

## **Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura**

### **Evaluation of social conditions in the nursing care planning and applications involving culture**

**Daniel Leno González**

Licenciado en Antropología Social y Cultural. Hospital Ciudad de Coria. Escuela Universitaria de Enfermería de Plasencia (UEX). [dleno@unex.es](mailto:dleno@unex.es)

---

#### **RESUMEN**

La llegada masiva de inmigrantes a nuestro país, supone un enorme cambio demográfico, social y cultural, que conlleva una reflexión sobre la prestación de cuidados a pacientes, que no sólo tienen un fondo cultural diferente al nuestro, sino que aspectos ligados al propio proceso migratorio (organización social, el desarraigo y la exclusión social...), condicionan la salud del inmigrante y le convierten en persona vulnerable desde el punto de vista sanitario. El presente trabajo, trata de hacer una reflexión sobre estos aspectos sociales con influencia en la salud y enfermedad, y su repercusión en la asistencia y cuidados de enfermería.

#### **ABSTRACT**

The massive influx of immigrants to our country represents a huge demographic shift, with social and cultural impact, prompting a reflection on the provision of care to patients who not only have a cultural background different from ours, but, given the very migration process (social organization, the uprooting and social exclusion, etc.), makes the immigrant vulnerable in terms of health. This paper reflects on these aspects of social influence on health and illness, and its impact on nursing care.

#### **PALABRAS CLAVE | KEYWORDS**

enfermería | etnomedicina | inmigración | salud | nursing | ethnomedicine | immigration | health

---

### **Introducción**

A medida que nos adentramos en el siglo XXI, el profesional de enfermería se ve a caballo del filo de un enorme cambio demográfico, social y cultural. Muchos de estos cambios desempeñarán un dramático papel en la prestación de cuidados a un determinado paciente y su familia, los profesionales deben ser conscientes de esta realidad demográfica, de tal modo que sean capaces de ocuparse de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería de la población cambiante.

La existencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en muchas partes del mundo, lo que viene suscitando un profundo y continuado debate sobre las diversas valoraciones que se hace del término multiculturalismo cuando se liga a modelos de sociedad. El multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad observable: la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes.

Desde nuestra mirada enfermera y en una realidad multicultural necesitamos descubrir dimensiones relevantes, que nos hagan reflexionar sobre el cuidado de enfermería en diversas culturas, y su relación con la salud, el cuidado humano y la enfermedad. En este sentido y siguiendo a Leininger, los conocimientos transculturales relacionados con el cuidado de personas que valoran su herencia cultural y sus estilos de vida, serán ejes para nuestras decisiones y acciones de enfermería. La teoría de los cuidados culturales de Leininger trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindando el cuidado. Se centra en el estudio y el análisis de

las diferentes culturas del mundo desde el punto de vista de sus valores existenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta.

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. 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.

La valoración de enfermería, debiera reconocer datos referentes a sus tradiciones de salud, donde se incluirán las creencias de salud o "sanación" y sus prácticas, variables no tradicionales y prácticas alimentarias, datos relacionados con el proceso y 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 estos cuidados.

Podemos por tanto resumir y dividir los datos relacionados con la asistencia a un determinado paciente en: culturales, todo lo relacionado con el proceso de aculturación, sociológicos, psicológicos y biológico/fisiológicos. No todas las áreas son aplicables a todos los grupos o a todos los individuos de un determinado grupo; el profesional de enfermería deberá aclarar la relevancia de cada factor para cada tipo de paciente. Esta información puede recogerse con los datos de la historia clínica de enfermería convencional durante la entrevista.

