

Vivencias culturales de enfermeras inmigrantes en dos hospitales de Chile

Gabriel Rodríguez¹

Luz Angélica-Muñoz²

Luiza Akiko Komura Hoga³

Objetivo: explorar las experiencias culturales de las enfermeras que inmigraron a Chile. El referencial teórico utilizado fue el Modelo de Competencia Cultural de Purnell. Método: el método de Observación-Participación-Reflexión propuesto por Leininger fue desarrollado en dos hospitales de la ciudad de Santiago, y realizadas entrevistas etnográficas con 15 enfermeras migrantes. Resultados: de los 12 dominios de Purnell, fueron identificados: Herencia y visión general, Comunicación, Fuerza de trabajo, Rol y organización familiar, Ecología biocultural y Prácticas de cuidado en salud. Las dificultades fueron relativas al lenguaje y su significado semántico, las nuevas responsabilidades y el relacionamiento difícil con los colegas. "En busca de mejores horizontes – la decisión de inmigrar", "Ganar confianza y establecer red de apoyo - inserción laboral y desempeño profesional" y "Ganar a la gente para ser aceptada – la adaptación laboral en un nuevo escenario cultural" son temas culturales que representan sus vivencias. Conclusiones: la competencia para brindar cuidado cultural requiere el desarrollo de políticas públicas y programas de educación continuada en las instituciones de salud, específicamente direccionadas a los enfermeros inmigrantes.

Descriptores: Enfermeras; Migración Internacional; Investigación Cualitativa; Antropología Cultural; Personal de Enfermería en Hospital.

¹ PhD, Profesor, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Gabriel Rodríguez
Universidad Andres Bello. Facultad de Enfermería
Av. República, 237
Centro
26618476, Santiago, Chile
E-mail: gdriguez@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Las experiencias de las enfermeras que migraron a países como Australia, Estados Unidos de América y Canadá identificaron barreras culturales como la marginación, las dificultades con el lenguaje, la devaluación de sus capacidades profesionales, y el desarrollo de limitadas y estresantes relaciones con los compañeros de trabajo⁽¹⁻³⁾.

En el estudio multicéntrico no publicado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) "Migración de Enfermeras de América Latina: Área de América de Sur" de la Serie Nº 60 de Recursos Humanos para la Salud⁽⁴⁾, se analizaron algunas experiencias de las profesionales en los países de la región. De acuerdo al mismo estudio, las razones de emigrar de las enfermeras que llegaron a Chile con mayor frecuencia fueron de tipo familiar, política, inseguridad, económicas, condiciones culturales y desarrollo personal.

La situación económica deficiente, las escasas oportunidades de empleo, de desarrollo profesional y la falta de políticas de trabajo beneficiosas para la población general que afectan directamente a los profesionales de enfermería son las principales razones que caracterizan al fenómeno central de la migración de estos profesionales.

El desarrollo personal, la estabilidad económica y desempeñarse en condiciones laborales satisfactorias son sus aspiraciones, sin embargo, señalaron una inserción laboral difícil. Asimismo, identificaron tres momentos en su trayectoria de migración: la decisión de emigrar, el traslado y establecimiento inicial en el país de destino, y la consolidación profesional y social⁽⁴⁾.

Las razones de las enfermeras para migrar hacia Argentina en su orden fueron las familiares, económicas y de desarrollo profesional.

Las dificultades enfrentadas por las enfermeras inmigrantes brasileñas fueron el idioma y las distancias culturales. Las enfermeras que inmigraron a Venezuela si bien expresaron satisfacción con sus logros, tanto en lo profesional como en sus proyectos de vida, refieren dificultades para compatibilizar el rol de ser madre-esposa-profesional y enfrentar sentimientos de desarraigo, conflictos que las hacen sentirse vulnerables⁽⁴⁾. En tanto, los profesionales de enfermería inmigrantes enfrentan dificultades en el proceso de inserción laboral en otro país.

En este escenario, existe una crisis global que afecta a la población como el déficit cuantitativo de personal de salud, la falta de especialistas, el déficit en la prevención y promoción de la salud y, la migración de profesionales. Esto deriva hacia el mercadeo de los servicios a expensas de los ideales profesionales, la pérdida de confianza y la desmotivación de los profesionales de la salud⁽⁵⁾.

Las tendencias de ese nuevo orden posmoderno se reflejan en el trabajo y servicios de enfermería y los esfuerzos deben ser emprendidos para superar el *status quo*, una vez que la fuente de toda la energía para concretizar el cambio proviene del capital humano. Esto nos conduce a la responsabilidad social que las universidades y las organizaciones y servicios de salud deben tener delante de los ciudadanos⁽⁶⁾.

Los profesionales de salud deben promover el crecimiento, el desarrollo, la comunicación y la preservación del conocimiento dentro de las instituciones, al final la gestión de enfermería posibilita el alcance de respuestas rápidas y asertivas en la toma de decisiones en la práctica clínica⁽⁷⁾.

Esta investigación fue realizada considerando la existencia de distintas características de profesionales de enfermería en relación a los aspectos educativos, socio-económicos, familiares y comportamentales, de acuerdo con el país y su contexto cultural. La pregunta que se pretendió responder fue: "¿Cómo las enfermeras que migran a Chile para fines de trabajo vivencian su cultura en este país?".

El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias culturales de las enfermeras que migraron a Chile para ejercer su profesión.

