

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012-2013

Trabajo Fin de Grado

Integración social: Multiculturalidad y Salud

- Autora: Noelia Navarro Aranda -

- Tutor: Francisco Checa Olmos -

RESUMEN

Nuestra sociedad ha ido cambiando constantemente en los últimos siglos, especialmente a causa de los flujos migratorios. No en vano España se ha convertido actualmente en una sociedad multicultural. Ahora bien, para que en esta, compuesta de múltiples colectivos, se pueda hablar de una verdadera integración social de las minorías, es preciso que estén garantizados aspectos básicos en el ser humano, como son el trabajo la educación, la salud y la vivienda. En esta investigación analizaremos, desde una revisión bibliográfica actual, cuál es la situación de este colectivo (inmigrantes recién llegados, migrados que residen en España desde hace unos años, mujeres inmigrantes y niños) y cómo repercute esta sobre su salud. Además queremos conocer más acerca de la cultura, creencias y valores de los diferentes colectivos (africanos, latinoamericanos, europeos...) para así poder comprender mejor las necesidades del paciente inmigrante y poder abordar los problemas que se planteen de una manera integral.

Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en la que tomamos como base diferentes revistas especializadas en enfermería y migraciones así como en base de datos.

PALABRAS CLAVE

“integración”, “migración”, “enfermería”, “salud”

INTRODUCCIÓN

La inmigración ha sido un tema de interés durante los últimos años a causa del incremento de población extranjera que ha tenido lugar en España. Este aumento ha dado como resultado una sociedad más diversa culturalmente hablando, pero esto a su vez ha supuesto una serie de retos en todos los ámbitos, incluso a nivel sanitario, ya que muchos inmigrantes pasan por situaciones extremas y viven en condiciones poco salubres que repercuten negativamente sobre su salud.

En este trabajo queremos ver la situación actual de este grupo poblacional y acercarla al colectivo enfermero. Queremos analizar cuales son los síntomas o patologías más comunes que presentan y conocer más acerca de su cultura, sus tradiciones, sus valores, su estilo de vida y creencias, porque esto ayudará al personal sanitario a entender y tratar al paciente desde una perspectiva holística. Contribuyendo con esto a una integración de estas personas a nivel sanitario.

OBJETIVO

Este trabajo tiene como objetivo:

- ❖ Conocer la situación actual de la migración en España.
- ❖ Acercar al colectivo enfermero a la realidad, las costumbres y creencias de diferentes culturas.
- ❖ Comprender el papel que juega la enfermería en esta situación y los recursos con los que cuenta.

METODOLOGÍA

En este proyecto hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la integración social, multiculturalidad y salud, para ello hemos hecho una búsqueda exhaustiva en revistas sanitarias y bases de datos científicas

DESARROLLO

La migración es un proceso histórico y constante que ha tenido lugar a lo largo de los siglos. Las personas comenzaron a migrar cuando se vieron con la necesidad de buscar mejores oportunidades de vida ya fuese porque en su lugar de origen no existían tales oportunidades o porque no satisfacían sus criterios personales. Estos movimientos migratorios son un hecho natural, inherente al ser humano.

Entendemos por migración al proceso mediante el cual un individuo se desplaza de una zona geográfica a otra, es un fenómeno que surge sobre todo en las sociedades industrializadas asociado a reestructuraciones económicas y sociales. Aunque son varios los motivos que dan lugar a este proceso, la mayor parte de los que emigran lo hacen por causas económicas buscando un mejor nivel de vida, el acceso a un empleo, mejores condiciones de trabajo y remuneración. Otras causas de migración se deben a cuestiones sociopolíticas, como por ejemplo persecuciones políticas y religiosas, conflictos bélicos, refugiados de guerras, catástrofes ambientales como terremotos inundaciones, etc.

Ningún país del mundo es ajeno a los procesos migratorios, ya sea como área de origen, de tránsito o de destino, casi todos los países del mundo cuentan con transformaciones económicas, demográficas, culturales y políticas asociadas a las migraciones.

En el caso de España hemos podido observar en las últimas décadas un aumento del número de inmigrantes.

El número de extranjeros residentes (con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor) en España a 31 de diciembre de 2012 se sitúa en 5.411.923. De estos 2.655.347 son de Régimen Comunitario 49,06% (El Régimen Comunitario es el régimen jurídico de extranjería que se aplica a los nacionales de países de la Unión Europea y de los países de la AELC, así como a sus familiares y los familiares de españoles que sean nacionales de terceros países.) y 2.756.576 son de Régimen General 50,94% (El Régimen General es el régimen jurídico que se aplica a los nacionales de terceros países, salvo que por razón de parentesco les sea de aplicación el Régimen Comunitario). Estos datos muestran una proporción similar entre Régimen Comunitario y Régimen General. Cabe destacar que el Régimen Comunitario ha seguido creciendo ligeramente desde diciembre de 2007 pasando del 46'36% al 49.06% en la actualidad.

Las principales nacionalidades residentes en España hasta diciembre de 2012 son las siguientes:

Tabla 1. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a fecha del 31-12-2012.

