



Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería ¿Estamos preparados?

**Esther Vivanco González, Silvia Hernández León,
M.^a Teresa Rodríguez Burgos, M.^a Luisa Villarde Estebanez,
Oskar García Aguirregomuzkorta, Ana M.^a Cobos Fernández**
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto (Osakidetza/SVS)

INTRODUCCION

El aumento de la población inmigrante en España ha sido un dato relevante en el año 2003. En el Hospital de Basurto, la unidad de psiquiatría ha sentido dicho aumento y conduce a los profesionales de enfermería a un replanteamiento de su dinámica habitual de trabajo al aproximarse a la diversidad cultural en los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

- Observar el perfil de la población inmigrante que precisa ingreso en la unidad de psiquiatría del Hospital de Basurto en el año 2003.
- Describir los fenómenos culturales que afectan a la salud y las manifestaciones que varían dentro de los grupos como entre los grupos.
- Analizar los diferentes modelos de aculturación y el cuidado enfermero en diversas culturas.

DESARROLLO

Durante el año 2003 en España consiguieron el permiso de residencia más de 300.000 nuevos inmigrantes, de esa manera la colonia extranjera se incrementó casi un 25%, aproximándose ya a 1,7 millones de personas.

Pese a que no ha habido ningún proceso de regularización extraordinario, o permiso de residencia, se ha elevado la colonia inmigrante a 1.647.011 personas, un 24,4% más que el año anterior. La décima parte de estos nuevos residentes legales (unos 30.000) ha accedido a los 'papeles' gracias a la figura de la reagrupación familiar. En el capítulo de las repatriaciones, las estadísticas revelan que 92.679 'ilegales' fueron devueltos a sus países el año pasado. El fuerte aumento de nuevos 'legales' en los últimos meses ha provocado que España haya triplicado su población foránea desde 1996: de 538.000 a 1.647.000. Cinco comunidades superan ya los 100.000 extranjeros residentes y aparecen como motor de la inmigración en España: Cataluña se afianza como la comunidad



con más foráneos (383.938), seguida de Madrid (355.035), Andalucía (208.523), Comunidad Valenciana (180.011) y Canarias (113.339). Estas regiones suman el 75% de los inmigrantes de todo el país.

El balance anual del Ministerio del Interior, cifra en un poco más de un 4% la población de origen extranjero residente en el territorio nacional. Un porcentaje que, según el delegado del Gobierno para la Extranjería, es “asumible” para España aunque este aumento exponencial de los últimos años se mantuviese en el futuro. Para Gonzalo Robles, las claves para poder absorber a tan elevado número de inmigrantes son la buena situación financiera del país, un crecimiento económico “superior” a la media de la UE y las buenas expectativas para los próximos años.

El País Vasco ha recibido 6.000 nuevos extranjeros, aunque no figura entre los destinos tradicionales para los inmigrantes, lo cierto es que tampoco ha quedado al margen de la tendencia al alza registrada en el resto de España. Según los datos del Ministerio del Interior, 6.139 extranjeros lograron el año pasado el permiso necesario para residir en el País Vasco.

Con este nuevo tirón, la población de foráneos se eleva hasta las 28.600 personas. Por territorios, Bizkaia (2.986 personas) recibió el mayor número de inmigrantes, pero en Araba (2.106) la subida ha resultado más significativa si se atiende a las cifras de población.

Las estadísticas de la Administración revelan que en el País Vasco el grueso de la colonia extranjera no procede de África, como ocurre en el conjunto de España. En el País Vasco, los inmigrantes de origen Iberoamericano son los más numerosos, con una representación total de más de 10.000 personas. Los extranjeros procedentes de la Unión Europea son el segundo grupo más fuerte con 8.500 personas. Sólo en Guipúzcoa el orden se invierte y los

Europeos ocupan el primer lugar en el listado de extranjeros que han cambiado su residencia.

Con estas cifras, el País Vasco se asemeja a Galicia o Aragón en la capacidad para atraer a ciudadanos de otros países. Eso sí, se mantiene por delante de las otras dos comunidades cantábricas, que apenas superan los 10.000 inmigrantes.

Los datos de inmigración en el País Vasco, como ya se ha comentado, con una tendencia al alza y sin ser una de las comunidades con mayor índice de inmigración, alcanzan en el 2003 el 1'3 % de la población, siendo la mayor representación de procedencia iberoamericana y cifrada en un 35% y seguido de la de origen Europea con un 30%.

