

# Comunicación **intercultural:** **aprendiendo** a conocernos

La inmigración es un fenómeno social casi inherente al ser humano en cuanto a su necesidad de mejorar económicamente o de abarcar lo desconocido. No obstante, en los tres últimos siglos, el volumen de personas que han cambiado su país de residencia ha ido en aumento, de tal manera que ha obligado a los de acogida a introducir importantes cambios para adaptarse a esa nueva geografía ciudadana. En este caso, hablaremos de los inmigrantes llegados a España, en general, y al País Vasco en particular, y sobre las implicaciones que ha tenido su acogida en el sistema público sanitario.

*“Preguntas, cíclope, cómo me llamo..., voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y Nadie me llaman todos...”*

*Homero (Odisea, Canto IX)*

### Resumen

Debemos ser coherentes con los estándares que impregnan nuestro sistema de salud: **universalidad, igualdad y equidad**, si no caeríamos en una contradicción. Para poder dar cobertura a esa asistencia sanitaria es necesario el entendimiento y para ello se hace imprescindible la comunicación. Y si la comunica-

ción, de por sí, ya es difícil y llegar a entendernos y comprendernos con nuestros semejantes resulta, a veces, complicado, mucho más difícil y más arduo resulta comunicarnos con personas con un idioma diferente al nuestro, con una cultura distinta y en una situación especial de incertidumbre, desconocimiento y adaptación. Si a esto le añadimos

la vulnerabilidad que acarrea tener un problema de salud, las dificultades para comunicarse se agudizan. Además, **el idioma es necesario** para tener un buen diagnóstico, para un tratamiento correcto, para dar las indicaciones adecuadas, aunque **debemos ir más allá porque un mismo idioma no garantiza el entendimiento**.

Por todo ello, la comunicación con los inmigrantes presenta un reto para los profesionales sanitarios en el ejercicio de su actividad asistencial. Hay que atenderles en igualdad de condiciones, de lo contrario estaríamos haciendo demagogia.

### Introducción

Somos testigos de primera mano de uno de los acontecimientos que más trascendencia tiene a lo largo de la historia universal: la inmigración.

Es uno de los fenómenos más importantes que ocurre en nuestra sociedad, tanto en el plano social y económico como cultural. En las dos últimas décadas ha ido en au-



mento y no podemos dejar de actuar ante los miles, millones de personas que, procedentes de diversos países, conviven con nosotros y nos muestran un mapa humano con una gran diversidad de culturas que conforman la sociedad actual. Sociedad que ha pasado de ser emigrante a ser receptora, a acoger a los que llegan.

### ■ Inmigración ≠ invasión

En los últimos estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) la inmigración aparece, de forma reiterada, como uno de los tres primeros problemas que más preocupan a los ciudadanos.

Se percibe como una invasión, una avalancha. Se identifica al inmigrante como el no deseado, el enemigo. La sociedad lo recibe bajo el prisma de los tópicos existentes que entorpecen y dificultan su comprensión.

Sin embargo, esa percepción no concuerda con los datos obtenidos en diversas investigaciones, que desmitifican esos tópicos y confirman que los inmigrantes no hacen un uso abusivo de las ayudas económicas y sociales ni colapsan los servicios sanitarios y, además, contribuyen económicamente en lo que les corresponde.

■ **La salud es un derecho fundamental.** Así se recoge en nuestra Constitución (Art.43). Disfrutar de ella sin restricciones es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Constitución OMS). Nuestro sistema sanitario público proclama la universalización de la salud (Ley General de Sanidad de 1986), y acuña la libertad, equidad e igualdad como notas características, aunque éstas se ven seriamente dañadas en la práctica.

■ **La asistencia sanitaria al inmigrante ha aumentado** progresivamente por lo que tenemos que aprender a tratarlos mejor, ya que en la actualidad existen desajustes. Los inmigrantes reciben atención médica pero no en las mismas condiciones que lo hace el resto de población autóctona. Los grupos minoritarios presentan riesgo de recibir una asistencia de peor calidad en cuanto al diagnóstico, tratamiento y servicios de prevención, que los recibidos por la media de la población. Los servicios de asistencia sanitaria no son lo suficientemente sensibles a las necesidades específicas de las minorías.

Para poder dar cobertura a esa asistencia sanitaria es necesario, ante todo, el entendimiento y para ello se hace imprescindible la comunicación. Y si ya, de por sí la comunicación es difícil y llegar a entendernos y comprendernos con nuestros semejantes resulta, a veces, complicado mucho más difícil y más arduo es comunicarnos con personas con diferente idioma al nuestro, con una cultura distinta y en una situación especial de incertidumbre, desconocimiento y de adaptación. Si a esto, además, le añadimos la vulnerabilidad que acarrea tener un problema de salud con lo que ello implica, se agudizan más las complicaciones en la comunicación. Por eso, presenta un reto para los profesionales sanitarios la comunicación con los inmigrantes en el ejercicio de su actividad asistencial

### Objetivos

Con este trabajo pretendemos:

- 1. Contribuir a desmitificar** las concepciones, en relación a la salud, que la sociedad tiene respecto de los inmigrantes en el ámbito laboral en el que nos movemos.
- 2. Analizar los diversos problemas de comunicación** que surgen en-



tre los sanitarios y este grupo de personas.