La exploración y la descripción de estas experiencias pueden contribuir para el ofrecimiento de apoyo a las profesionales de enfermería inmigrantes. Son esenciales también para las instituciones de salud que las reciben, a fin de planear acciones de acogida e integración de los profesionales extranjeros al nuevo escenario de trabajo.

Se reafirma entonces la importancia para la enfermera inmigrante y su ineludible necesidad de integración a un entorno cultural desconocido a las normas, creencias y valores prevalentes en el nuevo contexto social y del cuidado.

Metodología

La investigación fue realizada según el paradigma cualitativo con enfoque etnográfico conducente a revelar los diversos significados culturales que interactúan en las enfermeras inmigrantes al brindar el cuidado y al vivir la variedad de conflictos que serán revelados al conocer sus experiencias.

Fue desarrollado el Modelo de Observación-Participación-Reflexión (OPR) propuesto por Leininger⁽⁸⁾. Se inició el trabajo de recolección de datos con la fase de observación y se realizó un registro de las impresiones en un diario de campo, incorporando aspectos de la dinámica,

relacionamiento y entorno de trabajo de las enfermeras inmigrantes. Esto fue gradualmente substituido por la participación en las actividades cotidianas de los escenarios culturales, de hecho facilitado por ser el autor principal del estudio enfermero en una de las instituciones estudiadas y a la vez inmigrante en Chile.

Recurrimos a la OPR de Leininger como referencial metodológico considerando su naturaleza y su aplicabilidad en esta investigación, que pretende obtener la comprensión de los símbolos culturales que permean las prácticas cotidianas de un grupo profesional.

El Modelo de Competencia Cultural de Purnell fue el referencial teórico de este estudio. La premisa de este referencial es que todos los profesionales del cuidado necesitan conocer la cultura, con la finalidad de aportar cuidados culturalmente competentes⁽⁹⁾. Para Purnell, la conciencia cultural se desarrolla en un proceso no lineal que pasa por las etapas de adaptación cultural, desde ser inconscientemente incompetente para el desarrollo del cuidado, le siguen los niveles de conciencia sobre la incompetencia, la competencia consciente hasta llegar al nivel considerado ideal de la competencia inconsciente para brindar el cuidado de la salud de una manera adecuada con las creencias y los valores culturales predominantes en el nuevo contexto del cuidado⁽⁹⁾. Este Modelo es flexible y aplicable a una variedad de disciplinas y contextos profesionales e incluye aspectos individuales, familiares, de la comunidad y de la sociedad. Para su aplicación, presenta 12 dominios culturales relacionados: herencia y visión general, comunicación, rol de género y organización familiar, fuerza de trabajo, ecología biocultural, comportamientos de alto riesgo, nutrición, prácticas de embarazo y de parto, rituales relativos a la muerte, espiritualidad, prácticas de cuidado de la salud y proveedores del cuidado de salud. La Figura 1 sintetiza estos dominios.

Las premisas de Purnell nos permiten incorporar el Modelo en las experiencias de las enfermeras que llegan a trabajar en el nuevo país.

El estudio fue desarrollado en dos escenarios culturales, denominados en este estudio como el Hospital 1 y el Hospital 2. El Hospital 1 es uno de los mayores centros asistenciales del país y cuenta con la mayor cantidad de especialidades y subespecialidades médicas, atiende una población del área sur de Santiago; brinda atención a personas hospitalizadas, las que llegan tanto en forma ambulatoria como a las urgencias. El Hospital 2 es un hospital cerrado, de derivación, sin atención de urgencia, que atiende a pacientes adultos portadores de patologías médicas, brinda atención de salud integral a los habitantes su área geográfica suroriente de la ciudad

de Santiago. Los dos hospitales pertenecen al sistema público y se localizan en la capital de Chile.

En este estudio, se incluyeron todas las enfermeras extranjeras contratadas en ambos hospitales. La recolección de los datos en el Hospital 1 ocurrió entre los meses de marzo y mayo del 2010 y, en el Hospital 2, de junio a agosto del mismo año.

Los criterios de inclusión al estudio fueron ser enfermera inmigrante, con formación profesional realizada en el país de origen, tener al menos un año de ejercicio profesional en Chile, poseer vínculo laboral en alguno de los dos escenarios culturales y tener la disposición de colaborar con este estudio. Se invitaron a participar en esta investigación las 15 enfermeras extranjeras de los dos hospitales y ellas se constituyeron en las informantes claves de la investigación⁽⁸⁾. No hubo denegaciones de ser informantes en esta investigación.

La aproximación al escenario cultural se realizó el día y hora agendada telefónica o personalmente con cada enfermera. El investigador principal dio comienzo a la fase de observación al llegar al servicio donde trabajaban las enfermeras. Se registró en primera instancia en el escenario de trabajo que las profesionales se desplazaban de manera constante desde la estación de enfermería a las habitaciones de los pacientes e interactuaban amablemente con sus colegas y otros miembros del equipo asistencial presente, como médicos y auxiliares.

La fase de observación se desarrolló durante toda la permanencia del investigador, mientras que la fase de participación se efectuó en dos etapas; en la primera, acompañaba a las enfermeras en sus actividades asistenciales. En esta etapa, el investigador tuvo la impresión que las profesionales se sentían evaluadas en cuanto ellas justificaban cada una de sus acciones y/o procedimientos. Cuando el investigador principal estaba familiarizado con el escenario cultural y de trabajo, este comenzó la segunda etapa de la fase de participación, que consistió en la colaboración en algunas actividades de cuidado de enfermería. En esta fase, fueron iniciadas las entrevistas con las informantes del estudio.

