

Mesa Redonda: Pediatría Social

Atención al niño de otras culturas

X. ALLUÉ

Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII

La diversidad, social, cultural, étnica, es una realidad que los profesionales debemos afrontar con amplitud de miras y actitud positiva. No hace falta decir que el mundo, este planeta con 6.500 millones de seres humanos, se nos está quedando pequeño y que los fenómenos sociales, como las facilidades de transporte y la inmigración nos traen la diversidad a la puerta de casa. La práctica asistencial se ve naturalmente envuelta en esa realidad y el profesional debe estar dispuesto a aproximarse de manera competente a lo que conlleva. La diversidad nos trae, tanto niños de otros orígenes como niños de otras culturas que precisan atención.

Quizá, para empezar, convenga llegar a un acuerdo sobre lo que queremos decir por "cultura". De las muchas definiciones de cultura, una que resulta fácilmente adaptable a realidades próximas es la que entiende que conforma una cultura la existencia en un colectivo de una **Historia**, un **Lenguaje**, unos **Conocimientos** y unas **Experiencias** que son comunes. Además, se pueden incluir otros aspectos como las **creencias**, las **normas**, los **valores**, o también la **etnia**, la **raza**, la **orientación sexual**, una **discapacidad** u otras características definidas y autoatribuidas por el propio sujeto o grupo. En la cultura se incluyen componentes **objetivos**, fruto de observaciones, **subjetivos**, fruto de experiencias. Así, se construyen sistemas de significados que componen un marco para actitudes y comportamientos. La cultura se aprende, se enseña, se reproduce y evoluciona constantemente.

De los fenómenos sociológicos más significativos en este principio de siglo, la inmigración¹ por motivos económicos hacia nuestro país es el más relevante para los servicios asistenciales sociales y sanitarios. España ha pasado, en sólo 10 años, de ser un país con una larga historia de emigración a ser un país receptor de inmigrantes. El saldo migratorio neto se ha saldado en 2004, igual número de emigrantes que de inmigrantes. Ello ha determinado que la composición étnica y, también, cultural de nuestro país se haya visto sometida a cambios notables, más evidentes en unas zonas del país que en otras, lo que comporta un nuevo reto para toda la sociedad, pero de manera muy concreta para los servicios asistenciales.

Sin embargo, y antes de proseguir, debe quedar bien sentado que la emigración no es un problema: es un acontecimiento. Es un acontecimiento social, económico, político o lo que se quiera, pero no debe entenderse como un "problema" más allá de lo mencionado como constitutivo de un reto para las organizaciones. El racismo es un problema. Por indeseable, inhumano y totalmente rechazable. Y por eso, hay que evitar que se convierta en un acontecimiento.

¹No hace falta aclarar qué es inmigración y qué emigración. En este texto se utilizarán como casi sinónimas manteniendo, en lo posible, la forma en razón al punto de vista.

El fenómeno de la emigración es conocido de antiguo y notablemente variable. La conocida teoría de la salida de África (*out of Africa*) explica la expansión de la humanidad a partir de los primeros homínidos de origen africano a través del istmo palestino por todo el mundo. En la península Ibérica, iberos, celtas, fenicios, romanos, suevos, vándalos, alanos, godos, menos godos, bizantinos, judíos, árabes, flamencos, italianos... hasta japoneses que poblaron los alrededores de Sevilla en el siglo XVII. Todos somos hijos de emigrantes.

La diversidad que acompaña a la inmigración solo hace que convertir nuestro entorno en un reflejo de lo que es el mundo. Como un mal recuerdo de los años de la autarquía hacia la mitad del siglo pasado, parece como si hubiésemos dado en pensar que España era un país “naturalmente” monocultural, monolingüe e uniforme desde siempre. Nada más lejos de la realidad. En la península Ibérica en la que han convivido múltiples culturas y religiones a lo largo de la historia, se hablan, por lo menos, cinco lenguas oficiales y aunque la composición étnica hasta ahora fuera relativamente uniforme, nadie duda que es fruto de un mestizaje de varios siglos.