**3. Tras establecer los datos estadísticos, tratar de sensibilizar** y acercarse al lado humano del conflicto para establecer pautas de comunicación eficaz y efectiva, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y de los servicios prestados.

### Material y metodología

En la unidad en la que trabajamos, una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de diez camas polivalentes de un hospital general de agudos (Hospital Galdakao-Usansolo) que dispone de 439 camas, trabajamos con el método observacional de cortes retrospectivo y descriptivo.

El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) es una organización de servicios sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza que da cobertura asistencial a la comarca interior de Bizkaia, y es el hospital de referencia para una población de 298.190 personas —de las cuales 8.745 son extranjeras—, caracterizada por ser eminentemente rural y muy dispersa geográficamente. Para desmitificar las ideas erróneas en cuanto a la salud, optamos por un estudio comparativo entre la población inmigrante y la población autóctona. Para ello, realizamos un estudio estadístico que recogía el número de inmigrantes ingresados en los tres últimos años, 2005–2007, mediante la revisión de los episodios de ingreso y alta.

#### Nota

\* No pudimos obtener ni un solo paciente de origen asiático.

■ **La muestra obtenida no ha resultado muy cuantiosa** —39 pacientes inmigrantes ingresados—, lo que determina su escasa representatividad; para suplir esa carencia y poder establecer un perfil sociológico exploramos las siguientes variables sociodemográficas del muestreo:

- **La procedencia u origen** (pertenecer a alguno de los grupos de población emigrante con mayor representatividad en el País Vasco\*: magrebíes-subsaharianos, latinoamericanos y de Europa del Este)
- **La edad** (ser mayor de 16 años)
- **El sexo**

■ **Otras variables fueron:**

- **La causa del ingreso**
- **La estancia media en esta unidad**

Siempre en comparación con los resultados obtenidos de este grupo con los del resto de pacientes ingresados.

● **Los problemas de comunicación debido a:**

1. Las diferencias idiomáticas
2. Las diferencias culturales

■ **Para conocer mejor la implicación de estas variables se validó un cuestionario** elaborado por expertos en la materia y el propio personal implicado. Consta de siete preguntas tipo test para cada problemática, con cuatro posibles respuestas cada una. Una vez obtenidos los resultados, se estableció un intervalo de confianza del 95% (error = +/- 1,77%).

Todo ello, con el objetivo de analizar los problemas de comunicación. Por eso, no hemos tenido en cuenta la variante del sexo de los pacientes inmigrantes ingresados, porque es indiferente, ya que estudiamos el grupo en su conjunto.

Planteamos como variables, en este apartado, tanto el tiempo de estancia en la comunidad autónoma, como la situación socioeconómica, pero la ausencia de ambos datos en numerosas historias clínicas no nos ha aportado una información de peso para establecer diferencias de comunicación con estas determinaciones.

■ **Igualmente, llevamos a cabo una revisión bibliográfica y búsqueda bibliográfica** en Internet

mediante diferentes meta-busca-dores para lo que utilizamos como palabras clave:

- Inmigración y salud
- Inmigración y comunicación
- Relativismo cultural
- Mediación sanitaria
- Comunicación intercultural

## Resultados

■ **La muestra obtenida en la unidad en la que trabajamos es de 39 ingresos en el periodo 2005-2007:** en el año 2005, 11 pacientes fueron inmigrantes lo que representó el 1,12% de los 85 ingresos que hubo; en el año 2006, los pacientes de otros países fueron 16, lo que representa el 1,53% del total de pacientes ingresados ese año, que ascendieron a 1.045; en el año 2007, el número de inmigrantes atendidos en esta unidad fue de 12 de un total de 1.036, lo que supone una representación del 1,36%.

Por tanto, la media de los tres últimos años se establece en 13 pacientes inmigrantes/año, lo que supone un 1,27% de media en los ingresos totales del periodo estudiado.

Del total de pacientes inmigrantes ingresados en la UCI, 21 fueron hombres y 18 mujeres, con el siguiente reparto:

	2005	2006	2007
<b>Hombre</b>	2	10	9
<b>Mujer</b>	9	6	3

A la vista de estos datos podríamos establecer que, respecto al sexo, el 53,85% han sido varones y el 46,15% fueron mujeres.

Si bien durante el periodo objeto de estudio, hubo un mayor ingreso de pacientes masculinos, el porcentaje de diferencia, un 6,70%, no es reseñable.