Principales Nacionalidades		
PAISES	Nº EXTRANJEROS	Variación Interanual: Respecto a 31-12-2011
Rumania	918.133	0,61%
Marruecos	869.713	4,13%
Ecuador	390.365	-3,34%
Colombia	269.949	-1,54%
Reino Unido	250.336	6,50%
Italia	193.257	7,23%
China	179.118	5,26%

Fuente: "Extranjeros residentes en España a diciembre de 2012". Informe de abril de 2013 del Ministerio de empleo y seguridad social y el Observatorio permanente de la inmigración.

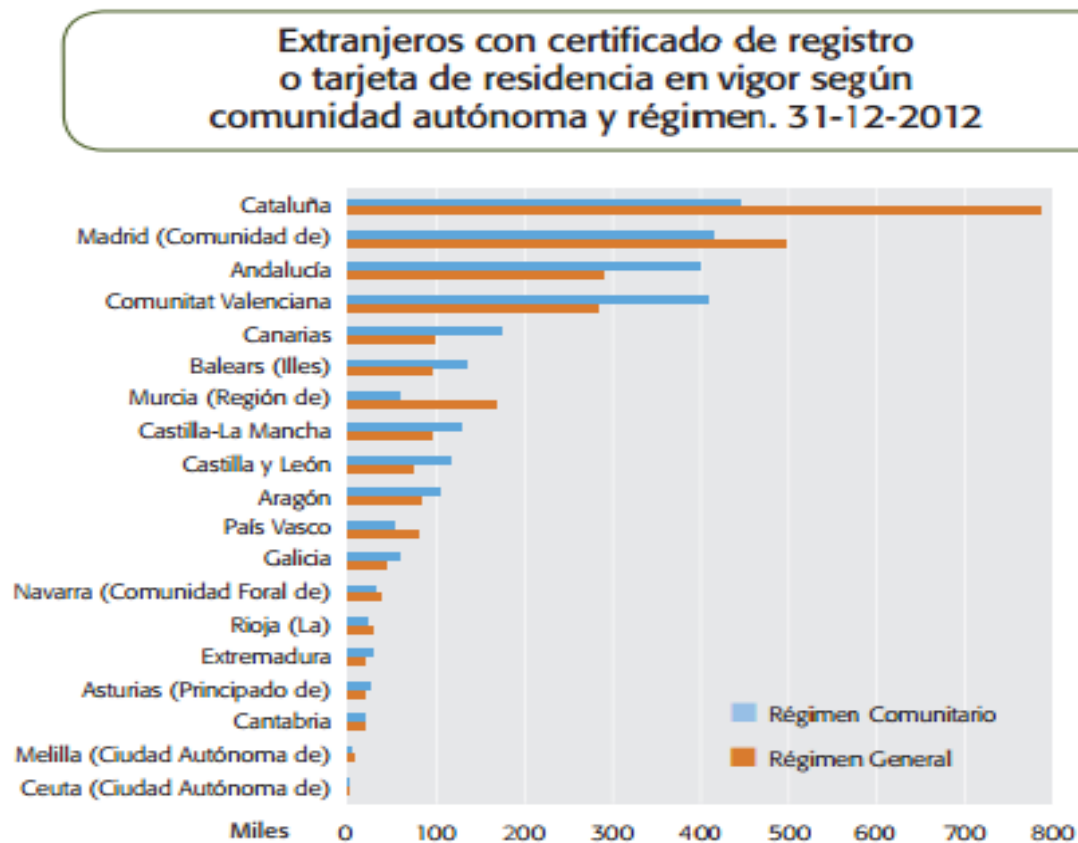
En esta tabla podemos observar que el número de residentes nacionales de Reino Unido e Italia ha aumentado entre un 6,5% y un 7'23% con respecto a 31 de diciembre de 2011, han sido las nacionalidades con más crecimiento.

Por el lado contrario se observa un descenso en el número de residentes nacionales de Ecuador y Colombia con una variación negativa interanual del 3,34% y del 1.54% respectivamente.

Y por último se puede observar que las nacionalidades que encabezan la tabla son la rumana y la marroquí, ambas las más numerosas en España a fecha de 31 de diciembre de 2012.

Estos son los datos nos muestran las cifras a nivel nacional, en la siguiente gráfica se muestra la distribución de estas cifras por comunidades autónomas.

Grafica 1. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor por CC.AA. a fecha de 31-12-2012.



Fuente: “Extranjeros residentes en España a diciembre de 2012”. Informe de abril de 2013 del Ministerio de empleo y seguridad social y el Observatorio permanente de la inmigración.

Como podemos observar Cataluña encabeza la tabla con 1.238.815 extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Le sigue la Comunidad de Madrid con 915.177 residentes, Andalucía con 696.453 y la Comunidad Valenciana con 696.315 residentes.

De los residentes en Andalucía el 57,93% son de Régimen Comunitario y el 42,07% son de Régimen General. Un dato a destacar de estas gráficas es que solo recogen los datos de la población extranjera con certificado o tarjeta de residencia, con lo cual la población extranjera restante no está reflejada.