Para afrontar el reto de la atención a la diversidad hace falta primero tener respeto por la diversidad, estar abierto a la realidad de la diversidad, comprender el fenómeno de la mal llamada globalización y entender que la coexistencia de culturas, etnias, razas, lenguas y comportamientos diversos es lo normal, y no al contrario.

El actual fenómeno de la inmigración en España se califica “por motivos económicos” como si hubiese realmente otro de similar importancia. La emigración siempre va de un lugar pobre, con escasas perspectivas de progreso, a otro que supuestamente no lo es tanto. Lo que se pone de manifiesto es que el emigrante por definición es más pobre que el autóctono, y es esa condición social la que prevalece por encima de todas sus peculiaridades (Tabla I).

TABLA I. TIPOS DE INMIGRANTES MENORES

-
- Hijos de inmigrantes que migran con sus padres
 - Nacidos aquí de padres inmigrantes
 - Nacidos de inmigrantes ya nacidos aquí (segunda generación)
 - Adoptados transnacionales
 - MENAS (menores inmigrantes no acompañados)
-

Los niños inmigrantes no son, evidentemente todos iguales. En primer lugar, está su procedencia, con todas las peculiaridades que le confiere a él y a su familia. Pero, en su condición de inmigrante cabe distinguir a los recién llegados, los asentados, los integrados, los no integrados, aquellos limitados a un *ghetto* y, además, la figura del inmigrante en las sucesivas generaciones. Al contemplar el fenómeno siempre cabe preguntarse cuándo se deja de ser inmigrante.

También es conveniente establecer diferencias entre los niños extranjeros y los niños inmigrantes. Los primeros forman el numerosísimo contingente de visitantes, turistas, que cada año llenan nuestras zonas costeras y cuyas procedencias eran, hasta hace poco, más o menos próximas o afines: franceses, ingleses, alemanes, escandinavos, etc., pero que últimamente se extienden a rusos, japoneses o chinos. Estos niños se ponen enfermos, pero como sus estancias son necesariamente breves y en períodos vacacionales, la carga asistencial que producen es necesariamente limitada. En cambio los niños inmigrantes están aquí para quedarse y para toda la vida. El reto cultural existe en ambos casos, aunque la representación es distinta. Lo importante es recordar que, en cualquier circunstancia, los niños son titulares de unos derechos inalienables y universales en materia de salud y que nuestra obligación es proporcionar toda la atención que tales derechos les hacen acreedores².

LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS BIOLÓGICOS PROPIOS DE LAS MINORÍAS ÉTNICAS

Las enfermedades infecciosas

Tradicionalmente los servicios dedicados a la atención a la inmigración han centrado muchos de sus esfuerzos en la atención a las enfermedades infecciosas. Por razones de distribución de tareas y, sobre todo, por una idea de que los inmigrantes, como los marinos de antaño, pueden ser portadores de enfermedades exóticas y potencialmente epidémicas para la población autóctona, se ha adjudicado su atención a los servicios de medicina tropical y similares. Tal parece un esfuerzo fútil, cuando la mundialización del transporte

²Una nota debe incluirse para el colectivo de niños “inmigrantes” dentro de los programas de adopción transnacional: son niños extranjeros, hijos de padres autóctonos.

no necesita de inmigrantes para ejercer de portadores de epidemias. Cualquier viajero vale y de esos hay millones.

Sin embargo, la casuística acumulada por numerosos profesionales relata la existencia ocasional de lo que se conoce como *patología importada*. Así no son ya raros los casos de malaria, por ser ésta una de las enfermedades infecciosas con mayor prevalencia en los países del tercer mundo. Otro tanto puede decirse de algunas parasitosis.

Más preocupación genera la creciente aparición de nuevos casos de infección tuberculosa: en parte por las dificultades diagnósticas ligadas a la distinta interpretación de signos y síntomas y también a las variaciones que produce la vacunación BCG en la interpretación de las pruebas tuberculínicas. La vacunación BCG es común en países africanos, especialmente los anteriormente francófonos, generalmente por vía intradérmica, lo que hace positiva la prueba de Mantoux, aunque casi nunca por encima de los 10 mm de induración si se realiza correctamente. Otra preocupación añadida es la aparición de cepas de Micobacterias resistentes a los quimioterápicos y antibióticos habituales.

