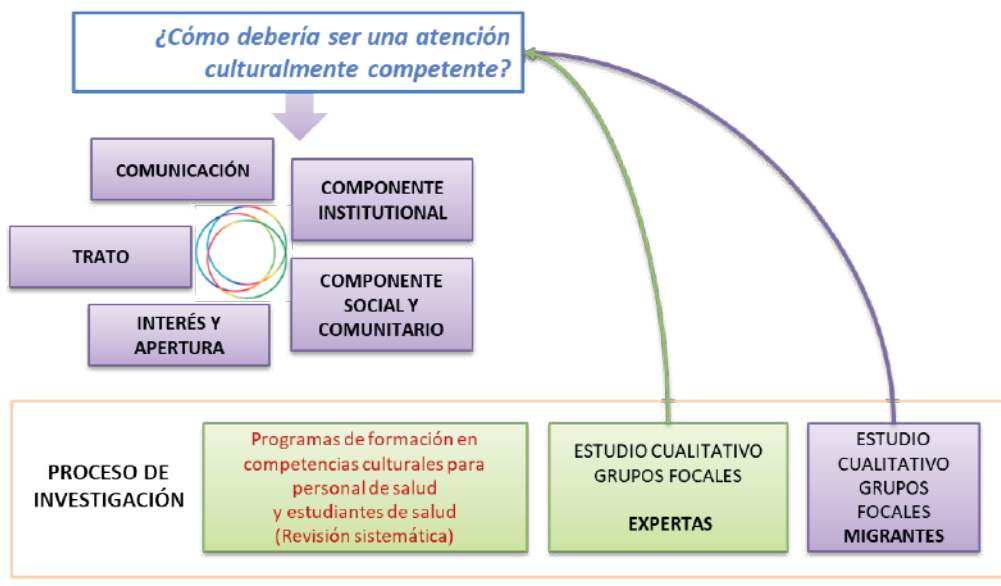


Ilustración 10. Aspectos clave de una atención culturalmente competente.

El Proyecto también identificó nueve **COMPETENCIAS CULTURALES**, subdivididas de acuerdo a tres **tipos de dimensiones**:

- **CONCEPTUAL/CONOCIMIENTOS**
- **ACTITUDINAL**
- **HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS**

Esta forma de entender las competencias es útil a la hora de centrarse en el proceso de enseñanza o formación y el tipo de competencias para las que se forma a los aprendices en cada proceso formativo.



**3.**

MODELO MULTICULTURALCARE PARA LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL

Maria Idoia Ugarte-Gurrutxaga, Brígida Molina-Gallego, Rocío Baquero, Flore Geukens, Ana Paula Camarreiro & Ana Paula Monteiro.

3.1. Desarrollo del Modelo MulticulturalCare para la Educación en Enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model)

El Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) para la Educación en Enfermería es el primer y principal resultado intelectual del Proyecto MulticulturalCare. Este Modelo de educación guiado teóricamente tiene como objetivo proporcionar a las enfermeras y enfermeros y otros perfiles profesionales de la salud conciencia multicultural, conocimientos, habilidades y competencias básicas antes de trabajar en entornos clínicos o comunitarios.

La primera versión preliminar del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) se creó con la aportación de numerosas fuentes. Se llevó a cabo una **revisión preliminar** de la literatura y se desarrolló, debatió y compartió un marco conceptual entre todas las socias para definir los principios del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model), mapear los programas de formación disponibles de MulticulturalCare y definir las competencias básicas del estudiantado de enfermería.

Las partes socias del proyecto acordaron que debían incluirse las perspectivas, necesidades y "voces" de las personas migrantes, las partes interesadas y las personas usuarias finales de estos resultados. Todas las socias organizaron grupos focales (GF) y entrevistas en entornos comunitarios y académicos en los que participaron migrantes, personas refugiadas, profesionales de la salud y personas expertas internacionales en la materia.

El equipo de MultiCulturalCare elaboró un guion para la recopilación de datos con el fin de explorar las realidades actuales de la prestación de asistencia en contextos multiculturales.

Todas las socias y un Comité de Ética independiente aprobaron los principios éticos del estudio, los criterios y métodos de muestreo y las directrices técnicas de recogida y análisis de datos. Todas las socias colaboraron en los grupos de discusión/entrevistas, la recopilación/análisis de datos, los informes finales y la evaluación de los resultados.

Los GFs y las entrevistas en profundidad con migrantes (una de las principales fuentes de información para el Modelo) trataron sobre el idioma, los elementos estructurales de los sistemas sanitarios, los elementos de información y las sensibilidades culturales. Cada institución asociada se centró en un grupo específico de solicitantes de asilo o migrantes. La universidad belga se centró en los migrantes varones que ya llevaban varios años viviendo en Bélgica. La universidad española se centró en las mujeres migrantes marroquíes que llevaban al menos cinco años viviendo en España, mientras que la universidad portuguesa se centró en migrantes de diversos orígenes y de ambos sexos que llevaban al menos un año viviendo en Portugal.

Además, se realizaron **GFs con personas expertas en el tema** para obtener información sobre la percepción que tienen de las experiencias de las personas migrantes en los servicios sanitarios europeos, el proceso de comunicación interpersonal entre migrantes, personas refugiadas, solicitantes de asilo y enfermeras y enfermeros en entornos sanitarios, y las competencias y habilidades culturales de las enfermeras/os.

Asimismo, la institución portuguesa asociada coordinó un protocolo formal de revisión del alcance (PRA) del Joanna Briggs Institute (JBI). El primer paso fue buscar y seleccionar los estudios que se incluirían. El equipo portugués realizó la selección inicial para la extracción de datos de los artículos listados según los criterios del Protocolo hasta el 30 de mayo de 2021. El segundo paso consistió en compartir y analizar equitativamente la lista final de artículos entre todas las socias. Dos personas de cada equipo realizaron el análisis (revisión ciega) del contenido de cada artículo. Una tercera persona resolvió cualquier cuestión que surgiera en caso de desacuerdo. El Protocolo (JBI) de la revisión de alcance fue aceptado y publicado.

El primer borrador del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) (Ilustración 11) fue desarrollada por la Escola de Enfermagem de Coímbra, con las aportaciones del análisis de los datos e informes de los GFs y la revisión preliminar de la literatura.

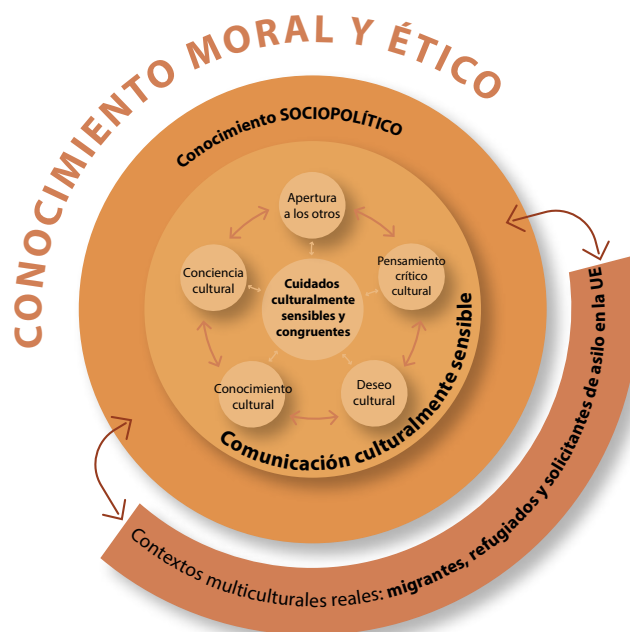


Ilustración 11. Borrador del Modelo MulticulturalCare (diciembre de 2021).

Este borrador del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) se utilizó para identificar las competencias culturales clave en el estudiantado de enfermería y para llevar a cabo tres Pilotos con enfoques pedagógicos innovadores en las instituciones asociadas.

En la tercera fase, todas las socias llevaron a cabo una **Revisión de Alcance** (JBI) de 250 artículos científicos cada una, recogieron y analizaron los datos de acuerdo a las directrices del Protocolo publicado.

Para el análisis, cada parte se centró en unas preguntas de investigación específicas:

- ¿Quiénes son los y las estudiantes o profesionales de la salud que asisten a los programas de formación en competencias culturales? (Equipo español)
- ¿Quiénes son las personas que llevan a cabo los programas de formación en competencias culturales para estudiantes y personal de la salud? (Equipo español)
- ¿En qué entornos se imparten los programas de formación en competencias culturales para estudiantes y personal de la salud? (Equipo español)
- ¿Cuáles son los ámbitos de competencia cultural en los programas de formación en competencias de atención multicultural disponibles para estudiantes y personal de la salud? (Equipo belga)

- ¿Qué estrategias de formación se utilizan para formar a estudiantes y personal de la salud en competencias culturales (por ejemplo, duración, frecuencia, contenido, métodos de impartición)? (Equipo belga)
- ¿Qué modelos, teorías o principios se utilizan para conceptualizar los programas de formación en competencias de atención intercultural disponibles para formar a personal de la salud y a estudiantes? (Equipo portugués)
- ¿Qué facilitadores y/o barreras se han señalado en relación con el éxito y/o el fracaso de los programas? (Equipo portugués)

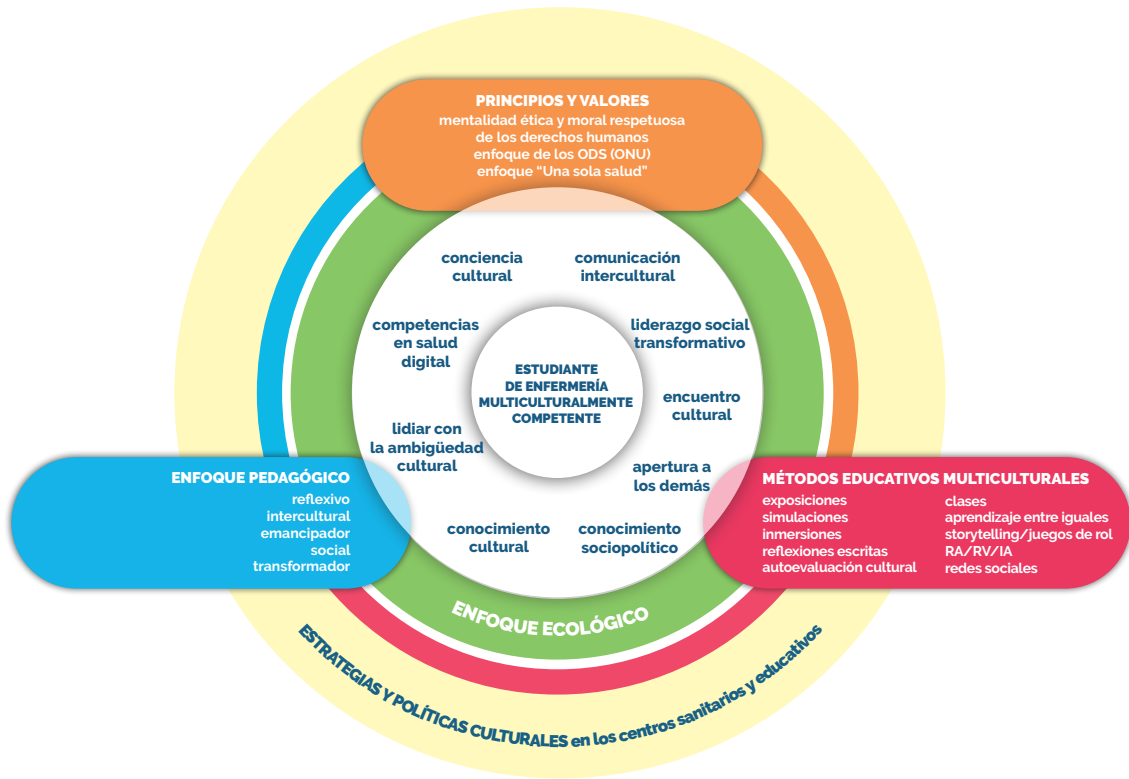
Los datos finales se presentaron en tablas, gráficos y narraciones para describir la literatura según las preguntas de investigación definidas, detallando las características de los programas de formación.

Los datos procedentes de los estudios cualitativos (grupos de discusión y entrevistas), los resultados de las experiencias de los Pilotos, y los resultados finales de la revisión del alcance contribuyeron a construir la versión final del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model).

También se pidió a personas expertas en salud y educación que hicieran aportaciones para validar la versión final del Modelo.

Todas las socias del proyecto participaron en reuniones online para debatir el modelo y las aportaciones de los grupos de discusión, las entrevistas en profundidad y los resultados de la revisión del alcance del JBI. Durante la última Reunión Transnacional de Socias celebrada en mayo de 2022 (en Bélgica), se finalizó el Modelo (tal y como se presenta a continuación:

MODELO MULTICULTURALCARE



3.2. Descripción del Diagrama del Modelo Educativo MulticulturalCare (Figura y elementos)

El modelo MulticulturalCare Nursing Education es un Modelo de Educación de Enfermería Multicultural definido como un modelo genérico que contiene los elementos organizativos, educativos y profesionales para desarrollar las competencias del estudiantado de enfermería en esta área. El Modelo es un modelo original, estructurado a través de estudios cualitativos (grupos focales/ entrevistas), investigación documental, revisión de la literatura (marco conceptual inicial y una revisión formal del alcance JBI), trabajo en grupo y validación por pares (MCCare Team) en tres reuniones transnacionales, pilotos ágiles y un panel de expertos final.

El Modelo de Atención Multicultural para la educación de Enfermería fue diseñado siguiendo un enfoque de abajo hacia arriba, centrado en las necesidades y percepciones específicas de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y las personas expertas en Migración y Salud Multicultural. Este Modelo Educativo sigue una estrategia intersectorial que aborda la competencia cultural en el estudiantado de enfermería.

De acuerdo con un enfoque multinivel y ecológico, el Modelo Educativo MulticulturalCare (Ilustración 12) se representa utilizando un diagrama de Bronfenbrenner. El Modelo sistémico se muestra con múltiples niveles que interactúan en diferentes grados de complejidad.

El estudiantado de enfermería está en el centro del modelo. En el primer nivel del modelo (círculo), se presentan **las nueve competencias básicas** necesarias para que el alumnado universitario de enfermería preste cuidados culturalmente competentes.

Las nueve competencias

Las **nueve competencias culturales** son las siguientes:

1. **APERTURA A OTROS:** la capacidad de interactuar con personas de orígenes culturales diferentes con una mentalidad abierta y sin prejuicios; la voluntad de comprender, aceptar y respetar el punto de vista de los demás (Jenks, 2011; Zoucha, 2000).
2. **CONCIENCIA CULTURAL:** la conciencia del patrimonio y los valores culturales propios, así como las actitudes y creencias hacia o sobre otros grupos étnicos o culturales (Arredondo et al., 1995; De Almeida Monteiro & Fernandes, 2016).
3. **CONOCIMIENTO CULTURAL:** el proceso de búsqueda y obtención de una sólida formación sobre diversos grupos culturales y étnicos.
4. **ENCUENTRO CULTURAL:** el proceso que anima a estudiantes de enfermería a participar directamente en interacciones interculturales con pacientes de orígenes culturalmente diversos. Estos encuentros son necesarios para llegar a ser culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2010).
5. **COMUNICACIÓN INTERCULTURAL:** la capacidad de comunicarse de forma eficaz y clara con/entre profesionales y pacientes con diferentes orígenes culturales y/o capacidades lingüísticas.
6. **LIDIAR CON LA AMBIGÜEDAD CULTURAL:** la capacidad de enfrentarse a situaciones de cuidados de enfermería culturalmente ambiguas e inciertas.
7. **HABILIDADES DIGITALES EN SALUD:** “las habilidades para buscar, encontrar, comprender, evaluar y aplicar información de fuentes digitales para gestionar y abordar problemas de salud multiculturales” (Dunn & Hazzard, 2019).
8. **CONOCIMIENTO SOCIO-POLÍTICO:** los conocimientos que las enfermeras y los enfermeros culturalmente competentes deben tener sobre la realidad política, social y económica en la que actúan (White, 1995).
9. **LIDERAZGO SOCIAL TRANSFORMATIVO:** la capacidad de estimular el cambio en la práctica clínica y en las políticas y organizaciones sanitarias y de capacitar a otras para que también estimulen dicho cambio (Del Barrio-Linares, 2014).

El círculo verde del Modelo representa **el enfoque ecológico desde el que debe actuar una enfermera/o culturalmente competente**. Una enfermera/o culturalmente competente debe ser consciente del creciente problema del cambio climático y de cómo afecta a la migración humana y a la salud. Además, las acciones de una enfermera/o culturalmente competente deberían ser siempre lo más sostenibles posible y tener una huella de carbono lo más baja posible.

El MODELO EDUCATIVO MULTICULTURALCARE se basa en **tres aspectos fundamentales**:

- PRINCIPIOS Y VALORES
- ENFOQUES PEDAGÓGICOS
- MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURALES

3.2.1. PRINCIPIOS Y VALORES

El recuadro naranja del Modelo muestra los principios rectores y los valores fundamentales de la educación formal de enfermeras y enfermeros culturalmente competentes.

El enfoque de la mentalidad ética es un principio rector de la educación en enfermería. Profesionales de la salud que incorporen la competencia cultural y la toma de decisiones éticas tendrán capacitación para proporcionar los mejores servicios de atención a sus pacientes en contextos multiculturales y garantizar resultados óptimos (Louw, 2016). La competencia cultural en la toma de decisiones éticas en contextos multiculturales con migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo es el núcleo de los cuidados de enfermería culturalmente sensibles.

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) es otro de los principios rectores del Modelo Educativo MulticulturalCare de Enfermería. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en 1948, el reconocimiento de la dignidad inherente y de los derechos iguales e inalienables de todas las personas es la base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo. El EBDH es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en las normas internacionales de derechos humanos y operativamente tiene por objeto promover y proteger los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Dentro de este enfoque, la prioridad se centra en los grupos más excluidos y discriminados de la sociedad actual. Una enfermera/o culturalmente competente debe utilizar este enfoque para garantizar que todas las personas, incluidas las marginadas, tengan acceso a una atención sanitaria de calidad.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU también guían el Modelo Educativo MulticulturalCare en Enfermería.

En un mundo globalizado con una creciente movilidad de la población, los principios y componentes de los ODS deben considerarse como un marco de referencia en la atención sanitaria multicultural que sitúa a las personas en el centro de todas las acciones, en particular a las más marginadas y desfavorecidas, para lograr sociedades más equitativas e integradoras.

Dado que los problemas de salud actuales son cada vez más complejos y están más interrelacionados (OMS, 2021), las enfermeras/os culturalmente competentes deben trabajar para garantizar una mayor equidad e inclusión en la sociedad.

Por último, una enfermera/o culturalmente competente debe adoptar el enfoque de Salud Global (One health). Este enfoque hace hincapié en la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental (Mackenzie & Jeggo, 2019) desde una perspectiva transdisciplinar, interprofesional y ecológica. Este enfoque es particularmente relevante para la seguridad alimentaria, el control de zoonosis y la resistencia antimicrobiana (OMS, 2021).

3.2.2. ENFOQUES PEDAGÓGICOS

- La caja azul del Modelo presenta los enfoques pedagógicos que deben adoptarse al capacitar a los estudiantes de enfermería para que se conviertan en enfermeras/os culturalmente competentes, a saber:
- Reflexivo: los/las educadores/as deben alentar al estudiantado a desarrollar habilidades de pensamiento crítico reflexionando y evaluando sus acciones. Los/las educadores/as también deben adoptar esta actitud reflexiva.
- Intercultural: la educación en enfermería debe reflexionar sobre la diversidad cultural de la sociedad actual.
- Emancipatorio: los/las educadores deben animar al estudiantado a convertirse en agentes de cambio en entornos sanitarios y abogar por los derechos de las personas más desfavorecidas. Las instituciones de educación en enfermería también deben mostrar una actitud emancipadora.
- Social: los/las educadores/as deben promover interacciones sociales entre estudiantes de enfermería y pacientes de diferentes orígenes culturales. El estudiantado debe tener la oportunidad de conocer a la persona detrás del/de la paciente.
- Transformativo: los/las educadores deben alentar al estudiantado a ser más conscientes de sus propias creencias y actitudes hacia la diversidad cultural y más abiertos a otras creencias y actitudes a través de experiencias de aprendizaje transformativas.

3.2.3. MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURALES

La caja roja del Modelo incluye varios métodos educativos multiculturales, que se pueden aplicar en entornos educativos para formar estudiantes de enfermería culturalmente competentes y mejorar sus competencias culturales. Estos métodos incluyen exposiciones, simulaciones, inmersiones, documentos de reflexión, autoevaluación cultural, conferencias, aprendizaje entre pares, narración de historias, juegos de rol, realidad aumentada (RA), realidad virtual (RV), inteligencia artificial (IA) y redes sociales. Las tecnologías RV, RA e IA permiten que personas usuarias interactúen y controlen los componentes mostrados virtualmente dentro de entornos virtuales y físicos. Estas tecnologías ricas e inmersivas continuarán evolucionando como herramientas poderosas y esenciales en la educación cultural en enfermería.

El libro electrónico de este proyecto incluye varios escenarios de simulación que se pueden utilizar en entornos educativos. Además de incluir pacientes de diferentes orígenes culturales, algunos escenarios también implican dificultades lingüísticas. Estos escenarios de simulación permiten al estudiantado experimentar algunos de los desafíos potenciales de la atención multicultural y reflexionar sobre sus acciones.