Los datos culturales que han de recogerse incluyen el origen étnico, la raza, el lugar de nacimiento, traslados y mudanzas, hábitos y costumbres, comportamientos valiosos, sanciones y restricciones culturales, procesos idiomáticos y comunicativos, creencias y prácticas sanitarias, variables nutricionales y prácticas alimentarias. Entre los datos sociológicos se cuentan el estatus económico, el estatus educativo, las redes sociales, las redes de ayuda familiar, los sistemas de ayuda comunitaria y la influencia del racismo institucional. Los datos psicológicos abarcan el concepto del propio yo y factores de identidad, los procesos cognoscitivos y conductuales, las influencias religiosas y las respuestas psicoculturales al estrés y la enfermedad. Entre los datos biológicos y fisiológicos se cuentan los hallazgos raciales y físicos, las pautas de crecimiento y desarrollo, las variaciones en los sistemas corporales, las enfermedades más prevalentes en el grupo étnico y aquellas a las que quizá el grupo sea resistente.

Según Martha Lucía Vásquez, las dimensiones que inciden en la diversidad cultural de los grupos humanos y que deben tenerse en cuenta en el cuidado de Enfermería son:

- Etnicidad y la religión ya que estos son modeladores de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud.
- Inmigración que a pesar de las diversas causas (económicas, políticas, religiosas y sociales), tienen en común tres rasgos importantes: la ruptura sociocultural, familiar y con el modo de vida. Las diferencias culturales, sociales y de idiomas.
- Las dificultades de acceso a las redes sociales y entre éstas, a los servicios de salud.

El presente artículo trata de reflexionar desde la óptica enfermera sobre aspectos relacionados con el tercer apartado: organización social, exclusión social, pobreza y desarraigo.

### **Organización social**

En lo que se refiere a 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 (religioso o étnico) con el que se identifica.

Repasando algunos ejemplos, en la tradición africana encontramos un fuerte colectivismo, la lealtad a la familia, al clan y al grupo étnico, por este orden, prioritario. Ello implica la cooperación, hostilidad consenso, 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 prácticamente 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.

El inmigrante ve alterados todos los condicionantes de su salud de forma que se convierte en una persona vulnerable desde el punto de vista sanitario ya que debe afrontar un duro y complejo proceso en el que influyen cantidad de factores. Este es el origen de la teoría formulada por antropólogos sociales y autores estudiosos del fenómeno de la inmigración, esta teoría denominada el "inmigrante sano" plantea que, éste, cuando parte de su país de origen contrae una serie de obligaciones con su familia o grupo, consistente en trabajar, ganar dinero y enviarlo a la familia o aldea para mejorar la situación de estos en el país de origen.

Ellos saben, o intuyen la dureza del proceso migratorio, con todo lo que conlleva: país, cultura y costumbres diferentes; situación administrativo-legal siempre pendiente, separación de los seres queridos etc. Y es por estos motivos que deciden que el primer individuo que parta a la inmigración sea el más sano y fuerte, para que pueda hacer frente a todo el proceso.

Se hace preciso resaltar la importancia de involucrar a la familia del paciente o a las personas allegadas en todas las fases del proceso de enfermería. Sin embargo, las pautas de comportamiento familiar, como

hemos visto, varían de unos grupos culturales a otros, y en la mayoría de los casos el inmigrante no viene con su familia, de ahí la importancia del grupo cercano al inmigrante. Por todo ello el profesional de enfermería debe ser consciente de tales variables al involucrar a la familia en el proceso asistencial. Del mismo modo, también debe ser consciente de las diferencias específicas en la actitud hacia la familia que existe entre los distintos grupos étnicos.

## **Exclusión social y pobreza**

En lo que se refiere a exclusión social, el inmigrante es un grupo especialmente vulnerable. El proceso migratorio está ligado, generalmente, a condiciones precarias que afectan a su estado de salud. Influyen factores ambientales, económicos, sanitarios, de género etc. Uno de los problemas, es que no tienen posibilidades de participar en el proceso de planificación de las acciones para la mejora de la salud de su colectivo. Esto junto con otras causas de tipo económico, político y cultural, provocan muchos problemas de exclusión social en las sociedades receptoras de población inmigrante. Pero dediquemos unos minutos a reflexionar sobre qué entendemos por exclusión social.

### *A. Concepto de exclusión social*

Repasando diversas definiciones, exclusión social es:

- Proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven (Fundación Europea 1995).
- Los obstáculos que encuentran determinadas personas para participar plenamente en la vida social, viéndose privadas de una o varias opciones consideradas fundamentales para el desarrollo humano.