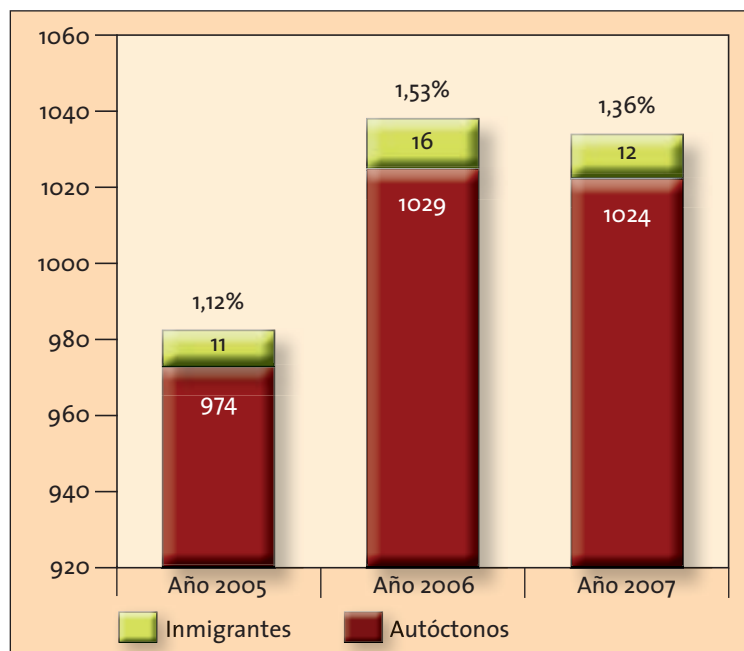


Figura 1. Pacientes ingresados en el periodo 2005-2007)

■ Países de origen

● De los 21 ingresos masculinos (53,85%):

- 7 fueron magredíes-subsaharianos (17,95%)
- 6 de Europa del Este (15,40%)
- 5 latinos (12,80%)
- 3 pertenecientes a otros países de la Unión Europea (7,70%)

● De los 18 ingresos femeninos (46,15%):

- 8 procedían de Europa del Este (20,50%)
- 6 de Latinoamérica (15,40%)
- 3 eran magredíes-subsaharianas (7,70%)
- 1 de la Unión Europea (Portugal) (2,55%)

■ Ingresos por edades

Pacientes inmigrantes	2005	2006	2007
Edad media	47	49	44

Pacientes autóctonos	2005	2006	2007
Edad media	63,7	64,2	63,4

El grupo de población inmigrante con más ingresos han sido los procedentes de la Europa del Este, con un 35,90% y donde más predominaba el sexo femenino. Seguido de los originarios de Latinoamérica con un 18,20%, donde ambos sexos estaban más equilibrados, y un 25,65% de pacientes africanos, donde se aprecia un predominio masculino (7-3). El resto, un 10,25% lo ocupan los procedentes de algún país de la CEE, donde ha habido más ingresos de hombres.

La edad media de ingreso de los pacientes inmigrantes es de 47 años, mientras que la media de edad de los autóctonos quedó establecida en 64 años. A la vista de este indicador podemos reseñar la diferencia

Tabla 1. Distribución de los Ingresos de Pacientes Inmigrantes

Años	2005	2006	2007	Total
<b>Sexo</b>				
Hombre	2	10	9	21 = 53,85 %
Mujer	9	6	3	18 = 46,15 %
<b>Edad media</b>	47	49	44	<b>46,6</b>
<b>Colectivo Africano:</b>				
Hombre	1	3	3	7
Mujer	2	0	1	3
<b>Europa del Este:</b>				
Hombre	1	2	3	6
Mujer	3	4	1	8
<b>Latinoamérica:</b>				
Hombre	0	3	2	5
Mujer	3	2	1	6
<b>Europeo Comunitario:</b>				
Hombre	0	2	1	3
Mujer	1	0	0	1
<b>Causa de ingreso Cardiológico:</b>	54,50%	62,50%	50%	<b>55,70%</b>
<b>Africano:</b>				
Hombre	1	3	2	6
Mujer	1	0	0	1
<b>Europa del Este:</b>				
Hombre	0	1	1	2
Mujer	1	2	0	3
<b>Latinoamérica:</b>				
Hombre	0	2	2	4
Mujer	2	1	0	3
<b>Europeo Comunitario:</b>				
Hombre	0	1	1	2
Mujer	1	0	0	1
<b>Otros:</b>	45,50%	37,50%	50%	<b>44,30%</b>
<b>Africano:</b>				
Hombre	0	0	1	1
Mujer	1	0	1	2
<b>Europa del Este:</b>				
Hombre	1	1	2	4
Mujer	2	2	1	5
<b>Latinoamérica:</b>				
Hombre	0	1	0	1
Mujer	1	1	1	3
<b>Europeo Comunitario:</b>				
Hombre	0	1	0	1
Mujer	0	0	0	0
<b>Estancia media ingreso</b>	<b>2,57%</b>	<b>2,70%</b>	<b>2,76%</b>	<b>2,67%</b>

Notas

\* Sólo se diagnosticó un caso de paludismo y ninguno más debido a una enfermedad infecciosa característica de sus países de origen.

\*\* Los pacientes varones africanos han sido los que más han sufrido este tipo de dolencia, seguidos por los latinos.



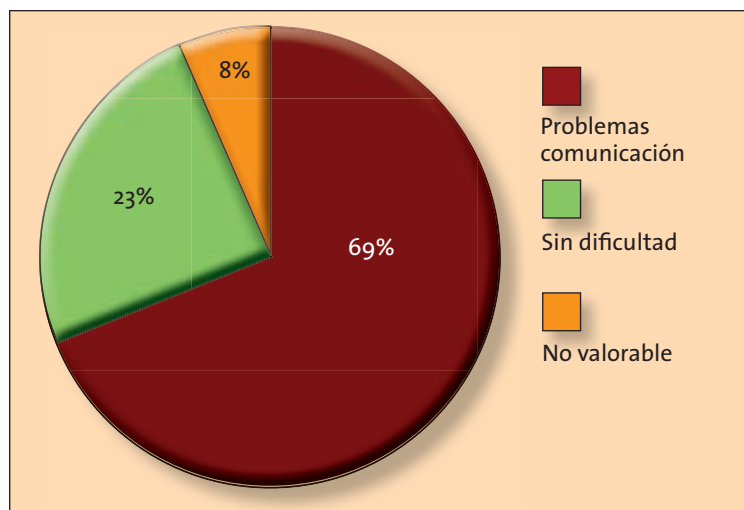


Figura 2. Problemas lingüísticos

existente entre la edad media de uno y otro grupo, siendo significativamente inferior la de los pacientes inmigrantes.