Tras estos datos, a continuación, vamos a exponer el perfil del inmigrante hospitalizado en el Servicio de psiquiatría del Hospital de Basurto, centro de asistencia sanitaria que atiende a una población de 300.000 habitantes.

En el año 2003 el 4'5 % de los ingresados eran inmigrantes (en el 2002 fue del 3 %), y de ellos el 73 % eran hombres y el 27 % mujeres.

El perfil del paciente de sexo masculino es de origen Africano (68'2 %), con una media de edad de 33 años, el 30 % sin trabajo, mas del 60 % consumidores de tóxicos, la mitad con dificultades de idioma, el 90 % sin pareja estable y casi el 70% sin apoyo familiar. Han necesitado atención social durante su ingreso el 80 %, esta atención social la hemos dividido en cuatro bloques:

- Derivación a los Servicios Sociales de Base (85 %).
- Arreglo de documentos oficiales como contacto con Embajada o Consulado, situación de legalidad si fuera necesario, empadronamiento, gestión de TIS. y DNI y presentación de ILT (66 %).



- Localización de familiares o amigos, e incluso facilitación de salida a su país si fuera necesario (52 %)
- Alojamiento. Este puede ser en el Albergue Municipal, pisos protegidos (de diferentes asociaciones), pensiones o pisos compartidos (66 %).

El perfil del sexo femenino es el de una mujer de origen sudamericano (50 %), con una media de edad de 30 años y un trabajo "margina". El 60% refiere consumir tóxicos, poseen un manejo del idioma en general aceptable (mejor que el de los hombres) y el 50% de ellas una mejor cobertura familiar y/o de amigos. La mitad de dicha población se encuentra en situación de pareja estable y han necesitado asistencia social el 50 %.

El diagnóstico es similar en ambos sexos siendo clasificados en T. Psicótico (41 %); Trastorno Adaptativo (26 %) y Otros (33 %).

El seguimiento extrahospitalario y la adhesión al tratamiento tras el alta, es muy bajo, ya que el 40 % no sigue ningún tratamiento y el 35 % lo hace de forma irregular.

Con estos datos, podemos decir que, a pesar de que el mayor número de inmigrantes es de origen Iberoamericano, el porcentaje de pacientes con problemas de Salud Mental en nuestra comunidad es de origen africano, sin trabajo estable, sin recursos familiares ni económicos, con tendencia a consumir tóxicos y que tras el alta no sigue tratamiento de forma regular.

El incremento paulatino de inmigrantes y el acceso progresivo a servicios sociales y sanitarios, así como de salud mental, lleva a los profesionales a plantearse interrogantes, con respecto a la diversidad cultural, en su dinámica habitual de trabajo, y a reflexionar sobre la aculturación y los diferentes modelos integradores y/o segregadores que alentarían los

cuidados de enfermería, o bien como denominan otros autores, cuidados culturales.

El proceso de aculturación se refiere al traspaso de una cultura extranjera y la asimilación de ésta como propia.

El modelo de aculturación o modelo de integración descrito por J.W.Berry y V. Kim distingue cuatro tipos de adaptación cultural:

1. La **integración**. Es el resultado de la retención en la cultura de origen y el deseo de tener relaciones satisfactorias con la población del país al que se emigra.
2. La **asimilación**. La persona emigrante se olvida de su propia cultura y decide tener relaciones positivas con el grupo cultural mayoritario del país al cual se emigra.
3. El **rechazo**. La persona que emigra no abandona su cultura nativa y no tiene relaciones positivas con el grupo de la nación a la cual se emigra.
4. La **marginalización**. Es el resultado del rechazo de la cultura nativa por la persona que emigra y que además decide no tener contactos positivos con el grupo de la nación a la cual se emigra.

Dependiendo de la fase de adaptación a la nueva cultura en que el inmigrante se encuentre, condicionara el grado de estrés y el grado de patología mental. El resultado de la **asimilación** es una supeditación positiva para poder subsistir que conlleva una pérdida de la propia identidad, mientras que la **integración** sería la opción más difícil, pero la única e incondicional, para una sociedad pluricultural que se desarrolla hacia la interculturalidad. Desde nuestro punto de vista, la integración social del inmigrante merece una reflexión, ya que no toda la población inmigrante desea integrarse, ni todos entendemos la integración del mismo modo.



Actualmente, existen varias teorías, **“La teoría de la selección social”** que atribuye el que ocurran problemas de salud mental a la predisposición del individuo sin tener en cuenta las dificultades experimentadas por el inmigrante en la nueva sociedad. **“La teoría de la causa social”** lo atribuye únicamente al estrés externo. Parece más adecuado pensar en un *“modelo multivariado”* que englobaría características preinmigración, demográficas del individuo y postinmigración a la nueva sociedad.