El concepto de exclusión social es multidimensional, y sus dimensiones pertenecen a tres áreas de gran importancia como son, los recursos, las relaciones sociales y los derechos legales, y son las siguientes: privación económica (ingresos insuficientes, inseguridad en el empleo, desempleo y falta de recursos), privación social (ruptura de los lazos sociales y familiares, fuente de capital social y de mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria, marginación social, alteración de los comportamientos sociales, falta de participación en las actividades sociales y políticas, deterioro de la salud), y privación política (carencia de poder, falta de participación en las dimensiones que afectan a su vida cotidiana, ausencia de participación política y escasa representatividad).

Según J. García Roca (1998), los procesos de exclusión social cuyos elementos incluyen factores personales, subjetivos y psicológicos, se caracterizan por: dimensión estructural o económica (carencia de recursos, derivada de la exclusión del mercado de trabajo), dimensión contextual o social (caracterizada por la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad de pertenencia), y dimensión subjetiva o personal (ruptura de la comunicación, debilidad de la significación y erosión de las dimensiones vitales).

El inmigrante es también grupo de riesgo para exclusión social por vivir en condiciones precarias, en situaciones de pobreza. Detengámonos también en este concepto.

### *B. Concepto de pobreza*

M. A. Mateo (2001) la define como, aquel proceso en el que las necesidades humanas consideradas básicas (salud física y autonomía) no pueden satisfacerse de forma prolongada en el tiempo o involuntariamente.

Los valores dominantes de cada momento en una sociedad y en una cultura establecen la forma de medir la pobreza. No sólo se refiere a la falta de medios económicos, sino a la carencia de otros factores. Podemos considerar como rasgos básicos del proceso de empobrecimiento: que tiene causas

estructurales, que permanece en el tiempo, que es dinámica, y que supone insatisfacción de necesidades básicas. Podemos también hablar de pobreza absoluta (no tener un mínimo objetivamente determinado para garantizar la supervivencia), y pobreza relativa (no tener lo mismo que los otros, estar por debajo de la media del país).

Según A. Sen (1998), al hablar de teorías de las capacidades, la pobreza es el no poder tener acceso a los recursos para ser capaz de realizar unas actividades mínimas relacionadas con la supervivencia, salud, reproducción, relaciones sociales, conocimientos y participación social.

### *C. Relación entre pobreza y exclusión social*

Al relacionar pobreza con exclusión social, unos ven la exclusión social como la causa de la pobreza, otros la consideran como parte de la exclusión social. Las situaciones de empobrecimiento y/o exclusión social tienen en sus bases rasgos de sociedades desiguales. La exclusión social está condicionada por las estructuras socioeconómicas y políticas de cada país. También está ligada a factores como la situación geográfica, y a otros como la discriminación por cuestiones de género, casta o etnia.

Dentro de los mecanismos estructurales de producción de exclusión social, la evolución de los fenómenos migratorios, es considerado uno de ellos, el cual se une a la persistencia del desempleo de larga duración, las consecuencias para el mercado laboral de los cambios en las sociedades industriales, el deterioro de las estructuras familiares, la evolución del sistema de valores, y la tendencia a la fragmentación social.

Frente a la pobreza y a la exclusión social, se manejan términos como la inserción o la integración social. Son términos distintos que se tienen que manejar en contextos diferentes. La inserción es una fase de la integración social. La pobreza es el mayor determinante individual de mala salud. Teniendo en cuenta que la OMS define la salud como el bienestar físico, psíquico y social, la protección de la salud significa la educación y la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación de todas las formas de pérdida de salud y la reinserción social de las personas, individual y colectivamente.