Otra patología infecciosa relatada la constituyen las osteomielitis de evolución tórpida, a menudo sin un agente específico identificable. Y una multitud de casos de enfermedades concretas y puntuales que se han convertido en motivo de publicaciones, comunicaciones y pósteres en nuestros congresos nacionales. El interés que despiertan suele deberse al carácter insólito, infrecuente y que, a menudo se asocia a las dificultades diagnósticas que cada caso ha comportado. Conviene recordar que la incidencia de patología exótica continua siendo eso: exótica e infrecuente. La inmensa mayoría de los niños de otras culturas padecen patología infecciosa habitual a todos los niños y, en general, como adquirida en esta parte del mundo, epidemiológicamente se relaciona con su entorno. Es, por tanto, un error esperar ante un paciente extranjero o inmigrante la presencia de cuadros que en nuestro medio no sean comunes. Como dice el antiguo adagio médico: lo más corriente es lo más frecuente. En los niños de otras culturas también.

Las enfermedades de origen genético

Existe la tendencia a adscribir a las diferentes razas enfermedades hereditarias de origen genético en función a su frecuencia entre individuos identificables como pertenecientes a un grupo racial. Tal cosa es especialmente frecuente en la

práctica asistencial y en la literatura biomédica norteamericana. Los Estados Unidos de América están formados por 300 millones de ciudadanos de procedencias de lo más diverso, auténtico crisol³ de razas y culturas desde su creación. Con intencionalidad diversa, en la descripción de individuos en los casos clínicos se suele incluir la "raza". Hasta hace poco las razas estaban reducidas a media docena. Cuando en el último censo (2000) varios millones de ciudadanos se definieron a sí mismos como pertenecientes a más de una raza, junto con las presiones sociales hacia lo que debe ser "políticamente correcto", se inició un proceso de gradual eliminación del factor "raza" en las características biológicas de los pacientes. Los naturales de Kazajstán y los portugueses se incluyen como "caucásicos", aunque tienen tan poco que ver entre sí como un kikuyu de Kenia y un mandinga de la costa oeste de África. Unos son blancos de piel y otros negros, pero sus orígenes están a 4.000 kilómetros de distancia cada uno, lo mismo que sus culturas.

Empero no deja de ser cierta la mayor prevalencia de ciertos rasgos genéticos determinantes de patología entre grupos étnicos concretos. Tal es el caso de las hemoglobinopatías, especialmente la presencia de hemoglobina S, determinante de la anemia de células falciformes o drepanocitosis entre individuos de ascendencia africana. Esto ha llevado a proponer el diagnóstico de *screening* aprovechando el procedimiento diagnóstico precoz, neonatal, de enfermedades metabólicas actualmente establecido en nuestro país. Algo parecido puede decirse de las otras hemoglobinopatías, como la talasemia en personas de origen mediterráneo, aunque no esté claro si a esos efectos los habitantes del litoral del levante español cualifican en tal categoría.

Sí que debe tenerse en cuenta, en cambio, una mayor incidencia de malformaciones congénitas (y de embarazos múltiples, que quizá sea también una "malformación") entre familias de origen norteafricano, mal llamado magrebí. No queda claro, sin embargo, si el fenómeno está ligado a factores de tipo étnico o simplemente a factores de endogamia en comunidades concretas. Estadísticamente, la polifilia, las familias numerosas, comportan una reducción en la diversidad genética en la comunidad y, de ahí, que se incremen-

³Los americanos hablan del "*melting pot*" como constitutivo de su realidad y de la que se sienten orgullosos, a la vez que la realidad racista continua siendo un rasgo no menos constitutivo.

ten las probabilidades de aparición de rasgos genéticos indeseados o patológicos.

LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES LIGADOS A LA DIVERSIDAD CULTURAL

Una de las dificultades más comunes es la identificación de la realidad social de los niños y las familias de otras culturas. Cada uno y cada familia pueden tener tras sí una enorme variedad de circunstancias, que van a tener influencia en su salud, y distinguir y valorar su importancia no resulta fácil.