En resumen el fenómeno de la inmigración en España sigue siendo un tema de actualidad, porque como hemos podido contrastar con los datos anteriores sigue incrementándose el número de personas de otras nacionalidades que recibe España, aunque este es mucho menos intenso que en otros y esto plantea un gran número de desafíos de tipo legislativo, político, cultural, social, laboral y de salud.

Por otro lado los fenómenos migratorios que se están produciendo en la mayoría de países y en España, en nuestro caso, da lugar a la confluencia de diferentes culturas.

Como ya decía Calvo (1995) hace unos años, “la sociedad española es muy heterogénea a nivel de sistema de valores, configuraciones mentales, orientaciones políticas y conciencias étnicas colectivas. Es, además una sociedad multicultural y multiétnica y lo será más en el futuro, no sólo por la diversidad autonómica, sino por la génesis de otras culturas y subculturas minoritarias”.

Las personas que migran y pasan a formar parte de nuestra sociedad traen consigo su propia cultura, y no podemos tratar de que la olviden o que incorporen la nuestra. Calvo hace referencia a la sociedad multicultural, pero debemos ir más allá y conseguir que nuestra sociedad sea intercultural. Para entender mejor los términos pasaremos a describirlos.

Según la UNESCO la cultura puede considerarse actualmente como “el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias, la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí

mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden”.

En cuanto a los términos de multiculturalidad e interculturalidad si analizamos la etimología de ambas palabras y nos centramos en los prefijos de cada una de ellas, “multi” hace referencia a la existencia de culturas diferentes, pero no hace referencia a la relación entre ellas, con lo que nos da a entender que no existe; por el lado contrario el prefijo “inter” hace referencia a las relaciones o intercambio entre las diferentes culturas y esto da lugar al enriquecimiento de todas las culturas.

Según Argibay (2003) la multiculturalidad se refiere a la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Estas culturas cohabitan pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas. La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles. Algunos autores como Quintana (1992), Del Arco (1998), en sus respectivos trabajos, dicen que el término “multiculturalidad” hace referencia única y exclusivamente a la yuxtaposición de las distintas culturas existentes en un mismo espacio físico, pero sin que implique que haya un enriquecimiento, es decir, sin que haya intercambio entre ellas. Por otro lado Buendía (1992), Quintana (1992), Del Arco (1998), dicen que el término “interculturalidad”, implica una comunicación comprensiva entre las distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de estas donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente, el reconocimiento y la valoración de cada una de las culturas en un marco de igualdad.

Podemos deducir que una de las claves que diferencia la multiculturalidad y la interculturalidad es la integración.

De acuerdo con Giménez es importante ante el fenómeno de la inmigración, ir reflexionando y favoreciendo la “integración” de los inmigrantes. Este autor define la integración como “el proceso de adaptación mutua de dos segmentos socioculturales

mediante el cual, la minoría se incorpora a la sociedad receptora en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen; y la mayoría acepta e incorpora los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para que lo anterior sea posible.”.

La palabra integración hace referencia a la acción y efecto de integrar o integrarse (construir o completar un todo con partes individuales o hacer que alguien pase a formar parte de un todo). La integración social la entendemos como un proceso dinámico y multifactorial que supone que gente que se encuentra en diferentes grupos sociales (ya sea por cuestiones económicas, culturales, religiosas o nacionales) se reúna bajo un mismo objetivo o precepto.

En este estudio queremos ver qué se hace desde el ámbito sanitario para integrar a estas personas y como repercute sobre las mismas.

A nivel legislativo los inmigrantes tienen derecho a la sanidad, integrándolos de esta forma a nivel sanitario en nuestra sociedad.

El marco normativo sobre el derecho a la salud de los inmigrantes es diverso y abarca el ámbito internacional, pero nosotros nos centraremos en el ámbito nacional, dónde el derecho a la asistencia sanitaria para los inmigrantes está reconocido en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social:

- Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Los inmigrantes que se hallen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
- Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.

Tabla 2. Situaciones en las que los inmigrantes tienen derecho a asistencia sanitaria

Derecho de los inmigrantes a una asistencia sanitaria		
	Situación regularizada	Situación NO regularizada
Adultos	Sí	Urgencias
Embarazadas	Sí	Sí, hasta 6 semanas después del parto
Menores	Sí	Sí
Otros	Sí	No

Fuente: artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.

Además, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 3 donde describe los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, indica en su punto 2 que las administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto-Ley; 2012).

No obstante, el 20 de Abril de 2012 el gobierno promulgó Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este nuevo Decreto-Ley implica modificaciones legislativas importantes que cambian sustancialmente la concepción de la atención sanitaria, aún queda por ver de qué manera afectará a este colectivo.

Para saber a qué nos referimos con salud veremos la definición que la OMS propuso en 1946 en el Preámbulo de su Carta Constitucional, la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Lo que destaca de esta definición es el carácter positivo ya que se considera a la salud, no sólo como ausencia de enfermedad sino cómo un estado óptimo positivo o de “completo bienestar”. Otra característica a destacar de esta definición es

que no solo hace referencia al área física del ser humano, sino que además se incorpora las áreas mental y social, dando así una visión holística del concepto de salud.