Finalmente, el círculo amarillo del Modelo representa las estrategias culturales, las políticas de salud y los entornos educativos en los que se puede implementar el Modelo educativo para estudiantes de enfermería culturalmente competentes. Estos aspectos no pueden ser ignorados ya que influyen en las opciones de las y los estudiantes para convertirse en enfermeras/os culturalmente competentes.

3.3. Competencias Culturales Básicas

La investigación del Proyecto MulticulturalCare (a través de la investigación cualitativa con poblaciones migrantes y personas expertas y la revisión de alcance) tenía como objetivo recopilar los aspectos centrales de una atención sanitaria culturalmente competente y las experiencias de capacitación intercultural en ciencias de la salud que tanto las poblaciones migrantes como los expertos identifican como necesarios para brindar una atención médica culturalmente competente.

El diagrama de Bronfenbrenner se utilizó para presentar gráficamente el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) con un enfoque multinivel y ecológico. Se trata de un modelo sistémico con varios niveles que interactúan con diferentes grados de complejidad.

El estudiantado de enfermería está en el centro del Modelo, y las **nueve Competencias básicas** esenciales de **MulticulturalCare en enfermería** se presentan en el primer nivel (círculo). Algunas de estas se consideran "competencias culturales clásicas" y se mencionan en diferentes Modelos de Competencia Cultural en Enfermería. Otras son originales, como las competencias "Lidiar con la ambigüedad cultural" o "Habilidades digitales en salud".

Teniendo en cuenta que se trata de un Modelo de Educación Superior, se adoptó un enfoque de educación basado en competencias, y el aprendizaje experiencial se consideró un concepto subyacente. El aprendizaje basado en competencias se describe como centrado en el alumnado y con frecuencia dirigido por el alumnado, lo que explica el posicionamiento del estudiantado de enfermería en el centro del Modelo.

En este Modelo Educativo, la competencia se definió como:

"(...) la capacidad de un/a estudiante de enfermería / enfermera/o para demostrar las actitudes, el conocimiento, las habilidades y el juicio necesarios para realizar actividades dentro del alcance definido de la práctica en un nivel aceptable de competencia."

Dentro de esta perspectiva, se definió un conjunto de Competencias Básicas, y se sugirieron las mejores estrategias pedagógicas y metodologías de enseñanza para su desarrollo.

Las decisiones pedagógicas/estrategias pedagógicas deben guiarse hacia el desarrollo de estas competencias específicas. Asimismo, estas Competencias Básicas constituyen un marco rector esencial para los contenidos curriculares sugeridos y las metodologías de aprendizaje correspondientes.

De acuerdo con el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model), las nueve competencias básicas son esenciales para que el estudiantado de enfermería de pregrado brinde atención culturalmente competente.

Las **nueve COMPETENCIAS BÁSICAS** se pueden organizar según sean de tipo **INDIVIDUAL o SOCIAL**, los dos tipos de competencias principales para trabajar en contextos culturalmente diversos.

3.3.1. A- COMPETENCIAS CULTURALES BÁSICAS INDIVIDUALES

Se trata de competencias centradas en la atención culturalmente competente individual (como la comunicación y/o apertura a las diferencias culturales). Las siete competencias individuales básicas son las siguientes:

1.-APERTURA A OTROS

Fundamento y definición

La apertura a otros como competencia cultural enfermera se define como la capacidad de interactuar con personas de diferentes orígenes culturales con una mentalidad abierta y sin prejuicios; la voluntad de comprender, aceptar y respetar la perspectiva de los demás. (Jenks, 2011; Zoucha, 2000).

2.- CONCIENCIA CULTURAL

Fundamento y definición

La competencia de conciencia cultural se define como la conciencia de la propia herencia y valores culturales, así como de las reacciones emocionales adversas, nociones preconcebidas, sesgos y estereotipos sobre otros grupos étnicos (de Almeida Vieira Monteiro & Fernandes, 2016, Arredondo et al., 1996; Sue et al., 1992). La competencia de conciencia cultural se refiere a la conciencia de las enfermeras y enfermeros, de su visión del mundo y los prejuicios culturales que pueden afectar a la calidad de la prestación de asistencia sanitaria. Teniendo en cuenta que todo el estudiantado, enfermeras/os y demás profesionales de la salud pertenecen a uno o más grupos culturales antes de entrar en la educación profesional, traen sus patrones de valores, creencias y comportamientos aprendidos al entorno académico y profesional. (Jeffreys, 2012, p. 579). Estos valores culturales son las "poderosas fuerzas directivas que dan orden y sentido al pensamiento, las decisiones y las acciones de las personas" (Leininger, 1995). El estudiantado, enfermeras/os y demás profesionales de la salud también tienen numerosas creencias (ideas, convicciones, opiniones filosóficas o principios) que se aceptan como exactas sin necesidad de pruebas ni evidencias. Los valores y las creencias culturales guían inconsciente y conscientemente el pensamiento, las decisiones y las acciones que, en última instancia, afectan al proceso de los cuidados de enfermería. La conciencia cultural es el reconocimiento o la exploración en profundidad de las propias actitudes, antecedentes culturales y suposiciones con respecto a las similitudes o diferencias de los demás, reconociendo al mismo tiempo el racismo, los prejuicios y los estereotipos (Mareno & Hart, 2014; Campinha-Bacote, 2002).

Algunos ejemplos de OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN CONCIENCIA CULTURAL

Ser consciente de la propia cultura e identidad cultural y relacionarlas con los valores personales, las creencias y prácticas sanitarias, y realizar una auto-evaluación de la cultura propia.

Examinar críticamente los conceptos de etnocentrismo y creación de estereotipos.

Reconocer y combatir la discriminación y el racismo, tanto en la práctica enfermera como en la política sanitaria.

Identificar los propios prejuicios, mitos, estereotipos culturales y desinformación sobre personas migrantes, refugiadas, y solicitantes de asilo en Europa.

Ser consciente de los posibles prejuicios de las enfermeras y del inevitable impacto de los estereotipos en los cuidados de enfermería.

Describir posibles formas de abordar los prejuicios en el entorno clínico y comunitario.

Nota - Según la Organización Internacional para las Migraciones (2020), la pandemia de COVID-19 suscitó la solidaridad y el apoyo generalizados de los Estados, la sociedad civil y las personas, más allá de la condición socioeconómica y los orígenes. Sin embargo, también creó temores y preocupaciones generalizados que han alimentado una cultura existente de desconfianza y discriminación contra las personas migrantes.

3.- ENCUESTRO CULTURAL

Fundamento y definición

El encuentro cultural es el proceso que anima a las enfermeras y enfermeros a participar directamente en interacciones interculturales con pacientes de orígenes culturalmente diversos para modificar las creencias existentes sobre un grupo cultural y evitar posibles estereotipos. Los encuentros culturales son el constructo clave de la competencia cultural que proporciona la fuente de energía y los cimientos del viaje hacia la competencia cultural (Campinha-Bacote, 2010).

4.- CONOCIMIENTO CULTURAL

Fundamento y definición

El conocimiento cultural es el proceso de búsqueda y obtención de una sólida formación sobre grupos culturalmente diversos. Al adquirir estos conocimientos, las y los profesionales de la salud deben centrarse en integrar tres cuestiones específicas: creencias, prácticas y valores culturales relacionados con la salud; incidencia y prevalencia de enfermedades (Lavizzo-Mourey, 1996). Un/a profesional de la salud culturalmente competente intenta activamente conocer y comprender la visión del mundo de poblaciones culturalmente diversas – sus valores, supuestos, prácticas, estilos de comunicación, normas de grupo, prejuicios y experiencias personales. Estudiantes y docentes deben adquirir conocimientos específicos sobre la cultura y las experiencias vitales de sus pacientes, incluidos los problemas comunitarios que afectan a grupos étnicos minoritarios concretos. Deben desarrollar conocimientos sobre cuestiones culturales específicas en la evaluación, la intervención

clínica y las barreras institucionales en los servicios sanitarios (Arredondo et al., 1996; Sue et al., 1992). El conocimiento de las diferencias culturales se refiere a hechos concretos sobre un grupo cultural determinado. El "conocimiento" difiere de la "conciencia" en que una persona puede conocer una información sobre una cultura pero no ser consciente de cuándo y cómo esa información entra en juego en la vida real. En otras palabras, el "conocimiento" es lo que uno puede aportar a un encuentro intercultural, mientras que la "conciencia" suele surgir durante el encuentro. El conocimiento cultural por sí solo puede ser arriesgado, ya que uno nunca puede saber todo lo que hay que saber sobre otra cultura, y mucho menos sobre todas las culturas. Además, los conocimientos adquiridos nunca pueden aplicarse a todos los miembros de una cultura.

Para que el estudiantado de enfermería obtenga esta base de conocimientos, su educación intercultural debe centrarse en integrar cuestiones específicas:

Algunos ejemplos de OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN CONOCIMIENTO CULTURAL

Considerar los determinantes antropológicos, sociológicos, psicológicos y biológicos de la salud para comprender las desigualdades en materia de salud y bienestar en la UE.

Comprender cómo las personas de diversas culturas y sistemas de creencias perciben la salud y la enfermedad y responden a los distintos síntomas, enfermedades transmisibles y no transmisibles (a), y tratamientos.

Describir los problemas a los que se enfrentan las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo e identificar las cuestiones psicosociales y culturales que afectan principalmente a los comportamientos de salud y bienestar de las personas en transiciones multiculturales.

Conocer las creencias relacionadas con la salud y los valores culturales de grupos culturalmente específicos de personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en la UE.

Utilizar una amplia gama de datos y recursos para adquirir conocimientos sobre las comunidades y reconocer las similitudes y diferencias entre las creencias y los comportamientos sanitarios específicos de cada cultura.

Localizar la legislación nacional y europea relacionada con la inmigración, los derechos humanos y la discriminación y establecer vínculos entre ellos y las desigualdades estructurales.

Comprender las necesidades sanitarias específicas de las personas refugiadas y las directrices y programas de tratamiento especiales para personas refugiadas y solicitantes de asilo traumatizadas.

- (a) Ejemplo: Las enfermedades infecciosas y las lesiones adquiridas antes o durante el viaje en el proceso migratorio se tratan pronto, pero con el tiempo aumentan las nuevas enfermedades, como las no transmisibles y las profesionales derivadas de los cambios de estilo de vida en el nuevo lugar, así como los problemas de salud mental que surgen y resurgen a intervalos como consecuencia de acontecimientos traumáticos antes o durante la migración y a medida que se acumulan factores de estrés a más largo plazo, como el miedo a la deportación, la separación de la familia, la soledad, el aislamiento y la exclusión social. Antes de partir, el estado de salud de las personas migrantes suele reflejar los patrones sanitarios característicos de sus países. Los países de ingresos bajos y medios suelen implicar niveles relativamente altos de enfermedades transmisibles y afecciones maternas, perinatales y nutricionales en comparación con las enfermedades no transmisibles y las lesiones, siendo los grupos de causas los utilizados en los estudios sobre la carga mundial de morbilidad (Ingleby, 2012; Matlin et al., 2018). Sin embargo, los factores locales pueden alterar significativamente la distribución de las enfermedades. A más largo plazo, la salud de las personas migrantes refleja los cambios en el estilo de vida, la dieta y el medio ambiente en el país de acogida, lo que provoca, por ejemplo, un aumento de los trastornos cardiovasculares (Domnich et al., 2012).

Según un reciente estudio del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)), una proporción considerable de migrantes que viven en Europa contraen el VIH después de emigrar. Los estudios muestran que las personas migrantes corren un mayor riesgo de contraer diversas enfermedades tras la migración debido a las desigualdades sociales, los factores estructurales y el acceso limitado a los servicios sanitarios, incluidos los de prevención, pruebas y atención del VIH. Las personas migrantes representaron aproximadamente el 12% de la población de la Unión Europea y el 44% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2019. A medida que se acumulan las pruebas, se hace más evidente que las personas migrantes tienen un mayor riesgo de muchas enfermedades posteriores a la migración, incluidas las infecciones de transmisión sexual. Las personas migrantes suelen ser una población joven y sana. Sin embargo, el acceso limitado a la prevención y pruebas del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, las desigualdades sociales y los factores estructurales pueden dar lugar a comportamientos individuales que aumentan su vulnerabilidad y pueden explicar la mayor prevalencia del VIH en comparación con las poblaciones nativas (Pantazis et al., 2021).

5.- COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Fundamento y definición

Esta competencia cultural en enfermería es la capacidad de comunicarse de forma eficaz y clara con/entre profesionales y pacientes con diferentes orígenes culturales y/o capacidades lingüísticas.

La conciencia cultural o el conocimiento cultural se abstraen del contexto clínico real y son insuficientes para desarrollar una interacción terapéutica y una intervención asistencial eficaces. Las competencias o habilidades técnicas son esenciales para aplicar estas normas en el contexto clínico. Estas habilidades esenciales incluyen el dominio de la comunicación intercultural, la capacidad de desarrollar una relación terapéutica con un paciente culturalmente diferente y la capacidad de adaptar el diagnóstico y el tratamiento en respuesta a las diferencias culturales entre profesionales de la salud, enfermeras/os, personas pacientes y usuarias del sistema de salud y familias (Schouler-Ocak et al., 2015).

La comunicación efectiva entre profesionales de la salud y pacientes de diferentes orígenes culturales y con diferentes capacidades lingüísticas incluye:

- Habilidades de comunicación intercultural, tanto verbales como no verbales.
- Habilidades para identificar e integrar cuestiones culturales específicas tanto en el diagnóstico como en la formulación del tratamiento.
- Habilidades para aplicar enfoques étnicos en la evaluación y el tratamiento.
- Capacidad para defender a una persona paciente o grupo de pacientes concreto.

- Capacidad de reflexión para supervisar la propia actuación y eficacia en contextos culturales específicos (Arredondo et al., 1996; Pedersen & American Counseling Association, 1994; Sue et al., 1982; Sue et al., 1992).

6.- LIDIAR CON LA AMBIGÜEDAD CULTURAL

Fundamento y definición

Esta competencia es la capacidad de enfrentarse a situaciones de cuidados de enfermería culturalmente ambiguas e inciertas.

7.- HABILIDADES DIGITALES EN SALUD

Fundamento y definición

El aumento del uso de las tecnologías digitales en salud requiere una alfabetización sanitaria multicultural digital. Dunn y Hazzard (2019) la definen como la capacidad de buscar, encontrar, comprender, valorar y aplicar información procedente de fuentes digitales para gestionar y afrontar problemas de salud multiculturales.

Los cuidados de enfermería actuales están mediados por procesos hipertecnológicos (Monteiro & Curado, 2016). Las enfermeras/os se enfrentan a los nuevos retos que plantea la digitalización de la atención sanitaria, entre ellos el concepto de atención digital como intervención enfermera (ciber-enfermería) y la integración en la "atención holística" de los conceptos de tecno-yo e identidades virtuales (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2015, p.37). Los cuidados de enfermería a través de plataformas digitales son un sistema socio técnico que expresa una forma particular de entender la enfermedad y los cuidados, circunscrita al ámbito de las redes de información y los sistemas de respuesta (que se espera rápida y eficaz) a síntomas estandarizados (Monteiro & Curado, 2016, p. 145). No se trata de meras aplicaciones informáticas neutras, sino también de narrativas culturales. Además, las tecnologías sanitarias digitales pueden facilitar o dificultar el acceso a la asistencia sanitaria, ya que no todas las personas pacientes tienen las competencias necesarias para utilizar y aprovechar eficazmente las tecnologías sanitarias digitales. Las enfermeras/os deben tratar de promover la alfabetización digital en materia de salud en las poblaciones vulnerables y los grupos culturales minoritarios, migrantes y personas refugiadas para mejorar el éxito de la integración y los resultados sanitarios.

3.3.2. B - COMPETENCIAS CULTURALES BÁSICAS SOCIALES

Estas competencias tienen un carácter más colectivo, institucional y social. Sin ellas, las competencias se limitarían al desempeño profesional individual, dejando de lado aspectos relativos a las comunidades, las sociedades y los cambios en el sistema sanitario. En sociedades

multiculturales, es vital contar con profesionales que adopten el enfoque del cambio social, favoreciendo los cambios del sistema sanitario y contribuyendo a la evolución social de una sociedad intercultural. Se describen a continuación las competencias socioculturales:

8.- CONOCIMIENTO/HABILIDADES SOCIO-POLÍTICAS

Fundamento y definición

La competencia Conocimiento sociopolítico permite a enfermeras/os y estudiantes de enfermería comprender la realidad política, social y económica en la que están anclados los cuidados de enfermería. La Asociación de Enfermeras de Salud Comunitaria de Canadá (2008, p.7) considera que el Conocimiento Emancipador es significativo porque "sitúa a la enfermería en el más amplio contexto social, político y económico, en el que la enfermería y la atención sanitaria tienen lugar y capacita a la enfermera para cuestionar el statu quo y las estructuras de dominación de la sociedad que afectan a la salud de las personas y las comunidades."

Chim and Kramer (2011) consideran el Conocimiento Emancipatorio en Enfermería como una forma específica de comprender el mundo y la realidad social e intervenir activamente. Además, perciben la enfermería como una fuerza potencialmente poderosa que puede actuar en favor de quienes carecen de poder organizativo e institucional.

Además de los Conocimientos Sociopolíticos (conocimientos conceptuales), para desarrollar las competencias de enfermería vinculadas a la responsabilidad social (actitudinales, conceptuales y de habilidad), es vital la formación de competencias que desarrollen "estrategias culturales y políticas culturales" con las instituciones. Estas también deben contribuir a la sensibilización y formación de la ciudadanía y profesionales de los ámbitos académico y social (entre otros) que conviven en contextos culturalmente diversos.

Esta estrategia pretende transformar las sociedades para que todas las personas vean reconocido su derecho a la asistencia sanitaria. Una asistencia sanitaria que responda a las "necesidades" de las personas (asociada al concepto de aceptabilidad en la prestación de cuidados de calidad) y en la que éstos tengan voz y voto (pacientes con capacidad de actuación y habilidades participativas).

Este planteamiento está en consonancia con la ética del cuidado. Por lo tanto, además de "cuidar", es esencial "transformar" los factores institucionales y comunitarios que originan las desigualdades culturalmente motivadas. Asumir esta responsabilidad es el camino para "llegar a ser" culturalmente competente.

9.- LIDERAZGO SOCIAL TRANSFORMATIVO

Fundamento y definición

El liderazgo transformacional se observa cuando "líderes y seguidores se hacen avanzar mutuamente (...) a un nivel superior de moral y motivación" (Burns, 1978). En la literatura, el liderazgo social transformador se ha descrito como la estimulación del cambio en la práctica clínica, las políticas sanitarias y las organizaciones, y el empoderar a las demás personas para estimular dicho cambio (del Barrio-Linares, 2014). El liderazgo transformador requiere que los individuos examinen críticamente el mundo en el que viven y trabajen para cambiarlo. La premisa central del liderazgo transformador es "transformar y empoderar" (Burns, 1978; Shields, 2010).

3.3.3. TABLA DE COMPETENCIAS BÁSICAS

1ª COMPETENCIA BÁSICA – APERTURA A OTROS Tipo de Competencia – COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
Empatía hacia personas de otras culturas; Interés genuino por conocer al "otro". Curiosidad por la diversidad cultural. Compromiso y actitud positiva hacia la diversidad. Respeto por las diversas formas culturales de entender la salud y la enfermedad.	Comprende el concepto de sensibilidad cultural en la atención de la salud. Conoce proyectos colectivos de salud alternativa en el contexto sociocultural. Comprende los proyectos colectivos alternativos de salud en el contexto sociocultural;	Adapta proyectos culturales alternativos en evaluación de enfermería e intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud. Integra otras formas de entender la salud y la enfermedad en la evaluación, diagnóstico e implementación de los cuidados de enfermería. Utiliza técnicas de empatía cultural en la evaluación de enfermería.
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS		
1. Muestra interés por conocer "al otro" y su cultura. 2. Muestra interés y curiosidad por conocer y comprender profundamente otras culturas. 3. Respeta diferentes creencias y valores. 4. Comprende el comportamiento interactivo personal de acuerdo con el contexto social y multicultural sin prejuicios. 5. Genuinamente quiere aprender a entender las diferencias culturales		
INDICADORES		
- Demuestra empatía, curiosidad y voluntad de aprender y encontrarse con personas y pacientes de otras culturas.		