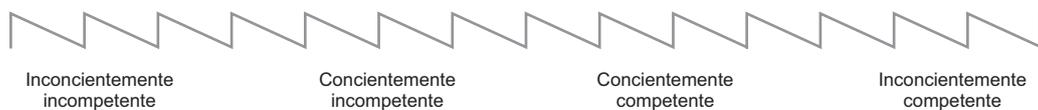
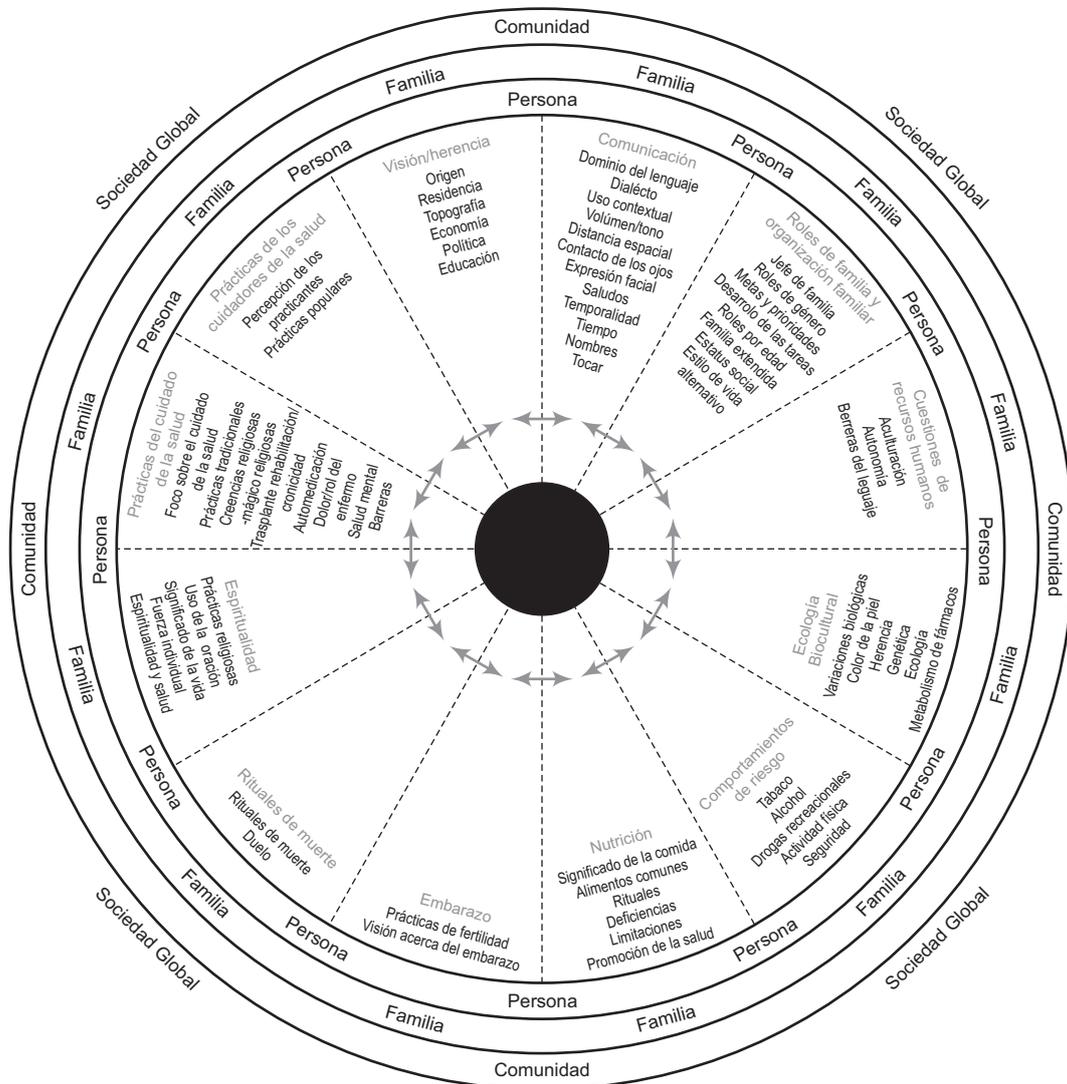
Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 68 minutos, donde se realizaron preguntas descriptivas, estructurales y de contraste⁽⁸⁾. Estas fueron grabadas, escuchadas en privado, transcritas y guardadas en un archivo exclusivo por el investigador principal. Los datos obtenidos se complementaron con los apuntes escritos durante el proceso de observación de campo⁽¹⁰⁾.

El estudio cumplió con los requisitos éticos⁽¹¹⁾ y fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello. Cuando las interrogantes relativas a la investigación en ambos hospitales fueron

aclaradas se dio comienzo a la recolección de los datos. Las normas éticas fueron previamente comunicadas y

obedecidas, en tanto todas las profesionales firmaron los términos del consentimiento informado.