Una cualidad que interesa determinar es el tiempo que un niño concreto o su familia lleva en su situación actual. Los inmigrantes recientes están sometidos a mayores estrés y riesgos, mientras que los que llevan años han podido alcanzar niveles importantes de integración.

Quizá la circunstancia influyente más común sea la del nivel económico, especialmente entre los más recientemente llegados. La pobreza, el desempleo o la irregularidad del mismo, los cambios de domicilio frecuentes y la marginación son factores de riesgo para la salud de los niños. Un grupo especial lo componen los llamados "MENAS", menores inmigrantes no acompañados, un colectivo lamentablemente cada día más numeroso y visible en las grandes ciudades como Madrid y Barcelona, al margen de las leyes y de las reglas de convivencia que hace muy difícil su tratamiento y acogida.

Las dificultades idiomáticas son un factor limitador, aunque lo son más para los adultos, puesto que es conocida la facilidad que tienen los menores para aprender otras lenguas, hasta el extremo de que, a menudo, son los hijos los que hacen de intérpretes de los padres⁴. Conviene recordar que el uso de varias lenguas en la inmensa mayoría de los países es lo habitual; el monolingüismo es una originalidad, cuando no una rareza. El esfuerzo debe ponerse en hallar una lengua vehicular común que, habitualmente acaba siendo la autóctona. El recurso de los intérpretes se derrota a sí mismo cuando, según recuentos recientes, entre la pobla-

ción extranjera en España se reconocen más de 180 nacionalidades, que hablan hasta 450 idiomas diferentes!

Una cuestión de importancia son las diferentes conceptualizaciones de salud y enfermedad de las personas de culturas distintas. Y con ello la interpretación de signos y síntomas a la hora de manifestar sus motivos de consulta. También en la definición de los diagnósticos o la adscripción a diferentes órganos de la anatomía de la localización de los procesos nosológicos.

En la interpretación de los procesos nosológicos conviene tener en cuenta los llamados síndromes culturalmente constituidos (*Culture-bound syndroms*). Aunque la literatura abunda en síndromes más o menos exóticos como el "susto", "amok", el "empacho", el mal de ojo, etc. muchos de ellos relacionados con aspectos de la salud mental⁵, existen interpretaciones que, a menudo, su conocimiento no excede ni siquiera el ámbito familiar. De ahí la importancia de inquirir sobre qué interpretación se da a los padecimientos y aprender a utilizar la terminología que sea propia de cada cultura para entenderse.

No menor es la distinta interpretación de calificaciones de los padecimientos como graves o leves, urgentes o no, etc. Si ya dentro de una misma cultura esas percepciones varían extraordinariamente, generalmente como consecuencia de experiencias previas o la ausencia de ellas, más aún variará en las diferentes culturas.

Igualmente, es distinto el valor que se puede conceder a las actividades preventivas. Cuanto más alejadas de la cultura biomédica occidental, más difícil es que los pacientes y sus familias tengan en cuenta la importancia de las medidas preventivas o la de la duración de los tratamientos más allá de la remisión de los síntomas. Sin embargo, llama la atención la fidelidad en el cumplimiento de los programas vacunales obligatorios, aunque esto se relaciona más con el valor que se concede al carnet de salud como documento que facilita la naturalización⁶.

⁴ Sin embargo, debe ejercerse una cierta cautela en utilizar a los menores como intérpretes en el ámbito de la asistencia sanitaria. Para algunas culturas no es "correcto" que el hijo tenga conocimientos superiores a sus padres. Hay también diferencias de género, al resultar inaceptable que una hija, mujer, interprete para su padre, un hombre. Más aún cuando la materia a comentar pertenezca al ámbito de la intimidad.

⁵ La psiquiatría transcultural reconoce dificultades considerables a la hora de interpretar sentimientos entre los síntomas y su peso cultural. Por cierto que la cultura occidental no está exenta de síndromes culturalmente constituidos, como pueden ser la anorexia nerviosa o la fibromialgia, por citar dos muy conocidos.

⁶ De hecho, se conoce la existencia de un tráfico de carnets de salud, vendidos en países de origen de inmigración ilegal como si fuesen permisos de residencia o documentos de identidad.