2ª COMPETENCIA BÁSICA – CONCIENCIA CULTURAL		
Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Utiliza un enfoque reflexivo crítico.</p> <p>Humildad cultural.</p> <p>Disposición para aprender y reflexionar sobre los propios prejuicios y percepciones erróneas</p>	<p>Entiende los conceptos propios de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereotipo, estigma, discriminación, opresión y privilegio.</p> <p>Es consciente de las actitudes / prejuicios de uno hacia las diferentes culturas y cómo superarlos.</p>	<p>Examinar críticamente los conceptos de etnocentrismo y estereotipo y su impacto en el cuidado de enfermería.</p> <p>Reconoce y desafía la discriminación y el racismo en la práctica de enfermería y a nivel personal.</p> <p>Evaluar los determinantes institucionales del sesgo, el trato desigual, la discriminación, los prejuicios y el comportamiento poco ético que contribuyen a las disparidades en salud .</p> <p>Identifica los prejuicios y mitos culturales sobre las personas migrantes, refugiadas solicitantes de asilo y grupos culturales minoritarios</p> <p>Utiliza estrategias para superar las evaluaciones racistas en la evaluación de enfermería.</p> <p>Examinar críticamente el impacto de los valores éticos personales en el proceso de cuidado de enfermería.</p> <p>Explora el origen y etnia de la persona/paciente, sin prejuicios ni sesgos.</p> <p>Realiza la propia autoevaluación cultural</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Examinar críticamente los conceptos de etnocentrismo y estereotipos. 2. Reconoce la influencia de su cultura en la forma en que se comporta. 3. Reconoce la influencia de sus propios prejuicios en el cuidado de personas de otras culturas. 4. Reconoce y desafía la discriminación y el racismo tanto a nivel de la práctica de enfermería como a nivel de políticas de atención médica. 5. Identifica los propios prejuicios culturales, mitos, estereotipos y desinformación sobre migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo en Europa. 6. Reconoce que la cultura de enfermería influye en la comprensión de la salud, la enfermedad, la muerte y el cuidado. 7. Es consciente de los propios sesgos potenciales de la enfermera/o y del inevitable impacto de los estereotipos en la atención de enfermería. 8. Describe posibles formas de abordar el sesgo en los entornos clínicos y comunitarios 		

INDICADORES

- Entiende cómo sus propios antecedentes culturales influyen en el trabajo de enfermería con personas usuarias Cultural y Lingüísticamente Diversas (CLD).
- Examina y describe sus propias identidades culturales, incluidas las suposiciones, valores, creencias, estereotipos y sesgos, y reconocer cómo estos afectan a la atención de enfermería.
- Es consciente de cómo las creencias culturales (incluidos sus propios "ismos", como el racismo, el sexismo, el etnocentrismo, la homofobia, el edadismo y la xenofobia) influyen en sus propias actitudes, creencias y comportamientos, con impacto en la atención de enfermería.
- Comprende la conexión entre la identidad cultural y la salud.
- Reconoce que la cultura de enfermería influye en la comprensión de la salud, la enfermedad, la muerte y el cuidado.
- Comprende la relación entre las prácticas culturales y la salud.
- Es consciente de cómo la cultura de un usuario Cultural y Lingüísticamente Diverso (CLD) impacta en la salud
- Es consciente de cómo las barreras culturales pueden influir en la terapia y la relación terapéutica entre enfermeras/os y personas usuarias.
- Es consciente de cómo las suposiciones de las personas consumidoras de CLD sobre la terapia / asesoramiento pueden afectar a su tratamiento.
- Es consciente de cómo trabajar con personas usuarias traumatizadas puede afectar a enfermeras/os y profesionales de la salud.
- Es consciente del sesgo cultural inherente a diversas herramientas e instrumentos utilizados en la evaluación de la salud.
- Comprende los factores estresantes que experimentan las familias como resultado de la post-migración y la adaptación

3ª COMPETENCIA BÁSICA – ENCUENTRO CULTURAL
Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA

ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Flexibilidad hacia el uso de otros sistemas de creencias de salud.</p> <p>Valora positivamente diversas perspectivas y conceptos culturales de salud y bienestar.</p> <p>Respeto las creencias y valores de las personas en diferentes contextos multiculturales.</p> <p>Respeto por la persona paciente, la familia, la comunidad y el equipo multi o interdisciplinario, independientemente de sus diferencias</p>	<p>Conoce los antecedentes culturales históricos y contextuales.</p> <p>Comprende el concepto de cultura.</p> <p>Conoce la importancia de la cultura en las opciones y comportamientos de salud</p>	<p>Prioriza los factores sociales y culturales que afectan la salud al diseñar y brindar atención de enfermería en múltiples contextos.</p> <p>Utiliza técnicas de comprensión culturalmente sensibles en la evaluación de enfermería.</p> <p>Realiza la escucha activa en el cuidado de enfermería, para comprender las creencias y valores del usuario en diferentes contextos multiculturales.</p> <p>Educa, facilita y apoya la salud y el bienestar desde una perspectiva intercultural.</p>

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

1. Identifica modelos de atención alternativos y/o integradores.
2. Toma en consideración las opiniones de las personas pacientes/usuarios y profesionales cuando las decisiones se toman en equipo.
3. Promueve la participación de personas y grupos en temas relacionados con su proceso de salud-enfermedad.
4. Considera aspectos sociales y culturales en las prescripciones de enfermería.
5. Proporciona atención de enfermería adecuada y congruente a las personas pacientes, basada en factores culturales.
6. Utiliza factores de diversidad para mejorar los recursos sanitarios.
7. Es capaz de educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar desde una perspectiva intercultural

INDICADORES

- Tiene la capacidad de interactuar eficazmente con personas pertenecientes a diferentes culturas.
- Proporciona atención de enfermería adecuada y congruente a los pacientes cultural y lingüísticamente diversos

4ª COMPETENCIA BÁSICA – CONOCIMIENTO CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Interés en obtener información sólida sobre migrantes, refugiados y diversos grupos culturales minoritarios.</p>	<p>Identifica los problemas psicosociales y culturales que afectan profundamente a los comportamientos de salud y el bienestar de las personas en sociedades multiculturales.</p>	<p>Proporciona una atención adecuada centrada en la persona a pacientes culturalmente diversas, teniendo en cuenta los factores culturales de la persona y su concepto de salud / enfermedad.</p> <p>Utiliza una amplia gama de datos y recursos para adquirir conocimientos de las comunidades culturales minoritarias.</p>
<p>Curiosidad por comprender diferentes sistemas, creencias y valores en salud</p>	<p>Conoce los sistemas de valores, creencias y prácticas relevantes para la salud y la enfermedad de los pacientes y cómo afectan la atención y la práctica de enfermería.</p> <p>Distinguir entre diversas prácticas de cuidado en diferentes culturas (de sí mismos, entre sí, y la atención profesional que esperan).</p>	<p>En la evaluación de enfermería y la prestación de cuidados de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriza los factores sociales y culturales que afectan a la enfermería y la atención médica en múltiples contextos - Considera las costumbres y creencias de la persona paciente sobre diferentes situaciones en el ciclo de vida - Pregunta sobre tratamientos tradicionales <p>Considera el origen y el origen étnico de la persona paciente en la evaluación de enfermería y los cuidados de enfermería.</p> <p>Integra (si es posible) enfoques terapéuticos alternativos en clientes culturalmente diversos.</p> <p>Aplica cuidados de enfermería específicos a al menos dos comunidades / culturas diferentes en el área donde vive.</p>
	<p>Conoce los fundamentos teóricos de la atención multicultural de enfermería</p>	<p>Caracteriza los conceptos clave de al menos dos modelos teóricos de enfermería cultural</p>
	<p>Está familiarizado/a con las teorías conceptuales sobre fenómenos migratorios</p>	<p>Describe two migration process theories Describe dos teorías del proceso de migración.</p> <p>Identifica los principales componentes que influyen y explican los cambios en los flujos migratorios.</p> <p>Utiliza fuentes de datos relevantes sobre los flujos migratorios internacionales, globales y europeos y las condiciones de salud de migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo</p>

	<p>Conoce los diversos sistemas y políticas de salud en Europa y sus implicaciones para la accesibilidad a la atención médica entre migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo</p>	<p>Evalúa críticamente los diferentes sistemas y políticas de salud en Europa y sus implicaciones para la accesibilidad a la atención sanitaria entre migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo.</p>
	<p>Analiza críticamente el enfoque del modelo biomédico hegemónico en el cuidado de enfermería multicultural</p>	<p>Integra diversas formas de entender la salud y la enfermedad, en la evaluación, diagnóstico e implementación de los cuidados de enfermería.</p> <p>Reconoce que el modelo biomédico ignora la dimensión psico-socio-cultural en la atención esperada a la salud/enfermedad</p>
	<p>Define profundamente los conceptos de cultura, etnocentrismo, racismo, estereotipos, relativismo cultural, aculturación, choque cultural, dolor cultural</p>	<p>Integra los conceptos de Cultura, etnocentrismo, aculturación, choque cultural, dolor cultural en la evaluación de enfermería y en las intervenciones de enfermería</p>
	<p>Identifica diversas prácticas y costumbres culturales relacionadas con los principales eventos de la vida (parto y muerte).</p>	<p>Considera las costumbres y creencias individuales sobre las situaciones del ciclo de vida durante la evaluación de enfermería y las intervenciones de cuidado.</p> <p>Permite las prácticas culturales y costumbres del usuario relacionadas con los principales eventos de la vida (parto y muerte)</p> <p>Diseña planes de educación para la salud para pacientes culturalmente diversos</p>
	<p>Reconoce diferentes conceptos y formas de violencia de género.</p> <p>Identifica la violencia de género ligada a la cultura en pacientes y familias.</p> <p>Comprende los comportamientos interactivos de las personas basados en el género, en su contexto social y multicultural</p>	<p>Centrarse en cuestiones específicas de salud de la mujer, como la mutilación/ablación genital femenina (MGF/C); Violencia de género y salud reproductiva.</p> <p>Evalúa la violencia de género culturalmente ligada en pacientes y familias</p> <p>Implementa intervenciones sanitarias culturalmente sensibles en víctimas de violencia de género.</p> <p>Integra roles de género vinculados a la cultura en intervenciones de enfermería</p>
	<p>Comprende los comportamientos interactivos de las personas en función de su contexto social y multicultural</p>	<p>Incluye preferencias y prohibiciones culturales sobre los patrones alimentarios y dietéticos en la evaluación de enfermería.</p> <p>Respeto los patrones dietéticos de las culturas de los usuarios en las prescripciones e intervenciones de enfermería</p>

	Entiende la religión de la persona paciente y lo importante que es en su vida diaria.	Integrar la religión, los valores y las creencias de la persona paciente en los cuidados de enfermería.
		Colabora con pacientes y familias para identificar objetivos mutuamente acordados y resultados de atención
	<p>Knows the importance of space and the concept of "personal space" as an important cultural phenomenon for the evaluation of the patient and from which a care can be designed that is culturally sensitive.</p> <p>Sabe que cada cultura ha definido lo que es el contacto físico correcto o inapropiado.</p>	<p>Considera la importancia del espacio personal en la evaluación de enfermería.</p> <p>Mantiene una distancia física adecuada en las conversaciones e interacciones durante las intervenciones de enfermería, sin traspasar los límites según la cultura de la persona paciente. Identifica al menos 3 especificidades de formas de contacto físico ligadas a la cultura en diversas culturas.</p> <p>Considera la importancia de los límites culturales del contacto físico en la evaluación de enfermería y la prestación de cuidados.</p> <p>Considera la prohibición de algunas culturas con respecto a tocar ciertas partes del cuerpo al proporcionar atención de enfermería.</p>
	Conoce la importancia del "tiempo" como un fenómeno cultural importante para la evaluación del paciente y a partir del cual se puede diseñar una atención culturalmente sensible.	Integra la "orientación temporal" personal en la evaluación multicultural de enfermería y en los cuidados de enfermería.
	<p>Describe los problemas de salud más frecuentes de los refugiados y migrantes recién llegados, como lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, enfermedades gastrointestinales, eventos cardiovasculares, complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, diabetes, hipertensión e infecciones y enfermedades sexuales (Organización Mundial de la Salud, 2021)</p> <p>Conoce prácticas culturales que pueden tener consecuencias negativas en la salud.</p>	<p>En la atención de enfermería a migrantes y refugiados, incluye una evaluación física integral, evaluación de la salud mental, historial de inmunización y puesta al día, planificación familiar, salud oral, nutrición, secuelas de tortura y trauma, enfermedades infecciosas, parasitarias y prevenibles por vacunación, y reconocimiento y manejo de enfermedades crónicas.</p>
	Conoce los factores de riesgo para problemas de salud mental en poblaciones vulnerables como personas refugiadas y solicitantes de asilo y la respuesta mental y emocional de las personas a circunstancias adversas.	<p>Pregunta directamente sobre el trauma y los problemas de salud mental en la atención médica de la persona paciente refugiada.</p> <p>Identifica, durante la evaluación de enfermería de migrantes y personas refugiadas, síntomas clásicamente asociados con problemas de salud mental como insomnio, cambios en el apetito y los comportamientos alimentarios, pesadillas, tensión muscular, dolores de cabeza, y/o dolor corporal difuso sin etiología conocida</p>

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

1. Conoce los diferentes modelos teóricos de la Enfermería Transcultural.
2. Caracteriza los conceptos clave de la menos 2 modelos teóricos de Enfermería Cultural.
3. Explora el origen y la etnia de la persona-paciente con el fin de comprender sus patrones culturalmente específicos.
4. Explora creencias y prácticas en salud de las minorías culturales/ Explora costumbres y creencias culturales relacionadas con el ciclo vital.
5. Explora preferencias, prohibiciones, hábitos alimenticios, patrones y tabúes relacionados con la cultura.
6. Explora el apoyo social de la persona-paciente relacionado con sus lazos culturales con la comunidad.
7. Identifica los problemas de salud comunes de los usuarios migrantes y CLD en su contexto social específico.
8. Planifica, proporciona y evalúa los cuidados de enfermería centrados en la familia y las personas cuidadoras teniendo en cuenta la diversidad cultural.
9. Planifica, desarrolla y evalúa programas y actividades culturalmente congruentes en la comunidad (educación para la salud, prevención y promoción de la salud).
10. Aplica estrategias de participación comunitaria, promoción de estilos de vida saludables y autocuidado en grupos culturales minoritarios.
11. Conoce modelos alternativos y/o integradores de atención a la salud.
12. Entiende los roles de género en función de los diferentes antecedentes culturales.
13. Relaciona la violencia con los roles de género.
14. Pregunta sobre la religión y su importancia en la vida de la persona paciente.
15. Explora y respeta la forma de contacto visual (intenso, fugaz, o evitado como señal de respeto).
16. Respeta el espacio personal del usuario según su cultura (límites o proximidad).
17. Respeta el estilo de contacto físico del usuario según su cultura (límites o cercanía).
18. Explora y respeta el contacto físico de acuerdo con su cultura (contacto físico correcto, inapropiado o prohibido).
19. Explora y respeta la orientación temporal según la cultura del usuario (tiempo objetivo o subjetivo; puntualidad y tiempo suficiente en la atención).

INDICADORES

- Identifica los problemas de salud comunes de los clientes CLD en su contexto social.
- Considera los determinantes de la salud para comprender las desigualdades en materia de salud y bienestar en la UE.
- Describe los problemas a los que se enfrentan las personas migrantes, las refugiadas y las solicitantes de asilo e identifica los problemas psicosociales y culturales que afectan fundamentalmente a los comportamientos de salud y el bienestar de las personas en transiciones multiculturales.
- Conoce las creencias y valores culturales relacionados con la salud de grupos culturalmente específicos de migrantes, solicitantes de asilo y personas refugiadas en la UE.
- Utiliza una amplia gama de datos y recursos para adquirir conocimiento de comunidades particulares y reconocer similitudes y diferencias entre las creencias y comportamientos de salud específicos de la cultura.
- Demuestra conocimientos específicos sobre proveedores tradicionales y no tradicionales y grupos de usuarios que atienden.
- Conoce la importancia del tiempo/espacio/contacto físico y el concepto de "espacio personal" como fenómenos culturales importantes para la evaluación del paciente y a partir de los cuales se puede diseñar e implementar una atención culturalmente sensible.
- Entiende la Política Multicultural de su propio país.
- Conoce los servicios de acogida y apoyo que se proporcionan a las personas usuarias CLD.
- Conoce las políticas europeas y gubernamentales en materia de diversidad cultural y prestación de servicios.
- Conoce los marcos para desarrollar servicios culturalmente receptivos
- Conoce el Programa de Inmigración de su propio país.
- Está familiarizado con las ventajas y desventajas que tiene cada modelo de atención sanitaria para las personas usuarias CLD.
- Está familiarizado con los posibles vínculos con la comunidad de los usuarios CLD.
- Sabe cómo implementar servicios culturalmente receptivos para producir cambios.

- Comprende las principales barreras de los servicios de salud que experimentan las personas usuarias CLD.
- Conoce las necesidades específicas de atención médica de los refugiados y las directrices, y los programas de tratamiento especial para personas refugiadas y solicitantes de asilo traumatizadas.
- Se centra en cuestiones específicas de salud de la mujer, como la mutilación/ablación genital femenina (MGF/A); Violencia de género y salud reproductiva en la población migrante.

5ª COMPETENCIA BÁSICA – COMUNICACIÓN INTERCULTURAL		
Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
Respeto por otras formas o estilos de comunicación	Reconoce la diversidad lingüística en la asistencia sanitaria. Comprende las causas de las dificultades de comunicación o de la falta de habilidades lingüísticas	Asegura una comunicación intercultural óptima en entornos clínicos y / o comunitarios para pacientes con dominio limitado del idioma dominante, baja alfabetización en salud y / o estilos no verbales de comunicación.
Flexibilidad hacia el uso de otros idiomas o formas de comunicación en la asistencia sanitaria. Respeto al derecho del paciente a recibir información sobre sus procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación	Conoce estrategias de comunicación efectiva con personas, familias y grupos sociales culturalmente diversos, permitiéndoles expresar sus inquietudes e intereses	Entrevista a personas pacientes culturalmente diversas y proporciona evaluación de salud. Realiza interacción cara a cara en entornos de atención sanitaria con personas culturalmente diversas
Aceptación del derecho de la persona a expresarse en otros idiomas si desconoce o tiene dificultades para emplear el idioma oficial.		Proporciona atención de enfermería cultural congruente a pacientes con dominio limitado del idioma y baja alfabetización en salud. Asegura el derecho de la persona usuaria a recibir información sobre los procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación. Respeto la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación
Empatía hacia personas de otras culturas.		Utiliza técnicas de empatía cultural en las intervenciones de evaluación de enfermería
	Conoce técnicas y principios específicos del uso de traductores y mediadores culturales	Trabaja con traductores, mediadores culturales e intérpretes en situaciones reales de atención a pacientes

	<p>Comprende el significado del silencio en diferentes culturas.</p> <p>Identifica formas de lenguaje no verbal en las interacciones con usuarios de diferentes culturas</p>	<p>Utiliza el silencio y otras formas de comunicación no verbal para apoyar las interacciones con pacientes en entornos culturalmente diversos.</p>
	<p>Identifica los estereotipos y prejuicios relacionados con las dificultades de comunicación en la asistencia sanitaria</p>	<p>AEvitar los estereotipos en el contexto de las dificultades de comunicación con paciente</p>
		<p>Respetar los diferentes estilos comunicativos durante la evaluación de enfermería y las intervenciones de enfermería.</p> <p>Comunicarse de manera efectiva para promover los resultados de salud en las personas usuarias, las familias y las comunidades.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respetar la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación. 2. Tratar de garantizar el derecho de las personas usuarias a recibir información sobre los procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación. 3. Considerar que es un derecho que las personas se expresen en otros idiomas si desconocen o tienen dificultades para emplear el idioma oficial. 4. Respetar formas o estilos de comunicación culturalmente diversos. 5. Tener en cuenta las causas de las dificultades de comunicación o la falta de conocimiento del idioma. 6. No utilizar estereotipos para evaluar las dificultades de comunicación. 7. Explorar las características del estilo de comunicación no verbal de la persona-paciente. 8. Explorar el estilo, las pausas y la velocidad de la conversación según la cultura. Interpretar y respetar los silencios. 9. Interpretar y respetar el estilo de conversación (directo, indirecto o "por historias"). 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Practica técnicas de entrevista que respeten el papel de los diversos idiomas y significados en la cultura la persona paciente. Tiene la capacidad de descentrarse de su propia cultura de referencia y acceder a la experiencia narrativa/subjetiva del "otro". - Llevar a cabo una comunicación culturalmente efectiva en las evaluaciones de enfermería y en los planes de intervención de enfermería culturalmente congruentes. - Trabaja con personas traductoras, mediadoras culturales e intérpretes en situaciones reales de atención la persona paciente. - Entiende el habla de personas con fuertes acentos. - Proporciona mensajes claros a las personas que pueden estar teniendo dificultades con el lenguaje dominante. - Desarrolla estilos de respuesta de comunicación intercultural culturalmente apropiados para satisfacer las necesidades de las personas usuarias CLD y sus familias. - Es capaz de construir una relación terapéutica con personas usuarias CLD. - Negocia con los usuarios CLD una comprensión compartida de las creencias de cada uno con respecto a cómo se percibe, qué la causa y cómo debe tratarse. 		