Una vez definido el concepto de salud pasaremos a conocer un poco más cuales son las dolencias o enfermedades que más inciden en la salud de las personas que migran. Veremos algunas de las más comunes además contemplaremos algunos conceptos desde el punto de vista cultural, ya que para el ámbito enfermero es imprescindible tratar de mantener una visión holística del paciente. Además cabe mencionar que dentro del colectivo extranjero se podría diferenciar entre las dolencias de la población recién llegada, la que lleva algunos años residiendo en el país, las mujeres y los niños.

Las características o perfiles de los inmigrantes que vienen a España es el de un individuo joven, con un buen estado de salud y que abandona su país originario en busca de una mejoría en las condiciones de vida a nivel individual y familiar. Esto quiere decir que son los individuos más fuertes de cada comunidad los que tienen mayor posibilidad de emigrar (Lavilla 2010).

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son susceptibles de sufrir el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o también denominado por Achotegui como Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego el cual, perdido durante muchísimos años en su camino de vuelta a Ítaca, padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos, y añoraba su tierra de origen pero se veía imposibilitado de volver a ella). La variedad de síntomas que componen este Síndrome constituyen hoy día un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental.

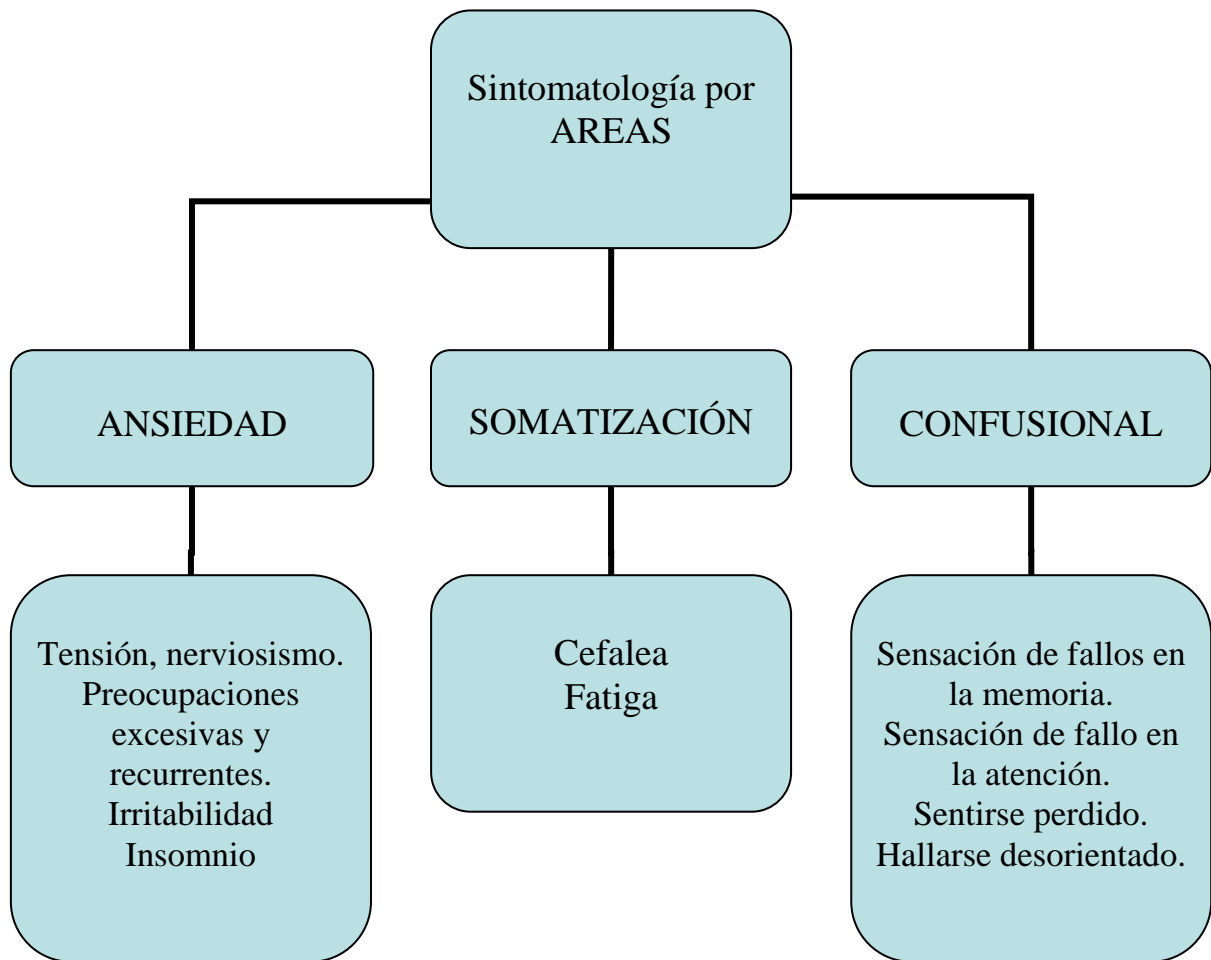
Existen 7 duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia, los riesgos para la integridad física. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas (Achotegui 2000).

