

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line

www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

EVALUACIÓN
YA DISPONIBLE
EN INTERNET

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,5 CRÉDITOS equivalentes a 2 horas lectivas**



Patrocinado por



CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL "EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME" (EACCME) DE LA UEMS

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

AUTORES: ALFONSO A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ
MÉDICO DE FAMILIA. C.S. OLAGUIBEL (VITORIA-GASTEIZ).
COMARCA ARABA

GREGORIO MEDIAVILLA TRIS
MÉDICO DE FAMILIA. C.S. ARAMBIZKARRA I
(VITORIA-GASTEIZ). COMARCA ARABA

JESÚS ITURRALDE IRISO
MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CASCO VIEJO (VITORIA-GASTEIZ).
COMARCA ARABA

AINHOA LEKUONA IRIGOYEN
MÉDICO RESIDENTE. C.S. CASCO VIEJO (VITORIA-GASTEIZ)

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL
LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

Desde hace unas décadas, el fenómeno de la inmigración económica está suponiendo un gran cambio demográfico. Datos del padrón municipal

del 2007 (INE)¹, reflejan una población extranjera de aproximadamente 4.5 millones de personas, siendo en su mayoría originarios de Iberoamérica, África, Europa no comunitaria y Asia².

Estos inmigrantes son de una edad media joven, a la que se debe considerar en principio sana y que no de representar un riesgo sanitario para el resto de la población³.

No obstante, las nuevas condiciones de vivienda, laborales y familiares, junto al gran cambio socio-cultural que supone la emigración, hacen este colectivo especialmente sensible a padecer enfermedad.

Las puertas de entrada más habituales y accesibles son los servicios de urgencias y la Atención Primaria. La formación de los profesionales que trabajamos en estos servicios ha sido enfocada para el abordaje de pacientes de similar cultura. Es por ello que la entrevista de usuarios diferente lenguaje, costumbres, percepción de la enfermedad y de la medicina⁴ nos supongan una dificultad añadida a la hora de atender a estas personas.

El caso clínico que a continuación se describe, no quiere ilustrar sobre algo novedoso en la actualidad científica médica, sino en algo tan simple y fundamental como es la manera de manifestar y entender la enfermedad de los pacientes y de cómo los médicos debemos de abordar el entendimiento de la enfermedad según las peculiaridades socio-culturales de nuestros usuarios. En el momento que nos acontece, el grupo de los inmigrantes, debe de centrar una parte importante de nuestro esfuerzo en la realización de la praxis médica.

La cita de R. Colasanti. En el II Congreso de Medicina y Emigración (Roma, 1990), creo que es lo suficientemente definitoria y concreta sobre el

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

FIGURA 1.

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”.

reto de la comunicación con los pacientes inmigrantes. (Figura 1).

CASO CLÍNICO

Lunes, triste día de invierno, 17 h., la consulta abarrotada y un retraso acumulado de media hora. El nombre del paciente al que corresponde atender en ese momento revela un origen oriental. Interiorizo una pequeña frustración, pues esperaba un paciente más accesible con el que poder recuperar el ritmo horario de consulta.

A mi llamada, responde un varón de claro aspecto oriental, que acude solo y saluda amigablemente con un “hola”, único vocablo común a partir de entonces, como pude descubrir a continuación.

Me entrega un documento de alta de urgencias, donde describen a un varón 28 años de edad que presenta una fractura de clavícula izda, tras caída accidental de moto.

Entre sus antecedentes de enfermedad, no parece existir nada destacable y la fractura no parece

precisar intervención quirúrgica, siendo citado para la próxima semana para una consulta de traumatología tras la realización de Radiografía previamente.

Pienso que en el fondo el caso no va ser complicado, pues viene prácticamente resuelto desde urgencias, y como mucho deberé hacer una baja laboral.

Como era de esperar, la comunicación lingüística con mi paciente era infructuosa, mientras la no verbal iba “in crescendo” gesticular, pero con nulos resultados; era consciente de que no sabía que quería mi nuevo paciente y él tenía muy claro que yo no atendía a sus expectativas. De repente, el móvil del demandante de mi atención apareció en escena y al otro lado del auricular, una voz femenina declamaba los vocablos “chino”, “restaurante Pekinés” y “baja”. El cielo pareció abrirse y comprobé que el sistema informático permitía la emisión del parte de baja, al estar el ciudadano de origen chino correctamente registrado.