6ª COMPETENCIA BÁSICA – LIDIAR CON LA AMBIGÜEDAD CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
Tolerancia intercultural.	<p>Comprende los comportamientos complejos de interacción de las personas en función de su contexto social y multicultural.</p> <p>Comprende los contextos culturales de la atención de enfermería, quiénes son las partes interesadas y qué entregas se esperan</p>	<p>Se adapta rápidamente a las circunstancias cambiantes en entornos multiculturales sin comprometer la calidad de la atención a pacientes.</p> <p>Establece una comunicación intercultural clara, con conceptos bien definidos.</p> <p>Toma medidas adecuadas sin tener todos y cada uno de los detalles de la situación en entornos de atención multiculturales complejos</p>
Abrazar el cambio con una mentalidad de crecimiento	Identificar puntos de incertidumbre en la atención de enfermería con personas usuarias multiculturales	Identifica necesidades o problemas complejos de salud/enfermedad/atención social y de atención médica derivados de diferencias culturales (género, edad, etnia).
		Lists a few of the most probable decisions that need to be made and how they affect the next steps of care
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es consciente de posibles malentendidos relacionados con la interacción entre diferentes culturas. 2. Comprende el comportamiento interactivo según el contexto social y multicultural. 3. Utiliza un marco conceptual sobre la salud, su evolución y su complejidad. 4. Tiene una actitud de diálogo y flexibilidad en los conflictos culturales. 5. Identifica necesidades específicas o problemas potenciales derivados de diferencias culturales (género, edad, etnia), dificultades lingüísticas o desigualdades sociales 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Describe áreas de conflicto y congruencia entre sus valores personales y profesionales y personas usuarias culturalmente diversas. - Se adapta rápidamente a las circunstancias cambiantes en entornos multiculturales, sin comprometer la calidad de la atención la persona paciente. - Gestiona los conflictos culturales relacionados con la salud. - Se expresa con claridad y precisión con las personas del equipo para explicar las dificultades encontradas en el desarrollo de las actividades. 		

7ª COMPETENCIA BÁSICA – HABILIDADES DIGITALES EN SALUD Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
Aceptación de herramientas digitales en todos los aspectos de las experiencias académicas del estudiantado.	Altos niveles de alfabetización digital multicultural en salud	Utiliza dispositivos digitales, aplicaciones de comunicación y redes para acceder y gestionar información sobre problemas multiculturales
	Competencia en el uso de los sistemas de información de salud.	<p>Aplicar información de fuentes digitales para gestionar y hacer frente a problemas de salud multiculturales</p> <p>Crea y comparte contenidos digitales en temas de salud multicultural.</p> <p>Integra datos socioculturales a nuevas y existentes tecnologías de salud para planificar , implementar y evaluar la atención culturalmente competente</p>
Compromiso con el desarrollo y uso de tecnologías digitales para mejorar la salud en población vulnerable		<p>Sugiere el uso de tecnologías de salud digital en la asistencia sanitaria adaptada a diferentes idiomas y patrones culturales</p> <p>Proporciona alfabetización digital en salud en población vulnerable y grupos culturales minoritarios, migrantes y refugiados con el fin de mejorar la integración exitosa y los resultados de salud.</p> <p>Contribuye al diseño de sistemas innovadores de atención informática culturalmente competentes para lograr resultados de atención seguros y de calidad</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce información significativa para la identificación de datos relevantes para la atención de enfermería intercultural. 2. Competencia en el uso de los sistemas de información sanitaria. 3. Apoyar a la ciudadanía y pacientes de grupos minoritarios culturales para encontrar información de salud fiable. 4. Emplea estrategias y habilidades de comunicación en salud digital. 5. Proporciona alfabetización digital sobre salud en población vulnerable y grupos culturales minoritarios, migrantes y refugiados con el fin de mejorar la integración exitosa y los resultados de salud. 		

INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce información significativa para la identificación de datos relevantes sobre la atención de enfermería intercultural. - Evalúa la fiabilidad de las diversas fuentes de información o asesoramiento y selecciona las fuentes más fiables de la gama disponible. - Comprende cómo se estructuran los datos dentro de los sistemas de registros de salud, cumpliendo con los requisitos legales y profesionales al usar y compartir información. - Utiliza análisis de datos, programas de protección de datos, aplicaciones móviles, almacenamiento en la nube, navegación por Internet y tiene la capacidad de leer, comprender y reenviar información de salud utilizando un dispositivo inteligente. - Identifica la información necesaria para mejorar la toma de decisiones clínicas en entornos multiculturales. - Apoya a la ciudadanía y pacientes de grupos culturales minoritarios para encontrar información de salud fiable. - Utiliza las tecnologías de la información y la comunicación y los procesos informáticos para brindar atención de enfermería segura a poblaciones culturalmente diversas en una variedad de entornos. - Trabaja con personas pacientes culturalmente diversas y ciudadanía para co-diseñar y co-desarrollar formas de trabajo habilitadas digitalmente - dando forma a la innovación digital. - Contribuye al diseño de sistemas de atención informática innovadores culturalmente competentes para lograr resultados de atención seguros y de calidad.

8ª COMPETENCIA BÁSICA – CONOCIMIENTO SOCIOPOLITICAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL SOCIAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Compromiso y actitud positiva hacia la diversidad.</p> <p>Aceptación del "otro" como persona igualitaria de nuestra sociedad.</p> <p>Compromiso con la visión de Derechos Humanos (DH) en el sistema de salud.</p>	<p>Reconoce las implicaciones históricas y contemporáneas de las políticas públicas y la discriminación que afectan a la salud, los sistemas sanitarios y el uso de los servicios sanitarios por parte de las personas migrantes, refugiadas y otros grupos culturalmente vulnerables.</p>	<p>Utiliza el enfoque de derechos humanos en la evaluación y atención de enfermería para minorías, las personas migrantes, refugiadas.</p> <p>Asume la corresponsabilidad social en la defensa del derecho a la salud, las Políticas de Acceso a la Salud y las Políticas Migratorias gubernamentales. Promueve el derecho a una atención médica accesible y equitativa de las poblaciones afectadas por conflictos y desplazadas.</p> <p>Respeto y cumple con el código ético de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones.</p>

<p>Compromiso con la no discriminación de las poblaciones vulnerables y la promoción de la equidad en la atención sanitaria</p> <p>Diálogo y flexibilidad en los conflictos culturales</p> <p>Sensibilización sobre el papel de las enfermeras en cuestiones políticas relacionadas con la salud comunitaria</p>	<p>Conoce la legislación y la política nacional y europea relacionada con las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de asilo, derechos humanos y discriminación.</p> <p>Identifica los principios y la legislación en materia de derechos humanos, especialmente de las minorías, las personas migrantes, refugiadas.</p> <p>Identifica los factores estructurales que contribuyen a los resultados adversos para la salud de las personas migrantes, refugiadas en los países de destino.</p> <p>Reconoce la importancia de la defensa de la salud para las minorías.</p>	<p>Promueve la cobertura de salud y proporciona acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles a las personas migrantes, refugiadas y grupos minoritarios</p> <p>Identifica al menos 2 estrategias de incidencia política para el derecho a la atención sanitaria de las personas migrantes, refugiadas y minorías.</p> <p>Aboga, a nivel local, regional y nacional, por la mejora de la salud de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, independientemente de su país de origen, religión, edad u otros parámetros que puedan impedir su capacidad para buscar y recibir atención sanitaria</p> <p>Denuncia a las autoridades competentes las prácticas de discriminación individual e institucional, las prácticas de trato desigual, la violación de los derechos humanos y civiles de los pacientes o las violaciones del respeto a la autonomía de la persona paciente.</p> <p>Participa en el proceso legislativo y en la formulación de políticas públicas adoptando y apoyando posiciones públicas sobre los derechos de las personas migrantes, refugiadas en la asistencia sanitaria.</p> <p>Participa en proyectos comunitarios que involucren a personas de la comunidad culturalmente diversos.</p>
--	---	--

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

1. Conoce el fenómeno migratorio.
2. Critica el planteamiento del modelo biomédico hegemónico en salud.
3. Tiene un fuerte compromiso con la justicia social y los derechos humanos.
4. Conoce los movimientos asociativos en el contexto en el que desarrolla su trabajo.
5. Sabe quiénes son los demandantes de que se formulen políticas y cómo comunicarse con ellos.
6. Tiene las habilidades políticas necesarias para abogar por las personas y las comunidades.
7. Proporciona a las víctimas de violencia apoyo y herramientas.
8. Es consciente de su papel profesional en cuestiones políticas relacionadas con la salud de la comunidad.
9. Es consciente de la importancia de la promoción de cuestiones relacionadas con la salud de las minorías étnicas.
10. Abogar por los derechos de salud de personas y comunidades culturalmente diversas.

INDICADORES

- Localiza la legislación nacional y europea relacionada con la migración, los derechos humanos y la discriminación en la asistencia sanitaria.
- Identifica al menos dos estrategias de incidencia política para el derecho a la atención de la salud de las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de asilo y minorías.
- Aboga por la justicia social, incluido un compromiso con la salud de las personas migrantes, refugiadas y las poblaciones culturalmente minoritarias y la eliminación de las desigualdades en salud.
- Participa en el proceso legislativo y en la formulación de políticas públicas al tomar y apoyar posiciones públicas sobre los derechos de las personas migrantes, refugiadas en la atención sanitaria.
- Participa en el ámbito de las políticas sociales durante largos períodos de tiempo (al menos un año).
- Respeta y cumple con el código ético de enfermería, la legislación general y la legislación sanitaria en todas sus intervenciones en el cuidado de enfermería multicultural.

9ª COMPETENCIA BÁSICA – LIDERAZGO SOCIAL TRANSFORMADOR
Tipo de Competencia – COMPETENCIA CULTURAL SOCIAL

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA

ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Motivación para contribuir a la transformación social</p>	<p>Conocimiento de políticas sanitarias y sociales.</p> <p>Conocimiento del Sistema de Salud y su cartera de servicios.</p> <p>Conocimiento de los recursos socio-sanitarios del contexto.</p> <p>Formas de participación en salud</p>	<p>Liderazgo de equipos interprofesionales para minimizar y prevenir las disparidades en salud y lograr programas culturalmente competentes y una prestación de atención médica culturalmente competente.</p> <p>Centrarse en la transformación personal y social que contribuye a un mejor liderazgo, gestión y relaciones interpersonales.</p> <p>Moviliza las motivaciones multiculturales de atención médica hacia una visión organizacional al empoderar al personal, desafiarlos más allá del status quo y reconocer sus necesidades e inspiraciones individuales.</p>

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

1. Muestra respeto por la persona paciente, la familia, la comunidad y el equipo multi o interdisciplinario, independientemente de sus diferencias.
2. Identifica estrategias de salud para la atención integral y multidisciplinar.
3. Muestra capacidad para liderar equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
4. Muestra habilidades de coordinación y negociación.
5. Evalúa las funciones y habilidades de todas las personas de los equipos de atención sanitaria y de los equipos de atención social.
6. Aplica los principios del razonamiento moral y ético en el análisis de conflictos y la toma de decisiones.
7. Se involucra con las personas de los equipos de salud y atención social en la toma de medidas para satisfacer las necesidades de las personas pacientes.
8. Revisa y evalúa la atención con las personas de los equipos de cuidados.
9. Sistematiza los registros correspondientes con la evidencia del proceso realizado.
10. Contribuye a la construcción de redes basadas en un espíritu de estimar equipos.

INDICADORES

- Identificar las necesidades y capacidades específicas de personas y grupos.
- Calibrar los mensajes precisos para que se ajusten a cada situación cultural única.
- Gestiona los conflictos culturales relacionados con la salud.
- Muestra habilidades de liderazgo y toma de decisiones, habilidades de comunicación, colaboración y consenso.

**4.**

PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO MULTICULTURALCARE PARA LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

Rocío Baquero, Ana Paula Monteiro, Kristel Liesenborghs, Sylvianne Vroonen, María Idoia Ugarte-Gurrutxaga & Brígida Molina-Gallego.

4.1. Marco teórico-pedagógico

Uno de los elementos incluidos en el modelo presentado, imprescindible para su implementación en las aulas, es la aproximación pedagógica en la que se sustenta. Proponemos utilizar metodologías participativas y vivenciales que ayuden a adquirir las competencias de forma significativa desde la problematización de la realidad y la emoción. Concretamente, aconsejamos familiarizarse con los principios de la Educación popular, el aprendizaje dialógico y el pensamiento crítico, metodologías íntimamente relacionadas entre sí, para lo que realizamos a continuación un pequeño resumen de todas ellas:

4.1.1. LA EDUCACIÓN POPULAR

La Educación Popular es un enfoque filosófico y pedagógico, que entiende la educación como un proceso transformador de la realidad. El estudiantado, mediante la reflexión crítica, parten de su propia experiencia para conocer y analizar los factores y estructuras que determinan sus vidas, con el objetivo de desarrollar las estrategias y habilidades necesarias para la transformación de su propia realidad. Con este enfoque, las personas dejan de ser “sujetos pasivos” con el único cometido de recibir y almacenar información, para convertirse en “sujetos activos” y con participación en su propio proceso de apropiación y transformación de la realidad, contribuyendo así a construir una sociedad más igualitaria, capaz de comprender críticamente su mundo y actuar para transformarlo.

La Educación Popular fue ampliamente desarrollada en la obra de Paulo Freire (1921-1997). A lo largo de toda su obra, Freire subraya que la importancia de la educación implica la consideración profunda del acto de educar y de su concepción de proceso que incluye elementos diferenciadores de la educación bancaria, concebida como la mera instrucción y repetición de saberes y comportamientos. Tal y como lo definía Freire, “Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su producción o construcción”.

Como todo sistema pedagógico, la Educación Popular está constituida por cuatro dimensiones básicas:

- a) **La dimensión epistemológica**, referida a cómo se aprende y desaprende para reelaborar saberes. Para Freire, educar es conocer críticamente la realidad y la propia práctica. Conocer el mundo es un proceso colectivo, práctico y que involucra diferentes formas de saber, tales como la conciencia, el sentimiento, el deseo, la voluntad y el cuerpo. Toda práctica educativa debe reconocer lo que educandos/as y educadores/as saben sobre el tema y generar experiencias colectivas y dialógicas para que unos y otros construyan nuevos conocimientos. En palabras de Freire “Nadie lo sabe todo, nadie lo ignora todo”. Por ello, el proceso se retroalimenta continuamente en la medida que se avanza en el proceso de transformación, ya que cada cambio implica una nueva realidad sobre la que reflexionar y reconceptualizar para volver a ella y modificarla. El mundo “no está dado”, sino “dándose”, en continuo cambio y movimiento y sobre el que constantemente podemos problematizar ejerciendo una pedagogía de la pregunta para la que no se esperan respuestas exactas e inmóviles (Freire, 1970, 1997). Esta dimensión se relaciona, además, íntimamente con el pensamiento crítico que se desarrollará de forma independiente.
- b) **La dimensión propiamente pedagógica**, centrada en lo didáctico y metodológico donde aporta como innovación la utilización de técnicas participativas para facilitar de forma vivencial la problematización de la realidad, con ello se pretende mantener el interés del estudiantado y aprender desde la emoción. Tal y como después ha demostrado la Neurociencia, sin emoción no hay curiosidad, ni atención ni memoria y sin estos elementos, no es posible el aprendizaje significativo (Mora, 2013). Desde la perspectiva de la Educación Popular quien educa ejerce durante el desarrollo de las técnicas participativas el papel de facilitación para que el propio grupo y sus participantes formulen las preguntas necesarias y construyan sus propias respuestas, lo que Freire llamó “la praxis” o “aprender haciendo”. Esta metodología permite además trabajar la formación para la acción y la transformación desde las realidades propias de cada contexto y/o situación. De este modo, la práctica sirve como criterio valorativo de la verdad. Sin embargo, la utilización de técnicas participativas no es en sí misma la Educación popular, ni el objetivo de su uso es simplemente la dinamización grupal. Las técnicas utilizadas son meros instrumentos que permiten objetivos concretos de acuerdo con los y las participantes con los que se está trabajando. Una sola técnica, por lo general, no es suficiente para trabajar un tema, necesitando de otras que permitan un proceso de profundización ordenado y sistemático, así como el alcance a todas las personas destinatarias. Por tanto, cada técnica debe seleccionarse cuidadosamente y ser coherente dentro de un diseño orientado al cumplimiento de un objetivo pedagógico y servir para que los educandos/as realicen su propio proceso transformador (Vargas et al. 1995).

- c) **La dimensión ética**, que implica el respeto hacia lo humano y sus derechos, como base imprescindible para construir una sociedad más igualitaria y justa. Las personas desde este enfoque son el centro en el proceso educativo y su herramienta más eficaz es la palabra, con ella genera diálogo con otras personas y con su entorno. El diálogo nos aporta otros puntos de vista y la certeza de que el mundo es flexible y modificable según nuestros sentidos y utopías. Según Freire, “es a través de la conversación compartida, donde hablo y escucho a quien me habla y escucha, donde me reconozco como sujeto en permanente construcción”. Como ya he comentado, lejos del condicionamiento de la educación bancaria, la Educación popular ve a las personas como sujetos, protagonistas de su propio proceso de transformación y cambio y no objetos de un sistema educativo. Desde la perspectiva de la Educación Popular los educadores/as no enseñan, sino que están aprendiendo mientras dialogan con los educandos/as y éstos/as también aprenden mientras enseñan. En torno a dicha acción y reflexión y a través del diálogo, los educandos/as y los educadores/as se constituyen en sujetos. La importancia de esta dimensión ética está también integrada en otras corrientes pedagógicas que involucran a diversos actores en el proceso de formación como es el aprendizaje dialógico, y es especialmente relevante en el modelo pedagógico que planteamos, por lo que le dedicamos un apartado propio.
- d) **La dimensión político-pedagógica**, o de cómo cada persona está y se relaciona con el mundo que la rodea y cómo puede aprender de él para repensarlo y transformarlo. Para Freire, toda práctica educativa es política, así como la práctica política es educativa, porque involucra valores, proyectos, utopías que reproducen, legitiman, cuestionan o transforman las relaciones de poder preexistentes en la sociedad. La educación por sí misma no cambia el mundo, pero sin ella es imposible hacerlo. La educación nunca es neutral, está a favor de la dominación o de la emancipación, por lo que Freire plantea una pedagogía de la esperanza que resume en uno de sus últimos libros que publica con nombre homólogo en 1992, cuyo mensaje principal es la necesidad de reivindicar la importancia del acto educativo como elemento indispensable de la búsqueda de la justicia social y el disfrute de los derechos humanos, tal y como recoge Vélchez Quesada en su último ensayo (2021).

4.1.2. APRENDIZAJE DIALÓGICO

Como hemos explicado anteriormente, en aquellos entornos que involucran numerosos protagonistas, tal y como es el ámbito de la intervención sanitaria, el aprendizaje dialógico se fundamenta en las interacciones entre las personas a través del diálogo como herramienta para que se produzca el aprendizaje. Según esta perspectiva, las personas aprenden gracias a las diversas interacciones que tienen lugar tanto en el entorno educativo formal, como en el no formal y profesional, que constituyen parte de su currículo formativo. Tal y como dicen Aubert y colaboradores (2008) *“a través de las interacciones y el diálogo, los participantes comparten el mundo de la vida desde donde es posible el entendimiento”*.

El aprendizaje dialógico incorpora siete principios básicos (Aubert et al., 2008; Duque et al., 2009):

- 1) **Diálogo igualitario**, en el cual las aportaciones se valoran según la validez de los argumentos aportados y no en función de las relaciones de poder o jerarquías sociales establecidas.
- 2) **Inteligencia cultural**, que reconoce la capacidad de acción y reflexión de las personas, relacionada con su cultura. Incluye las inteligencias académicas, práctica y comunicativa, mediante las cuales se pueden establecer acuerdos a través del lenguaje.
- 3) **Transformación del entorno social** en el que vivimos a través de la educación, que hace posibles los cambios en las propias personas y su contexto.
- 4) **Dimensión instrumental**, que considera todos los conocimientos imprescindibles para vivir en la sociedad actual con el objetivo de evitar la exclusión social.
- 5) **Creación de sentido vital** a nuestra existencia que nos permita guiar nuestro proceso de aprendizaje para cumplir nuestros sueños y proyectos.
- 6) **Solidaridad**, como pieza clave en toda práctica educativa democrática que integre a todas las personas con el objetivo de superar la vulnerabilidad escolar y social desde el ámbito educativo.
- 7) **Igualdad de diferencias**, que asume que la diversidad, lejos de ser un obstáculo para el aprendizaje, es una oportunidad para sumar elementos y formas de entender la vida. Este principio resalta que solo existirá verdadera igualdad cuando todas las personas tengan el mismo derecho a ser y a vivir de forma diferente y al mismo tiempo ser tratadas con el mismo respeto y dignidad.

4.1.3. PENSAMIENTO CRÍTICO

El pensamiento crítico son los procesos y estrategias que las personas utilizan para analizar y resolver problemas evaluando la información existente para tomar decisiones adecuadas y aprender nuevos conceptos (Robert Sternberg, 1986). Entre los teóricos más influyentes que se han propuesto definir el pensamiento crítico, se encuentra Robert H. Ennis (1985), que resume el pensamiento crítico como el pensamiento racional y reflexivo interesado en decidir qué creer o hacer.

Desde el enfoque que propone el pensamiento crítico, el aprendizaje no se concibe como una colección de conocimientos incuestionables, sino como un proceso de construcción de la propia opinión y los argumentos que la sustentan. Por tanto, educar fomentando el pensamiento crítico es educar para la transformación de nuestras propias vidas y nuestros entornos (Bezanilla-Albisua et al., 2018).