Este síndrome es una situación de estrés límite, con cuatro factores vinculantes:

- *Soledad*, por la separación forzada en muchos casos de la familia y los seres queridos a los que no pueden traer. Los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas, extensas y que poseen fuertes vínculos de solidaridad por lo que resulta más difícil llevar el vacío afectivo.
- *Sentimiento interno de fracaso y desesperanza*, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral o al hacerlo en condiciones de explotación. Además si la persona decidiera regresar habiendo fracasado, resultaría más difícil para el ya que en algunas zonas por ejemplo de África se considera que quien fracasa en la migración es porque es poseedor de algún maleficio, por lo tanto sería visto con temor o como alguien peligroso.
- *Sentimiento de lucha por sobrevivir*, englobando dos grandes áreas, la alimentación ya que la mayoría de las veces estas personas no están bien alimentadas, entre otras porque mandan casi todo el poco dinero que ganan a sus familiares y porque no pueden reproducir los hábitos de origen en el país de acogida, lo que da lugar a una alimentación deficiente e incompleta que repercute en su salud. Y la otra área que engloba es la vivienda, porque muchos de ellos viven hacinados, en infraviviendas o en la calle y al igual que la alimentación repercute en su salud y calidad de vida.
- *Sentimiento de miedo*, por los peligros relacionados con la migración, con las coacciones de las mafias, con la detención y la expulsión.

Estos cuatro factores repercuten directa e indirectamente sobre la salud. Algunos de los síntomas más frecuentes de este síndrome son la tristeza, el llanto, la culpa y las ideas de muerte, además de otros que veremos a continuación en el siguiente esquema:

Esquema 1. Sintomatología, por áreas, del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, según Achotegui (2005).



Elaboración Propia.

El síndrome de Ulises es una de las dolencias que más afecta a la población recién migrada, pero ésta en ocasiones se agrava y se le añaden nuevas problemáticas cuando llevan un tiempo viviendo en el país al que migraron.

Otra de la problemática que sufren la mayoría de los inmigrantes que llevan unos años en el país de acogida y que repercute de manera negativa en su salud es el trabajo que desempeñan y en mucho de los casos la vivienda en la que residen.

La inserción laboral de los inmigrantes presenta algunas características que la diferencian de los trabajadores autóctonos. Los trabajadores inmigrantes trabajan con mayor frecuencia que los españoles en algunas ramas de actividad: en el caso de los

hombres los sectores de mayor inserción laboral son construcción y agricultura y en el caso de las mujeres, servicio doméstico y hostelería. Estos sectores donde se insertan los trabajadores inmigrantes, han sido, cada vez más, abandonados por los trabajadores nacionales debido, entre otras razones, a la flexibilidad y desregulación que caracterizan a dichas actividades (Martínez 1997). Algunos factores que podrían explicar la concentración de inmigrantes en ciertas ocupaciones y actividades económicas podrían ser el marco institucional, los prejuicios sociales respecto a la formación de las personas inmigradas, que determinan que los puestos ofrecidos sean los de menor cualificación, las redes sociales a través de las cuales muchos acceden a los puestos de trabajo y, por último, ciertos casos de discriminación directa en el acceso al empleo (Ministerio Sanidad 2003). Cabe destacar que la mayor parte de estos puestos de trabajo de escasa cualificación y gran flexibilidad se concentran de manera importante en la economía sumergida, ya que la utilización de mano de obra irregular se asocia fundamentalmente a menores costes para los empresarios; este trabajo irregular que desempeñan muchos de los trabajadores inmigrados no solo dificulta su integración y estabilidad, sino que los expone también a la marginación dentro de la sociedad de acogida (Amable 2007).

En el caso de las mujeres inmigrantes cabe prestar especial atención debido a que además de sufrir una situación desfavorable como inmigrante se añade la de género.

Cómo describíamos más arriba el trabajo, y en este caso de la mujer inmigrante, se encuentra limitado, la mayor parte de las veces, al sector del servicio doméstico, en dónde muchas de ellas trabajan como empleadas de hogar internas y esto como consecuencia les hace estar más aisladas. En el peor de los casos las mujeres se ven obligadas a tener que ejercer la prostitución por la falta de capacitación, la indocumentación y la necesidad de dinero. Esta situación les hace estar más expuestas a enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y embarazos no deseados.

Otra de las problemáticas con las que nos encontramos una vez que han accedido al sistema sanitario es la falta de control y seguimiento del embarazo.

En relación al niño inmigrante, son frecuentes los problemas relacionados con la nutrición, en la mayoría de casos por una alimentación deficiente o por falta de inclusión de algunos de los componentes básicos de la dieta. Esto puede deberse a falta de conocimiento por partes de los padres o por falta de recursos. Otro de los problemas

que se dan son las alteraciones en las relaciones afectivas que tienen lugar en niños que pasan gran parte de los días solos.

En vista de la situación de la población inmigrada con respecto a la salud y sus necesidades, el colectivo enfermero debe responder y actuar dentro de sus posibilidades y competencias; las enfermeras tenemos un rol único para conocer y entender a estas personas, por lo que debemos estar preparadas para ser competentes culturalmente.