■ **Causas del ingreso.** Hay que distinguir entre los diagnósticos por motivos cardiológicos y los originados por otras patologías. En el periodo investigado, las causas más comunes fueron dolencias de tipo cardiológico (IAM, Scacest, Scacest PCI, cardioversiones, marcapasos...), lo que representa un 55,7% (distribuidas en un 54,5% en el año 2005; un 62,5% en el año 2006 y un 50% en el año 2007); el resto, un 44,3%, lo engloban diversos diagnósticos, (pielonefritis, encefalitis, intoxicaciones etílicas...), si bien destacan afecciones de ti-

po respiratorio: crisis asmáticas y neumonías\*.

● **Dolencias cardíacas.** De este 55,7% (22 pacientes), un 35,45% fueron hombres (14 pacientes con diagnóstico cardiológico) y el resto, 20,25%, fueron del sexo femenino (8 mujeres diagnosticadas de dolencias cardiológicas). Analizando la variable del país de origen en relación a la causa de ingreso, de los 22 casos:

- 7 fueron africanos\*\* (6 hombres frente a 1 mujer)
- 7 fueron de procedencia latina (4 hombres frente a 3 mujeres)
- 5 procedieron de Europa del Este (2 hombres frente a 3 mujeres)
- 3 pacientes vinieron de otro país de la UE

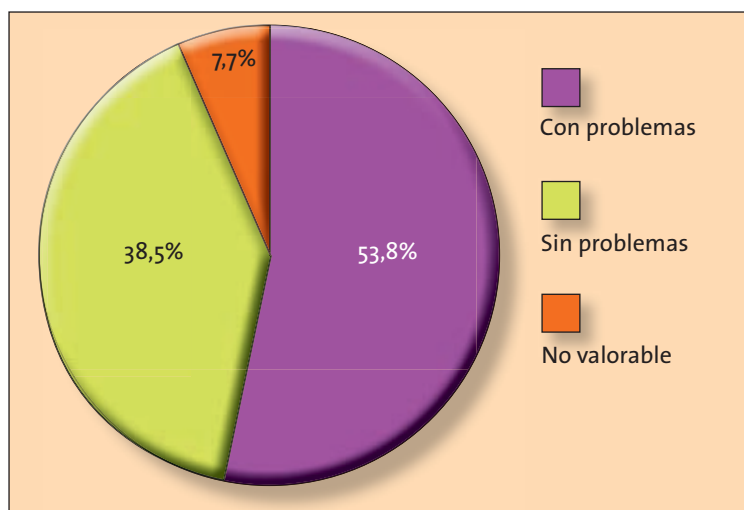


Figura 3. Problemas culturales

En cuanto a la población autóctona, las patologías causantes de ingreso no difieren demasiado, ya que el 65,4% representa las causas cardiológicas (un 64,8% en el año 2005, en el año 2006 un 63,5% y en el último año investigado 2007 un 68,1%). El 34,6% restante lo engloban diagnósticos de diverso tipo.

■ **Duración del ingreso.** La estancia media de ingreso está condicionada por la causa que lo origina.

- En las patologías cardiológicas se establece en 1'5 a 2 los días de ingreso.
- En enfermedades de otro tipo la estancia media varía en función del diagnóstico y evolución, estableciéndose en 7'8 días de estancia.

Los datos de la tabla 1. son idénticos a los obtenidos de pacientes oriundos; así, en el año 2005 la estancia media se cifró en 2,57; en el año 2006 en 2,70 y en 2,76 en el año 2007.

■ **Dificultades idiomáticas.** En el periodo analizado, y teniendo en cuenta la media de ingresos medios establecida en 13 pacientes inmigrantes por año, los resultados obtenidos son los siguientes: (figura 2).

- 9 de los pacientes atendidos (69,2%) presentan problemas de comunicación, tanto a nivel hablado como de comprensión, dificultades para entender y necesidad de interprete, que normalmente suele ser un familiar o alguien cercano a su entorno y de su mismo grupo étnico.
- 3 pacientes (23,1%) no tuvieron problemas de comunicación por el idioma ya que lo dominaban sin dificultad. Eran pacientes procedentes de Latinoamérica, donde el problema con la lengua no existe aunque sí las dificultades de comprensión por expresiones o significados.

● 1 paciente (7,7%) no es valorable por su situación (estado vegetativo persistente, coma...).

■ **Diferencias culturales.** En cuanto a las diferencias culturales, de los 13 pacientes inmigrantes ingresados: (figura 3).

- 7 pacientes (53,8%) presentan alguna particularidad en función de su cultura (dietas, horario de visitas, aseo...) que interfieren con la comunicación.
- 5 pacientes (38,5%) no presentan ningún problema.
- 1 paciente (7,7%) no es valorable por su estado.