Martes, con la misma tristeza ambiental y con más retraso que en el día previo, acude nuevamente mi nuevo paciente. Su consulta parecía referirse al seguimiento del tratamiento de su clavícula, asunto que estaba claro que yo no había resuelto en el día de ayer. Armado de paciencia, recurrí a un CD que tenía olvidado en el armario y que debía de servir de traductor para un vocabulario básico en varios idiomas y enfocado a la atención del paciente inmigrante. La sesión fue muy correcta, a mi entender, pues con la ayuda de la herramienta electrónica pude explicar los conceptos de hospital, día, semana etc., estando mi paciente muy agradecido por la atención.

Miércoles, con mejoría ambiental, encuentro a

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

mi lesionado usuario esperándome a la entrada de mi consulta. Traía múltiples papeles en su mano y su cara revelaba un despiste mayúsculo. Le hice pasar a mi consulta y corroboré mi sospecha. Una profunda frustración invadió mi interior, con el acompañamiento de una solitaria pregunta que decía: ¿y ahora qué hago?

La visión de mi móvil sobre la mesa iluminó mi mente. Se lo enseñé a mi compañero de desventuras, que por el idioma internacional de los gestos comprendió mis intenciones. Rápidamente cogió su artilugio electrónico e hizo una llamada, pasándome acto seguido su comunicador. Al otro lado del auricular estaba la misma voz femenina que en la anterior ocasión, para decirme dos palabras: mañana y sobrina.

Jueves, día claro y alegre, aparece con cita y todo, mi apreciado oriental acompañado de una adolescente. Me comunica en perfecto castellano, que es la sobrina de mi paciente y que ante la petición de ayuda, ha acudido desde una ciudad cercana. A mi espontánea mediadora socio-cultural le explico la situación y el plan de acción a realizar. Con presteza lo traduce, y tras aquel mágico momento, la cara de su tío cambió completamente de semblante, para alumbrar una espléndida sonrisa.

Ya entrados en confianza pregunté como había sido el accidente de moto, el causante de la fractura de clavícula y de toda la cascada de acontecimientos posteriores. La contestación fue relevante, pues la caída ocurrió mientras nuestro protagonista entregaba un menú a domicilio. Tuve que anular la baja anterior, remitir un escrito a inspección y reconducir a mi paciente a la mutua de accidentes de trabajo que le correspondía. La ayuda inestimable de la voluntariosa sobrina facilitó todo el proceso y yo pude cerrar el episodio de atención,

no sin antes completar numerosos datos de su anamnesis, a los que antes no tenía acceso por mi incapacidad comunicativa.

Domingo, día espléndido y tres meses tras los sucesos relatados, mi familia y yo decidimos acudir a un restaurante chino. Tras solicitar el menú recibimos la sorpresiva, cálida y afectuosa bienvenida de mi paciente, su jefa (la interlocutora del móvil) y de una preciosa niña (su hija), que acude con unos obsequios para mis hijos y una botella de licor chino para mí. La satisfacción que me invadió fue enorme, evidentemente no por los regalos, sino por el agradecimiento de esa familia hacia mí. Esto me hizo recordar lo grato de nuestra profesión puede llegar a ser y también la despersonalización progresiva a la que “nuestra cultura occidental” nos lleva en el que hacer del acto médico. Aún estamos a tiempo de frenar esta tendencia, siendo este tipo de pacientes, originarios de otras latitudes y con otros esquemas culturales, un acicate que nos ayudan a recordar el denominador común del acto médico en todas las civilizaciones, que no es otro que el acto humanitario de nuestra actuación.

DISCUSIÓN

La población que atendemos actualmente es, desde el punto de vista socio-cultural, más heterogénea que en épocas precedentes.

El concepto de salud y de enfermedad es diferente en las distintas culturas, lo que implica una manera diferente del “enfermar” y por lo tanto una dificultad añadida en nuestra labor médica. Para interpretar adecuadamente la nueva situación socio-sanitaria los médicos actuales deberíamos realizar un esfuerzo de comunica-

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

ción y una atención médica “transcultural”.