### *D. Pobreza y salud*

Al marcharse, los inmigrantes se llevan con ellos todo un abanico de características propias y, debido a que la pobreza y la necesidad de buscar mejores condiciones económicas son uno de los principales factores que originan su decisión de marcharse, los inmigrantes proceden, en su mayoría, de un entorno pobre, y presentan el perfil sanitario típico de dicho entorno. Las enfermedades de la pobreza, principalmente la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas como la hepatitis, así como enfermedades respiratorias asociadas a una alimentación insuficiente, a malas condiciones de alojamiento, a la superpoblación, a las malas condiciones higiénicas y de abastecimiento de agua, así como el acceso inadecuado a los servicios médicos, son todos los elementos que caracterizan a los inmigrantes procedentes de un entorno socioeconómico desfavorecido.

De todos los problemas sanitarios ligados a la pobreza y al acceso insuficiente a la atención sanitaria, la tuberculosis ha sido, históricamente, el más preocupante. La tuberculosis prospera en las comunidades que se caracterizan por una mala alimentación, unas malas condiciones de alojamiento, la superpoblación, un nivel educativo bajo, y un acceso limitado a la atención médica preventiva y curativa (Almeida y Thomas 1996). En Europa occidental, las mejoras aportadas en todos estos ámbitos han reducido notablemente el problema de la tuberculosis, pero semejantes progresos no se han llevado a cabo en las demás partes de Europa. En numerosas zonas de Europa oriental y central, especialmente aquellas que están marcadas por la guerra y los trastornos sociales, la tuberculosis sigue presente y constituye, hoy en día, un problema emergente con el riesgo de hacerse resistente a numerosos medicamentos. Ciertas enfermedades como la hepatitis A, son así mismo, preocupantes y requieren mucha atención.

Si no se ha establecido que dichas enfermedades constituyen una amenaza sanitaria importante para las

comunidades de acogida a inmigrantes, el riesgo de ser transmitidas en el seno de las comunidades inmigrantes es real. Los inmigrantes tienden a dirigirse a entornos sociales y económicos que siguen exponiéndolos a enfermedades ligadas a la pobreza (superpoblación y malas condiciones higiénicas). Asimismo, debido a que los inmigrantes tienden a quedar socialmente excluidos (por lo menos al principio) de las sociedades de acogida, entran escasamente en contacto con los servicios sanitarios existentes o recurren pocas veces a ellos. Esta situación es especialmente visible en el caso de inmigrantes que se desplazan para ocupar empleos de corta duración, y más aún en el caso de inmigrantes en situación irregular.

El posible papel de los movimientos de población en la propagación de enfermedades como VIH/sida y hepatitis B ha comenzado a llamar la atención. El riesgo de contraer dichas enfermedades es elevado cuando la naturaleza selectiva de la inmigración por razones de trabajo, conlleva grupos de inmigrantes con predominio del sexo masculino cuyos tipos de comportamiento sexual incluyen, el contacto con un número relativamente restringido de prostitutas. Las enfermedades de transmisión sexual se están convirtiendo en una gran amenaza para la salud pública en numerosas regiones de Europa oriental y central.

Un correlato adicional negativo en la relación pobreza y salud se debe al mal conocimiento que, generalmente, tienen las personas pobres sobre los principios y las prácticas en materia de promoción o de protección de la salud. La pobreza provoca sentimientos de fatalismo y la creencia según la cual no hay mucho que hacer a nivel personal para escapar a la enfermedad o a eventualidades, sin embargo, relativamente fáciles de evitar. Este tipo de ideas, aunque los pobres no tengan su exclusividad, se encuentra con mayor frecuencia entre éstos, y puede llevarlos a sentir cierta indiferencia de cara a las posibilidades de ser atendidos y a los servicios de prevención y de tratamiento. A este respecto, el nivel educativo es un factor importante, y los inmigrantes procedentes de entornos culturalmente desfavorables se encuentran en desventaja debido a su desconocimiento de las causas de la enfermedad. Además, su experiencia limitada de los servicios sanitarios y de los profesionales de la salud ha podido ser, en ciertos casos, insatisfactoria y, en las comunidades hacia las que se dirigen pueden tener dificultades para ponerse en contacto de forma eficaz con los agentes de los servicios de salud locales.

Tomados en su conjunto, estos factores y otros más pueden constituir obstáculos notables para la inmigración en buenas condiciones sanitarias, y especialmente así cuando las comunidades y los países de acogida no toman medidas para adaptar su respuesta a las necesidades sanitarias de los inmigrantes.