La red de relaciones sociales tiene un papel fundamental. Las personas que han conseguido mejorar sus condiciones laborales, su movilidad socioeconómica y otras dificultades lo han hecho a través de la red de relaciones. Estas personas cuentan con un mayor prestigio social y por supuesto con una mayor autoestima. Por el contrario, la tendencia a la concentración espacial y la construcción de redes sociales por colectivos conlleva la posibilidad de formación de guetos y al aislamiento cultural y social.

En su dimensión cultural, parece que la integración implica la expectativa de que los inmigrantes tienen que hacer el esfuerzo de adaptarse al nuevo entorno. Pero lo que necesitamos es un proceso en dos direcciones por parte de los países de acogida; una que se promueva una cultura de aceptación de las diferencias y otra que se respete la propia identidad de los inmigrantes y sus necesidades específicas.

Los programas de integración para inmigrantes pretenden sumirlos en la cultura receptora, obviando la suya propia, cuando de lo que se trata es de aceptarlos con sus costumbres y tradiciones, pero ayudándoles a que aprendan a desenvolverse, en esta sociedad.

Los obstáculos de la sociedad receptora hacia la integración, pasarían desde el ámbito legal, ausencia de una política de inmigración, los estereotipos sociales (los inmigrantes están

relacionados con el subempleo, tráfico de drogas, delincuencia), hasta los impedimentos ideológicos (creencias y culturas aportadas por “los pobres” generan repulsas que derivan en xenofobia).

La situación se agrava cuando a los inmigrantes se les exige integración y se les critica que se constituyan en guetos. La problemática disminuiría si se eliminasen los prejuicios de la sociedad receptora y la estigmatización con respecto a este colectivo, ya que así se contribuiría a que ellos no se aislaran, ya que lo hacen porque “no son aceptados”, y para que esto suceda debe haber comunicación y aceptación.

El objetivo de la integración es doble: desarrollar la identidad personal y favorecer una participación armónica y coherente con la sociedad de acogida. Consiste en convivir interculturalmente, enriqueciéndonos mutuamente con las aportaciones del otro. Sería indispensable una educación intercultural para el cambio de valores y actitudes, posibilitando el mutuo enriquecimiento. La diversidad cultural es positiva y nos ayuda a planificar un proyecto para la nueva sociedad.

Para la integración de los inmigrantes se partirían de unos principios básicos: igualdad de trato, creer en la sociabilidad humana, y promover la solidaridad humana; sin olvidar que ningún grupo humano puede vivir sin su cultura, sin unas referencias de identidad propias.

El proceso de integración requiere de la sociedad una actitud abierta y tolerante; del colectivo inmigrante, voluntad de participación efectiva; de ambos, el interés mutuo por el conocimiento de las diversas culturas, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes. Esto solo sería posible, mediante una Política de Inmigración y un Plan de Integración Intercultural.

Existe la hipótesis de la migración como factor protector, poniendo en duda, el posible

efecto positivo de la aculturación. El mantenimiento de la cultura y las tradiciones tiene un efecto amortiguador frente al proceso de adaptación y la posible desestructuración del individuo, ya que implica, el mantenimiento de la propia identidad.

Entre los profesionales de la salud, se está debatiendo, si se deben crear programas específicos para la atención de los inmigrantes (modelo segregador), como ya existen en otras redes y experiencias europeas, con interesantes resultados terapéuticos. De este modo, se evitarían favoritismos hacia los inmigrantes con estos programas específicos, ya que pueden producir agravios comparativos y en consecuencia rechazos.

Cabe cuestionarse qué modelo sanitario sería más adecuado para dar cobertura a esta nueva demanda asistencial. Una posibilidad la constituiría, el ya comentado, modelo segregador, en el cual, la atención a los colectivos de inmigrantes pasaría por crear programas específicos, y por la formación de grupos de profesionales concedores con profundidad o más receptivos, si cabe, a sus particulares señas de identidad.

Sin embargo, podría suceder que este modelo de intervención obstaculizara las formas de adaptación menos positivas, al fomentar la marginación y la resistencia a los valores de la cultura receptora.

Por las razones expuestas, parece más adecuado defender un modelo asistencial integrador, en el cual, se apostaría por las llamadas **integración y asimilación** de Kim y Berry, como las formas óptimas de adaptación. Esto implicaría preparar a los profesionales sanitarios para un cambio de actitud frente a la diferencia étnica y cultural, así como invertir en la investigación y formación de todos los aspectos analizados. Y por supuesto, sin olvidar el exigir a los dirigentes políticos la creación de una red de servicios multiculturales, que haga

también participe a la población receptora y que sea capaz de dar respuesta a este nuevo y apasionante reto.