Leininger sentó las bases de la enfermería transcultural a la que definió como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus capacidades o a su muerte.

Como Leininger decía los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados. El concepto de cultura viene de la antropología y se refiere a las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una cultura particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación como normas de comportamiento en la vida; mientras que el concepto de cuidado viene de la enfermería definido como la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte. Fue al sintetizar los conceptos de cultura y cuidado, cuando se creó el campo de la enfermería transcultural cuyo objetivo es proporcionar cuidados culturalmente adecuados a personas de diferente o parecida cultura.

En la relación enfermera-paciente muchas veces nos encontramos con dificultades, una de las más importantes es la comunicación, tanto verbal como no verbal. Algunos factores a tener en cuenta por el colectivo enfermero son:

- Lenguaje: es probablemente el factor más importante ya que puede afectar a todas las etapas del proceso de enfermería. Para tratar con cualquier paciente es importante una comunicación clara y eficaz, pero más importante resulta ser cuando hay barreras lingüísticas. Frecuentemente el paciente habla el idioma del profesional enfermero, con una habilidad limitada (es posible que no entienda términos sanitarios) o lo usa con significados connotativos diferentes. Una comunicación ineficaz con el paciente da lugar a retrasos innecesarios y costosos en el diagnóstico y tratamientos y además pueden producirse consecuencias

trágicas. En ocasiones es necesaria la figura de un intérprete o mediador cultural. Otras barreras lingüísticas proceden de las diferencias en los significados connotativos de ciertas palabras, de la falta de horizontalidad y el desconocimiento de la forma de actuación de la persona.

- Orientación Temporal: La orientación temporal también varía y la enfermera que tiene una actitud etnocéntrica hacia el tiempo puede encontrarse con dificultades para comprender y planificar la asistencia. Por ejemplo, ciertos grupos culturales consideran útil iniciar medidas precozmente para evitar la ocurrencia de la enfermedad en el futuro, mientras que otros grupos puede que vean poca utilidad en la planificación para el futuro y por tanto, no respeten las citas o no se molesten en suspender hábitos que comportan un riesgo para contraer la enfermedad. Esta diferencia en la orientación temporal puede llegar a adquirir importancia de cara a las medidas asistenciales que requieran planificación a largo plazo o explicaciones acerca de cuándo tomar la medicación. En la mayoría de las culturas africanas, el futuro no existe, sólo cuentan con las únicas dimensiones temporales de pasado y presente; el pasado actúa como guía y referencia indispensable para el comportamiento presente. El disfrute del presente tiene prioridad sobre cualquier acontecimiento futuro.
- Espacio personal y territorialidad: El espacio personal y la territorialidad están determinados culturalmente, por lo que los diferentes grupos étnicos tienen normas distintas acerca del uso del espacio. Los miembros del personal asistencial invaden el territorio personal de un paciente en el hospital, en el que se incluye su habitación, la cama, el retrete y sus pertenencias. La enfermera debe intentar respetar en lo posible el territorio personal de un paciente. El espacio personal se ve afectado por una gran cantidad de actividades enfermeras, en el transcurso de las cuales hay que considerar las actitudes del paciente hacia el espacio. Por ejemplo, ciertas medidas de Enfermería implican tocar al paciente, acción que puede resultar amenazadora para los miembros de ciertos grupos culturales. Las pautas de comportamiento pueden variar también en función de quién (hombre o mujer) puede tocar al paciente y dónde. La extrema modestia practicada por los miembros de ciertos grupos puede impedir a sus miembros solicitar asistencia médica preventiva; por ejemplo, las mujeres

tímidas acerca de la exposición física quizá eviten que un médico varón las reconozca. En el estudio de Moreno Preciado es en la higiene y en la visualización del cuerpo y de la intimidad donde se aprecia de forma evidente un fuerte rechazo a las rutinas hospitalarias.

Duque del Páramo añade algunas peculiaridades a tener en cuenta en la fase exploratoria de la entrevista, estas son:

- Estilo y velocidad de la conversación. La interpretación del paciente del silencio es diversa. En algunas culturas significa respeto y en otras se interpreta como ignorancia. Las personas que provienen de América Latina tienen como costumbre tratar de “usted” (incluso en la familia), dar el “tú” es visto poco considerado. En entrevistas a mujeres musulmanas hay que tener en cuenta que suelen venir asistidas por su marido. En estos casos, si se observa que él habla por ella, nuestras preguntas irán dirigidas al marido.
- Espacio personal. Las personas de acuerdo con su cultura mantienen una distancia física en las conversaciones y pasar estos límites puede ser agresivo. No hablar frente a frente, no extender la mano a una mujer musulmana o evitar mirarse a los ojos son signos de respeto. En la cultura Marroquí no se mantienen distancias, mientras conversan se tocan la ropa o apoyan sus manos sobre el brazo o el hombro de su interlocutor, sin embargo se evita tocar a personas del sexo opuesto.
- Contacto Visual. Evitar el contacto visual para algunas culturas es un signo de respeto. Mirarse. En otras sólo se realiza de igual a igual, en la cultura asiática se considera irrespetuoso mirar a los ojos a un superior. Por lo que en algunas ocasiones no debemos pensar en desinterés o falta de honestidad cuando nuestra mirada directa es evitada, sino conocer que puede tener otro significado.
- Contacto físico. Cada cultura tiene sus normas de lo apropiado e inapropiado del contacto. Algunas prohíben tocar ciertas partes del cuerpo. En sociedades musulmanas a los hombres no les es permitido ver a las mujeres no relacionadas descubiertas. Entre los del Asia suroriental, la cabeza es sagrada. No se debe