## **Desarraigo**

La emigración supone una ruptura con las rutinas diarias y está acompañada de cambios significativos en el contexto social y familiar con abandono y/o creación de nuevos roles sociales. Todo cambio de una cultura a otra induce en la persona una ruptura entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, siendo esta discontinuidad sociocultural un fenómeno que puede contribuir al desarrollo de trastorno psicológicos y somáticos (Hong y Holmes 1973). Cuanto mayor sea esta discontinuidad o cuanto más diferentes sean las culturas, el efecto de riesgo psicopatológico debería ser mayor ya que, se produciría mayor "shock cultural". En otras palabras, cuanto más diferentes sean las culturas mayor es el nivel de cambio e impacto que genera en el inmigrante.

Para un cuidado culturalmente competente se hace necesario no solo el conocer la cultura del inmigrante, sino el abordaje interdisciplinar en la asistencia sociosanitaria de personas de otras culturas.

Al centrar el tema en las consecuencias para la salud derivadas del desarraigo, se hace necesario hablar del estrés que puede afectar al inmigrante. Para Fernández Seara (1998) "el estrés más que una enfermedad es un conjunto de síntomas que surgen como consecuencia de unas exigencias y demandas jamás conocidas y a las que debemos dar constantes respuestas. El estrés es como una reacción de

nuestro organismo a un medio cambiante sobrecargado de estímulos que exigen de él una constante acción adaptativa".

El inmigrante debe adaptarse a una cultura, estilo de vida, idioma, clima, comidas, entre otras cosas y deben ser rápidos en esa adaptación. Al mismo tiempo deben enfrentarse a la nostalgia que produce la separación de familiares y amigos. Estos dos elementos: el adaptarse rápidamente y la separación de su familia y amistades pueden ser desencadenantes de un gran estrés.

El desarraigo es siempre un acontecimiento desestabilizador. Incluye un trastorno de la vida familiar y una ruptura radical con la cultura, los valores y la "seguridad" tradicionales. La incertidumbre que pesa sobre el trabajo y los demás elementos de la vida que los inmigrantes pueden considerar fuera de su control, agudizan su estrés y su angustia.

El "conflicto" cultural en la primera fase del contacto con la sociedad de acogida es un factor importante para la salud psicosocial y mental. Las dificultades lingüísticas son parte del problema y explican por qué numerosos problemas de salud, especialmente mental, tienden a no ser objeto de un diagnóstico exacto en los grupos de inmigrantes.

El estrés de los inmigrantes tiene cuatro factores vinculantes: soledad, al abandonar la familia; sentimiento de fracaso, al quedar sin posibilidades de acceder al mercado laboral; sentimiento de miedo, a veces por quedar sometidos a mafias, y sentimiento de lucha por sobrevivir.

Joseba Achotegui, psiquiatra de la Universidad de Barcelona, uno de los especialistas del llamado "el síndrome de Ulises", afirma que el perfil y la magnitud del trastorno son mayores de lo detectado, ya que sólo se conoce "la punta del *iceberg*". La enfermedad social fue bautizada con el nombre de la figura mitológica de la antigüedad, protagonista de la Odisea de Homero, que, atribulado por retornar a su país y a su casa, sufre peligros y adversidades.

Uno de los problemas a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en general, y el personal de enfermería en particular, es que no siempre se pueden identificar necesidades alteradas, derivadas de una posible patología mental, ya que a veces ésta es difícil de ser diagnosticada por el psiquiatra, debido a las diferencias culturales. Así, "mientras que los inmigrantes sudamericanos son capaces de expresar lo que sienten y te dicen que tienen estrés o están deprimidos, los africanos subsaharianos, por ejemplo, somatizan más la enfermedad y acuden a la consulta aquejados de dolores de estómago que, en realidad, obedecen a un trastorno mental", señala Teresa Hernando.

Una de las consecuencias de los problemas mentales que sufren los inmigrantes y del desarraigo es el consumo de drogas.