El Modelo de Purnell para la Competencia Cultural



Características primarias de la cultura: edad, generación, nacionalidad, raza, color, género, religión

Características secundarias de la cultura: nivel educacional, nivel socioeconómico, ocupación, estatus militar, creencia política, urbana versus residencia rural, enclave de identidad, estatus matrimonial, estatus de los padres, características físicas, orientación sexual, cuestiones de género, y razón para la migración

- Inconcientemente incompetente: no ser consciente de que uno se carece de conocimientos acerca de otra cultura
- Concientemente incompetente: ser consciente de que uno se carece de conocimientos acerca de otra cultura
- Concientemente competente: aprender de la cultura del cliente, verificando generalizaciones acerca de la cultura del cliente y proporcionando intervenciones culturalmente específicas
- Inconcientemente competente: automáticamente proporcionando intervenciones de cuidado culturalmente congruente a clientes de diversas culturas

Model created by Larry D. Purnell, PhD, RN, FAAN. Reprinted with permission.

Figura 1 - Modelo para la Competencia Cultural de Purnell, 2002⁽⁹⁾

Los datos fueron analizados por el investigador principal y los demás autores de este artículo, según

propuesta de Leininger. Los temas tratados por las participantes se agruparon en los dominios de Purnell

involucrados. El conjunto de los datos obtenidos fueron validados como está previsto en el método OPR⁽⁸⁾, con cuatro de las enfermeras, dos de cada hospital. Ellas como parte de las informantes clave concordaron con los datos y temas culturales elaborados por los investigadores.

Los contenidos de los temas culturales son sustentados y ejemplificados por trozos de relatos extraídos de las narrativas de las enfermeras, que fueron identificadas mediante nombres ficticios y respectivos países de origen con la abreviatura oficial del país.

Resultados

Las enfermeras inmigrantes eran jóvenes, originarias de Brasil (1), Colombia (7), Ecuador (3) y de Uruguay (4), su coloración de la piel variaba de clara a trigueña, tenían pareja estable, en su mayoría, eran profesionales con menos de 5 años trabajando en el país y solo una tenía estudio de posgrado.

En la Tabla 1, son presentadas las características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras inmigrantes.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras inmigrantes en Chile, Santiago, Chile, 2010

Nombre (ficticio)	Edad (años)	País de origen	Coloración de la piel	Estado conyugal	Tiempo de actuación profesional en Chile (años)	Mayor grado de escolaridad
María	28	Colombia	Clara	Soltera	3	Licenciada
Melissa	27	Colombia	Clara	Conviviente	3	Licenciada
Andrea	44	Brasil	Clara	Conviviente	1	Doctor
Berta	27	Colombia	Clara	Conviviente	3	Licenciada
Lucía	28	Colombia	Trigueña	Conviviente	3	Licenciada
Amanda	33	Ecuador	Trigueña	Casada	5	Licenciada
Cristina	42	Ecuador	Trigueña	Casada	12	Licenciada
Estela	24	Colombia	Clara	Conviviente	3	Licenciada
Diana	27	Uruguay	Clara	Soltera	1	Licenciada
Isabel	28	Colombia	Trigueña	Casada	1	Licenciada
Gladys	28	Uruguay	Clara	Soltera	1	Licenciada
Nieves	27	Uruguay	Clara	Soltera	1	Licenciada
Lorena	34	Uruguay	Clara	Soltera	2	Licenciada
Karen	32	Ecuador	Trigueña	Separada	7	Especialista
Iris	28	Colombia	Clara	Soltera	4	Licenciada

Los seis dominios culturales del Modelo de Purnell referentes de las vivencias de las enfermeras inmigrantes en Chile son: Herencia-visión general, Comunicación, Rol y organización familiar, Fuerza de trabajo, Ecología biocultural, Prácticas de cuidado de la salud y Proveedor de cuidado de la salud⁽⁹⁾ y estos se agruparon en tres temas culturales: "En busca de mejores horizontes – la decisión de inmigrar", "Ganar confianza y establecer red de apoyo – inserción laboral y desempeño profesional" y "Ganar a la gente para ser aceptada – la adaptación laboral en un nuevo escenario cultural". Las enfermeras inmigrantes hacen un gran esfuerzo para superar las diversas dificultades, porque encuentran que la gente es diferente. Esto representa para ellas darse a conocer como persona para ser respetada y respetar a los demás.

El acercamiento de las enfermeras inmigrantes a los pacientes ha sido fundamental para sentirse aceptadas. Ellas naturalmente adoptan la "estrategia" de ganarse el apoyo de los pacientes pues les representa una ventaja adicional en su proceso adaptativo a una cultura desconocida.

Los temas culturales

En busca de mejores horizontes – la decisión de inmigrar a Chile

La existencia de muchas enfermeras, la baja remuneración, la insuficiencia de recursos financieros para adquirir los bienes necesarios para vivir y la falta de trabajo para la gran demanda de enfermeras formadas en el país de origen son los principales motivos de búsqueda de trabajo en Chile. También fueron mencionadas las aspiraciones de desarrollo profesional asociadas al mejoramiento en las condiciones y calidad de vida como factores a considerar en la decisión de migrar. A esto se suman escasas opciones y grandes dificultades de acceso a especialización y desarrollo profesional. Todos estos aspectos sirven como catalizadores en la decisión de buscar mejores horizontes para el desarrollo profesional.

El conocimiento de la decisión de emigrar y sus razones, conceptos de país, origen, residencia, sus afectos y situación económica conciernen a los conceptos del dominio de Purnell-Herencia y visión general. Asimismo

se identifican las dificultades de las enfermeras en el dominio-Fuerza de trabajo, en términos de autonomía y rol de género.