Una vez conocida la bibliografía básica sobre aculturación y los tipos de adaptación cultural que existen, pasamos a centrarnos en nuestro campo de actuación: la atención y cuidado a pacientes inmigrantes, dentro de un centro de asistencia sanitaria en salud mental.

Para ello, se revisa en qué aspectos más relevantes influye la cultura en la salud y en la enfermedad mental, cuáles son sus manifestaciones típicas y en que difieren de nuestra cultura las culturas de los países que más llegan a nuestra unidad, China, Africa (Camerún y Nigeria) y Sudamérica (Brasil y Cuba).

Giger y Davidhizar (1995) identifican una serie de fenómenos culturales que afectan a la salud y cuyas manifestaciones varían tanto dentro de cada grupo cultural como entre los diferentes grupos:

I. Orientación en el tiempo:

La concepción del tiempo debe ser valorada tanto en el presente y pasado como en el futuro. Las personas que están orientadas en el tiempo futuro tiene metas de largo alcance, esta es la orientación de la cultura dominante. Otras personas están orientadas más hacia el presente que hacia el futuro y están menos preocupados en programar hacia delante para llegar a tiempo. El concepto de tiempo no se formula por el hecho de llevar un reloj o seguir un calendario por así decirlo, sino por las necesidades —por ejemplo, comer cuando se tienen hambre, ir a algún lugar cuando se tiene tiempo— según van surgiendo.

- Para la cultura tradicional africana el tiempo no es una magnitud abstracta que transcurre continua e inexorablemente, y que es mensurable y cuantificable, sino que está vinculado a actividades y eventos relacionados



con uno mismo, de modo que cuando uno esta ocupado en alguna actividad o se esta refiriendo a algún evento, el tiempo se convierte en un concepto inexistente, o cuando menos irrelevante.

- En la mayoría de estas culturas africanas, el futuro no existe, solo cuentan con las únicas dimensiones temporales de pasado y presente. El tiempo es bidimensional, con gran peso del pasado puesto que actúa como guía y referencia indispensable para el comportamiento presente. El disfrute del presente tiene prioridad sobre cualquier acontecimiento futuro, algo siempre vago e impreciso. En una cultura donde esperar no supone ningún problema, las personas apresuradas y estresadas son vistas con cierta sospecha y desconfianza.

2. Espacio personal y territorialidad:

Implica el lugar de los comportamientos y actitudes de una persona hacia el espacio que se encuentra entorno a uno mismo. La territorialidad es una actitud hacia un área que una persona ha reclamado y defendido o reaccionado emocionalmente cuando otra la ha invadido. El espacio personal y la territorialidad están influidos por la cultura, y de esta manera los diferentes grupos étnicos tienen normas que cambian relacionadas con el uso del espacio.

En relación a la territorialidad, entre los indígenas brasileños existen diferentes grupos, con más de 175 lenguas y dialectos diferentes, donde las costumbres y las creencias varían considerablemente de un grupo a otro. Con la destrucción del Amazonas la desaparición de comunidades indígenas ha aumentado y entre las causas principales se encuentran los terribles procesos de aculturación a los que se ve sometido el indígena. Hoy en día la población se calcula en unos 200.000 indígenas, concentrados principalmente en el Amazonas, y aunque pueda parecer inverosímil, se estima

que alrededor de unas 40 tribus no han tenido contacto alguno con occidente.

3. Comunicación:

Es una parte integral de la cultura, desde que la cultura es considerada como sistema de meta-comunicación. La comunicación al igual que la cultura, influye y refleja la forma en que se expresan los sentimientos y el significado de los lenguajes verbal y no verbal. Las enfermeras deben ser conscientes de diversos factores relacionados con la comunicación. Estos incluyen tanto la comunicación no verbal como la verbal, los idiomas, la literatura y ejemplos de saludos.