Los trastornos mentales diagnosticados en personal inmigrante se deben principalmente al duelo por separación de su entorno (duelo migratorio) y al estrés por los problemas que tienen (falta de papeles, de trabajo...), factores que causan el llamado síndrome de Ulises, que se traduce en depresiones, ansiedad, insomnio, cefaleas, fatiga, irritabilidad, confusión o pérdida de memoria y otros síntomas.

Por tanto la inmigración es un factor de riesgo para la salud mental, por ello para que el inmigrante reciba unos cuidados apropiados se hace necesario resaltar nuevamente, la necesidad de conocer la cultura de origen, de sus valores y de su concepción de la salud.

Las pérdidas psicológicas que ocasiona la inmigración, denominadas duelo migratorio, suponen "un complejo proceso de reorganización personal y un gran esfuerzo psicológico de adaptación a los cambios". La familia y amigos, la lengua y cultura, el paisaje, la situación social y el contacto con el grupo étnico son algunos de ellos. La depresión y la distimia son los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre los inmigrantes, además del trastorno específico conocido como síndrome Ulises, que se manifiesta con depresión unida al estrés.

Los inmigrantes tienen distinto sentido de la individualidad, de la culpa, de la concepción del hombre como centro del mundo y de la personalidad ideal. Existen además diferencias de poder dentro del grupo social, distinta valoración de lo masculino y lo femenino, de tolerancia de la ambigüedad y de forma de expresión de las emociones, por lo que, "para entender la expresión sintomatológica se ha de entender la cultura de origen, ya que los síntomas de la depresión en el colectivo de inmigrantes, como la tristeza, el llanto, la baja autoestima, la culpa, la ansiedad, las preocupaciones, la irritabilidad, las alteraciones del sueño, las cefaleas o la fatiga, poseen también características propias.

No todos los inmigrantes reaccionan de la misma manera. Algunos se deprimen, otros manifiestan síntomas en diversas partes del cuerpo. El dolor de cabeza, de espalda, alteraciones cardiovasculares, gastroenteritis, respiratorias, disfunciones en el sistema inmunológico (alergias), son algunas de las molestias que pueden padecer los inmigrantes. Muchos utilizan la somatización para expresar el duelo migratorio insuficientemente elaborado.

El estrés producido por la emigración puede producir aumento de las quejas psicosomáticas, de la ansiedad interpersonal e incluso, dar lugar a la aparición de psicopatías diversas. El estrés puede predisponer el desarrollo de enfermedades psicóticas. Las psicopatologías en los inmigrantes suelen aparecer con más frecuencia en las mujeres (depresiones). También pueden aparecer elementos paranoides.

Terminando con el tema del desarraigo, no podemos olvidar el envejecimiento de los inmigrantes. El incremento de la inmigración que se está viviendo continuará, según Jansá, produciendo cambios demográficos significativos en la sociedad española. En la actualidad, las consecuencias sanitarias de éste fenómeno demográfico no va más allá de una contribución significativa a la natalidad, ya que en general se trata de una población sana, consecuencia del brutal proceso de selección que afecta a la población que finalmente consigue llegar a nuestro país. En el futuro, y de acuerdo con lo que se observa en otros países con una mayor experiencia, el paulatino envejecimiento de esta población traerá problemas de salud mental asociados al desarraigo social y cultural. Las necesidades en salud vinculadas al envejecimiento de la población, se constituyen en buena medida por factores complementarios a estas mismas necesidades identificadas en la población autóctona. Así, a la ausencia de los hijos, jubilación, nuevo rol como abuelos, muerte de amigos y familiares próximos, empeoramiento de la salud y sentido anticipado de la muerte, debe añadirse la inexistencia o debilidad de redes sociales, la aculturación o falta de identidad respecto a sus culturas de origen y una menor capacidad económica. Es necesario, por tanto ir preparando al sistema de salud y a sus profesionales para estos nuevos retos. La atención a las personas de la tercera edad de origen inmigrante asentadas en nuestro entorno debe incorporar aspectos transculturales planteados en disciplinas como la enfermería, psiquiatría, gerontología y el trabajo social. Estas consideraciones deben irse incorporando ya en la formación y la cultura de estos profesionales. Debe considerarse como un valor la experiencia que muchos colectivos de inmigrantes están adquiriendo en los cuidados a personas autóctonas de la tercera edad, y finalmente, debemos anticiparnos a las necesidades desarrollando líneas de investigación y planificando de acuerdo con los datos resultantes.