Repensar críticamente la realidad requiere la capacidad para profundizar y problematizar el contexto con el propósito de proponer hipótesis adecuadas a dicha realidad. Este proceso implica

diferentes pasos tal y como señala López Aymes (2012): “centrarse en la pregunta; analizar los argumentos; formular preguntas de clarificación y dar una respuesta; juzgar la credibilidad de una fuente; observar y juzgar los informes derivados de la observación; deducir y juzgar las deducciones; inducir y juzgar las inducciones; emitir juicios de valor; definir los términos y juzgar las definiciones; identificar los supuestos; decidir la acción a seguir e interactuar con los demás; integrar disposiciones y otras habilidades para realizar y defender una decisión; proceder de manera ordenada de acuerdo con cada situación; ser sensible a los sentimientos, nivel de conocimiento y grado de sofisticación de los otros; emplear estrategias retóricas apropiadas en la discusión y presentación, tanto oral como escrita”.

El aprendizaje basado en competencias debe sustentarse en el pensamiento crítico para ser realmente significativo y no meramente vicario y multiplicador de comportamientos y actitudes apreñadas. Se trata de dudar de las informaciones, dogmas y axiomas absolutos que nos rodean para construir nuevas argumentaciones justificadas de la realidad y no aceptar ciegamente opiniones construidas. Se trata de ser capaces de elaborar nuestro propio punto de vista en base a la comprobación y contrastación de datos. El pensamiento crítico está muy relacionado con otras capacidades tales como la creatividad, la lógica o la intuición, permitiéndonos elaborar nuevas estrategias y formas de ver y percibir las cosas. Tener buena capacidad de pensamiento crítico permite a las personas evitar el conformismo y avanzar como seres humanos, asumiendo que no existe un único modo de ver el mundo.

Otros autores, como Badia y Gisbert (2013) relacionaron el pensamiento crítico con la Taxonomía de Bloom ya que no todas las acciones cognitivas tienen la misma complejidad. De este modo, el pensamiento crítico permite superar los niveles básicos consistentes en recordar y comprender, para alcanzar los niveles consecutivamente más elevados tales como aplicar, analizar, evaluar y crear, respectivamente.

Estimular el pensamiento crítico, desde los espacios formativos permite sensibilizar al estudiantado sobre el contexto social, político, ético y personal del que parten o pueden estar inmersos, permitiéndoles experimentar la realidad desde otras perspectivas y generar y defender acciones transformadoras individualmente y para la sociedad (Lipman, 1987; Bezanilla-Albisua et al., 2018). Por tanto, el pensamiento crítico es esencial para la innovación, la mejora, la creatividad y el compromiso personal y profesional.

4.2. Guía para el desarrollo de actividades formativas en competencias Multiculturales.

4.2.1. Propuesta de Ficha: Llevando el modelo a la práctica

Para facilitar la labor docente al profesorado que desee implementar el modelo en sus clases, proponemos el uso de una sencilla ficha que permita crear actividades formativas fundamentadas de forma rigurosa en él. Mediante la selección jerarquizada de los componentes del modelo, se establecerá la base sobre la que diseñar actividades contextualizadas a las necesidades concretas de cada materia. La utilización de esta herramienta innovadora para la incorporación del modelo en las aulas permitirá la creación de colecciones de actividades enfocadas en diferentes aspectos del modelo de forma que también supone una herramienta adecuada de sistematización del proceso educativo. Seguidamente, describiremos el contenido de la ficha y su procedimiento de cumplimentación.

Cada ficha resume una actividad formativa y se compone tanto de la fundamentación de las actividades basada en las competencias y resultados de aprendizaje que se desean trabajar, como de un diseño concreto pensado específicamente para trabajar dichas competencias y obtener los resultados de aprendizaje previstos. Se verá completada con una propuesta de evaluación que permitirá conocer si el estudiantado ha adquirido las competencias seleccionadas y ha alcanzado adecuadamente los resultados de aprendizaje previstos, y unos recursos o materiales complementarios que pueden enriquecer la propuesta con modificaciones posteriores. En la tabla se enumeran y describen todos los apartados de la ficha.

Ficha para la creación de actividades docentes en el marco del Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model).

TÍTULO: <i>Debe ser concreto y describir de forma sencilla la actividad formativa propuesta.</i>
OBJETIVO ESPECÍFICO: <i>Objetivo propio a cubrir con la actividad formativa planificada</i>
COMPETENCIAS CULTURALES: <i>Competencia cultural que se trabajará con la actividad planificada.</i>
DIMENSIONES: <i>Estas serán las dimensiones incluidas de acuerdo a la competencia cultural escogida en la sección anterior.</i>
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS: <i>Resultados de aprendizaje asociados con las competencias culturales seleccionadas.</i>

<p>DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:</p> <p><i>Diseño exhaustivo de la actividad a desarrollar.</i></p>
<p>MATERIALS:</p> <p><i>Lista de todos los elementos necesarios para desarrollar la actividad y facilitar su implementación en el aula. Pueden ser materiales de papelería, audiovisuales, elementos de caracterización del espacio escénico y personajes, materiales propios, etc.</i></p>
<p>EVALUACIÓN:</p> <p><i>Assessment method that will make it possible to ascertain the degree of acquisition of competences and expected learning outcomes.</i></p>
<p>RECURSOS:</p> <p><i>Esta sección puede incluir información complementaria que puede facilitar pequeñas modificaciones en el diseño original de la actividad, permitiendo la diversificación de estas sin cambiar su fundamentación.</i></p>

Procedimiento para rellenar la ficha

Como hemos descrito previamente, la utilidad de esta herramienta es facilitar la creación de actividades fundamentadas de forma rigurosa en el modelo MCCare. Para ello es imprescindible seguir un sencillo procedimiento para su cumplimentación en cascada, dividido en cinco momentos compuestos a su vez de diversos pasos que pasamos a describir a continuación:

Momento 1.- Fundamentación de la actividad

Paso 1.- En primer lugar, seleccionaremos de la Tabla (apartado 3.3.3) las competencias que queremos trabajar en profundidad. Se recomienda elegir el menor número de competencias posibles para poder enfocar la actividad y facilitar la consecución del objetivo específico. También seleccionaremos algunas dimensiones de esas competencias. Esta información la trasladaremos al apartado **3.- Competencias culturales de la ficha, y al apartado 4.- Dimensiones.**

Paso 2.- De las tablas de resultados de aprendizaje asociados a las competencias elegidas, seleccionaremos aquellos que deseamos que el alumnado alcance y los indicadores que pueden utilizarse para su evaluación. Todo ello lo incluiremos en el apartado **5.- Resultados de aprendizaje.**

Momento 2.- Diseño de la actividad

Paso 3.- Una vez seleccionados los elementos a trabajar, iniciaremos la búsqueda de opciones que permitan combinar la información y trabajarla conjuntamente. Para ello, formularemos en primer lugar un objetivo específico que quedará reflejado en el apartado 2.- Objetivo específico. Resulta de gran utilidad partir de experiencias propias o conocidas que pueden facilitarnos ponernos en contexto y formular objetivos de trabajo concretos. Es importante señalar que todas las actividades propuestas en el marco del modelo MCCare tendrán siempre como objetivo general formar personal enfermero culturalmente competente, el punto central de nuestro modelo educativo.

Paso 4.- Planteado el objetivo específico, en el apartado 6.- Desarrollo de la actividad, describiremos la actividad ideada para conseguirlo, siempre de forma sencilla para que cualquier docente que quiera utilizarla pueda replicarla en sus clases sin dificultad. Para ello se aconseja hacer una descripción exhaustiva y estructurada en los distintos momentos que la componen y describir qué incluye cada uno de ellos y su duración, así como los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

Paso 5.- Analizaremos detenidamente los materiales que necesitaremos para el desarrollo de la actividad y los listaremos para facilitar su preparación anticipada, incluyendo esta información también en dicho apartado.

Momento 3.- Diseño de la evaluación

Paso 6.- Es imprescindible añadir al diseño de la actividad un método adecuado de evaluación que nos permita conocer el grado de adquisición de las competencias trabajadas y el logro de los resultados de aprendizaje. Utilizaremos para ello los indicadores seleccionados. Recomendamos los métodos de evaluación por competencias y el uso de rúbricas. La descripción del sistema de evaluación estará incluida en el apartado 8.- Evaluación.

Momento 4.- Elección de diferentes recursos complementarios

Estos materiales complementarios, afines a la temática a desarrollar en la actividad, pueden servir de inspiración para incorporar cambios en ella sin modificar su fundamentación. Esta información será de gran utilidad para docentes que quieran utilizar la actividad formativa, pero deban adaptarla a sus contextos particulares. Esta información se recogerá en el apartado 9.- Recursos.

Momento 5.- Título

Para finalizar la cumplimentación de la ficha, rellenaremos el apartado 1.- Título, eligiendo uno que describa la actividad propuesta, que sirva para clasificarla e identificarla dentro de la oferta de actividades.

Tras realizar con esmero este procedimiento de cumplimentación de la ficha en el orden propuesto de los apartados, generaremos una ficha final a modo de informe que resumirá de forma ordenada toda la información y facilitará su clasificación y archivo según el formato indicado en la tabla de esta sección. Como hemos comentado, esta herramienta facilitará la creación de colecciones de posibles actividades a las que recurrir siempre que se quiera trabajar con el estudiantado desde la perspectiva del Modelo MCCare de forma rigurosa. Además, dicho archivo supone una importante herramienta de sistematización del modelo MCCare en el trabajo docente.

4.2.2. Pilotos ágiles como ejemplo de prácticas pedagógicas innovadoras.

Utilizando el borrador del Modelo MCCare, cada equipo construyó un Piloto Ágil (PA) centrado en las competencias básicas del modelo. Las personas socias, utilizando aproximaciones pedagógicas innovadoras, llevaron a cabo los PAs. El proceso completo, materiales y resultados se compartieron en una plataforma digital, incluyendo la descripción de los parámetros más críticos de cada PA, el marco teórico, las actividades desarrolladas, la guía práctica, y las herramientas de evaluación utilizadas. Para planear el PA, se utilizó Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (ECTS) como criterio estándar de aplicación y evaluación.

Las personas socias discutieron los principales resultados y logros, y desarrollaron la versión preliminar de los escenarios de simulación. Estos escenarios se acordaron el 22 de junio y se incluyeron en este e-book como ejemplos de la aplicación del modelo.

En las siguientes páginas se pueden encontrar algunos ejemplos de Pilotos Ágiles desarrollados por las socias del Proyecto. Se han recogido en el formato de Ficha para la creación de actividades docentes en el marco del modelo MCCare (4.2.1).

PILOTO de University College Leuven-Limburg

<p>TÍTULO: LA EXPOSICIÓN COMO MEDIO PARA QUE EL ALUMNADO SE CONVIERTA EN UN HÁBIL COMPAÑERO EN CONTEXTOS MULTICULTURALES</p>
<p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convertirse en estudiantes de enfermería cuyo foco central sea el receptor de cuidados y su contexto. - Convertirse en un hábil compañero y defensor del interés del receptor de cuidados. - Aumentar la receptividad del estudiantado para atreverse a “sumergirse” en la inmersión. - Crecimiento personal a través del intercambio de experiencias en un contexto seguro (Reflexión). - Reunir ideas sobre la multiculturalidad y la “presencia en el cuidado” a través de un método de trabajo creativo (exposición y reflexión). - Generar objetivos personales de aprendizaje en relación con el multiculturalismo y la diversidad.
<p>Competencias culturales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competencias culturales básicas individuales <ul style="list-style-type: none"> - Apertura a otros - Conciencia cultural - Encuentro cultural - Conocimiento cultural - Comunicación intercultural - Lidar con la ambigüedad cultural 2. Competencias socio-culturales <ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo social transformativo

DIMENSIONES:		
1ª COMPETENCIA BÁSICA – APERTURA A OTROS Tipo de Competencia – COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Empatía hacia personas de otras culturas. Interés genuino por conocer al "otro". Curiosidad por la diversidad cultural. Compromiso y actitud positiva hacia la diversidad. Respeto por las diversas formas culturales de entender la salud y la enfermedad.</p>	<p>Comprende el concepto de sensibilidad cultural en la atención de la salud.</p> <p>Conoce proyectos colectivos de salud alternativa en el contexto sociocultural.</p> <p>Comprende los proyectos colectivos alternativos de salud en el contexto sociocultural.</p>	<p>Adapta proyectos culturales alternativos en evaluación de enfermería e intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud.</p> <p>Integra otras formas de entender la salud y la enfermedad en la evaluación, diagnóstico e implementación de los cuidados de enfermería.</p> <p>Utiliza técnicas de empatía cultural en la evaluación de enfermería</p>
2ª COMPETENCIA BÁSICA – CONCIENCIA CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Utiliza un enfoque reflexivo crítico.</p> <p>Humildad cultural.</p> <p>Disposición para aprender y reflexionar sobre los propios prejuicios y percepciones erróneas</p>	<p>Entiende los conceptos propios de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereotipo, estigma, discriminación, opresión y privilegio.</p> <p>Es consciente de las actitudes / prejuicios de uno hacia las diferentes culturas y cómo superarlos.</p>	<p>Examinar críticamente los conceptos de etnocentrismo y estereotipo y su impacto en el cuidado de enfermería.</p> <p>Reconoce y desafía la discriminación y el racismo en la práctica de enfermería y a nivel personal.</p> <p>Evaluar los determinantes institucionales del sesgo, el trato desigual, la discriminación, los prejuicios y el comportamiento poco ético que contribuyen a las disparidades en salud.</p> <p>Identifica los prejuicios y mitos culturales sobre las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de asilo y grupos culturales minoritarios</p> <p>Utiliza estrategias para superar las evaluaciones racistas en la evaluación de enfermería.</p> <p>Examinar críticamente el impacto de los valores éticos personales en el proceso de cuidado de enfermería.</p> <p>Explora el origen y etnia de la persona/paciente, sin prejuicios ni sesgos.</p> <p>Realiza la propia autoevaluación cultural</p>

3ª COMPETENCIA BÁSICA – ENCUENTRO CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Flexibilidad hacia el uso de otros sistemas de creencias de salud.</p> <p>Valora positivamente diversas perspectivas y conceptos culturales de salud y bienestar.</p> <p>Respeto las creencias y valores de las personas en diferentes contextos multiculturales.</p> <p>Respeto por el paciente, la familia, la comunidad y el equipo multi o interdisciplinario, independientemente de sus diferencias.</p>	<p>Conoce los antecedentes culturales históricos y contextuales.</p> <p>Comprende el concepto de cultura.</p> <p>Conoce la importancia de la cultura en las opciones y comportamientos de salud.</p>	<p>Prioriza los factores sociales y culturales que afectan la salud al diseñar y brindar atención de enfermería en múltiples contextos.</p> <p>Utiliza técnicas de comprensión culturalmente sensibles en la evaluación de enfermería.</p> <p>Realiza la escucha activa en el cuidado de enfermería, para comprender las creencias y valores de la persona usuaria en diferentes contextos multiculturales.</p> <p>Educa, facilita y apoya la salud y el bienestar desde una perspectiva intercultural</p>
4ª COMPETENCIA BÁSICA – CONOCIMIENTO CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA		
ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Interés en obtener información sólida sobre migrantes, refugiados y diversos grupos culturales minoritarios.</p>	<p>Identifica los problemas psicosociales y culturales que afectan profundamente a los comportamientos de salud y el bienestar de las personas en sociedades multiculturales</p>	<p>Proporciona una atención adecuada centrada en la persona a pacientes culturalmente diversas, teniendo en cuenta los factores culturales de la persona y su concepto de salud / enfermedad</p>

<p>Curiosidad por comprender diferentes sistemas, creencias y valores en salud.</p>	<p>Conoce los sistemas de valores, creencias y prácticas relevantes para la salud y la enfermedad de los pacientes y cómo afectan la atención y la práctica de enfermería.</p> <p>Define profundamente los conceptos de cultura, racismo, estereotipos.</p> <p>Comprende los comportamientos interactivos de las personas basados en su contexto social y multicultural</p> <p>Entiende la religión de la persona paciente y lo importante que es en su vida diaria</p> <p>Distinguir entre diversas prácticas de cuidado en diferentes culturas (de sí mismos, entre sí, y la atención profesional que esperan).</p>	<p>Considera el origen y el origen étnico de la persona-paciente en la evaluación de enfermería y los cuidados de enfermería.</p> <p>Aplica cuidados de enfermería específicos a al menos 2 comunidades / culturas diferentes en el área donde vive.</p> <p>Caracteriza los conceptos clave de al menos dos modelos teóricos de enfermería cultural</p>
---	---	---

5ª COMPETENCIA BÁSICA – COMUNICACIÓN INTERCULTURAL
Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA

ACTITUDES	CONOCIMIENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
<p>Respeto por otras formas o esti-los de comunicación.</p>	<p>Reconoce la diversidad lingüística en la asistencia sanitaria.</p> <p>Comprende las causas de las dificultades de comunicación o de la falta de habilidades lingüísticas.</p>	<p>Asegura una comunicación intercultural óptima en entornos clínicos y / o comunitarios para pacientes con dominio limitado del idioma dominante, baja alfabetización en salud y / o estilos no verbales de comunicación</p>

<p>Flexibilidad hacia el uso de otros idiomas o formas de comunicación en la asistencia sanitaria. Respeto al derecho del paciente a recibir información sobre sus procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación.</p>	<p>Conoce estrategias de comunicación efectiva con personas, familias y grupos sociales culturalmente diversos, permitiéndoles expresar sus inquietudes e intereses.</p>	<p>Realiza interacción cara a cara en entornos de atención médica con clientes culturalmente diversos.</p>
<p>Aceptación del derecho de la persona a expresarse en otros idiomas si desconoce o tiene dificultades para emplear el idioma oficial.</p>		<p>Proporciona atención de enfermería cultural congruente a pacientes con dominio limitado del idioma y baja alfabetización en salud. Respeto la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación.</p>
<p>Empatía hacia personas de otras culturas.</p>		<p>Utiliza técnicas de empatía cultural en las intervenciones de evaluación de enfermería.</p>
	<p>Conoce técnicas y principios específicos del uso de personas traductoras y mediadoras culturales.</p>	<p>Trabaja con personas traductoras y mediadoras culturales e intérpretes en situaciones reales de atención a paciente.</p>

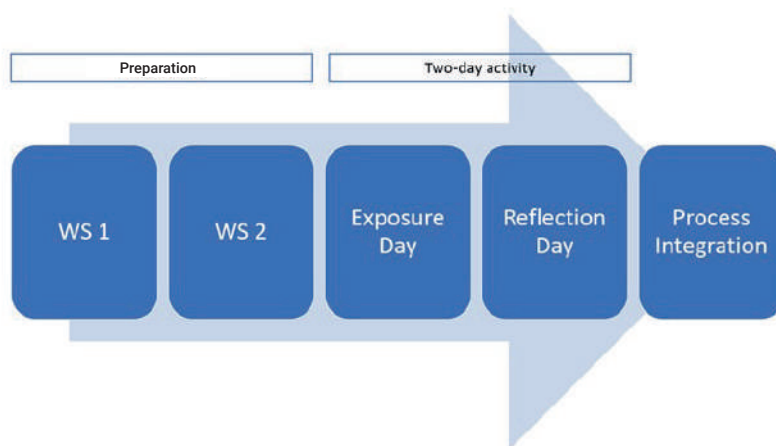
	<p>Comprende el significado del silencio en diferentes culturas.</p> <p>Identifica formas de lenguaje no verbal en las interacciones con usuarios de diferentes culturas.</p>	<p>Utiliza el silencio y otras formas de comunicación no verbal para apoyar las interacciones con pacientes en entornos culturalmente diversos.</p>
	<p>Identifica los estereotipos y prejuicios relacionados con las dificultades de comunicación en la asistencia sanitaria.</p>	<p>Evitar los estereotipos en el contexto de las dificultades de comunicación de la persona paciente</p>
		<p>Respetar los diferentes estilos comunicativos durante la evaluación de enfermería y las intervenciones de enfermería.</p> <p>Comunicarse de manera efectiva para promover los resultados de salud en personas usuarias, las familias y las comunidades</p>
<p>6ª COMPETENCIA BÁSICA – LIDIAR CON LA AMBIGÜEDAD CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL</p>		
<p>DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA</p>		
<p>ACTITUDES</p>	<p>CONOCIMIENTO</p>	<p>HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS</p>
<p>Tolerancia intercultural</p>	<p>Comprende los comportamientos complejos de interacción de las personas en función de su contexto social y multicultural.</p> <p>Comprende los contextos culturales de la atención de enfermería.</p>	<p>Se adapta rápidamente a las circunstancias cambiantes en entornos multiculturales sin comprometer la calidad de la atención al paciente</p>

<p>Abrazar el cambio con una mentalidad de crecimiento.</p>	<p>Identificar puntos de incertidumbre en la atención de enfermería con personas usuarias multiculturales.</p>	
<p align="center">9ª COMPETENCIA BÁSICA – LIDIAR CON LA AMBIGÜEDAD CULTURAL Tipo de Competencia - COMPETENCIA CULTURAL INDIVIDUAL</p>		
<p align="center">DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA</p>		
<p align="center">ACTITUDES</p>	<p align="center">CONOCIMIENTO</p>	<p align="center">HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS</p>
<p>Motivación para contribuir a la transformación social.</p>	<p>Conocimiento de políticas sanitarias y sociales.</p> <p>Conocimiento del Sistema de Salud y su cartera de servicios.</p> <p>Conocimiento de los recursos socio-sanitarios del contexto.</p> <p>Formas de participación en salud.</p>	<p>Centrarse en la transformación personal y social que contribuye a un mejor liderazgo, gestión y relaciones interpersonales.</p>

<p align="center">Resultados de aprendizaje esperados:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Muestra interés en conocer “al otro” y su cultura. • Muestra interés y curiosidad por conocer y comprender profundamente otras culturas. • Respeta distintas creencias y valores. • Comprende el comportamiento interactivo personal según el contexto social y multicultural sin prejuicios. • Quiere sinceramente aprender a comprender las diferencias culturales. • Reconoce la influencia de su cultura en el modo en que se comporta. • Reconoce la influencia de sus propios prejuicios en la atención a personas de otras culturas. • Identifica sus propios prejuicios culturales, mitos, estereotipos e información errónea sobre personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo en Europa. • Es consciente de los propios prejuicios de la enfermera y del inevitable impacto de los estereotipos en la atención enfermera. • Describe formas potenciales de abordar los prejuicios en entornos clínicos y comunitarios. • Tiene en cuenta las opiniones de pacientes y profesionales cuando se toman decisiones en equipo.