A continuación y a modo de ejemplo, se resaltan entre multitud de ellos, hábitos sociales y formas de comunicación de individuos originarios de diferentes países con rasgos culturales muy dispares:

- En la cultura tradicional africana, las distancias interpersonales y la conducta táctil es bastante similar al nuestro. El apretón de manos es más ligero y más largo, en ocasiones incluso varios minutos. El apretón firme, rápido y preciso es tachado de rudo. El respeto se demuestra además de evitando el contacto visual directo moderando el volumen de voz. El africano disfruta con el debate y la oratoria, la práctica de la repetición la utilizan tanto como elemento definitorio de toda tradición oral, como para enfatizar algo o recapitular lo hablado, además de usar un sinfín de proverbios, figuras literarias y otros recursos retóricos.
- En Nigeria, se da mucha importancia al saludo y se considera una falta de respeto importante no saludar a otra persona. En Camerún, la mayor edad se reconoce por un toque de la mano izquierda al brazo derecho al estrechar las manos o al inclinar la cabeza. Para mostrar un respeto especial a la autoridad, un hombre debe inclinar el



torso mientras las mujeres hacen una reverencia o se arrodillan. Se evita la mirada directa a una persona de respeto pero un camerunés nunca da la espalda a otra persona. Los abrazos se reservan para la familia y amigos íntimos.

- En China, la mayoría de la gente no sabe ni conoce ningún otro idioma, ni siquiera conocen el inglés, y aún cuando hablen este idioma, existen importantes diferencias conceptuales. Es decir, más allá de la palabra existen diferencias conceptuales y filosóficas que hacen difícil la comunicación. Los chinos son corteses en apariencia, no elevando el tono de voz. Utilizan siempre el apellido por delante del nombre de la persona. Sólo los amigos cercanos o familiares les pueden llamar utilizando el nombre personal.
- En Cuba, se usa el nombre de pila para dirigirse a los conocidos, o el nombre sin el apellido. Con los extraños se usa compañero/a, señor/a. Entre los conocidos y los compañeros de trabajo son frecuentes los apodos. Al ser los cubanos extremadamente sociales, las visitas a amigos y familiares suelen ser frecuentes.
- Los brasileños son personas con buen sentido del humor, alegres, cordiales, gentiles y hospitalarios. La sensualidad, la sensibilidad y la intuición son otros de los rasgos que más les caracterizan.

4. Organización social:

Este fenómeno incluye aspectos culturales como la unidad familiar (nuclear, monoparental, extensa, orientación paternal o matriarcal, etc.) roles de género o comportamiento, y la organización de los grupos sociales (religiosos o étnico) con el que se identifica.

- En la tradición africana encontramos un fuerte colectivismo, la lealtad a la familia, al clan y al grupo étnico, por este orden, prio-

ritaria. Ello implica cooperación, hospitalidad consensuada, generosidad y plena disposición a compartir lo que se tiene. El amor y el respeto por las tradiciones, ritos y costumbres, que sirven como elemento de identidad y cohesionador del grupo.

- La familia angoleña, se caracteriza por la diversidad de organización familiar y comprende criterios relativos a la descendencia, los vínculos matrimoniales y a veces a la vivienda, es el espacio donde los niños están en contacto con los hermanos donde se transmiten normas y valores de la comunidad y se ejerce el control social.
- El rol de género dentro de la sociedad patriarcal en Angola es claro, los miembros mayores son considerados como portadores de sabiduría y el buen consejo y las tradiciones más comúnmente transmitidas van desde las ceremonias matrimoniales, hasta la adoración de los dioses, pasando por la circuncisión. Aunque la poligamia es práctica natural en muchas sociedades, la mayoría de los matrimonios angoleños son monógamos.
- En Cuba, la familia nuclear tiene una visión más extensa y aloja incluso a los abuelos.

5. Variables biológicas:

Existe un número incontable de variables biológicas o diferencias fisiológicas que contemplan la susceptibilidad para enfermar, las condiciones dermatológicas y los hábitos en los alimentos y en las comidas existentes entre los grupos étnicos.

6. Hábitos de comida y alimentación:

Los hábitos de comida y alimentación varían ampliamente entre los grupos culturales, de cualquier modo esas costumbres normalmente



conlleven una significación emocional y social. Por ello, es de ayuda para las enfermeras el tener una comprensión general de los hábitos de alimentación de los pacientes de diferentes culturas. Deberíamos ser conscientes de los significados culturales de la comida y de las preferencias de los alimentos.

- El no comer en muchas zonas de Camerún se considera un síntoma de estar enfermo. Es común, en Nigeria, el hábito de comer con las manos o sólo con la derecha. La comida principal es la cena y destaca el gusto por la comida especiada y picante. Las comidas formales son bendecidas en el nombre de los dioses o antepasados; a los mayores se les sirve primero; las mujeres no comen con los hombres o los jóvenes, sino junto a la lumbre con los pequeños y son ellas las encargadas de servir la comida. Es habitual, que se ofrezca agua antes y después de la comida para lavar las manos como ocurre en Camerún.
- En China le dan mucha importancia al color, aroma y sabor de la comida. Normalmente intentan eliminar el olor a caza o pesca utilizando para ello la cebolleta o el jengibre. Los alimentos tienen un alto valor medicinal para la población, ya que en esta cultura, la cocina y la medicina tienen el mismo origen. En cuanto a los rituales de la comida, es importante en esta cultura comer siempre sentado, normalmente los platos con palillos y la sopa con cuchara.