### **A modo de conclusión**

La llegada masiva de inmigrantes es una realidad hoy en nuestro país, Los profesionales deben ser conscientes de esta realidad demográfica, de tal modo que sean capaces de ocuparse de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería de la población cambiante. El profesional de enfermería debe poseer un conocimiento básico de condicionantes sociales en esta población y que tienen repercusión en la planificación y aporte de cuidados.

La existencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en muchas partes del mundo, España no escapa a esta realidad, lo que viene suscitando un profundo y continuado debate sobre las diversas valoraciones que se hace del término multiculturalismo cuando se liga a modelos de sociedad. Está claro que desde la asistencia sanitaria, y por tanto desde los cuidados de enfermería, el



multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad observable: la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes.

La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con características diversas o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día a día. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, en tanto que la proximidad al "otro", el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene, provoca diversas reacciones. Reacciones que van desde las posturas más paternalistas, como son las posiciones de superioridad implícita al considerar al "otro", al culturalmente distinto, como alguien que no sabe, un menor de edad al que hay que guiar y dirigir, al que se debe educar, hasta las posturas más racistas y xenófobas en las que el "otro" constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a lo diferente.

No obstante, no se debe problematizar al grupo distinto, a aquello que lo caracteriza, es decir, a su identidad, y a lo que se percibe como conflictivo, su cultura, en relación, a la nuestra, ya que esto conduce a la marginación del grupo o grupos distintos, a situarlos en una posición estructural de marginalidad, de inferioridad respecto al resto. Con ello se les niega de entrada la posibilidad del pleno acceso a la sociedad mayoritaria. Se trata más bien de aprender a relativizar, de construir un marco, un mismo espacio social en el que sea posible la convivencia, no coexistencia sino convivencia, de las distintas culturas.

---

## Referencias bibliográficas

Balbo, Eduardo

2004 "Salud mental e inmigración magrebí", *Salud Global*, año IV, nº 4.

Bourdieu, Pierre

1991 *Language and Symbolic Power*. Cambridge, Polity P.

Calvo Buezas, Tomás

1989 "Actitudes y prejuicios de los españoles ante los refugiados y ante la los extranjeros", en *Movimientos humanos en el Mediterráneo occidental*. Barcelona, Institut Català d'Estudis Mediterranis: 259-270.

Fernández Seara, J. L.

1998 *Estrés, salud y bienestar psicológico*. Madrid, Aurensis Ediciones.

Leininger, M.

1994 "Teoría de los cuidados culturales", en Marriner-Tomey, *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid, Mosby/Doyma Libros.

Martín, A.

"Valoración social de la población inmigrante marroquí asentada en nuestra región", en *I Jornada sobre Pediatría e Inmigración*.

Moreno Preciado, Manuel

2005 *Una mirada antropológica del cuidado del paciente inmigrante*. Biblioteca Lascasas - Fundación Index.

Osorio, F.

2004 *Recomenzar vidas y redefinir identidades. Algunas reflexiones en torno de la recomposición identitaria en medio de la guerra y del desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo*. Bogotá, Unibiblos: 178, 180, 175.

Potter, J. (y J. Perry)

1996 *Fundamentos de enfermería*. Madrid, Mosby/Doyma Libros: 410-425.

Sandoval Shaik, O. A.

"Cómo el estrés afecta a los inmigrantes".

<http://www.psicocentro.com/cgi-bin/index.asp>

Vásquez, M. L.

"El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante".

*Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Disponible en:

<http://www.tone.udea.edu.co/revista>

---

Recibido: 5 diciembre 2008 | Aceptado: 12 febrero 2008 | Publicado: 2008-02