Cabe señalar que no hemos detectado problemas de comunicación debido a las diferentes creencias religiosas de los pacientes, aunque los de origen africano sí han manifestado sus inclinaciones o preferencias a este respecto.

#### ■ Otras particularidades

##### ● Colaboración

La mayoría de pacientes inmigrantes ingresados presentan un alto grado de colaboración, un 84,6%; del resto, un 7,7%, no lo hace, y el otro 7,7% no es valorable por su diagnóstico.

Con respecto a su estado de ánimo:

- Un 77% se muestra apático, triste, deprimido...
- Un 15,3% no hace referencias de este tipo
- Un 7,7% no es valorable por su situación

## Discusión

Además de los resultados obtenidos en el estudio, para poder elaborar las conclusiones y en base a todo ello establecer una propuesta, hemos de tener en cuenta una

serie de consideraciones recogidas a través de la revisión bibliográfica llevada a cabo.

En España, la inmigración ha ido en aumento en las dos últimas décadas. Prueba de ello son los datos obtenidos de diversas fuentes: Instituto Nacional de Estadística (INE), CIS..., que cifran en cuatro millones y medio los inmigrantes que residen en España, lo que representa el 10% de la población total de este país. A día 1 de enero de 2007, de los residentes en este país, 40.630.000 tenían nacionalidad española y 4.480.000 eran extranjeros.

Según el INE, España superó los 45.000.000 habitantes debido, sobre todo a la oleada de inmigrantes recibida desde la década de los 90. Cabe señalar, además, que España es el segundo país, después de EE.UU., que acoge un mayor número de inmigrantes.

#### ■ Procedencia de los inmigrantes

Los inmigrantes proceden de diversos países, extracomunitarios y comunitarios:

##### ● Procedencia extracomunitaria

- 12,89% procede de Marruecos
- 9,45% procede de Ecuador
- 5,78% procede de Colombia
- 4,43% procede de Bolivia
- 3,12% procede de Argentina

##### ● Procedencia comunitaria

- 11,66% procede de Rumanía
- 6,96% procede de Reino Unido
- 3,63% procede de Alemania
- 2,98% procede de Italia
- 2,70% procede de Bulgaria

● **Las comunidades autónomas que acogen más inmigrantes** (extracomunitarios y comunitarios) son:

- Levante
- Andalucía
- Baleares
- Canarias

### La opinión de los especialistas

► **Las anotaciones realizadas en la historia clínica**, tanto por los facultativos como por el personal de enfermería plasman esa realidad: “Dificultad de comunicación”, “problemas para entendernos”, “importante barrera lingüística”, “no conseguimos valorar, parte por el idioma parte por la incomprensión de la situación”..., etc.

► **El 69,2% de las historias clínicas valoradas** contienen este tipo de anotaciones que hablan de casos en los que la comunicación no se ha establecido o ha contado con limitaciones. Este dato también es un reflejo de la mayor inversión de tiempo y esfuerzo que el personal sanitario emplea en la asistencia de este tipo de pacientes.

● **Y las ciudades a las que mayor número de inmigrantes comunitarios** acuden son:

- Madrid
- Barcelona
- Alicante
- Cádiz

● **Por el contrario, las comunidades autónomas con menor número de inmigrantes** son:

- Cantabria
- Extremadura
- Asturias

Respecto a la forma de entrada, y a pesar de lo que habitualmente se piensa, tan sólo el 8% de los inmigrantes irregulares que llegan a España lo hacen en patera o cayuco. Un 34% utiliza los medios terrestres, y el 58% llega en avión (en 2006, se interceptó a 17.408 sin papeles en Barajas) con visado de turista.

#### ■ Perfil del inmigrante y su forma de vida en nuestra sociedad

- Más de la mitad son hombres (53,4%) frente al 46,6% de mujeres.
- El 80% no supera los 45 años.
- El 57% tienen estudios secundarios y un 20% superiores.
- Los magrebíes y subsaharianos no vienen con sus familias, los latinoamericanos, en cambio, sí.

- Los trabajos que desempeñan habitualmente son: empleadas del hogar, agricultura, construcción y hostelería.
- Más de 200.000 son autónomos: el 68,7% varones y el 31,3% mujeres; empleados en reparación de vehículos, comercios (chinos), hostelería, actividades inmobiliarias, construcción y servicios sanitarios (argentinos). La Inspección de Trabajo detectó en septiembre de 2007 casi 8.500 infracciones de extranjeros sin permiso de trabajo.
- En marzo de 2008, 2.073.658 estaban afiliados a la Seguridad Social.
- Compran el 35% de las viviendas.
- Son padres del 17% de los recién nacidos.

■ **Las previsiones.** En los próximos 50 años se calcula que recibiremos 14.600.000 inmigrantes, y se llegará a los 59.7010.000 de habitantes en el año 2050.

#### ■ La situación en el País Vasco

En la comunidad autónoma del País Vasco, el fenómeno migratorio tiene características diferentes que hay que tener en cuenta a la hora de realizar estudios sobre cuestiones de salud en relación al colectivo inmigrante.