tocar la cabeza u hombros de nadie. Entonces, probablemente es mejor no tocar la cabeza de los niños de estos grupos (Lipson JG, 2000). Las personas del Medio Oriente, personas de culturas latinas, católicos o judíos ortodoxos se sienten incómodos de ser examinados por proveedores de salud del género opuesto (Ruiz Salvador D, 2006).

Deberemos de tener en cuenta pues la orientación temporal, el lenguaje, el estilo y la velocidad de conversación, el espacio personal y la territorialidad en nuestra práctica diaria y en la valoración de enfermería herramienta a través de la cual podemos acercarnos más a la realidad del paciente.

La valoración enfermera permite la recogida de datos desde una perspectiva holística ya que facilita la detección de problemas biológicos, sociales, culturales, psicológicos y espirituales, dándonos la oportunidad de atender al individuo o enfermo como un todo. En la primera fase se recogen los datos del paciente para determinar el estado de salud actual y evaluar así sus patrones de adaptación presentes y pasados, el proceso de valoración de necesidades de cuidados es semejante en la población inmigrada y en la autóctona.

La técnica que utiliza la enfermería para la valoración es la entrevista, ésta nos permite recopilar datos subjetivos, problemas de salud, motivación, actitud frente a la enfermedad.

La entrevista se divide en dos fases, la fase exploratoria en la que se recibe al paciente, se escucha el motivo de la consulta y se determina el motivo de la demanda o del problema y la fase resolutoria en la que se enuncian los problemas detectados, las propuestas de soluciones o recomendaciones, la valoración de la opinión del paciente, la toma de decisiones y el compromiso por ambas partes y plan de seguimiento.

Teniendo en cuenta toda la información descrita anteriormente intentaremos clasificarlas según los patrones de Gordon que más relevancia tiene:

Tabla 3. Consideraciones Culturales según Patrones de Gordon.

Consideraciones Culturales según Patrones de Gordon	
Nutricional metabólico	Cada persona tiene un tipo de alimentación según sus costumbres individuales y culturales. Esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de dar consejos nutricionales a personas de diferentes.
Sueño – descanso	Pueden verse interrumpidos o ser deficientes a causa de las condiciones de trabajo y de la vivienda.
Cognitivo perceptual	Tendríamos que tener en cuenta los estudios y conocimientos para adaptarnos, el idioma, la comprensión, si tiene dificultad, el estilo de comunicación no verbal; y la capacidad de aprendizaje.
Autopercepción autoconcepto	Cuales son las expectativas de la persona, si tiene opción de volver a su país, si tiene deudas pendientes, etc.
Rol – relaciones	<p>El trabajo que desempeñan la mayoría de inmigrantes suele ser de escasa cualificación, mala calidad, mal remunerados, de carácter temporal lo que unido además al desconocimiento de las maquinarias y medidas básicas de prevención de accidentes da lugar a condiciones insalubres y favorece los incidentes laborales.</p> <p>También tendremos en cuenta las condiciones de la vivienda en la que reside el inmigrante porque suelen ser deficientes en salubridad por hacinamiento, falta de agua y electricidad lo que puede favorecer la transmisión de algunas enfermedades infecciosas (tuberculosis, diarrea, sarna, etc.)</p>
Sexualidad reproducción	<p>Es importante tener en cuenta aspectos culturales, como el pudor y la feminización de la asistencia, para ofrecer una atención acorde con las concepciones que tiene la población inmigrante sobre cuestiones sexuales y reproductivas.</p> <p>Tenemos prevenir las enfermedades de transmisión sexual actuando sobre el desconocimiento o creencias erróneas acerca</p>

	<p>de determinados aspectos de los mecanismos de transmisión, informando del uso de métodos anticonceptivos, etc.</p> <p>Hay tener en cuenta que en colectivos como el africano la infertilidad en la mujer es un drama, es muy importante para ella poder tener niños.</p>
Adaptación tolerancia al estrés	<p>Tendremos en cuenta en este patrón el estrés, las manifestaciones de duelo, de soledad, de separación de los seres queridos, de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no consigue las mínimas condiciones para salir adelante y con los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio. Además también valoraremos la situación económica del paciente, su procedencia y origen étnico.</p>
Valores - creencias	<p>La religión juega un papel importante como modelador de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad en todas las culturas.</p> <p>Algunos musulmanes rechazan la carne que no esté sacrificada cumpliendo una serie de rituales. Entienden la enfermedad como un desequilibrio entre cuerpo y alma que puede ser efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos y hace al individuo responsable de la enfermedad</p> <p>Los latinos el concepto de enfermedad está relacionado con el cuerpo, dan importancia a la exploración física, pruebas complementarias y el empleo de la tecnología para diagnosticar la enfermedad.</p> <p>En America Latina, países mediterráneos, Oriente Medio y África está muy generalizada la creencia del “mal de ojo”, creencia de que los ojos son poderosos y de que alguien puede causar enfermedad o daño a otra persona con sólo mirarla. Por lo que se protegen con talismanes y amuletos, previenen con frases concretas y curan con rituales. En estos casos las personas pueden estar más preocupadas por la causa de la enfermedad que por su fisiología. Se consideran patologías basadas en causas personales y que no tienen curación médica.</p>