A lo que antecede cabría añadir un largísimo y multicolor anecdótico que esta aportación no permite, que puede ilustrar la multitud de situaciones y la variedad de recursos para afrontarlas.

CÓMO ATENDER A LA DIVERSIDAD SIN CAER EN LA DISCRIMINACIÓN

La atención a los niños de otras culturas y sus familias requiere la adquisición de nuevas competencias para los profesionales: la competencia cultural. La sensibilidad suficiente para entender a los distintos y la capacidad de asumir los retos que representa la propia diversidad.

No se debe dar por cierto que los inmigrantes desconozcan o acepten la cultura biomédica asistencial occidental. Muchos habrán tenido experiencias en su lugar de origen o, con el tiempo, las van a adquirir en el nuestro. No hay una línea donde se pueda decir que uno deja de ser inmigrante, pero en delimitarla intervienen, tanto los inmigrantes como los autóctonos.

Se debe procurar acoger los planteamientos alternativos a los tratamientos por exóticos que parezcan y aprender a distinguir entre las patrañas y el fruto de experiencias observacionales.

Al cabo, de lo que se trata es de aplicar la buena práctica. Mirada con un poco de distanciamiento, es fácil percibir que la atención a los inmigrantes se simplifica cuando se incluye en el marco de una buena práctica asistencial, que debe tener en cuenta no solo la diversidad cultural y aún a distancia cultural de las diversas culturas, sino también la distancia cultural entre profesionales sanitarios y pacientes de otras culturas y la distancia cultural entre sanitarios y pacientes en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía per a la prevenció i el control de la tuberculosi infantil. Quaderns de Salut Pública. Departament de Sanitat de la Generalitat

de Catalunya. Alcaide Megias J, Altet Gómez, Taberner Zaragoza JL y otros. 1997 (ISBN 84-393-4421-X).

2. De que hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales. En: Perdiguero E y Comelles JM (eds.) Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Bellaterra, 2000. p. 54-70 (ISBN: 84-7290-152-1).
3. Comelles JM, Bardaji F, Mascarella L, Allué X. International migrations and health care in Spain. En Health for all, all in health. European Experiences on health care for Migrants, Vulpiani Comelles y Van Dongen, eds. CIDIS/ALISEI, Italia: Perugia; 2001. p. 84-112.
4. Mascarella L, Bardaji F, Allué X, Comelles JM. The development of health care experiences for foreign migrants in Spain. En Health for all, all in health. European Experiences on health care for Migrants, Vulpiani Comelles y Van Dongen, eds. CIDIS/ALISEI, Perugia, Italia, 200, 144-173.
5. Bardaji F, Mascarella L, Allué X, Comelles JM. Spain: a selected bibliography. En: Health for all, all in health. European Experiences on health care for Migrants, Vulpiani Comelles y Van Dongen, eds. CIDIS/ALISEI, Italia: Perugia; 2001. p. 217-21.
6. Allué X. La relación asistencial. Factores socioculturales. Trabajo Social y Salud 1999; 32: 437-51.
7. Allué X. Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. Anal Esp Pediatr 2000; 53: 21-4.
8. Allué X. Cultural competence in Medicine". AM Riv Soc Italiana Antrop Medica. 2001; 11-12:243-253
9. Allué X. Ethnography with a purpose. AM Riv Soc Italiana Antrop Medica 2001; 11-12: 313-4.
10. Mascarella L, Comelles JM, Allué X. La percepción por los colectivos de inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España, 2002.
11. http://www.salutepertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%20il%20caso%20spagnolo.pdf
12. Allué X. La competencia cultural de los médicos de asistencia primaria. Revista Valenciana de Medicina de Familia. XV Congrés de la Soc. Valenciana de MFyC, Llibre de ponències. Peñíscola 2003: 38-44.
13. Los inmigrantes y su salud. Cuadernos de la Buena Praxis. Versión en español para COM Las Palmas. Barcelona: COMB; 2004 (Dep. legal B-33655-2004).
14. Allué X, Martínez A, et al. Informe 2004 CIIM. La salut dels nens i joves: malalties i malestars en una societat desigual. Grup de discussió Infancia, família i canvi social a Catalunya 2005; vol. II: 403-70.