El concepto de medicina transcultural, ya fue relatado por Purnell⁵ (proceso en que el profesional de la salud se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar dentro del contexto cultural del individuo, la familia o comunidad) y también por Martincano⁶ (conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre un sanitario de un determinado grupo étnico y un paciente e otro).

En ambas definiciones podemos comprobar la importancia que tiene la cultura del paciente en el desarrollo del acto médico. Tanto es así que existen diversos modelos de medicina transcultural⁷ (modelo del amanecer de Leininger, sistema CARE, teoría de Purnell, perfil del material cultural de Murdock etc.). Todos ellos inciden en las características universales y comunes del enfermar y del sanar, pero siempre moduladas por las diferencias creadas por el contexto socio-cultural en el que a las personas nos ha tocado pertenecer.

La entrevista clínica del paciente inmigrante encuentra la dificultad añadida de la diferencia cultural, acompañada en muchas de las ocasiones del desconocimiento de un idioma común.

Esta diferencia cultural, nos obliga a mejorar el conocimiento de los aspectos socio-culturales de estos pacientes, a una instrucción adecuada en medicina transcultural y al empleo de recursos humanos (habitualmente no integrados en nuestro medio de trabajo) como son los trabajadores sociales y los mediadores culturales.

El desconocimiento del idioma es una gran dificultad en el abordaje de muchos de estos pacientes. Los traductores, mediadores, familiares etc., son de gran ayuda para superar este obstáculo, pero el secreto médico sufre una merma con su utilización. Existen herramientas informáticas y

manuales que nos pueden ayudar de manera importante en la transmisión bidireccional de conceptos y contenidos⁸.

Además de estos hechos diferenciales, el fenómeno migratorio acarrea consigo otra de de problemas sanitarios. Unos son derivados de los bajos índices socio-sanitarios de los del lugar de origen y de las penosas condiciones que se dan en muchos de los viajes migratorios. Otros, curiosa paradoja, de las condiciones con las que los inmigrantes, se encuentran en el lugar de destino.

La dificultad en el acceso al trabajo y a la vivienda (acompañadas en muchas ocasiones por las malas condiciones que presentan estos elementos), el desconocimiento inicial al acceso sanitario, la marginación, el rechazo social, la soledad, la falta de un soporte familiar y las dificultades económicas, crean un conglomerado que afectan a la realidad bio-psico-social de estas personas⁹

En este abordaje integral, nunca deberíamos olvidarnos del aspecto psicológico.

El modelo multivariado de Goldlust y Richmond¹⁰ nos explica que el padecimiento psicológico en la inmigración depende de factores individuales (la capacidad de adaptación del individuo), de factores estresantes previos a la inmigración (hambre, conflictos etc.) y de los factores estresantes derivados del lugar de destino (descritos en el párrafo previo).

El duelo migratorio resultante de la interacción entre los factores adaptativo y estresantes es un concepto siempre a tener en cuenta. Es un duelo parcial y recurrente (el país de origen permanece y vuelve de forma repetida), además de múltiple (el país de origen, la separación de la familia y amigos, la cultura, la etnia y el contexto social propios son objetos del duelo).

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

FIGURA 2.

1. EXPLORAR LA ENFERMEDAD
2. COMPRENDER A LA PERSONA
3. BUSCAR PUNTOS COMUNES CON ELLA RESPECTO AL PLAN ESTABLECIDO
4. INCORPORAR LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
5. INCREMENTAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
6. SER REALISTA

Cuando los mecanismos de adaptación no triunfan, los cuadros de depresivos y ansiosos florecen.

En este apartado destacamos el “*Síndrome de Ulises*” o “*Síndrome del emigrante con estrés crónico*”, conjunto de síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y disociativos que se dan en la población emigrante, a resultas de un duelo migratorio complicado¹¹.

Tras lo relatado, se deduce que la realización de la historia clínica de los pacientes inmigrantes tiene un grado de dificultad añadido.

Los profesionales sanitarios precisamos de una formación complementaria y de instrumentos añadidos para su buen cumplimiento.