La población de extranjeros es, según datos obtenidos por el Observatorio Vasco de Inmigración (OVI), inferior a otras comunidades: en 2007 la cifra de inmigrantes empadronados ascendía a 98.108 personas, lo que supone un 4,6% del total de la población, con un incremento del 48% desde el año 2004.

#### • Procedencia

- 49% de Latinoamérica
- 17% de África
- 11% de Europa no comunitaria
- 5% de Asia

#### • Sexo

La distribución por sexos varía según el origen:

- La inmigración africana presenta un claro predominio masculino con porcentaje superior al 70%, llegando al 90% para los nacidos en Senegal, Ghana y Malí.
- La inmigración procedente de Latinoamérica presenta un perfil femenino.
- En el resto de orígenes la proporción es equilibrada.

■ **Problemáticas principales.** Tras el estudio observacional y la revisión bibliográfica podemos establecer que existen dos tipos de problemas principales a los que nos enfrentamos y que inciden directamente en el fracaso de la comunicación: los de tipo lingüístico y los culturales. Entre estos habría que diferenciar los problemas o prejuicios nuestros y los problemas de la gente que llega.

• **Problemas lingüísticos:** el fracaso de comunicación no sólo viene dado por el diferente idioma, sino también por los diferentes significados de las palabras, por los gestos, por el giro de las expresiones..., etc.

• **Problemas culturales:** nos enfrentamos a prejuicios adquiridos por nuestra parte, al etnocentrismo (tendemos a juzgar las creencias y las costumbres de otras culturas considerando que lo nuestro es superior y por lo tanto lo mejor). Además, pensamos que los inmigrantes han venido a quitarnos el trabajo, lo que provocará un incremento del paro de las personas autóctonas. Creemos que hacen un uso abusivo de nuestros recursos, sobre todo de los sanitarios y sociales, sin pensar que aceptan los trabajos que nosotros no queremos (hecho que aumenta la riqueza del país), y que el gasto de atención sanitaria que generan es inferior a los ingresos que aportan a las arcas públicas. No pensamos que han contribuido y que son

ellos los responsables directos del aumento de la natalidad, con la repercusión que esto conlleva en cuanto al rejuvenecimiento de la población activa de un país.

Cabe señalar, además, que alrededor de la persona que emigra pocas cosas permanecen inamovibles. La inmigración es una situación de cambio vital y como todo proceso de cambio comporta pérdidas y ganancias.

Hay que señalar, en primer lugar, **el Síndrome de Ulises** o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Se caracteriza porque la persona padece unas determinadas pautas de estrés o duelos, acompañadas de un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental. Se caracteriza por los siguientes focos de tensión: la soledad, el sentimiento de fracaso, las vivencias de situaciones muy duras, y pasar por situaciones de terror.

■ **Otro problema es el duelo migratorio**, el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando la persona pierde algo significativo. En el caso de la emigración tendría que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido con el país de origen. Al marcharse, el inmigrante debe conjugar esos lazos afectivos que expresan su personalidad e identidad con los del país de acogida, para adaptarse.

El conjunto de duelos migratorios se pueden agrupar en siete duelos específicos:

**1. Duelo por la familia y los amigos:** comprende la separación de la familia sobre todo cuando el inmigrante atraviesa situaciones de necesidad

**2. Duelo por la lengua materna:** la adquisición de una nueva lengua comporta un gran esfuerzo por parte del inmigrante, tanto más

cuanto más radical sea el grado de exigencia de su conocimiento, y no todas las personas poseen grandes habilidades lingüísticas. Además, la pérdida del idioma o lengua materna, para el uso cotidiano en la mayoría de los contextos, hace difícil la expresión de los aspectos íntimos. El aprendizaje de la nueva lengua no conlleva la incorporación de claves y códigos que permitan la expresión de lo que cada cual lleva dentro,

**3. Duelo por la cultura:** la visión distinta de entender la vida, los aspectos como la alimentación, el vestir, el sentido del tiempo... dificultan los procesos de integración. Se siente una pérdida por aquellos hábitos, valores, formas de vida propios de la cultura de procedencia.

**4. Duelo por la tierra, los paisajes:** la carga emotiva ligada a la tierra comporta idealizaciones y sobrevaloraciones acerca de ella, esto conlleva negativa al diálogo.

**5. Duelo por el estatus social:** la migración comporta un proyecto de mejora y progreso social, personal o ambos, pero, sin embargo, la mayoría de los inmigrantes retroceden a nivel de estatus social respecto a su sociedad de origen.

**6. Duelo por el contacto con el grupo étnico de origen:** la identidad étnica no es sino un aspecto más del conjunto que conforman la identidad humana

**7. Duelo por los riesgos físicos:** con frecuencia son víctimas de violencia en los países de acogida, añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan.

A esto tendremos que añadir el choque cultural, que por lo que respecta a la salud también influye, ya que cada pueblo la percibe, al igual que la enfermedad, de diferente forma y tiene distintos

hábitos sanitarios. Los factores culturales y ambientales tienen mucha repercusión e implicación en determinadas enfermedades y las emociones se expresan de forma diferente según las culturas.