- Brinda una atención apropiada y congruente a los pacientes, basada en factores culturales.
- Pregunta sobre religión y la importancia que esta tiene en la vida de la persona paciente.
- Explora y respeta el contacto físico según la cultura.
- Explora y respeta la orientación temporal según la cultura de la persona usuaria.
- Describe los problemas a los que se enfrentan las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo e identifica las cuestiones psico-sociales y culturales que afectan a los comportamientos de salud y el bienestar de las personas en transiciones multiculturales.
- Respeta la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación
- Considera que es un derecho de las personas el expresarse en otros idiomas si no conocen o tienen dificultades empleando el idioma oficial.
- Respeta formas o estilos de comunicación culturalmente diversos.
- Interpreta y respeta los silencios.
- Interpreta y respeta el estilo de conversación (directo, indirecto o “por historias”)
- Usa sistemas de traducción y mediadores culturales en la comunicación intercultural.
- Tiene la habilidad de desmarcarse de su propia cultura de referencia y accede a la narrativa/ experiencia subjetiva del “otro”.
- Comprende la conversación de personas con acento fuerte.
- Da mensajes claros a personas que podrían estar teniendo dificultades con el idioma dominante.
- Es consciente de los potenciales malentendidos relacionados con la interacción entre diferentes culturas.
- Muestra habilidades de coordinación y negociación

EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD:



Preparación

Contenido del Taller 1 (WS 1):

- Contexto y objetivos.
- Kolb como herramienta de aprendizaje experiencial.
- Cómo lidiar con las emociones: el método RULER
- Atención y presencia que realcen la dignidad
- Discusión en dúo sobre subculturas con las que es difícil entrar en contacto, necesidades de crecimiento en relación con ese tema, competencia que se puede utilizar en relación con el crecimiento personal.
- Reflexión sobre “el peligro de una sola historia”, <https://youtu.be/D9lhs241zeg>
- Debate en clase sobre multiculturalidad y diversidad basada en los conceptos teóricos éticos de cercanía, esperanza, espera, silencio, no saber y la pequeña bondad.

- Asignación de explicaciones: documental 'For Sama' o 'Beautiful boy' de Felix Groeningen como exposición => reflexión utilizando 2 conceptos teóricos del Taller 1, que elijan ellos y ellas.

Contenido del Taller 2 (WS 2):

- Marco de diversidad
- Sensibilidad cultural y pluralismo activo
- Super-diversidad – aumento de la diversidad en la diversidad – normalizar la diversidad
- Competencia cultural: conocimiento – habilidades – Encuentros, actitudes, deseo – conciencia.
- Comunicación intercultural: Modelo de TOPOI
- Consejos de lenguaje – tipos de conducta

1 o 2-días de exposición/inmersión (Exposure day)

El estudiantado se adentra en un contexto que es nuevo para ellos, donde hacen contacto con personas en situación de vulnerabilidad, confrontación con la diversidad y multiculturalidad desde una perspectiva amplia.

Contextos:

- Enfermería callejera.

Centro de acogida: el estudiantado es bienvenido como solicitantes de asilo por solicitantes de asilo y viven en el centro como solicitantes de asilo durante 1,5 días. 0,5 día el estudiantado conoce al solicitante de asilo como persona.

- Centro de día para personas sin hogar.
- Centro de día para personas con vulnerabilidad psiquiátrica y otras necesidades complejas.

Día de reflexión (Reflection day)

Intercambio de experiencias a través de videobooth, reflexión que conduzca al concepto ético enfoque presencial.

Integración del proceso (Process integration)

Describir las metas personales.

Materiales:

- Grupo de 10-12 estudiantes.
- Aula con mobiliario y material audiovisual (ordenador portátil, proyector, wifi).
- 1 ponente.
- Presentación Powerpoint (adjunta).
- Pizarra blanca y rotuladores.
- Contexto externo exposición.

Evaluación:

- Ejercicio de reflexión.
- Implicación, valentía y audacia durante el día de inmersión (exposición).
- Videobooth y reflexión basada en las siguientes preguntas:

¿Con qué sentimientos miras hoy hacia atrás?

¿Cuáles fueron los momentos de iluminación en los contactos recíprocos?

¿Cuándo tuviste el sentimiento de conectar con el otro como humano? ¿Qué propició eso? ¿Cómo describirías ese sentimiento?

¿De qué manera el otro y tú mismo reconocisteis vuestras propias capacidades?

¿Reconociste alguna vulnerabilidad con el otro o contigo mismo/a? ¿Puedes describir eso y cómo te hizo sentir?

¿Qué has aprendido de hoy, como humano? ¿Qué te llevas contigo?

¿Qué has aprendido de hoy, como profesional? ¿Qué te llevas contigo?

¿Qué te causó más impresión?

¿Qué te gustaría ver de un modo diferente? ¿Hay cosas que te gustaría hacer de otra manera?

¿Ocurrió algo que te diera sentimientos encontrados /contradictorios?

¿Esta inmersión amplió tu punto de vista sobre la diversidad? ¿Puedes describirlo?

Durante la reflexión, el profesorado motiva al estudiantado a relacionar sus experiencias con conceptos éticos y multiculturales.

Recursos: el método puede aplicarse en cualquier contexto donde pueda aplicarse la vulnerabilidad y diversidad, Ej. Refugios, residencias para menores no acompañados/as, ...

TÍTULO:

LA COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS: LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL.

Objetivo específico:

El objetivo del Role playing es facilitar que el alumnado identifique las competencias principales que distinguen una atención culturalmente competente de otra que no lo es.

Competencias culturales y dimensiones. Resultados de aprendizaje

1- APERTURA A OTROS

DIMENSIONES

ACTITUDINAL:

Empatía hacia personas de otras culturas; Interés genuino por conocer al "otro"; Respeto por las diversas formas culturales de entender la salud y la enfermedad.

CONCEPTUAL:

Comprende el concepto de sensibilidad cultural en la atención de la salud.

PRAXIS-HABILIDADES:

Integra otras formas de entender la salud y la enfermedad en la evaluación, diagnóstico e implementación de los cuidados de enfermería; Utiliza técnicas de empatía cultural en la evaluación de enfermería.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

Muestra interés por conocer "al otro" y su cultura; Respeta diferentes creencias y valores; Demuestra empatía, curiosidad y voluntad de aprender y encontrarse con personas y pacientes de otras culturas; Comprende el comportamiento interactivo personal de acuerdo con el contexto social y multicultural sin prejuicios

2- COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

DIMENSIONES

ACTITUDINAL:

Respeto por otras formas o estilos de comunicación; Respeto al derecho del paciente a recibir información sobre sus procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación; Empatía hacia personas de otras culturas

CONCEPTUAL:

Reconoce la diversidad lingüística en la asistencia sanitaria; Conoce estrategias de comunicación efectiva con personas, familias y grupos sociales culturalmente diversos, permitiéndoles expresar sus inquietudes e intereses; Conoce técnicas y principios específicos de uso de traductores y mediadores culturales; Comprende el significado del silencio en diferentes culturas; Identifica formas de lenguaje no verbal en las interacciones con pacientes de diferentes culturas.

PRAXIS-HABILIDADES:

Realiza interacción cara a cara en entornos de atención sanitaria con pacientes culturalmente diversos; Utiliza técnicas de empatía cultural en las intervenciones de evaluación de enfermería; Respeto la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación; Proporciona atención de enfermería cultural congruente a pacientes con dominio limitado del idioma y baja alfabetización en salud; Works con personas traductoras, mediadoras culturales e intérpretes en situaciones reales de atención a paciente; Asegura el derecho del cliente a recibir información sobre los procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación; Evitar los estereotipos en el contexto de las dificultades de comunicación del paciente; Respeto los diferentes estilos comunicativos durante la evaluación de enfermería y las intervenciones de enfermería; Comunicarse de manera efectiva para promover los resultados de salud en pacientes, familias y las comunidades.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

- Respeta la confidencialidad a pesar de las dificultades de lenguaje o comunicación; Trata de garantizar el derecho de la persona usuaria a recibir información sobre los procesos de salud a pesar de las dificultades de comunicación; Considera que es un derecho que las personas se expresen en otros idiomas si desconocen o tienen dificultades para emplear el idioma oficial; Respeta formas o estilos de comunicación culturalmente diversos; Tiene en cuenta las causas de las dificultades de comunicación o la falta de conocimiento del idioma; Explora las características del estilo de comunicación no verbal de la persona-paciente; Explora el estilo, las pausas y la velocidad de la conversación según la cultura; Interpreta y respeta el estilo de la conversación (directo, indirecto o "por historias"); Utiliza sistemas de traducción y mediadores culturales en la comunicación intercultural.

3. ENCUENTRO CULTURAL

DIMENSIONES

ACTITUDINAL:

Valora positivamente diversas perspectivas y conceptos culturales de salud y bienestar; Respeta las creencias y valores de las personas en diferentes contextos multiculturales; Respeto por paciente, la familia, la comunidad y el equipo multi o interdisciplinario, independientemente de sus diferencias.

CONCEPTUAL:

Comprende el concepto de cultura; Conoce la importancia de la cultura en las opciones y comportamientos de salud.

PRAXIS-HABILIDADES:

Realiza la escucha activa en el cuidado de enfermería, para comprender las creencias y valores del usuario en diferentes contextos multiculturales; Educa, facilita y apoya la salud y el bienestar desde una perspectiva intercultural.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS

Toma en consideración las opiniones de pacientes y profesionales cuando las decisiones se toman en equipo; Considera aspectos sociales y culturales en las prescripciones de enfermería; Proporciona atención de enfermería adecuada y congruente a los pacientes, basada en factores culturales; Es capaz de educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar desde una perspectiva intercultural.

EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Parte I: Sesión teórico-práctica:

Se utilizará material audiovisual en el aula combinando la exposición teórica de los contenidos con experiencias de buenas prácticas en cuidados de salud interculturales. Se propiciará la participación del alumnado a través de una dinámica participativa de preguntas y reflexiones compartidas en el aula, guiadas y monitorizadas por el equipo docente.

Parte II: Role playing:

Se utilizará una dinámica de Role Playing estructurada, dando al alumnado los distintos roles y explicando el perfil y discurso de cada uno de ellos durante la dramatización. Antes de iniciar el Role Playing se pedirá al alumnado participante que firme un consentimiento informado.

La escena será la de una consulta de enfermería pediátrica en un Centro de Salud (Atención Primaria) de la ciudad de Toledo, a la que acuden una madre y una abuela inmigrantes de Mauritania, con un niño para una revisión dentro del Programa de Salud Infantil, programa que se incluye en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Se centrará en los cuidados del cordón umbilical del recién nacido y en la alimentación. El guion del Role Playing se elaborará partiendo de las competencias que se quieran trabajar.

La dramatización se articulará en dos situaciones: Situación 1 y Situación 2 (30 min. en total), donde se representarán dos formas diferentes de abordar los cuidados enfermeros en un encuentro asistencial donde existen diferencias en los valores, creencias y expectativas sobre los cuidados infantiles entre la enfermera y la madre y la abuela del niño



Situación 1. Encuentro asistencial en una consulta de Pediatría de Atención Primaria. Enfermera sin competencia cultural en salud. 14 de mayo de 2021.



Situación 2. Encuentro asistencial en una consulta de Pediatría de Atención Primaria. Enfermera con competencia cultural en salud. 13 de mayo de 2021.

Durante la escenificación del Role Playing, cada estudiante deberá interpretar los roles del guion que se le asignen (madre o abuela). Después de la representación de cada una de las dos situaciones, el resto del alumnado, con perfil de observación participante, recogerá sus opiniones sobre las competencias seleccionadas en el documento Formulario de Competencias Comunicativas Interculturales y de Pensamiento Crítico Cultural con una lista de verificación o "checklist" (10 min. tras cada una de las dos situaciones. 20 min en total) y que servirá como herramienta para evaluar el reconocimiento de las competencias culturales por parte del alumnado participante.

Parte III: Reflexión en plenario

Finalmente, habrá un espacio para la reflexión, y para compartir con todo el estudiantado (50 min.) guiado por el equipo docente y basado en varias preguntas abiertas. Se explorarán los sentimientos de las actrices preguntándoles sobre su experiencia y pidiéndoles que permanezcan en su papel (rol) al responder (madre, abuela, enfermera, mediadora intercultural y coordinadora de enfermería). Posteriormente, se saldrán del papel y el debate y reflexión continuará con las actrices ya incorporadas al resto del alumnado.



Imagen reflexión y debate. 13 de mayo de 2021.

La actividad finalizará con un breve cierre donde el equipo docente, a partir de las aportaciones más relevantes del alumnado, pondrá en contexto los elementos teóricos y metodológicos de la actividad.

MATERIALES:

Se utilizará:

- Presentación para la clase.
- Guion del Role Playing.
- Dos listas de verificación o “checklist” (Formulario de Competencias Comunicativas Interculturales y de Pensamiento Crítico), uno para la situación 1 y otro para la situación 2.
- Material para la escenografía y caracterización de las actrices.

Evaluación:

Para la evaluación se utilizará La Escala de Medición de Competencia Cultural en profesionales de salud (EMCC-14), validada por Pedrero et al. (2020). La escala incluye 14 ítems que se agrupan en tres dimensiones concordantes con el modelo teórico: sensibilidad a los prejuicios propios, conocimientos culturales y habilidades para trabajar en entornos culturalmente diversos. Se pasará la Escala antes de iniciar la experiencia piloto (antes de la teoría) y después de finalizar el Role Playing.

También se analizarán las respuestas del Checklist (Formulario de Competencias Comunicativas Interculturales y de Pensamiento Crítico).

Recursos:

Videos para la introducción teórica

- Los movimientos migratorios: <https://www.youtube.com/watch?v=fknilBqJI5g>
- #PersonasQueSeMueven
- Pilar Baraza. Las mujeres migrantes sin derechos enfrentan problemas aún más graves <https://www.youtube.com/watch?v=c2BI5h11k38>
- Manifestaciones de diversidad: https://www.youtube.com/watch?v=10TcXyEhr_o
- Salud e inmigración: Pilar Baraza. Nuestros centros son puntos de encuentro intercultural y eso no siempre gusta <https://www.youtube.com/watch?v=QYhXNG7UxhY>
- Blanca de Gispert. Carencias de formación de profesionales sociosanitarios. https://www.youtube.com/watch?v=E_TUkudHfp0&list=PLRqkJ0JZzCun7bArMcXPHbLbIKbdSR1Re&index=4&t=10s

PILOTOS de la Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Pilot 1

TÍTULO: "TALLER DE CONCIENCIA CULTURAL"
OBJETIVO ESPECÍFICO: El objetivo de esta actividad es mejorar, en estudiantes de enfermería, la conciencia de la visión del mundo y prejuicios culturales de cada uno que pueden afectar la calidad de los cuidados de enfermería.
COMPETENCIAS CULTURALES Competencias básicas individuales: CONCIENCIA CULTURAL / APERTURA A OTROS
DIMENSIONES: ACTITUDINAL: Enfoque de reflexión crítica. Deseo de aprender y reflexionar sobre sus prejuicios y percepciones erróneas; CONOCIMIENTO: Comprende sus conceptos de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereotipo, estigma, discriminación, opresión y privilegio. Es consciente de sus actitudes y prejuicios hacia otras culturas y de cómo superarlos; PRAXIS-DESTREZAS: Examina críticamente los conceptos de etnocentrismo y estereotipos y su impacto en la atención enfermera. Reconoce y desafía a la discriminación y al racismo en la práctica enfermera y a nivel personal; Identifica sus prejuicios culturales y mitos sobre personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y grupos culturales minoritarios. Desarrolla su auto-evaluación cultural
RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS: Se espera que el estudiantado incremente la conciencia sobre su propia cultura, a través de ejercicios de auto-examinación y exploración en profundidad de la identidad cultural de cada cual y sus antecedentes. Este proceso también implica el reconocimiento de sus propios sesgos, prejuicios, racismo, estereotipos y suposiciones sobre individuos que son diferentes. <ul style="list-style-type: none">• Quiere aprender genuinamente cómo comprender las diferencias culturales.• Reconoce la influencia de su cultura en el modo en el que se comporta.• Reconoce la influencia de sus propios prejuicios al cuidar de personas de otras culturas.• Identifica sus propios prejuicios culturales, mitos, estereotipos e información errónea sobre personas migrantes refugiadas y solicitantes de asilo en Europa.• Es consciente de que los potenciales sesgos e inevitables estereotipos de las propias enfermeras tienen un impacto en la atención enfermera.• Describe formas potenciales para abordar los prejuicios en entornos clínicos y comunitarios
EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD: A - ACTIVIDAD DE CLASE 1. Clase magistral: Marco teórico de la competencia cultural en enfermería (película corta y presentación PowerPoint). <ul style="list-style-type: none">• Concepto de la Competencia Conciencia Cultural• Concepto de estereotipo/discriminación/ Racismo• Apertura a otros. 2. Ejercicio – PASEO DEL PRIVILEGIO (ACTIVIDAD EXTERIOR) "Privilege Walk" (adaptado de https://bit.ly/3o98cPH) seguido de trabajo en grupo y puesta en común sobre cómo se siente el estudiantado. 3. Discusión en grupo. Trabajo en grupo: 4 grupos de 5 estudiantes – análisis de conceptos en pequeños grupos (puede hacerse al aire libre) 4. Puesta en común - Análisis y resumen de conceptos en gran grupo.

B- ACTIVIDAD DE INTERIOR**1- EJERCICIO: ¿Quién soy? ¿Quién eres? ¿Quiénes somos?**

<https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:4096a682-93a8-40f0-a64d-1ce8746abe4a>, (<https://adobe.ly/30ffn0L>), (<https://adobe.ly/30ffn0L>), en el cual el estudiantado escribe su historia personal; luego, se les divide en 5 grupos de 5 personas y comparten sus historias, debatiendo cuáles son las similitudes y diferencias entre las personas del equipo;

2. Trabajo en grupo:

- ¿Qué similitudes hay entre las personas del grupo?
- ¿Qué les divide?

3. Puesta en común: reflexionar sobre el impacto de la diversidad en la sociedad y en los entornos sanitarios; prejuicio/estereotipo

4. Marco teórico sobre conciencia cultural en enfermería (película corta y presentación PowerPoint).

**MATERIALES:****Actividad de interior:**

- Aula grande con sillas [una para cada participante], cinco mesas, una pizarra blanca, y dos rotuladores de diferentes colores]. Ordenador/ 2 presentaciones de PowerPoint /Conexión a red/ Película corta.
- Material para escribir para cada grupo (block de notas y bolígrafos/rotuladores), NOTAS de POST-IT.

Actividad al aire libre:

- Espacio amplio (exterior)/Equipo de sonido.
- Material de escritura para cada grupo (block de notas y bolígrafos/rotuladores)

Las personas participantes deben traer:

- Ropa cómoda, adecuada para la actividad física.
- Zapato plano cómodo (Ej., zapatillas de deporte).
- Block de notas o cuaderno.
- Lápiz, goma de borrar.

25 a 30 participantes.

1 Docente de Enfermería para cada ejercicio

EVALUACIÓN:

Breve puesta en común – discusión en grupo del estudiantado tras cada ejercicio.

Compartir en grupos – Puesta en común Final.

Preguntas guía:

Considera lo que se ha enseñado en la sesión de hoy.

- ¿Qué?... Piensa sobre un tema que haya sido relevante para ti.
- ¿Entonces qué?... ¿Cuál es el impacto de este tema en tu aprendizaje y práctica clínica?
- ¿Y cómo?... ¿Cómo poner este conocimiento o destreza en práctica

Mentimeter – www.menti.com - nube

Escribe una palabra que caracterice lo que hemos aprendido hoy.

Cuestionario Final Breve: [Cross-Cultural Nursing Questionnaire \(IRogle.com\)](https://www.mentimeter.com/questions/cross-cultural-nursing-questionnaire)

RECURSOS:

Duración 1 día – para formar a la clase.

Lista de documentos de lectura recomendados /bibliografía

Pilot 2**TÍTULO:**

"**TALLER CUERPO Y VOZ**" - formando en comunicación intercultural

OBJETIVO ESPECÍFICO:

La finalidad de estas actividades es ayudar a las personas participantes a desarrollar sus capacidades de enviar e interpretar mensajes de comunicación no verbal en la comunicación multicultural.