El modelo de comunicación de Western Ontario es una buena herramienta y es recomendado por Fuertes et als.¹², basado en el paciente y en el que se definen las siguientes bases. (Figura 2).

Asimismo diversos artículos y guías nos pueden ayudar en la difícil disciplina del abordaje global del paciente inmigrante. (Figura 3).

RESUMEN

Las diferencias básicas que podemos encontrar en la valoración del paciente inmigrante en relación a la población autóctona son dos: los problemas derivados del idioma y las características culturales.

El establecer comunicación con los colectivos de inmigrantes es el reto que hoy tenemos los pro-

FIGURA 3.

Medicina de Familia. “*Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria*” vol.4 nº 1 Febrero 2003

Sociedad Madrileña de MF y C. “*Guía de atención al inmigrante*”. Ergón 2003

Anales Sistema Sanitario Navarra. “*El inmigrante en la consulta de Atención Primaria*” vol.29 suplemento 1 2006

AMF. “*Entrevista al paciente inmigrante*” vol.3 nº 5 Junio 2007 259-266 (López Izquierdo R; Hugo Martínez el Barco O; Álvarez Manzanares P.) www.AMF-semFYc.com

AMF. “*Examen de salud inicial al paciente inmigrante*” vol.4 nº 7 Julio-Agosto 2008 360-369 (Roca Sumell C; Aguilar Margalejo A; Carrasco Rauret C.) www.AMF-semFYc.com

Osakidetza-Departamento de Sanidad. “*Recomendaciones para la asistencia médica al adulto emigrante*” Enero 2008

Xunta de Galicia. “*Atención Sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda*”. Escola Galega de Administración Sanitaria-FEGAS 2008

PACIENTE INMIGRANTE: UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN

fesionales, tenemos que demostrar nuestra competencia cultural para la realización de una adecuada historia clínica.¹³

Para lograr una valoración sanitaria adecuada es aconsejable:¹⁴

- Una buena formación en competencia cultural.
- Conseguir una adecuada comunicación con el paciente.
- Valorar al paciente inmigrante dentro de un contexto social y cultural.

- Eliminar prejuicios y generalizaciones que pueden distorsionar nuestro criterio profesional.

Nuestra percepción de la salud y del “enfermar” no es ni mejor ni peor, es simplemente diferente a las de otras culturas.

La formación en competencia cultural nos puede ayudar de manera importante en el abordaje de la problemática de la atención integral del paciente inmigrante.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.ine.es
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
3. C Fuertes, M.A. Martínez Laso. El inmigrante en la consulta de atención primaria .Anales. Sist. Sanitario. de Navarra. Vol. 29 suplemento 1 2006
4. Vazquez J.Inmigración y salud:¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? Aten.Primaria 2006;37:249-50
5. R. Lopez Izquierdo , O.Hugo Martin del Barco,P.Alvarez Manzanares. AMF 2007;3(5):259-266 .
6. Purnell:Transcultural Health Care :A culturally competent approach. Fidlelfa: F:A: Company;1998.
7. Martincano JL. Manual de medicina transcultural.1ª edición IMC. Madrid 2003
8. Universal DoctorSpeaker. www.universaldocor.com
9. Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Comisión nacional de la especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia.2005.
10. Goldlust J, Richmond AH.A multivariate model of immigrant adaptation. Internacional Migration Review.1974;8:193-225.
11. Martincano JL, García J. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Guía Semergen 2002.Ediciones IMC.
12. C Fuertes, M.A. Martínez Laso. El inmigrante en la consulta de atención primaria .Anales. Sist. Sanitario. de Navarra. Vol. 29 suplemento 1 2006
13. Ariño Pilar; “Valoración y preparación preoperatorias del paciente inmigrante”.Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor.Hospital Mar-Esperança. Barcelona. Societat Catalana d’Anestesiología, Reanimació i Terapéutica del dolor. 2007
14. Ariño Pilar; “Valoración y preparación preoperatorias del paciente inmigrante”.Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor.Hospital Mar-Esperança. Barcelona. Societat Catalana d’Anestesiología, Reanimació i Terapéutica del dolor. 2007