

Quintela Martínez, Marta; Barranco Sos, Azucena; López Sausaor, Jesús M^a; Pocino Yuste, Mercè;
Carrera Pujol, Montserrat
Multiculturalidad y Hemodiálisis

Enfermería Nefrológica, vol. 9, núm. 1, enero-marzo, 2006, pp. 62-64
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833120007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CARTA AL DIRECTOR

Multiculturalidad y Hemodiálisis

Marta Quintela Martínez*

Azucena Barranco Sos*

Jesús Mª López Sausaor*

Mercè Pocino Yuste**

Montserrat Carrera Pujol***

*Diplomada/o en enfermería

**Supervisora

***Licenciada en medicina. Nefróloga

Centro de Hemodiálisis Verdúm.

Servicio de Nefrología y Trasplante

Hospital Clínic. Barcelona

Sra. Directora:

Podemos afirmar que la migración es un fenómeno intrínseco del ser humano, sólo desde el Neolítico se establece la tendencia a habitar en el mismo territorio.

Durante los siglos XVIII y XIX tienen lugar en España grandes emigraciones hacia América Latina y Europa, y hasta bien entrados los años 70, un importante grueso de nuestra población abandonó su región de nacimiento para dirigirse a otras donde prosperar junto con sus familias. En la actualidad esos flujos migratorios se han invertido y, ahora son los africanos, latinoamericanos, árabes y otros los que llegan a nuestro país buscando poder prosperar y sobrevivir con sus familias. Todo este grupo de inmigrantes ya conforman una colonia que sobrepasa los 2 millones de personas.

El Hospital Clínic de Barcelona, incluyendo nuestro centro de hemodiálisis, fue en sus inicios un centro de atención de la beneficencia, y es debido a ello que durante los 25 años de historia de nuestro centro se ha atendido siempre a pacientes de este colectivo. La proporción de pacientes de otras culturas atendidos en nuestro centro ha ido aumentando a medida que el fenómeno de la inmigración aumentaba en la sociedad, necesitando adaptar nuestros cuidados a las nuevas demandas.

A raíz de nuestra experiencia, nuestro objetivo fue registrar cuáles habían sido los problemas detectados en este grupo de pacientes de otras culturas y describir las actuaciones que llevamos a cabo para resolverlos, con el fin de sistematizar una recogida de datos para adaptar nuestros cuidados de enfermería a cada individuo y a su situación.

Correspondencia:

Marta Quintela Martínez

Centro de Hemodiálisis Verdúm

Paseo Verdúm nº 9 Bajos

08042 Barcelona

Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de la población de pacientes extranjeros no comunitarios que han pasado por nuestro centro de diálisis Verdúm desde enero de 1980 hasta marzo de 2004.

La muestra es de 20 pacientes, 12 hombres y 8 mujeres, procedentes de: Países árabes 45%, África subsahariana 30%, Latinoamérica 20% i Asia 5%.

Analizamos las siguientes variables: dieta y hábitos culinarios, situación socioeconómica, soporte familiar y cumplimiento del tratamiento (medicación, cuidados del acceso vascular...). La información la obtuvimos de la ficha de registro de los pacientes, de la recogida de datos de enfermería y de la valoración de las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.

Una vez recogida toda la información, los problemas que detectamos fueron los siguientes:

Dieta y hábitos culinarios. En lo que se refiere a la variable dieta y hábitos culinarios, nos encontramos, en primer lugar, con una importante limitación con el idioma que dificultó nuestra función de educación sanitaria.

La mayoría de estos pacientes presentaban una situación económica precaria que dificultaba y, en ocasiones, impedía la adquisición de los alimentos; asimismo, también la mayoría, no disponía de una vivienda donde poder elaborar esos alimentos, ni de otro familiar que pudiera hacerlo. Muchos debieron adaptar sus hábitos culinarios a la poca disponibilidad que tenían de encontrar alimentos propios de su cultura, hecho que con los años y las nuevas importaciones ha ido mejorando.

Por último, no debemos olvidar las restricciones debidas a causas religiosas como por ejemplo, el ayuno durante el Ramadán, que influía en su tolerancia al tratamiento dialítico.

Soporte familiar. En cuanto a esta variable, la mayoría se encontraban solos habiendo dejado a la familia en su país de origen, hecho que les provocaba sentimientos de añoranza y duelo migratorio. La migración es una situación de cambio que no tan sólo da lugar a ganancias y beneficios sino que también comporta toda una serie de tensiones y pérdidas a las que se denomina **duelo**.