Uruguay que me dio educación, no trabajo (Lorena.uy); Colombia está saturado, se gana para sobrevivir (Berta.co); La calidad de vida no era buena (Estela.co); [...] aquí es mejor remunerado y te abre muchas puertas (Maria.co); [...] tienes mejores oportunidades [...] (Melissa.co).

Además, sus motivaciones para la búsqueda de una nueva opción de vida y de establecimiento profesional en la expectativa de una mejor calidad de vida que no tenían en sus países de origen corresponde a la búsqueda de status social dentro de la comunidad de las enfermeras. En este sentido, el dominio de Purnell-Rol de género y organización familiar es manifestado en su determinación de género de emigrar y su proyecto como integrante de una familia para mejorar su estilo de vida.

Ganar confianza y establecer red de apoyo – inserción laboral y desempeño profesional

Las enfermeras señalaron muchos aspectos que facilitan su inserción y el comienzo inmediato de las actividades laborales. Los factores facilitadores fueron la homologación de sus títulos producto de los acuerdos bilaterales de reconocimiento entre países de América del Sur, el déficit de las profesionales en Chile y el conocimiento de enfermeras de su país trabajando en los hospitales. Este proceso de mudanza y establecimiento de las enfermeras, estuvo caracterizado además, por el auxilio de parientes, amigos, enamorados o maridos.

Estas variables del proceso de inserción laboral de las enfermeras, ocupación y sus afectos se ajustan a los conceptos del dominio de Purnell-Herencia y visión general.

La documentación se nos facilitó por un convenio (María.co); [...] llegué y comencé a trabajar (Melissa.co); Vivo con amigas, uruguayas (Gladys.uy).

Las enfermeras inmigrantes comienzan a trabajar de inmediato a su llegada por la necesidad de estas profesionales en Chile, lo que les produce gran incertidumbre. El equipo de enfermería en los dos hospitales está formado por auxiliares de enfermería, enfermeras clínicas, encargadas y supervisoras. Los turnos del trabajo son variados según los servicios. Las enfermeras extranjeras están distribuidas en diferentes turnos y sectores del hospital desarrollando actividades directas con los pacientes.

En Chile, a partir de 1997, se reconoció la profesión de enfermera mediante ley, con tres grandes funciones: la gestión del cuidado, el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. El Decreto N° 140, de

2004, del Ministerio de Salud, establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud en su artículo 51, donde dispone que la "gestión del cuidado" comprende las acciones destinadas a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y, la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente⁽¹²⁾.

En este sentido, durante la inserción laboral, las enfermeras inmigrantes se sienten privilegiadas al ser valorizadas como profesionales, respetadas por sus colegas, los pacientes y la sociedad, como Proveedores del cuidado de la salud (dominio) a diferencia con sus países de origen donde dominaba el desestimulo.

Las semejanzas con la formación profesional en especial los aspectos técnicos del cuidado facilitan el desarrollo de sus actividades profesionales. El nivel educacional también forma parte de dominio Herencia y visión general de Purnell, y es vivenciado como positivo por las enfermeras inmigrantes.

[...] es todo muy parecido [...] (Andrea.br); el cuidado es similar [...] (María.co); [...] te valorizan mucho la experiencia, puedes avanzar y capacitarte (Estela.co); [...] el cuidado es de acuerdo a tus experiencia y habilidades [...] (Karen.ec); tus opiniones son respetadas [...] (Nieves.uy); Somos reconocidos por la sociedad [...] (Berta.co).

Ellas suponen que su manera de establecer contacto personal, de característica más cercana y cariñosa, contribuye al establecimiento de buenas relaciones. Sienten que son respetadas y bien recibidas por los pacientes. En las anotaciones de campo se registraron varias instancias donde las enfermeras se acercaban a los pacientes en forma amable y ellas eran correspondidas con respeto y gratitud durante el proceso de atención de enfermería. El acogimiento demostrado por los pacientes en razón a la amabilidad de las enfermeras inmigrantes ayudó al buen desempeño profesional. Todos aspectos que alcanzan los principios de autonomía, aculturación, asimilación, roles de género y prácticas de cuidado de la salud originaria, están en concordancia al dominio-Fuerza de trabajo de Purnell, e identificados por su manera de acercamiento afectuoso con los pacientes.

La relación con los pacientes es buena (Andrea.br); [...] somos amables y cariñosos con la gente [...] (Berta.co); [...] los pacientes están agradecidos por la atención [...] (Nieves.uy).

Ellas naturalmente logran ganar la confianza de los pacientes, estableciendo una red de apoyo en un contexto desconocido.

Ganar a la gente para ser aceptada – la adaptación laboral en un nuevo escenario cultural

Las enfermeras inmigrantes tuvieron que superar algunas dificultades para establecerse en el nuevo espacio cultural y profesional. Su adaptación laboral exige adecuación de su lenguaje para establecer una comunicación efectiva y poder trabajar, ellas buscan la mejor manera de hacerlo con el objetivo de lograr la aceptación en el trabajo y evitar malos entendidos.

Ellas consideran de gran importancia en este proceso comprender y ser comprendidas, para un desempeño profesional eficaz atribuido a la denominación adecuada y específica, tanto para los aspectos técnicos del cuidado así como los aspectos administrativos.