COMPETENCIAS CULTURALES:

Competencias básicas Individuales:

COMUNICACIÓN INTERCULTURAL.

DIMENSIONES:

Respeto hacia otras formas o estilos de comunicación/ Comprende las causas de las dificultades de comunicación; Flexibilidad hacia el uso de otros idiomas o formas de comunicación en salud; Aceptación del derecho de las personas a expresarse en otros idiomas si no conocen o tienen dificultades en emplear el idioma del país de acogida. Identifica formas de comunicación no verbal en interacciones con pacientes de diferentes culturas; Utiliza el silencio y otras formas de comunicación no verbal para apoyar interacciones con pacientes en entornos culturalmente diversos.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ESPERADOS:

Considera las causas de las dificultades de comunicación; No utiliza estereotipos para evaluar las dificultades de comunicación; Explora las características del estilo de comunicación no verbal de la persona-paciente; Explora el estilo, pausas, y velocidad de la conversación según la cultura; Interpreta y respeta silencios; Interpreta y respeta el estilo de conversación (directo, indirecto, o utilizando historias; Tiene la habilidad de descentrarse de su cultura de referencia y acceder a la narrativa/experiencia subjetiva "del otro".

EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Comenzamos desde algunas preguntas provocativas para experimentar el acto de comunicación como el uso consciente de la imaginación a través del contacto con algunas de las suposiciones esenciales del arte de la actuación y lo que entienden por acción en el mundo del teatro como una estructuración del lenguaje corporal y utilizando estas estrategias para el aprendizaje experiencial en el estudiantado de enfermería.

Contenidos Principales

1. Prolegómeno del arte comunicativo

- Aquí y Ahora: Requisitos para una comunicación cara a cara eficiente.
- Una estructura elemental de la experiencia de comunicación: de la Guía de Objetivos a estrategias discursivas.
- Sobre la calidad de la experiencia comunicativa.
- Inhibidores culturales, sociales, y personales [Prejuicio, Estandarización, y Cambio de enfoque]

2. El cuerpo en diálogo

- Naturaleza y Cultura.
- La acción como el lenguaje estructurado del discurso físico [cuerpo y voz].
- El cuerpo [lo mío y lo del otro] como un productor y fuente de gestos.
- La latencia de los gestos corporales.
- Las manifestaciones externas de interioridad

3. El profesional de las áreas de contacto como un Observador in Situ

- Los instrumentos de la Observación Activa.
- Estímulos externos e internos.
- Auto-conciencia.
- Objeto, Foco de atención y Punto de atención



MATERIALES:

Aula espaciosa solo con sillas [una para cada participante], cinco mesas, una pizarra blanca, y dos rotuladores de diferentes colores]. Aunque los materiales están diseñados para ser dirigidos por la persona formadora, permiten una gran interacción entre profesorado y alumnado. Como resultado, los y las participantes pueden aprender activamente.

Los participantes deben traer:

- Ropa cómoda, adecuada para la actividad deportiva.
- Zapatos planos cómodos (Ej. Zapatillas de deporte).
- Block de notas o cuaderno.
- Lápiz, goma de borrar

25 a 30 participantes

Profesorado de Enfermería / 2 actores/actrices profesionales.

EVALUACIÓN:

Breve puesta en común - discusión en grupo con los estudiantes tras cada ejercicio.

RECURSOS:

Duración 1 día – para formar a la clase.

Lista de documentos de lectura recomendados /bibliografía





5.

ESCENARIOS DE SIMULACIÓN INTERACTIVOS COMO EJEMPLOS DE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS INNOVADORAS

Flore Geukens, Ellen Westhof, Paulien Kriekemans, Sylvianne Vroonen & Kristel Liesenborghs

A.- ESCENARIO MCC 1 "ANGELO"

Simulación Multi Cultural Care UC-Limburg

1.- Scenario and briefing students

Contexto

El Sr. Angelo tiene 62 años, está casado y tiene tres hijos. Es minero jubilado. Su compañera siempre ha sido ama de casa y sólo habla italiano. Fue a la escuela hasta los 12 años, pero habla bien inglés. Sólo tiene dificultades cuando la gente habla demasiado rápido o utiliza palabras difíciles.

El Sr. Angelo ingresará en el hospital de Bélgica el martes. El motivo del ingreso es una RTUV (resección transuretral de la vejiga) programada. Llevaba mucho tiempo con sangre en la orina, tenía que orinar a menudo y también sentía dolor al orinar. Durante una cistoscopia se identificaron pólipos en la vejiga y el médico decidió realizar una RTUV. Durante esta RTUV, se extirpan los pólipos vesicales y el tejido se envía al laboratorio para un examen anatomopatológico.

Escenario

El Sr. Angelo pidió estar en una habitación individual. La enfermera que hizo el ingreso le preguntó si quería firmar un formulario para ello, porque entonces se le cargarían costes adicionales. Esto le ha sorprendido un poco y se pregunta qué significa exactamente.



La enfermera supervisora te ha pedido que le expliques al Sr. Angelo para qué son los papeles que tiene que firmar para la habitación individual.

2.- Información para figurantes/actores/actrices

Es importante que interpretes a alguien poco cualificado y analfabeto. Tienes dificultades para comprender la información que se te da. No entiendes en absoluto las palabras difíciles. Tampoco eres capaz de buscar información en Internet o en carpetas y folletos que has recibido previamente porque no puedes leer ni entender bien lo que lees. No es posible procesar demasiada información a la vez.

No entiendes la diferencia de precio entre una habitación individual y una doble y, desde luego, no comprendes que puedan cobrar más por una habitación individual. No tienes seguro para una habitación individual, así que no vas a firmar el papel al final.

Además, también le preocupa el tejido que se envía al laboratorio para el examen anatomopatológico.

3.- Final del escenario

¿Cuándo termina el escenario?

El escenario termina cuando el Sr. Angelo sabe para qué sirve el papel y entiende por qué se está examinando el tejido.

¿Salvavidas?

4.- Configuración del simulador

Presión sanguínea: 13/8

Frecuencia cardíaca 65/min

Respiración: 6/min

5.- Materiales que se necesitan para la simulación

NaCl 0,9%

6.- Principles from the MCC model included in this scenario

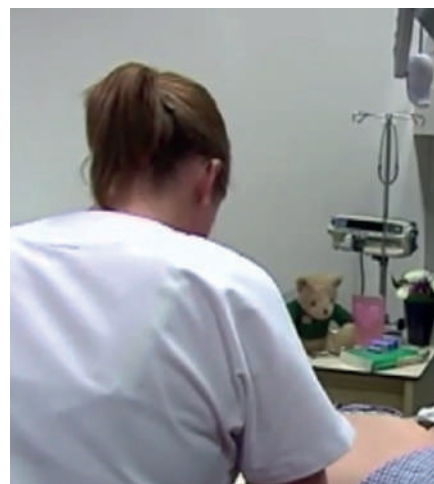
Human Rights-Based Approach (HRBA)

The Social Determinants of Health Approach

Ethical and moral mindset

B.- ESCENARIO MCC 2 "ELIZABETH"

Simulació Multi Cultural Care UC-Limburg



1.- Escenario e información al alumnado

Contexto

Elizabeth tiene 72 años, es viuda, madre de 5 hijos e hijas y descendiente de congolese.

Desde 1980 ha vivido en Bruselas con tres de sus hijos. Los dos más mayores aún viven en Congo. Sus tres hijos que viven en Bruselas están casados y no viven con su madre. Ella siempre ha sido una mujer muy fuerte e independiente. Recientemente sintió un bulto en la mama. Su médico de familia la envió a ultra-sonidos y allí la diagnosticaron cáncer de pecho. La semana pasada, se le extirpó quirúrgicamente todo el pecho.

Escenario

Hoy, una semana después de la operación, empieza la radioterapia. Tu eres la enfermera que se encarga de la acogida de los nuevos pacientes y de hacer la simulación de la radioterapia. Ves a Elizabeth con su hija, Marie-Ange. Cuando les pides que te sigan a la habitación para la explicación y la simulación de la radioterapia, Marie-Ange te agarra del brazo.

2.- Información para figurantes/actores/actrices: paciente en la cama (muñeca) e hija junto a la cama (persona real)

Marie-Ange está preocupada por la radioterapia que van a dar a su madre. La operación ya fue bastante drástica. Además, los ingredientes naturales curarán a su madre. Ella saca ampollas a base de hierbas. Su madre ha estado sana toda su vida, gracias a estos suplementos naturales. Esa terapia de radiación es peligrosa. Ella no comprende para qué sirve. También quiere estar en la sala de radiación con su madre. Aparte, Marie-Ange está embarazada y Elizabeth quiere estar con su hija y apoyarla.

Además, su madre tiene que salir del hospital lo antes posible para volver a su entorno.

3.- Final del escenario

¿Cuándo termina el escenario?

Cuando la enfermera ha sido capaz de convencer a la hija para que se comience la terapia de radiación de su madre.

¿Salvavidas?

4.- Configuración del simulador

Presión sanguínea: 12/8

Frecuencia cardíaca: 70/min

Respiración: 8/min

5.- Materiales que se necesitan para la simulación

Simulador de alta fidelidad

6.- Principles from the MCC model included in this scenario

Human Rights-Based Approach (HRBA)

The Social Determinants of Health Approach

Ethical and moral mindset

C.- ESCENARIO MCC 3 "NATALYA"

Simulación Multi Cultural Care UC-Limburg

1.- Escenario e información al alumnado

Contexto

Natalya es una mujer de 24 años de Ucrania. Es una bailarina de ballet con talento y su entrenador/a belga le ofreció a ella y a su hermana Daria, de 17 años, que vivieran con su familia en Bélgica. Debido a la guerra en su país natal, no se sintieron a salvo y decidieron aceptar la oferta. Llevan 4 semanas en Bélgica. Natalya habla un poquito de inglés y muy pocas palabras de flamenco. Daria solo habla ucraniano.

Escenario

Desde que llegaron a Bélgica Natalya entrena muchas horas al día. Hacer lo que más le gusta está curando su espíritu roto por haber dejado su país y su familia ucraniana. Ayer cayó mal durante un giro aéreo. Una eco de su rodilla mostró una rotura completa del menisco. Hoy ya está en el hospital de día para que le hagan una cirugía en el menisco. Su entrenador/a tenía que ir a una conferencia en Países Bajos y no ha podido acompañarla al hospital. Su hermana Daria está con ella.

Natalya ha vuelto de la cirugía hace 4 horas y el cirujano te dice que la informes sobre los cuidados posterior y la envíes a casa. Le suministraron un calmante hace 1 hora y se le ha retirado la vía intravenosa tras la administración del analgésico.

2. Información para figurantes/actores/actrices

A Natalya le duele el vientre debido a una retención de orina de la anestesia (pero la enfermera no lo sabe, así que no lo digas). Ella se queja de dolor. Debido al problema de idioma, no se refiere al área específica del dolor. Así que las enfermeras tienen que hacer muchas preguntas antes de saber el área de dolor. Cuando le dicen a Natalya que tiene demasiada orina en la vejiga y que tienen que ponerle un catéter, ella no sabe qué significa. Natalya está muy asustada por lo que va a pasar. Hará muchas preguntas y no quiere que nadie la toque antes de saber las respuestas.

Natalya está muy asustada de no poder volver a bailar nunca más y de que ella y su hermana sean enviadas de vuelta a Ucrania. Daria será enviada a casa. Daria está diciendo todo el tiempo que no quiere volver a casa, a Ucrania, que tiene mucho miedo.

3.- Final del escenario

¿Cuándo termina el escenario?

Cuando las y los estudiantes averigüen que ella no ha orinado aún y le hagan un cateterismo de orina. Tienen que explicar qué van a hacer y cómo.

También necesitan prestar atención al terror de las chicas por tener que volver de nuevo a Ucrania.

¿Salvavidas?

Si los estudiantes no saben cuál es el problema, entonces Natalya le dice a la enfermera "no pipi".

Si las y los estudiantes saben inmediatamente qué hacer, entonces Natalya pregunta sobre su Carrera como bailarina de ballet y tiene miedo de no poder bailar nunca más, y de que ella y su hermana tengan que irse de vuelta a Ucrania.

4.- Configuración del simulador

Simulation doll and sister (real sim patient).

Blood pressure 11/6

Hart rate 45bpm

Breathing 8/m

5.-Materials needed for the simulation

Muñeca de simulación y hermana (paciente de la simulación real).

Presión sanguínea 11/6

Frecuencia cardíaca 45bpm

Respiración 8/m

D.- ESCENARIO MCC 4 "ADO"

Simulation Multi Cultural Care UC-Limburg

1.- Scenario and briefing students

Contexto

Ado es un hombre de 42 años africano, de Ghana. Debido a la crisis económica en su país huyó hace dos años a Bélgica con su mujer y 4 hijos. Aún están en un proceso administrativo para conseguir asilo en Bélgica. Por lo tanto, no puede trabajar legalmente en Bélgica. Como la familia necesita dinero para sobrevivir, trabaja ilegalmente en la construcción. Habla inglés.

Escenario

Hace 3 semanas Ado se cayó del tejado mientras lo arreglaba. Su mujer llamó a una ambulancia. Ado fue llevado al hospital más cercano. Le hicieron varias operaciones en la espalda y cuello. Se rompió el cuello y se dañó algunos nervios de la columna. No se puede mover y el cirujano les ha dicho que hay poca o ninguna probabilidad de que recupere la movilidad. Le han recomendado ir a rehabilitación. Su mujer no se aparta de su lado. Necesitas hacer los cuidados matutinos de Ado. Su mujer quiere cuidar bien de él y ya le ha lavado, y tú necesitas ver sus constantes y tomar datos.

2.-Información para figurantes/actores/actrices

Lo que pasa realmente: Ado trabajaba ilegalmente en el área de la construcción. Tenía que hacer un trabajo peligroso en el tejado de un edificio de pisos sin ningún material de seguridad. Debido a condiciones climáticas muy malas, se cayó del tejado. El jefe de la empresa para la que trabaja tenía miedo de llamar a una ambulancia porque Ado no tiene contrato laboral, y tenía miedo de que llamaran a la policía. Él decidió mover a Ado hasta su coche y llevarle a su casa. Ado tenía mucho dolor. Cuando llegaron a la casa de Ado, su mujer se dio cuenta de que estaba en muy mal estado y llamó a una ambulancia. El jefe estaba muy enfadado y les dijo que no dijeran nada sobre el accidente. Si se lo cuentan a alguien, entonces él llamará a la policía y les dirá que trabaja ilegalmente en Bélgica y serán deportados a Ghana.

Ado y su mujer tienen mucho miedo ahora de que alguien descubra que él estaba trabajando de forma ilegal. Su mujer quiere decirles a las enfermeras lo que ha ocurrido realmente, pero Ado no quiere porque tiene miedo de que manden a la familia de vuelta a Ghana. También tienen miedo de que no puedan pagar las facturas del hospital y no tienen ni idea de cómo pagar la rehabilitación. Ado tampoco entiende aún que puede que no se recupere nunca.

3.- Final del escenario

¿Cuándo termina el escenario?

Cuando el estudiantado averigüe qué ha pasado realmente con Ado

¿Salvavidas?

Ado pide a su mujer que no lo diga "sssh no lo digas".

El jefe llama para "ofrecerles" dinero si no hablan.

4.- Configuración del simulador

Muñeca de simulación y esposa (paciente de simulación real).

Presión sanguínea 10/6

Frecuencia cardíaca 98bmp

Respiración 17/m

5.- Materials needed for the simulation

Teléfono móvil de la esposa





6. MATERIALES DE APOYO

Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Brígida Molina-Gallego, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ellen Westhof & Ana Paula Camarneiro

El material visual también puede ser útil en contextos educativos. Por lo tanto, ofrecemos algunos vídeos que podrían utilizarse en la formación en competencias culturales:

- Chimamanda NIRzi Adichie: “The danger of a single story” | TED:
 - Este video de YouTube es una charla TED de Chimamanda Adichie. Ella habla sobre cómo las personas tienden a pensar de una manera concreta sobre otras personas o culturas, pero que es importante darse cuenta de que hay más en la historia y que las personas no son iguales a los estereotipos populares.
 - Competencias clave: Conciencia cultural, Apertura a otros
 - <https://www.youtube.com/watch?v=D9Ihs241zeg>
- Film “Beautiful Boy”:
 - Esta es una película de Felix Van Groeningen basada en un libro. La historia trata de un padre y un hijo. El hijo lucha contra las drogas. La película muestra la dinámica entre un joven con problemas de drogas y su entorno. Muestra la importancia del entorno en el bienestar de las personas y la importancia de una actitud abierta.
 - Competencias clave: Apertura a otros
 - Tráiler en inglés: https://www.youtube.com/watch?v=sgRq-J_MunA
- Documental “For Sama”:
 - Este documental muestra la historia de Waad Al-Kateab, una periodista en la guerra de Siria. La historia cuenta cómo se enamora, se casa y forma una familia mientras el conflicto en la región se vuelve cada vez más problemático. Ella y su marido tienen que tomar la decisión de huir de la región o quedarse para ayudar a las demás víctimas de la guerra. Este documental muestra la dura realidad cotidiana y puede ser revelador en ese sentido.
 - Competencias clave: Conciencia cultural.
 - https://en.wikipedia.org/wiki/For_Sama

- Trailer: <https://www.youtube.com/watch?v=vsvBqtg2RM0>
- Trailer: <https://www.youtube.com/watch?v=vsvBqtg2RM0>
- Zanzu:
 - Una herramienta online para hablar sobre salud sexual en 14 idiomas, con grabaciones de audio para las personas que no puedan leer
 - www.zanzu.be
- Salud: una palabra diferente en cada idioma, pero con el mismo significado - OMS Oficina Regional para Europa
 - <https://www.youtube.com/watch?v=j7st19Oo29M>
- Video "The DNA journey":
 - Las nociones de "raza" o "inmigrante" están siendo cada vez más cuestionadas, y la agencia de viajes Momondo publicó un video viral online para probarlo.
 - El vídeo "The DNA Journey" muestra personas de diferentes razas y nacionalidades siendo voluntarios para un experimento. Aunque están convencidos de su identidad, acceden a realizarse un test de AND para descubrir dónde residen sus raíces familiares.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=fknilBqJI5g>
- VIDEOTECA #PersonasQueSeMueven (#PeopleThatMove) (Spanish)
 - Esta campaña busca revelar la realidad de las personas migrantes y refugiadas y dar visibilidad a las adversidades que deben superar durante el proceso migratorio.
 - <http://personasquesemueven.org/vidioteca-es/>
- Película corta "HYAB" (en español con subtítulos en inglés):
 - El corto de Xavi Sala muestra una escena de la vida de Fatima, una chica española de origen musulmán que tiene un conflicto con su profesora por negarse a quitarse el pañuelo.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=HFaVukU3saw>
- Micro-aprendizaje: ¿Qué es el pensamiento crítico y cómo desarrollarlo?
 - Un video explicando qué es el pensamiento crítico y cómo desarrollarlo.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=92u6ibginyk>
- Corto de animación "Migrantes" ("Migrants"), ganador del premio CG:
 - Corto de animación ganador del premio CG que cuenta la historia de dos osos polares (madre y cachorro) empujados al exilio debido al calentamiento global. Los dos osos polares encontrarán osos pardos a lo largo de su viaje, con los que intentarán coexistir

- <https://www.youtube.com/watch?v=ugPji8kMK8Q&t=3s>
- Salud mental: BCIHub
 - Salud mental, tratamiento, acceso a la atención sanitaria, y búsqueda de ayuda están muy ligados a factores comportamentales y culturales. Comprender estos factores es crucial para promover el conocimiento sobre la salud mental y prevenir, atender y tratar los trastornos mentales.
 - <https://bci-hub.org/focus-areas/mental-health>





7. CONCLUSIONES

Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Brígida Molina-Gallego, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ellen Westhof & Ana Paula Camarneiro

En un mundo de creciente movilidad humana, voluntaria o forzada, muchos resultados de salud están moldeados por interacciones transnacionales entre proveedores y receptores de asistencia sanitaria que se encuentran en entornos donde las nacionalidades y los grupos étnicos no coinciden.

Los sistemas sanitarios deben ser resilientes y adaptarse a entornos cambiantes, afrontando retos importantes con recursos limitados. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019) ha enfatizado la importancia de incluir socialmente a las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. También ha reforzado la necesidad de desarrollar las habilidades de los profesionales de la salud en contextos multiculturales. El desarrollo de estas habilidades debe ser un componente esencial de la educación profesional, la formación, la certificación, y la educación continua, fortaleciendo así el papel del mundo académico en la generación de este conocimiento y en su traducción a la práctica.

En toda la UE, las enfermeras/os representan el grupo de personal sanitario más importante. Su ámbito de intervención clínica, misión social y contacto privilegiado con los pacientes son características clave que confirman su papel vital en la prestación de cuidados a minorías y grupos vulnerables. Muchos de los retos a los que se enfrenta la prestación de asistencia sanitaria a personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo son relativamente nuevos o aún no están incluidos dentro de las herramientas y estrategias existentes (WHO, 2018). Además, la presencia de planes de estudio o programas para la formación de enfermeras/os en contextos multiculturales es reducida en comparación con la necesidad de incluir socialmente a las personas migrantes y refugiadas en la UE.