Fuente: Tirado Pedregosa, Gerardo (2010) “Valoración de Enfermería en la población inmigrante”.

CONCLUSIONES

Tras la lectura de todos los artículos recopilados y la realización de este trabajo hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Primera, la llegada a España de individuos procedentes de Colombia y Ecuador ha disminuido pero por el contrario han aumentado las cifras de otras como Italia y Reino Unido.

Segundo, no todos los procesos migratorios se viven de la misma manera, la adaptación al país de acogida es más fácil si las costumbres, creencias, valores y lengua son similares a las del país de origen. Por lo que los inmigrantes europeos y latinoamericanos tienen mejor adaptación que los africanos. Además las condiciones en las migraciones distan mucho de un colectivo a otro por lo que repercute de manera negativa en la salud.

Tercero, las migraciones dan lugar a la diversidad cultural, a una sociedad multicultural donde viven individuos con diferentes culturas pero que a veces no interactúan entre ellos o no están integrados socialmente. Con la integración de estas personas en todos los ámbitos y el conocimiento de otras culturas queremos dar lugar a una sociedad intercultural donde además de convivencia exista interacción cultural.

Tercero, el colectivo inmigrante, es un colectivo vulnerable que tienen dificultades económicas, psicológicas, sociales y espirituales y que la mayoría de las veces viven en condiciones insalubres que repercuten de manera negativa sobre su salud.

Cuarto, la enfermería transcultural juega un papel importante en la integración sanitaria de este colectivo, por lo que debemos acercarnos a la realidad de estas personas, conocer su cultura, creencias, valores, inquietudes y miedos para poder abordar de una manera integral, y entendiendo, la situación de salud del paciente.

Bibliografía

- Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002.
- Achotegui, J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría 2005 Volumen V, Nº 21. Pág. 39-53
- Achotegui, J. 2000. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M.
- Achotegui J. 2004. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. Volumen V, Nº 21. Pág. 88-100
- Amable M, Benach J, Porthé V. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber?, arch. Prev Riesgos Labor 2007; 10 (1): 34-39.
- Buendía, L. (1996). “Formación de los profesores para una escuela intercultural”. En I Jornadas sobre invernaderos e inmigrantes: Marginación y educación intercultural. Almería
- Calvo Buezas, T. (1995). “Aprender a vivir la diferencia”. En Vela Mayor nº 5 (13-18).
- Del Arco Bravo, I. (1998). Hacia una escuela intercultural. El profesorado: formación y expectativas. Lérida: Edicions Universitat de Lleida.
- Duque Páramo MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actual Enferm 2002; 5(2): 12-16.

- Giménez Romero C. Dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración. En: Rubio MJ y Monteros S. La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención. Madrid: CCS 2002: 99-125.
- Lavilla A, López J, Mejía P. Atención sociosanitaria a los inmigrantes. Taller Sur Zaragoza; 2010. [En línea] [Fecha de acceso: mayo de 2013]. URL disponible en: <http://tallersurzaragoza.wordpress.com/2010/11/20/asistencia-sociosanitaria-de-los-inmigrantes/>
- Leininger M. (1978). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Leininger M. (1995). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices. Columbus, OH: McGrawHill.
- Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (Boletín Oficial del Estado, núm. 10, del 12 de enero 2000).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, núm. 128, del 29 de mayo 2003).
- Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. Index Enferm (edición digital) 2000; 28-29. [En línea] [Fecha de acceso: el 6 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
- Martínez Veiga U. La integración social de los inmigrantes extranjeros en España. Madrid: Trotta; 1997.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de

Extranjería. Año 2003. Madrid; 2003. Disponible en:
http://extranjeros.mtas.es/es/general/DatosEstadisticos_index.html

- Tirado Pedregosa, Gerardo. Valoración de Enfermería en la población inmigrante. *Metas Enfermería* 2010; 13(4): 10-14.
- Plaza-del Pino FJ, Plaza-del Pino MD, Martínez Gálvez ML. Inmigración en el poniente almeriense: pobreza, desarraigo, salud mental e implicación en el cuidado. *Presencia* 2005; 1(2).
- Quintana, J. M. (1992): “Características de la educación multicultural”. En A.A.V.V. *Educación Multicultural e intercultural*. Granada: Impredisur
- Ruiz Salvador D, Ojeda Torralbo E, Morales Ortiz MA, Pino Alcaraz MI, Artero López C. Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Rev Cultura de los cuidados* 2006; 10(20): 76-82.