Las diferencias semánticas, de expresiones, modismos, o cambio de los significados de las palabras y de nombres de los insumos utilizados por las enfermeras son señalados como obstáculo al comenzar a trabajar porque dificultan la comunicación con sus colegas locales, pacientes y demás integrantes del equipo de salud.

La comunicación es un gran problema en las profesionales y cuando el contacto no es cara a cara, se preparan de la mejor manera posible para ganarse el respeto de sus colegas. En este sentido, se observó y se registró que la enfermera de origen brasileño se "preparaba", pensaba en la manera cómo debía comunicarse antes de hablar por el anexo telefónico con sus colegas chilenas de otros servicios del hospital.

Las dificultades presentadas para expresar sus pensamientos, ideas y sentimientos a las colegas locales y a los otros profesionales de la salud se ajustan al dominio cultural-Comunicación del Modelo de Purnell, en el uso contextual del lenguaje y sus variaciones como la comunicación no verbal.

[...] te hablan rápido (Lucía.co); [...] no les entendía nada [...] (Nieves.uy); *[...] mis palabras eran groserías (Diana.uy); [...] los procedimientos e insumos cambian [...]* (Berta.co); *[...] tengo dudas con el idioma para relacionarme con las enfermeras (Andrea.br).*

Las enfermeras inmigrantes sienten que las enfermeras locales desconfían de su formación profesional y tienen que demostrar su capacidad profesional para poder ser aceptadas. Las diferencias en algunas responsabilidades, de relacionamiento distante y clasista entre los miembros del equipo de salud, y la dependencia con los médicos son experiencias frustrantes que requieren de las enfermeras un esfuerzo adicional para su auto-adaptación profesional, ellas hacen un gran esfuerzo adaptativo en el nuevo escenario cultural de trabajo. La adaptación incluye superar las dificultades propias del ejercicio de la profesión y sus barreras culturales⁽¹⁾.

La diversificación de las funciones para las enfermeras inmigrantes se contraponen al cuidado que queda relegado al hacer-hacer con la consecuente pérdida del empoderamiento y del perfil profesional a la vez de sentir que estas prácticas contravienen las expectativas de la comunidad receptora de los cuidados. Ser "enfermera clínica" dificulta su accionar y les provoca insatisfacción personal por la pérdida del poder profesional que tenían en su país de origen. Ellas piensan que la forma de administrar el cuidado afecta negativamente al paciente y su familia y, consecuentemente los servicios de salud. Estas vivencias les generan un desgaste de su autoestima dificultando las relaciones profesionales y familiares. También mencionan diferencias en las responsabilidades en algunas las actividades del cuidado y la existencia de una relación de dependencia con los médicos o prácticas de cuidado de la salud diferente a las vividas en sus países de origen.

Las características como Proveedoras del cuidado de la salud (dominio), sus prácticas tradicionales, responsabilidad individual relativa a la salud, las prácticas de la salud y las barreras del cuidado de la salud y enfermedad conforman las creencias culturales de los dominios de Purnell.

El cuidado va más allá de los procedimientos técnicos, la comprensión de cómo se vive este proceso proporciona fundamentos para fomentar la reflexión y la autonomía en la toma de decisiones⁽¹³⁾.

Desconfían de los enfermeros extranjeros por desconocimiento (Berta.co); te ven con restricción, cuestionan lo que aprendiste [...] se delegan responsabilidades, hay clasismo por distanciamientos entre el equipo (María.co); [...] te atan las manos, me siento frustrada [...] (Lucía.co); *Es complicado [...]* (Lucía.co); *[...] me cuesta la adaptación [...]* (Cristina.ec); *[...] con hacer-hacer, la gestión del cuidado queda descuidada y se pierde el empoderamiento (Melissa.co).*

Entre los aspectos que dificultan la adaptación laboral de las enfermeras en Chile son narradas experiencias de rechazo, de relacionamiento profesional cuestionado y desigual de parte de sus colegas, así como de vulnerabilidad por la falta de apoyo, sentimiento de desamparo y soledad; de sobrecarga y estrés laboral, de discriminación y desconfianza todas experiencias frustrantes para la adaptación al nuevo escenario de trabajo. Estas vivencias afectan el relacionamiento entre las personas en el ámbito laboral y trascienden al ámbito familiar.

Algunas enfermeras sienten que los comportamientos de rechazo y discriminación directa u oculta en el ámbito laboral, como de relacionamiento de los integrantes del equipo de salud en Chile hacia las enfermeras inmigrantes, pueden relacionarse al color de la piel o a sus diferencias de estatura corporal. El dominio-Ecología biocultural

incluye las variaciones étnicas y raciales como el color de la piel y diferencias de estatura corporal que fueron percibidas.

[...] se siente racismo, comentarios que venimos a quitarle el trabajo, hay rechazo (María.co); [...] es otra cultura, estás expuesta al recelo y la discriminación (Isabel.co); [...] son reacios a los extranjeros, soy trigueñita y parezco peruana [...] (Lucía.co).

Por tanto, con resiliencia ellas permanecían en silencio para no involucrarse más allá de los temas laborales y evitar profundizar los conflictos en su intento por ser aceptadas lo que significa ganar la confianza de los nativos.

[...] uno crea defensa, personalidad, vive con eso (Berta.co); [...] trato de hacer mi trabajo y no involucrarme (Karen.ec).