Por último, hay que decir que existe un desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Los inmigrantes, a menudo, carecen de información sobre los hospitales disponibles y sobre los servicios de cuidados ambulatorios o sobre asuntos de salud en general en el contexto específico de la sociedad a la que llegan. Ésta

***Mención a parte merecen los “sin papeles”:*** la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que convierten a este grupo en especialmente vulnerable, ya que se exponen a condiciones higiénico-sanitarias de riesgo; si enferman no acudirán al sistema sanitario, porque hacer público un problema de salud puede ser un obstáculo a la hora de encontrar trabajo.

suele ser una de las razones que los inmigrantes dan a menudo para no utilizar de manera eficaz los servicios sanitarios y para no actuar ellos mismos en la prevención de enfermedades.

Todas estas circunstancias hacen que somaticen la situación, con la repercusión que esto supone para su salud, lo que puede derivar en una enfermedad, y debido a la mala comunicación, no salimos del problema, no avanzamos, y se genera un círculo cerrado.

● **Mención a parte merecen los sin papeles:** la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que convierten a este grupo en especialmente vulnerable, ya que se exponen a condiciones higiénico-sanitarias de riesgo; si enferman no acudirán al sistema sanitario, porque hacer público un problema de salud puede ser un obstáculo a la hora de encontrar trabajo. Su condición administrativa irregular, condiciona tanto el acceso como

la utilización de los servicios de salud. En los inmigrantes irregulares, los problemas se incrementan y las barreras se agudizan.

## Conclusiones

■ **Nuestra comunidad no es una de las de mayor afluencia de inmigrantes,** por lo tanto el hospital y la unidad objeto de estudio no son un referente en este tipo de cuestiones. Pero los conflictos que se nos han presentado pueden aparecer en cualquier unidad de cualquier hospital, con el matiz de

que se intensificarán allí donde haya un número más elevado de pacientes inmigrantes, y en función del país de origen o comunidad a la que pertenezcan.

■ **Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución,** ya que el muestreo obtenido no garantiza la representatividad de las tres muestras de colectivos inmigrantes y la naturaleza retrospectiva de algunas variables plantea la posibilidad de que se produzca algún sesgo.

■ **Además, hay que especificar que existe una característica añadida en los pacientes ingresados en una UCI,** y es que muchos de ellos pasan días intubados. Esta situación dificulta notablemente la comunicación. Con los pacientes inmigrantes es doblemente difícil, por un lado está su incapacidad para expresarse, que es obvia, y por otro lado la comprensión, ya que muchas veces no conocen bien el idioma del país de acogida.



■ **También se puede establecer, una vez contrastados los datos,** que durante el periodo estudiado, ha habido un mayor número de ingresos de sexo masculino, aunque la diferencia no sea notable. Que los pacientes procedentes de Europa del Este han sido los más numerosos, y entre ellos el porcentaje femenino ha sido superior, si bien los hombres de origen africano son los que más ingresan por causas cardiológicas.

■ **Los pacientes inmigrantes ingresados en esta UCI poseen una edad media notablemente inferior a los pacientes autóctonos,** aunque los motivos de ingreso no difieren entre unos y otros siendo las causas cardiológicas las más frecuentes. Igualmente, y en cuanto a la estancia media en el servicio tampoco hay diferencias.

■ **Estos resultados nos permiten apoyar la teoría del “inmigrante sano”,** que señala el buen estado de salud de estos grupos a su llegada al país de acogida, que empeora a partir de los 10 años de estancia. Y nos permite desmitificar, en nuestro

servicio de UCI, la percepción que la sociedad tiene adquirida sobre los inmigrantes y su estado de salud.

■ **Asimismo, podemos establecer que el desconocimiento del idioma dificulta notablemente la comunicación.** Hacemos uso de los signos, las señas, y tratamos de buscar un intermediario/traductor que facilite nuestra labor asistencial. Normalmente esta figura la ocupa un familiar del paciente o algún amigo de su círculo.

■ **Por eso son necesarios los intermediarios sanitarios,** entendidos como mediadores lingüístico-cultural-sanitarios, formados en inmigración, interculturalidad y mediación. Porque son importantes las expresiones no verbales, los giros, los significados de las palabras y la concepción de la salud que esa persona inmigrante tenga, los hábitos sanitarios adquiridos en su país de origen. Un mediador intercultural que elimine obstáculos que impiden o molestan la comunicación. Que realice una comunicación a tres bandas: de escucha a las partes, que

los que estén en minoría puedan expresar su visión, de transmisión de confianza (escucha activa, conocimiento, comprensión tanto de lingüística como de sentimientos), de actitud de apertura.

■ **Si bien puede parecer que la comunicación, o la falta de ella, no interfiere en la evolución de la enfermedad,** sí que lo hace en el estado emocional y anímico del paciente inmigrante ingresado. Además, la comunicación defectuosa condiciona la forma de relacionarnos con él ya que nos requiere mayor esfuerzo y emplear más tiempo. Al aumentar el tiempo de estancia del paciente en la unidad hay un incremento de la confianza y de trato por ambas partes, y el personal sanitario se involucra en mayor medida.

■ **El idioma es necesario** pero tenemos que ir más allá porque un mismo idioma no garantiza el entendimiento. Tenemos que establecer lazos de confianza, de igualdad, y de autonomía, entendida como libertad, porque estos son los que definen y generan la relación asistencial de colaboración que estamos obligados a encontrar.