El duelo migratorio, según el Dr. Atxotegui, se entiende como «el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto». El conjunto de duelos de la migración los agrupa en 7 duelos específicos que son: duelo por la familia y los amigos, duelo por la lengua, duelo por la cultura, duelo por la tierra, duelo por el estatus, duelo por el contacto con el grupo étnico, y duelo por los riesgos físicos.

Las **relaciones sociales** de nuestro grupo de pacientes se limitaban a su grupo étnico o religioso, principalmente debido a los problemas con la comprensión de nuestro idioma, llegando a agruparse en verdaderos «guetos». Estos grupos desarrollaban una red de apoyo y ayuda a los más necesitados del grupo.

Gran parte de estos pacientes presentaron el «Síndrome de Ulises» que como describe también el Dr. Atxotegui, «consiste en un trastorno mental que se caracteriza por un estrés crónico y múltiple que sufren estas personas al intentar establecerse en nuestro país». Este fenómeno es más acusado en los inmigrantes «sin papeles» ya que viven situaciones más precarias. Este trastorno provocó en nuestro grupo de pacientes, desarreglos tanto psicológicos (depresiones graves) como fisiológicos (alteraciones gástricas e intestinales).

Situación socioeconómica. En lo referente a la variable situación socioeconómica, debemos diferenciar dos etapas de este estudio. Durante el transcurso de los primeros años del estudio nos encontramos que la mayoría de estos inmigrantes llegan a nuestro país con una situación de ilegalidad que impide que puedan trabajar y, por tanto, conseguir algún ingreso (o muy precario); pero en los últimos años la inmigración que nos llega forma parte de una «reagrupación familiar», donde su situación de ilegalidad dura muy poco, sus familiares ya les encuentran algún tipo de ocupación para que puedan conseguir ingresos. En algunas ocasiones, incluso, ya llegan de su país de origen con alguna escasa pensión.

Cumplimiento del tratamiento. Finalmente, en cuanto al cumplimiento del tratamiento, volvemos a encontrarnos con la limitación del idioma que dificulta la educación sanitaria. Debido a su situación de ilegalidad, en un principio no disponían de cobertura sanitaria; así como tampoco de ingresos para poder adquirir los medicamentos necesarios. Pero lo que más resaltaríamos sería su dificultad para entender el concepto de «enfermedad crónica» y lo que ello comporta, ya que en sus

países de origen y debido a los escasos recursos sanitarios que disponían, nadie solía sobrevivir con una enfermedad crónica.

Una vez descritos los problemas de nuestro grupo de pacientes, las actuaciones que llevamos a cabo fueron tanto de ámbito general como específicas a cada variable estudiada. En primer lugar definiremos las actuaciones generales:

- Adquirir conocimientos básicos de su cultura, alimentos propios, costumbres y creencias
- Crear material didáctico adaptado
- Conocer los recursos sociales existentes en su entorno con el fin de ofrecerles ayuda
- Identificar un «agente de salud» en su comunidad (ya sea un familiar o no)
- Facilitar el contacto con el sistema sanitario y servicios sociales
- Uso, en caso de necesidad, de los servicios de traducción del «CatSalut» y diversas ONGs («SAIER», «MSF», «Salut i Família»)
- Contactar con diversas asociaciones de inmigrantes

En lo referente a los problemas derivados del estudio de las variables estudiadas, las actuaciones específicas fueron:

- Relacionadas con la variable **dieta y hábitos culinarios**:
 - Realizar una encuesta dietética
 - Adquirir conocimientos sobre los alimentos propios de su cultura
 - Confeccionar material didáctico que facilitara la identificación de la composición de potasio en los alimentos
 - Explicar los síntomas y riesgos del aumento del potasio, calcio y fósforo. Realizar controles analíticos periódicos
 - Contactar con los servicios sociales y otros grupos para poder conseguir alimentos
 - Insistir en la correcta administración de los quelantes ya que su precario nivel económico sólo les permitía sobrevivir a base de alimentos lácteos, con los problemas para el tratamiento que su abuso comportaba
- Relacionadas con la variable **cumplimiento del tratamiento**:
 - Facilitar hábitos higiénicos (ducha) a la entrada de hemodiálisis
 - Ofrecer material didáctico para el cuidado del acceso vascular
 - Contactar con servicios sociales para conseguir la medición necesaria y tramitar la tarjeta sanitaria
 - Explicar el concepto de «cronicidad»
 - Control de las pruebas complementarias, ya que constatamos un gran ausentismo debido a problemas de comprensión del idioma y de su estado de cronicidad
 - Minimizar y adaptar el tratamiento farmacológico y dialítico a sus recursos económicos y prácticas religiosas
 - Flexibilizar los turnos de hemodiálisis a sus necesidades laborales