Las enfermeras señalaron que, para establecerse en el nuevo escenario cultural, tuvieron que superar dificultades como Fuerza de trabajo (dominio) en su proceso de autonomía, aculturación y asimilación buscando ser aceptadas por todos los integrantes del equipo de salud, lo que significa ganar su confianza.

Discusión

Las enfermeras inmigrantes en Chile manifiestan que en sus países de origen tienen escasas oportunidades laborales, son mal remuneradas y exiguas posibilidades de desarrollo profesional.

La competencia cultural en los procesos identificados en la decisión de emigrar, de inserción profesional y de adaptación a la nueva cultura de las enfermeras inmigrantes en Chile está determinada por los dominios de Herencia y visión general, Comunicación, Fuerza de trabajo y Rol de género y organización familiar, Ecología biocultural y Proveedores del cuidado de la salud⁽⁹⁾. Manifiestan que la inserción laboral y su desempeño profesional son dificultosos por su necesidad de adaptarse a la nueva cultura simultáneamente al nuevo escenario profesional. Las diferencias de formación profesional, de responsabilidades y en concebir el relacionamiento en la gestión del cuidado hacen perder el empoderamiento de enfermería y provocan incertidumbre en las enfermeras inmigrantes en el nuevo escenario cultural.

Asimismo, percibimos que la mayor dificultad se establece en las barreras culturales, de comunicación, marginación, en la necesidad de las enfermeras de demostrar sus capacidades y en su relacionamiento con las colegas⁽¹⁻³⁾, además de tener que compatibilizar sus diferentes roles con sentimientos de desarraigo y a las demandas propias de nuevo estilo de vida que las tornan más vulnerables. Asimismo, algunas enfermeras sintieron de parte de sus colegas, desconfianza y discriminación,

lo que concuerda con los hallazgos de investigaciones de Australia, EE.UU. y Canadá⁽¹⁻³⁾. La adaptación incluye superar las dificultades propias del ejercicio de la profesión y sus barreras culturales^(3,14).

Las enfermeras inmigrantes en Chile comienzan a trabajar en los hospitales en una etapa de conciencia cultural inconscientemente incompetentes según el Modelo de Purnell para brindar el cuidado en el marco de la persona, la familia, la comunidad y sociedad global del nuevo contexto de país. El llegar a una nueva cultura implica vivir una tensión constante por el esfuerzo continuo de adaptarse, por la sobrecarga de ajustarse a la nueva sociedad en forma consciente y voluntaria. "Ganar a la gente para ser aceptada" fue el tema cultural central que emergió de las enfermeras inmigrantes que viven y trabajan en Chile. Simboliza para ellas un gran desafío en sus vidas que solas no pueden recorrer debido a que necesitan conciliar sus objetivos con las diferencias del medio ambiente cultural donde se desenvuelvan personal y profesionalmente en el nuevo país.

La competencia cultural es el desarrollo de un proceso consciente y no lineal, resultado de la adaptación al cuidado y la cultura. La conciencia cultural parte de la fase inconscientemente incompetente al no ser consciente que se carece de conocimiento acerca de la nueva cultura hasta llegar a la fase ideal inconscientemente competente en que automáticamente se proporciona un cuidado congruente con la cultura⁽⁹⁾.

A nivel internacional, en respuesta a las demandas de las enfermeras se proponen programas de intervención para mejorar la competencia de las profesionales^(2,14-15). En Ontario existe un centro de atención que proporciona preparación y asesoramiento a las enfermeras educadas en el extranjero⁽¹⁶⁾. Asimismo, los países deben adecuar las políticas para mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, desarrollando programas bilaterales de administración de las migraciones⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Existe la necesidad de una reflexión teórica acerca de la enseñanza de enfermería, partiendo de una conceptualización en relación al mundo globalizado y las repercusiones de sus paradigmas sobre el hombre y consecuentemente sobre lo aprendido por el estudiante de enfermería, validando la pertinencia del uso de un modelo bio-psico-social-económico-cultural que valore el cuidado de los individuos en los diferentes contextos⁽¹⁹⁾, involucrando en este cambio cultural a los profesionales de las instituciones de salud.

La preparación debe incluir el análisis institucional, la psicodinámica del trabajo y la teoría de la acción comunicativa. Estas tres áreas son distintas posibilidades para contemplar tanto la interacción profesional-usuario

como la interacción entre los profesionales⁽²⁰⁾. Muchos esfuerzos deben ser hechos para identificar y definir las competencias de salud global, pues estas están apenas en su fase inicial⁽²¹⁾.

Consideraciones finales

En general, las enfermeras inmigrantes en Chile se muestran satisfechas con sus logros, tanto en lo profesional como en lo relativo a sus proyectos, expresando un nivel de conformidad con sus estilos de vida en el logro de sus metas patrimoniales.

El proceso de establecimiento como enfermera en el nuevo país se caracteriza por la existencia de facilidades y dificultades. Las principales facilidades consistieron en la existencia de oportunidades de trabajo, algunas semejanzas en la formación profesional y el apoyo de los pacientes. Las dificultades fueron en relación a aspectos culturales en los cambios del significado de las palabras y el uso de modismos que generan dudas para comprender y ser comprendidas, así como el complejo relacionamiento con sus colegas, el desconocimiento de las políticas de salud y las nuevas responsabilidades en la gestión del cuidado.