## Propuestas

■ **La cultura puede observarse desde dos perspectivas:** la del que la vive (emic) y la del observador (etic). No podemos evaluar al inmigrante únicamente de acuerdo con los patrones dominantes en la sociedad de acogida, ya que interpretar su realidad de esa manera es sesgar su peculiaridad. Cuando se entra en relación con personas de culturas muy distintas, se puede producir lo que se denomina un choque cultural. En éste no sólo se produce una incomprensión del comportamiento ajeno, sino que también afloran una serie de emociones negativas: desconfianza,



Figura 4.  
Comprensión mutua

incomodidad, ansiedad, preocupación, etc. Para superar este choque cultural hay que comunicarse.

■ **Para la buena comunicación es necesario que las sociedades que acogen sean suficientemente flexibles** para comprender algunas de sus costumbres. Porque la comprensión de esas otras culturas nos garantiza el éxito de nuestra tarea sanitaria. Deberíamos reconocer que, sin duda, podríamos aprender muchas cosas de otras culturas. Nunca debemos caer en la creencia de que nuestra cultura tiene todas las respuestas, ninguna cultura tiene el monopolio completo de la verdad.

■ **Nuestra propuesta final:** en la comunicación intercultural hay dos aspectos fundamentales que deben conjugarse:

- El reconocimiento del otro
- El acercamiento de las partes (inmigrantes y autóctonos).

■ **De este reconocimiento y acercamiento, surge la comprensión mutua.** Si hay comprensión admitimos la otra cultura y solvemos con mayor facilidad los problemas lingüísticos; si esto se produce estamos en el camino de la **comunicación efectiva y eficaz.**

■ **Comunicación intercultural = Comunicación efectiva y eficaz**

El personal sanitario debe asumir su cuota de responsabilidad como parte integrante del sistema de salud al que pertenece; además, un mayor conocimiento favorecería una mayor comprensión y a su vez abriría las puertas de acceso a la integración. Si estamos informados seremos capaces de llevar a cabo una asistencia sanitaria acorde con lo que las circunstancias y la situación del paciente inmigrante nos demande y necesite.

■ **Ser inmigrante es una condición no una patología,** y por eso el personal sanitario debe superar las dificultades lingüísticas y culturales para transmitir sus conocimientos, cuidados y consejos a los recién llegados, si bien éstos también tendrán que realizar un esfuerzo para adaptarse a la realidad sanitaria de la que empiezan a formar parte.

La comunicación no sólo nos sirve para el hecho explícito, para esa consulta o una actuación concreta, sino que nos permite actuar en materia de prevención y para la construcción de la convivencia.

■ **La comunicación no es un simple intercambio de información,** implica también ser capaz de compartir emociones. Es decir, hay que ser capaz de crear una relación de empatía, ésta es necesaria para la comprensión mejor de “el otro”.

■ **En las comunicaciones interculturales hay que asumir que el malentendido puede ser la norma y no la excepción.** Por ello es necesario desarrollar la capacidad de metacomunicarse, tener la capacidad de decir lo que se pretende, cuando se dice algo.

■ **Debemos unir fuerzas para realizar iniciativas** que faciliten la adaptación del inmigrante.

■ **Debemos conocer la realidad de este colectivo,** y analizar sus problemas para crear programas específicos que favorezcan la integración, que ha de ser progresiva y adecuada, que ayuden a solventar todos los escalones sanitarios que presentan.

■ **Tenemos que ser coherentes con los estándares de nuestro sistema de salud:** universalidad, igualdad y equidad, sino caeríamos en una contradicción: hay que atender a los inmigrantes

en igualdad de condiciones, de lo contrario estaríamos haciendo demagogia. ●

## Bibliografía recomendada

Jones-Correa M. Different paths: gender, immigration and political participation. *It Migration Rev.*1988;32:326-49.

Jiménez Romero, C. (1997), La naturaleza de la mediación intercultural, *Revista de Migraciones*, nº 2(pp.125-159).

Leininger, M (1999), Cultura de los cuidados, *Revista de Enfermería y Humanidades*, nº6 (pp.5-12). Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Alicante.

Goytisolo, J., Sami Naïr (2000). El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España. Madrid: El País-Aguilar.

Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria* 2000;26:314-8

Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev* 2000; 57(Suppl 1):108-45.

López-Vélez, R. (2002), Inmigración y salud, Yamanouchi. Madrid.

VVAA (2002) Mediación Cultural. Una propuesta para la formación. Madrid: Ed. Popular

Bueno G. (2002), Etnocentrismo Cultural, Relativismo cultural y Pluralismo Cultural, *Revista del Critica del presente*, nº 2 Abril

Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:376-84.

Dummett, M. (2004), Sobre inmigración y refugiados. Ed. Cátedra Madrid.

Boletín Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración: Panorámica de la inmigración nº12, 2006. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>

II Plan Vasco de Inmigración, (2006-2009), Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Viceconsejería de Asuntos Sociales, Dirección de Inmigración.

Achotegui J. (2007) El Síndrome de Ulises, El síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple. (Hika,186zka.2007ko martxo).

Comellas J. M<sup>a</sup>, y Bernal M. (2007) El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanidades médicas*, nº 13 Marzo 2007.

Malmusi D, Jansá JM, Del Vallado L.Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev. Esp Salud Pública.* 2007;81:399-409.

Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas estilos de vida y autovvaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev.Esp. Salud Pública* 2008; 82:209-220