• En cuanto a la variable **Situación socioeconómica y soporte familiar**

- Contactar con servicios sociales y otros grupos para tramitar el empadronamiento para poder conseguir la tarjeta sanitaria hasta el 1990, ya que posteriormente, con la Ley Universal de la Sanidad este trámite quedaba solucionado
- Solucionar problemas de alojamiento conjuntamente con los servicios sociales del hospital, del barrio o con Cruz Roja
- Detectar signos de estrés, ansiedad y depresión para tratar precozmente problemas de duelo migratorio y el Síndrome de Ulises

Desde nuestra experiencia podemos afirmar que durante estos años de atención a pacientes de otras culturas, hemos sido espectadores de una evolución en el fenómeno migratorio. Hemos pasado de una inicial migración en solitario motivada por una búsqueda de oportunidades de trabajo, de mejoras sociales o de supervivencia, con una posterior aparición de la enfermedad renal. Con el transcurso de los años esos inmigrantes ya enfermos han traído a su familia a nuestro país, en el proceso de reagrupación familiar. Actualmente, el diagnóstico de la enfermedad renal y la necesidad del tratamiento sustitutivo, son la causa principal de la migración y esta migración ya forma parte de una reagrupación familiar, ya que son los familiares que ya residen en nuestro país, los que tramitan toda la burocracia necesaria para poder traer con ellos y poder atender a estos pacientes.

Sea cual sea la situación del inmigrante, enfermería debe establecer una relación empática con estas personas y sus comunidades, así como saber comunicarse en los diferentes escenarios para poder transmitir toda la información necesaria para que estos pacientes puedan adaptar su dieta y hábitos de vida a su nuevo estado de salud, respetando siempre su identidad cultural.

Para ello, debemos usar todo los recursos disponibles a nuestro alcance para conseguirlo, o bien crearlos. Eso es lo que ha ocurrido durante el transcurso de este estudio, donde los métodos de recogida de información a los que estábamos habituados a trabajar, nos han resultado insuficientes para comprender y abordar esta realidad tan compleja. Es para ello que, a raíz del estudio decidimos no limitarnos a los registros habituales de enfermería, por lo que empezamos a utilizar el método biográfico o «Historia de vida». La historia de vida es una investigación cualitativa de carácter descriptivo registrada en

un documento que narra la experiencia vivida por la persona, con el objetivo de comprender su visión personal y cómo experimenta esa situación.

A fin de facilitar esta recogida de datos, hemos elaborado un guión con las preguntas y temas que consideramos esenciales conocer. Asimismo también hemos estudiado otros modelos de enfermería que pueden dar una visión más cercana a esta realidad, como es el caso del modelo de los Cuidados Transculturales de Madeleine Leininger. Esperamos poder presentaros estos recursos en futuras ocasiones.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a todos los pacientes participes, cuyos cuidados han sido todo un reto para nuestro equipo y nos han ayudado a ilusionarnos de nuevo con nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. CD: Formación para la comprensión de la Multiculturalidad. IASS, ADUNAIRE, SOS Racismo y Gobierno de Aragón.
2. Atxotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Laboratorios Organon. 2003.
3. Gestionar la Diversitat. Reflexions i experiències sobre les polítiques d'inmigració a Catalunya. Institut Europeu de la Mediterrànea. 2003.
4. Informe sobre dret comparat de la inmigració. Secretaria per a la inmigració. Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya. Setembre 2001.
5. Leininger M. Transcultural Nursing: concepts, theories and practices. New York: John Wiley & Sons; 1978.
6. Leininger M. Culture Care Diversity& Universality a theory of nursing. National League for Nursing 1991; (15):2402.
7. Matud T, Abadía J, Fernández M, Millán G, Sáez A, Sebastián I. Un acercamiento intercultural de los cuidados de enfermería a los pacientes en diálisis. Rev Soc Esp Enfer Nefr 2002; (6) 2: 63-64.
8. Pujadas Muñoz JJ. El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales. Centro de Investigaciones Sociológicas. Cuadernos metodológicos, 5. 1992.