El profesional tiene la ineludible necesidad de integración al entorno cultural desconocido, a normas, creencias y valores diferentes en el contexto social y del cuidado, basado en las conductas humanas, en la comunicación y las relaciones interpersonales

Las enfermeras inmigrantes en Chile comienzan a trabajar en los hospitales en una etapa de conciencia cultural, inconscientemente incompetentes según el Modelo de Purnell para brindar el cuidado en el marco de la persona, la familia, la comunidad y sociedad global del nuevo contexto de país. El llegar a una nueva cultura implica vivir una tensión constante por el esfuerzo continuo de adaptarse, por la sobrecarga de ajustarse a la nueva sociedad en forma consciente y voluntaria. "Ganar a la gente para ser aceptada" fue el tema cultural central que emergió de las enfermeras inmigrantes que viven y trabajan en Chile. Simboliza para ellas un gran desafío en sus vidas que solas no pueden recorrer debido a que necesitan conciliar sus objetivos con las diferencias del medio ambiente cultural donde se desenvuelvan personal y profesionalmente.

Es necesaria una reflexión dirigida al abordaje de la transición de la enfermera inmigrante en Chile para su integración laboral. Las instituciones de salud deben tomar decisiones que promuevan esos aspectos educativos en todos los profesionales para dar una respuesta competente, rápida y eficaz a las necesidades de sus servicios.

Esta investigación valida la necesidad de establecer un período de adaptación para las enfermeras que llegan a un nuevo escenario de unidad sociocultural y profesional. Sus hallazgos orientan a estrategias de políticas organizacionales de transición socio-cultural al mundo laboral para las enfermeras que llegan a Chile desde países sudamericanos. Acreditamos que este estudio basado en las experiencias de enfermeras con perspectiva transcultural contribuye al conocimiento paradigmático posmoderno y de las necesidades de nuestros profesionales para la promoción de la calidad del cuidado en los servicios de salud en el actual contexto de globalización.

Muchos esfuerzos a nivel mundial han sido orientados hacia la definición de las competencias culturales de los estudiantes de enfermería que deben ser incorporados en los currículos. Fue en este sentido que este estudio pretende contribuir en el caso de las enfermeras al conocimiento de necesidades de los profesionales de la salud en el contexto de la movilidad entre países. Aseguramos además, que los resultados de esta investigación constituyen evidencia para los organismos internacionales, investigadores de las universidades, profesionales de la salud y de educación continuada de las instituciones.

Se recomienda brindar apoyo a los profesionales durante el primer año de estadía, con programas educativos e intervenciones destinadas a obtener un progreso en su conciencia cultural y mejorar su nivel de competencia.

Referencias

1. Omeri A, Atkins K. Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *Int J Nurs Studies*. 2002;39:495-505.
2. Blythe J, Baumann A, Rhéaume A, McIntosh K. Nurse migration to Canada: pathways and pitfalls of the workforce. *J Transcult Nurs*. 2009;(20):202-10.
3. Hancock PK. Nurse migration: the impact on nursing education. *Int Nurs Rev*. 2008;55:258-64.
4. Malvárez SM, Muñoz González LA, Reyes Vidal A, Mandiola Muñoz E, Reyes Reyes C, Price Romero Y. Migración de Enfermeras de América Latina. Área de América de Sur. [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2011. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 60). [acceso 22 nov 2013]. Disponible em: www.paho.org/hq/index.php?...
5. Boelen C. Social accountability and excellence. *Educ Méd*. [Internet]. 2009 Dic [acceso 8 jul 2013]; 12(4):199-205. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132009000500001>

6. Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Rocha K Jr, Trevizan MA, Mendes IAC. Knowledge management in health: a systematic literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20:392-400.
7. Trevizan MA, Mendes IAC, Mazzo A, Ventura CAA. Investment in nursing human assets: education and minds of the future. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18:467-71.
8. Leininger M. Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13:189-92.
9. Purnell LD. The Purnell's model for cultural competence. *J Transc Nurs*. 2002; 13:193-6.
10. Parfitt BA. Using Spradley: an ethnosemantic approach to research. *J Adv Nurs*. 1996;24:341-9.
11. Gaudlitz MH. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Rev Chil Enf Respir*. [Internet]. 2008 [acceso 14 fev 2012]; 24(2):138-42. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200008>
12. Milos P, Borquez B, y Larrain AI. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2010 [acceso 18 fev 2013];16(1):17-29. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>
13. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. Scientific nursing production and Madeleine Leininger's theory: integrated review 1985-2011. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2011 [acceso 3 ago 2012]; 15(4): 851-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400027&lng=en. <http://dx>
14. Konno R. Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2006;(4):83-100.
15. McElmurry B, Solheim K, Kishi R, Coffia M, Woith W, Janepanish P. Ethics concerns. *Prof Nurs*. 22:226-35.
16. Pittman P, Aiken LH, Buchan J. International migration of nurses: introduction. *Health Serv Res*. 2007; 42(3 Pt 2):1275-80.
17. Malvárez S, Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Segunda Parte. *Rev Enferm IMSS*. 2006;14:145-65.
18. Castrillón MC, Pensando en la formación de profesionales de enfermería en América Latina. *Invest Educ Enferm*. 2008;26(2 supl):114-21.
19. Scherer ZAP, Scherer EA. Reflections on nursing education in postmodernity and the metaphor of a theory-practice gap. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(3):498-501.
20. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):19-26.
21. Wilson LL. Preparing nurses for global healthcare. [Editorial]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19:1279-8.

Recibido: 23.10.2012

Aceptado: 21.1.2014