Para hacer frente a los retos que plantea este contexto, el Proyecto MCCare ha alcanzado su objetivo principal, que es contribuir a la formación en competencias culturales de las enfermeras/os y profesionales de la salud de Europa como estrategia esencial para abordar las desigualdades en salud, teniendo en cuenta la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas relacionados con la salud y elaborando los Resultados Intelectuales (IOs) previamente definidos y ahora difundidos en este libro electrónico.

El proyecto se ha estado desarrollando desde el 3 de diciembre de 2020 y terminará en mayo de 2023. Ha sido un proceso largo y complejo con varias fases interconectadas y que se apoyan mutuamente.

Como se presenta en este documento, el primer resultado intelectual (Intelectual output, IO) fue el desarrollo de un modelo teórico para la educación en enfermería (MCCare Model). Este Modelo se basa en el conocimiento e investigación previa realizada por el equipo multidisciplinar del proyecto, así como las revisiones sistemáticas de literatura combinadas con los resultados que emergieron del análisis de entrevistas y grupos focales realizados con personas expertas y migrantes residentes en los tres países europeos implicados en el estudio.

El Modelo MCCare, compuesto por prácticas pedagógicas innovadoras para estudiantes de enfermería, se centra en el desarrollo de competencias sobre cómo:

- Intervenir en contextos multiculturales, ocupándose de la salud de personas migrantes y refugiadas;
- Educar al estudiantado de enfermería y a las figuras clave relacionadas, como profesorado, profesionales de la salud y mentores, en la aplicación del Modelo MCCare;
- Promover la aplicación del Modelo MCCare en las clases de grado en Enfermería;
- Fomentar las habilidades empresariales de las y los estudiantes de enfermería, permitiéndoles conceptualizar soluciones innovadoras que aborden los retos en el ámbito de los entornos humanitarios y las intervenciones relacionadas con la salud de refugiados y los solicitantes de asilo.

El Segundo resultado intelectual (IO) del Proyecto, el e-book que aquí se presenta, se ha construido para promover y diseminar estrategias pedagógicas innovadoras y escenarios de simulación para la adquisición de competencias culturales en enfermería en la era digital. Para su elaboración, se utilizó el Modelo MCCare para la Educación en Enfermería como punto de partida en un proceso de creación progresiva a través de experiencias de enseñanza-aprendizaje, Pilotos ágiles, y construcción y prueba de escenarios de simulación. Asimismo, se hicieron operativas las competencias básicas y sus variables, y se propusieron metodologías didácticas para la adquisición de competencias culturales. Las diversas reuniones transnacionales y jornadas de Aprendizaje y Formación de Profesorado (Learning and Teacher Training, LTTs) incorporaron las experiencias pedagógicas innovadoras contenidas en el e-book y sirvieron para consolidarlo.

Este e-book es una herramienta dinámica, abierta y accesible, disponible online para que el profesorado y estudiantado de enfermería de diferentes universidades europeas desarrolle habilidades para trabajar con personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo fomentando al mismo tiempo el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

Estos resultados intelectuales (IO) han sido replicados y validados en los diferentes países europeos participantes en el proyecto a través de eventos multiplicadores (de difusión) en un proceso dinámico de desarrollo, validación y actualización gradual del e-book hacia la creación de la Comunidad Transnacional MCCare.

El e-book contribuye al desarrollo de redes de colaboración entre instituciones de enseñanza superior, instituciones sanitarias e instituciones no gubernamentales que apoyen la expansión y aplicación del Modelo MCCare, así como el desarrollo de soluciones innovadoras diseñadas por estudiantes de enfermería. También busca crear las condiciones para la continuidad del Proyecto, difundiendo el Modelo MCCare mediante la participación del estudiantado, profesorado, profesionales de la salud y comunidades de otros países.

Por último, este libro electrónico se centra en la formación de enfermeras/os para trabajar en un mundo global con una calidad ética, científica y técnica y, más específicamente, encontrar soluciones a los problemas de salud multiculturales emergentes. A medio y largo plazo, se espera que el libro electrónico contribuya al desarrollo de currículos de enfermería para el siglo XXI.





8. BIBLIOGRAFÍA

8.1. Referencias – Capítulo 1

- UNESCO (2021). Reimagining our futures together: a new social contract for education. *International Commission on the Futures of Education*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707>.
- UNHCR (2021) – Climate change and disaster displacement. Available at <https://www.unhcr.org/climate-change-and-disasters.html>
- WHO (2020) – Mapping health systems' responsiveness to refugee and migrant health needs. Available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346682/9789240030640-eng.pdf?sequence=18&isAllowed=y>
- WHO (2022) - High-level meeting on health and migration in the WHO European Region: jointly shaping the vision for the health of refugees and migrants. Available at <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2022/03/17/default-calendar/high-level-meeting-on-health-and-migration-in-the-who-european-region-jointly-shaping-the-vision-for-the-health-of-refugees-and-migrants>

8.2. Referencias – Capítulo 2

- Alsina, M. R. (1999). *La comunicación intercultural*. Editorial Anthropos.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Cultural Competency In Baccalaureate Nursing Education*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/Cultural-Competency-Bacc-Edu.pdf>
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2019). The Andrews/Boyle Transcultural Interprofessional Practice (TIP) Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(4), 323–330. <https://doi.org/10.1177/1043659619849475>
- Arasaratnam, L. A., Banerjee, S. C., & Dembek, K. (2010). The integrated model of intercultural communication competence (IMICC): Model test. *Australian Journal of Communication*, 37(3), 103-116.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-Contact, Distance and Affiliation. *Sociometry*, 28(3), 289. <https://doi.org/10.2307/2786027>
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the Multicultural Counseling Competences. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 42–78. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1996.tb00288.x>
- Bastos, M. (2014). *A competência de comunicação intercultural: olhares sobre a natureza do conceito e suas dinâmicas de desenvolvimento*. Universidade de Aveiro Editora.

- Bauer, T. (2021). Ambiguidade Cultural. In T. Bauer, *A Culture of Ambiguity*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/baue17064-004>
- Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes. *Comunicação Pública*, 15(29). <https://doi.org/10.4000/cp.10968>
- Burke, P. (2009). *Cultural hybridity*. Polity.
- Calistri, P., Iannetti, S., L. Danzetta, M., Narcisi, V., Cito, F., Di Sabatino, D., Bruno, R., Sauro, F., Atzeni, M., Carvelli, A., & Giovannini, A. (2013). The Components of “One World - One Health” Approach. *Transboundary and Emerging Diseases*, 60, 4–13. <https://doi.org/10.1111/tbed.12145>
- 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. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2007). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues*. Transcultural CARE Associates.
- Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural desire: “Caught” or “taught”? *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 141–148. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.141>
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Daudelin, M. W. (1996). Learning from experience through reflection. *Organizational Dynamics*, 24(3), 36–48. [https://doi.org/10.1016/s0090-2616\(96\)90004-2](https://doi.org/10.1016/s0090-2616(96)90004-2)
- Davis, M. (2020). The “Culture” in Cultural Competence. In J. Frawley, G. Russell, & J. Sherwood (Eds.), *Cultural Competence and the Higher Education Sector* (pp. 15–29). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-5362-2_2
- de Almeida Vieira Monteiro, A. P. T., & Fernandes, A. B. (2016). Cultural competence in mental health nursing: validity and internal consistency of the Portuguese version of the multicultural mental health awareness scale—MMHAS. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0848-z>
- Demorest, S., Spengeman, S., Schenk, E., Cook, C., & Weston, H. L. (2019). The Nurses Climate Challenge: A National Campaign to Engage 5,000 Health Professionals Around Climate Change. *Creative Nursing*, 25(3), 208–215. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.3.208>.
- Dahlgren, Göran & Margaret Whitehead (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO –Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier, 14. ISSN: 1652-120X. ISBN: 978-91-85619-18-4
- Domnich, A., Panatto, D., Gasparini, R., & Amicizia, D. (2012). The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?. *Italian Journal of Public Health*, 9(3).
- Dowd, S. B., Giger, J. N., & Davidhizar, R. (1998). Use of Giger and Davidhizar’s Transcultural Assessment Model by Health Professions. *International Nursing Review*, 45(4), 119–122. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.45.no.4issue340.6.x>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Egli-Gany, D., Aftab, W., Hawkes, S., Abu-Raddad, L., Buse, K., Rabbani, F., Low, N., & Onarheim, K. (2021). The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees:

- a systematic review of reviews. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(12), 1203–1213. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.101>
- Eyler, J., Giles, D. E., & Schmeide, A. (1996). *A practitioner's guide to reflection in service-learning: student voices & reflections*. Vanderbilt University.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Gradellini, C., Gómez-Cantarino, S., Dominguez-Isabel, P., Molina-Gallego, B., Mecugni, D., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021). Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>
- Gunawardena, C. N. (1995). Social Presence Theory and Implications for Interaction and Collaborative Learning in Computer Conferences. *International Journal of Educational Telecommunications*, 1(2), 147–166. <https://www.learntechlib.org/primary/p/15156/>
- Hall, S. (1997). *Representation: Cultural Representation and Signifying practices*. The Open University/Sage.
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Hodsdon, L. (n.d.). *Explanatory Model of Illness*. Bu.digication.com; Encyclopedia of Public Health Theories. https://bu.digication.com/GH720_PublicHealthTheories/Explanatory_Models_of_Illness
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, Migration and the “Social Determinants of Health” Agenda*. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331–341. <https://doi.org/10.5093/in2012a29>
- International Council of Nurses. (2019). Climate change threatens healthcare systems: International council of nurses calls on governments to act now. In *The Lancet - The best science for better lives*. <https://www.icn.ch/news/climate-change-threatens-healthcare-systems-international-council-nurses-calls-governments-act>.
- International Organization for Migration. (2020). *Issue Brief Countering Xenophobia and Stigma to Foster Social Cohesion in the COVID-19 Response and Recovery*. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/documents/countering_xenophobia_and_stigma_130720.pdf
- International Organization for Migrations. (2022). *The UN 2030 Agenda for Sustainable Development puts people at the center of all actions*.
- Jean Gilbert, M., & California Endowment. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals*. The California Endowment.
- Jeffreys, M. R. (2010). A model to guide cultural competence education. In *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation*. Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. R. (2012). *Nursing student retention: understanding the process and making a difference*. Springer Pub.

- Jeffreys, M. R. (2016). *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation*. Springer Publishing Company.
- Kagan, P. N., Smith, M. C., Cowling III, W. R., & Chinn, P. L. (2010). A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis. *Nursing Philosophy*, 11(1), 67–84. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769x.2009.00422.x>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 85–93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *FOCUS*, 4(1), 140–149. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental Learning: Experience as the Source of Learning and Development* (Vol. 1). Prentice-Hall.
- Kolb, D. A., & Fry, R. E. (1974). *Toward an applied theory of experiential learning*. M.I.T. Alfred P. Sloan School Of Management.
- Leininger, M. M. (1970). *Nursing and anthropology; two worlds to blend*. New York, Wiley.
- Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, practices*. Greyden Press, Cop.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152–160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Leininger, M. (1991). *Cultural Care Diversity and Universality Theory*. Sage.
- Leininger, M. (1994). Quality of Life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/089431849400700109>
- Leininger, M. M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, practices (2nd ed.)*. Greyden Press, Cop.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Sudbury, Ma: Jones and Bartlett.
- Lipson, J. G., & Desantis, L. A. (2007). Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1_suppl), 10S20S. <https://doi.org/10.1177/1043659606295498>
- Louw, B. (2016). Cultural Competence and Ethical Decision Making for Health Care Professionals. *Humanities and Social Sciences*, 4(2), 41. <https://doi.org/10.11648/j.hss.s.2016040201.17>
- Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The One Health Approach—Why Is It So Important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 88. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>

- Mareno, N., & Hart, P. L. (2014). Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 35(2), 83–88. <https://doi.org/10.5480/12-834.1>
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0104-9>
- Mcfarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger's transcultural nursing: concepts, theories, research, & practice*. McGraw-Hill Education.
- McMahon, M. A., & Dluhy, N. M. (2017). Ambiguity Within Nursing Practice: An Evolutionary Concept Analysis. *Research and Theory for Nursing Practice*, 31(1), 56–74. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.1.56>
- Mezirow, J. (1990). *Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning*. Jossey-Bass Publishers.
- Modood, T. (2007). *Multiculturalism*. Cambridge, UK: Polity.
- Monteiro, A., & Curado, M. (2016). A New Epistemology of Nursing: A Post-Human Care? *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No8), 141–148. <https://doi.org/10.12707/riv15069>
- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
- Nardi, D., Waite, R., & Killian, P. (2012a). Establishing Standards for Culturally Competent Mental Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 3–5. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120608-01>
- Nardi, D., Waite, R., & Killian, P. (2012b). Establishing Standards for Culturally Competent Mental Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 3–5. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120608-01>
- Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Bayer Health Care. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelles : des théories de la communication interculturelle à l'épreuve d'un échange de jeunes entre Suisse romande et alémanique*. P. Lang.
- Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2021). *One Health: A comprehensive approach for addressing health threats at the human-animal-environment interface*. <https://www.paho.org/en/documents/ce16813-rev-1-one-health-comprehensive-approach-addressing-health-threats-human-animal>
- Pantazis, N., Rosinska, M., van Sighem, A., Quinten, C., Noori, T., Burns, F., Cortes Martins, H., Kirwan, P. D., O'Donnell, K., Paraskevis, D., Sommen, C., Zenner, D., & Pharris, A. (2021a). Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(2), 117–124. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002745>
- Pantazis, N., Rosinska, M., van Sighem, A., Quinten, C., Noori, T., Burns, F., Cortes Martins, H., Kirwan, P. D., O'Donnell, K., Paraskevis, D., Sommen, C., Zenner, D., & Pharris, A. (2021b). Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(2), 117–124. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002745>
- Pant, S., Eder, B., Vračar, A., Mosca, D., & Orcutt, M. (2019). WHO's global action plan to promote the health of refugees and migrants. *BMJ*, l4806. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4806>

- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Churchill Livingstone.
- Pedersen, P., & American Counseling Association. (1994). *A handbook for developing multicultural awareness*. American Counseling Association.
- Phillips, A. (2009). *Multiculturalism without Culture*. Princeton University Publisher. <https://doi.org/10.1515/9781400827732>
- Purnell, L. D. (2000). A Description of the Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40–46. <https://doi.org/10.1177/104365960001100107>
- Purnell, L. D. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2003). Purnell's model for Cultural Competence. In *Transcultural health care: A culturally competent approach* (pp. 8–35). F. A. Davis Company.
- Purnell, L. D. (2013). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. F.A. Davis.
- Rabinowitz, P. M., Natterson-Horowitz, B. J., Kahn, L. H., Kock, R., & Pappaioanou, M. (2017). Incorporating one health into medical education. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0883-6>
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as Emancipatory Nursing Praxis. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146. <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000024>
- Ruiz, M. J. P. de V., & Medina, C. T. (1999). *Dinámica de grupos en formación de formadores: casos prácticos. Textos Universitarios*. Empresa Editorial Herder, S.A.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Schon, D. (1983). *The reflective practitioner*. Temple Smith.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.012>
- Shen, Z. (2014). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308–321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>
- Short, J., Williams, E., & Christie, B. (1976). *The social psychology of telecommunications*. J. Wiley.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20(2), 64–88. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00563.x>
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Thije, Jan. D. (2020). What is Intercultural Communication. In *The Cambridge Handbook of Intercultural Communication*. Cambridge: University Press.

- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- United Nations. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In *United Nations - Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- United Nations Environment Programme (2021). *Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP Statement Tripartite and UNEP support OHHLEP's definition of "One Health"*. <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/37600>.
- United Nations Sustainable Development Group. (n.d.). *UNSDG | Human Rights-Based Approach*. Unsdg.un.org. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D. D., & Norton, W. W. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Wiener, M., & Mehrabian, A. (1968). Language within language: immediacy, a channel in verbal communication. *Journal of Communication Disorders*, 3(1). [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(70\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0021-9924(70)90036-5)
- World Health Organization. (2020). *Sustainable Developments Goals*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sustainable-development-goals>
- World Health Organization. (2021a). Common health needs of refugees and migrants: literature review. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1381988/retrieve>
- World Health Organization. (2021b). Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. In *World Health Organization*. World Health Organization. <https://apps.who.int>
- World Health Organization. (2021c, May 20). *New international expert panel to address the emergence and spread of zoonotic diseases*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases>

8.3. Referencias – Capítulo 3

- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 24, 427-446.
- Campinha-Bacote J. (2011) Knowing cultural competence: An evolutionary process. *International Journal for Human Care*, 15(3), 42-48. DOI: 10.20467/1091-5710.15.3.42
- Canadian Nurses Association. (2008). *Code of ethics for registered nurses*, 2008 centennial edition. http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf
- de Almeida Vieira Monteiro, A. P. T., & Fernandes, A.B. (2016). Competencia cultural en salud mental nursing: validez y consistencia interna de la versión portuguesa de la escala multicultural de conciencia de salud mental –MMHAS. *BMC Psiquiatría*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0848-z>
- del Barrio-Linares, M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*, 25(2). Available at: <https://redepalatina.org/wp-content/uploads/2020/09/Competencias-y-Perfil-Profesional-de-la-Enfermera-de-Practica-Avanzada.pdf>

- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Hollander, E. P. (1992). Leadership, followership, self, and others. *The Leadership Quarterly*, 3(1), 43-54.
- 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
- Lavizzo-Mourey, R., & Mackenzie, E. R. (1996). Cultural competence: essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, 124(10), 919-921.
- Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The One Health Approach—Why Is It So Important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 88. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>
- Shields, C. M. (2010). Transformative leadership: Working for equity in diverse contexts. *Educational Administration Quarterly*, 46(4), 558-589.
- Zoucha, R. (2000). The keys to culturally sensitive care. *The American Journal of Nursing*, 100(2), 24GG-24II.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- World Health Organization. (2020). *Sustainable Developments Goals*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sustainable-development-goals>
- World Health Organization. (2021, May 20). *New international expert panel to address the emergence and spread of zoonotic diseases*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases>

8.4. Referencias – Capítulo 4

- Aubert, A., Flecha, A., García, C., Flecha, R. y Racionero, S. (2008) . *Aprendizaje dialógico en la sociedad de la información*. Hipatia Editorial S.A., Barcelona
- Badia, M., y Gisbert, M. (2013). *Categorización a partir de la Taxonomía de Bloom (1956). Diseño de una pauta para clasificar actividades incluidas en cursos de contenido TIC*. EDUTEC.
- Bezanilla-Albisua, M. J., Poblete-Ruiz, M., Fernández-Nogueira, D., Arranz-Turnes, S. y Campo-Carrasco, L. (2018). El pensamiento crítico desde la perspectiva de los docentes universitarios. *Estudios pedagógicos XLIV*, (1), 89-113.
- Duque, E., de Mello, R.R. y Gabassa, V. (2009). Aprendizaje dialógico. Base teórica de las comunidades de aprendizaje. *Aula de Innovación Educativa*, 187, 37-41.
- Ennis, R. H. (1985). A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational Leadership*: 44-48.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*, Editorial Siglo XXI Editores, México
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza. Saberes necesarios para la práctica de educativa*. Editorial Siglo XXI Editores, México
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica de educativa*. Editorial Siglo XXI Editores, México.

Lipman, M. (1988). Critical Thinking: What can it be? *Educational Leadership*, 38-43.

López Aymes, G. (2012). Pensamiento crítico en el aula. *Docencia e Investigación*, 22, 41-60

Mora, F. (2013). *Neuroeducación. Sólo se puede aprender aquello que se ama*. Alianza Editorial, Madrid.

Vargas, L., G. Bustillos & M. Monfán (1995). *Técnicas participativas para la educación popular*, Editorial Popular, Madrid.

Vílchez-Quesada, E. (2021). Redescubriendo la pedagogía de la esperanza de Paulo Freire. *Revista Ensayos Pedagógicos*, (XVI), 1, e-ISNN: 2215-3330.





9.

ANEXOS

9.1. Tabla de imágenes

Ilustración 1. Guía de lectura del capítulo 2.....	6
Ilustración 2. Guía de lectura del capítulo 3.....	7
Ilustración 3. Diagrama de flujo de la construcción del MulticulturalCare Nursing Education Model.....	34
Ilustración 4. Proceso de Investigación para el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model).....	35
Ilustración 5. Esquema de los principios teóricos y del marco de MulticulturalCare Nursing Education Model.....	35
Ilustración 6. RESULTADOS: Atención culturalmente competente desde el punto de vista de migrantes.....	38
Ilustración 7. Barreras al acceso de migrantes a los servicios sanitarios en los países de acogida.....	39
Ilustración 8. Superar las barreras al acceso de migrantes a la atención sanitaria en los países de acogida.....	40
Ilustración 9. Preguntas de investigación de la revisión de alcance.....	41
Ilustración 10. Aspectos clave de una atención culturalmente competente.....	43
Ilustración 11. Borrador del Modelo MulticulturalCare (diciembre de 2021).....	47

Financiado por el Programa
Erasmus+ con la referencia
2020-1-PT01-KA203-078530



MULTI
CULTURAL
CARE



 multiculturalcare.esenfc.pt