7. Control del entorno:

Esta es la habilidad de los miembros de un determinado grupo cultural para planificar actividades que controlen la naturaleza o dirijan los factores del entorno. Se encuentra incluidos los complejos sistemas de salud tradicional y las creencias sobre la enfermedad, las prácticas Folk de medicina y el empleo de sanadores tradicionales.

Estas creencias y prácticas juegan un rol vital en la respuesta que un paciente, familia o comunidad dada pudiesen tener con respecto al sistema de cuidados de salud y forman un nexo de unión con las Tradiciones de Salud, definidas como las creencias, prácticas, remedios o sanadores tradicionales de la persona con el propósito de mantener, proteger y restaurar la salud.

- En África, el respeto por el entorno y la tendencia a vivir en armonía con él y no a dominarlo y modificarlo, según la característica cultural occidental, es uno de los valores básicos. Son muy espirituales, el ateísmo y agnosticismo son incomprensibles. La superstición está muy extendida y presente en la vida cotidiana. Desde este punto de vista, resulta difícil separar la medicina africana de la religión africana. Por un lado, la teoría general africana sobre la enfermedad suele incluir la teología africana e intenta explicar, no solo la enfermedad, sino la relación entre la enfermedad y las fuerzas espirituales y por otro lado, los sanadores tradicionales suelen ser líderes religiosos y viceversa.
- Determinados pueblos, como los Sagala de Tanzania y sus creencias en la brujería, hace que se aferren a creencias que suelen ser responsables de acontecimientos no comprensibles: desde provocar enfermedades, hacer que una persona se comporte de forma desordenada, se vuelva alcohólica, estéril o impotente.
- En China, confían en la medicina tradicional por lo que en los hospitales suele haber una sección de medicina tradicional China, así como de medicina Occidental. Es muy habitual el uso del Tai-Chi como forma de meditación que fortalece la salud. Mediante estos ejercicios basados en la autodefensa se trabaja el equilibrio y la armonía.
- Brasil, oficialmente, es un país católico, sentencia difícil de mantener, ya que las



creencias populares, nacidas de un fuerte y sólido sincretismo, están presentes en todas partes. Entre estas creencias hay que destacar los cultos de origen Afro-Brasileño: el Candomblé y el Umbanda. En Candomblé es el culto de origen africano más ortodoxo. Tiene su base en la creencia de que cada persona tiene un “orixa” (Dios), desde el día de su nacimiento, que cuidará de su protegido durante toda la vida. Cada orixa tiene su personalidad y su particular historia, pudiendo ser masculinos o femeninos, o bien de los dos sexos (en determinados periodos). Para mantener a los Dioses fuertes y saludables es necesario ofrecerles comida, cigarrillos o perfumes, entre otras cosas, de acuerdo a las preferencias de cada orixa. El Umbanda, llamado también magia blanca, es una mezcla del Candomblé y las creencias espiritistas.

- Dentro de las costumbres brasileñas es importante destacar las conductas supersticiosas, trazos de magia y su gusto por los amuletos como invocación a la felicidad, la salud o la fertilidad.
- Por otro lado, algunos ritos y creencias indígenas se han popularizado recientemente. Algunos de estos ritos tienen como centro la “ayahuasca”, una bebida alucinógena que se obtiene de las raíces de dos plantas. La ayahuasca ofrece moral y fortalece el espíritu.

Desde nuestra mirada enfermera—o y en una realidad multicultural necesitamos descubrir dimensiones relevantes, que nos hagan reflexionar sobre el cuidado enfermero en diversas culturas con relación a la Salud Mental, cuidado humano y enfermedad mental.

Según Leininger, fundadora del campo de la enfermería transcultural, los conocimientos transculturales relacionados con el cuidado de personas que valoran su herencia cultural y sus estilos de vida, serán ejes para nuestras deci-

siones y acciones en la atención de Enfermería en la Salud Mental y la Enfermedad Psiquiátrica.

La teoría de los cuidados culturales de M. Leininger trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le este brindando el cuidado. Se centra en el estudio y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores existenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y enfermedad y de los modelos de conducta. Diferencia entre la enfermería transcultural e intercultural, con lo que pretende separar los campos de actuación enfermero y antropológico, respectivamente.

El propósito es desarrollar una práctica en la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal y suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural.

La enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación de cuidados específicos para cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Leininger afirma que existe aun un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que presta los profesionales de enfermería a sus profesionales de otras culturas. Sin olvidar que el hecho de pertenecer a un grupo cultural diferente al del paciente permite considerar nuestros valores específicos, comportamientos y actitudes durante todo el proceso de enfermería. El cuidado del paciente implica el conocimiento de los fenómenos culturales anteriormente citados y la utilización del proceso de atención de enfermería, cuyas fases analizaremos a continuación de modo breve:



La valoración de enfermería debiera recoger datos referentes a sus tradiciones de salud, donde se incluirían las creencias de salud o “sanación” y sus prácticas, variables no tradicionales y prácticas alimentarias, datos relacionados con el motivo de la migración, hábitos, costumbres, comportamientos valorados, sanciones y restricciones culturales, el lenguaje y el proceso de comunicación. Con respecto a datos sociológicos debieran incluirse estatus económico, estatus educacional, redes sociales, redes de apoyo familiar, sistemas de apoyo comunitarios y la influencia del racismo en las instituciones.

Los diagnósticos enfermeros debieran contemplar especificidades que se relacionen con sus diferencias culturales y resaltarlas de la forma más precisa posible a la hora de identificar las variables culturales, con tal de individualizar intervenciones que puedan ser planificadas y culturalmente apropiadas.

En la planificación de cuidados, se debiera dedicar una atención especial a la implicación de la familia, a la explicación de todos los aspectos de los cuidados, sobre todo si implican un cambio de hábitos, para lo que debemos habilitar al máximo, la comunicación y comprensión de la información y evitar ofender a los pacientes al observar determinadas actitudes en la interacción social.

La evaluación del proceso permitirá además de determinar en que medida se han cumplido las metas planificadas, evaluar nuestra actitud ante esos cuidados.

A modo de conclusión, prestar atención a la manera en que varían los pacientes con diferentes antecedentes culturales es importante si la enfermería quiere proporcionar cuidados culturales efectivos a todos los pacientes, reconocer sus derechos y no entrar en conflicto con normas éticas entre nuestro sistema y su cultura.

CONCLUSIONES

Este trabajo, ha supuesto, a través de la reflexión personal, una valoración de nuestra actitud y aptitud profesional ante esta demanda cultural y una crítica hacia nuestro “modus operandi” que nos ha permitido la unificación de criterios y captación de necesidades, asumibles por el sistema sanitario en el que nos encontramos inmersos. Apoyados por la teoría de Leininger, se constata de forma clara que cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

La recopilación y el análisis de toda esta información, nos ha permitido ser conscientes, entre otras, de la necesidad de formación específica, con el fin de conocer de forma integral, a los pacientes procedentes de otras culturas y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Si bien es verdad que no es fácil, por la diversidad de culturas que llegan, el hecho de habernos puesto a reflexionar sobre este tema en el equipo de trabajo, nos parece un gran paso. Este paso quizá no sea suficiente, pero sí el comienzo, para seguir formándonos, ya que en ocasiones nos parece que la falta de conocimientos, la incertidumbre y el miedo a lo “desconocido”, favorece el rechazo y la imposición de nuestras ideas o valores en las minorías.

En referencia a nuestra unidad, consideramos la existencia de algunos aspectos a mejorar. No debemos consentir, que la rutina y la estandarización nos envuelva y que olvidemos e infravaloremos pequeños detalles que favorecen la individualización y facilitan la recuperación y la integración del paciente en la unidad.

Con respecto a la metodología de trabajo en la unidad, se observan algunas carencias si



observamos y aplicamos en diferentes culturas el modelo de V. Henderson, reconociendo como ideal, una fusión entre el modelo de V. Henderson y el modelo de M. Leininger.

El estudio de las culturas con respecto a las diferencias en las 14 necesidades de V. Henderson nos ha permitido ampliar el campo de visión e incidir en determinados aspectos que se valoran dentro de nuestra cultura pero difieren de ella, entre ellos: los diferentes conceptos de salud-enfermedad, los roles, sistemas de organización familiar y diferencias de género, aspectos de comunicación verbal y no verbal (el idioma, el contacto visual, tono de voz, distancia interpersonal, gestos de cortesía y respeto, y canalización y expresión de emociones como la agresividad y la tolerancia a la frustración), concepto de uso y abuso de tóxicos, patrones de sexualidad, religión y espiritualidad.

También sería interesante intercambiar conocimientos y valores entre todos los integrantes del equipo y prepararnos para trabajar en este mundo intercultural que estamos creando con criterios comunes y bajo la perspectiva del cuidado integral.

En cuanto al tipo de adaptación cultural nos inclinamos por la integración en lugar de la

segregación, manteniendo y respetando la cultura nativa, pero aceptando las costumbres y normas de la cultura que recibe al inmigrante, es decir, con un respeto mutuo hacia ambas culturas.

Cabría preguntarse más que si somos racistas, si somos clasistas. Entendemos que quizá lo que nos suele molestar no es la raza de las personas sino si éstas “cumplen” las “normas sociales”, es decir, nos molestan los “marginados” sean de la raza que sean.

Como ejemplo, podemos decir que no nos molestan en general los “inmigrantes de oro”: (futbolistas y otros deportistas de elite, directivos de grandes multinacionales...) sino los que llegan en patera, en camiones y que dejan la vida en muchas ocasiones antes de llegar a su destino o los impulsados a la delincuencia como medio de supervivencia.

Esta claro que todo esto supone un esfuerzo por ambas partes, y que sin ser fácil, consideramos que con ganas, respeto y buscando puntos intermedios se puede llegar a producir un enriquecimiento de ambas culturas, aspecto que no nos dejará indiferentes, en nuestra formación como profesionales y como personas.





BIBLIOGRAFÍA

- Asociación navarra para la formación y el empleo (1993). “Modelos de integración”. En: Bases de análisis para un modelo de integración sociolaboral de inmigrantes. Informe presentado a la dirección general de migraciones. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pamplona.
- Colectivo IOE (1997). “Inmigración y mercados de trabajo en España “. I Congreso sobre inmigración en España. Instituto Ortega y Gasset.
- Jiménez Romero, C. (1998) “ Integración social”. En: Giner, S., Lamo de Espinosa, E. y Torres, C. Diccionario de Sociología. Alianza. Madrid.
- Pumares; P. (1998) “¿Qué es la integración? Reflexiones sobre el concepto de integración de los inmigrantes”. En Checa, F. (Ed.) Africanos en la otra orilla. Icaria–Antrazyt. Barcelona. 289–318.
- O’ferrall González C., Crespo Linares M., Gavira Fernández C., Crespo Benítez J. (2003) Inmigración, ¿Estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto? Interpsiquis.
- Federici, S. Games, M.I. Rabosto, S.C. y Montaña, P.I. (2001). La influencia de la cultura en la salud y la enfermedad mental. Interpsiquis.
- Spector, R.E. Teoría y método. Cultura, cuidados de salud y enfermería.
- Leininger, M. (1995). Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices. McGraw Hill, (2ª Edition), New York.
- Flórez Fernández, I. Ibarra Uría, O. Lafau Marchan, O. Crespi Font, M. Romera Torrens, M. Aguirre Osua, I. La inmigración como puerta de entrada hacia la psicopatología. I Congreso Virtual de Psiquiatría I de Febrero – 15 de Marzo 2000. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa12/conferencias/12_ci_e.htm
- Pérez e Iñigo Gancedo, J. L. De Rosa, E. (2002). Trauma y migración humana. Interpsiquis.
- Felipe Santamaría N., Gayoso Martín S., Guerra Bobo A., Martín Vivas C., Ruiz–Escribano Taravilla E., Zúñiga Guerrero A. Otero, A. Lasheras, J. Inmigrantes y atención sanitaria en España.
- Manrique, M. Reyes, I. Delgado, H. Jiménez, B. (2001) “*Madeleine Leininger. Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad*”. Universidad de Carabobo. Area de estudios de Posgrado. Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería. Valencia.
- Un enfoque cultural de la prevención y atención del VIH/sida: La educación familiar: un potencial subestimado. Angola: educación sexual, valores familiares tradicionales y VIH/sida.
<http://www.unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>.
- Eruesto, J. “*El deterioro de las culturas en los campamentos de refugiados*”.
<http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF14/RMF14.pdf>
- Rigol Cuadra, A. Ilundain Ayala, E. (2001). Estrategias para la valoración intercultural en Enfermería (Strategies for Cross–cultural Nursing Assessment.). INTERPSIQUIS.
- Castillo, S. Mazarrasa, L. (2001). “Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de mujeres inmigrantes”. Ofrim/suplementos.
- Cultura Africa Subsahariana. Aspectos culturales en la negociación empresarial: Africa Subsahariana.
www.africainformarket.org/