

### **Cómo citar este documento**

Alés Portillo, Aurora; Otero Rodríguez, Juan; Beck García, Virginia; Villar Navarro, José Ignacio. Calidad de vida en la población inmigrante: Aplicación de un programa enfermero de apoyo psicosocial. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0580.php>

## **CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA ENFERMERO DE APOYO PSICOSOCIAL**

### **Resumen:**

Los aspectos psicosociales asociados al fenómeno de la inmigración están relacionados con la elaboración del proyecto migratorio personal y el afrontamiento de los duelos que éste supone, suponiendo para esta población a una vulnerabilidad frente a problemas de salud mental.

Este proyecto de investigación propone la intervención con un programa enfermero de apoyo psicosocial en este grupo de riesgo para mejorar los recursos interpersonales, los procesos adaptativos y la resolución de duelos.

Se trata de un estudio experimental prospectivo antes y después, donde se espera confirmar la hipótesis de trabajo: nuestra intervención aumentará la calidad de vida, el apoyo social percibido y disminuirá los niveles de ansiedad de la población diana. La intervención enfermera propuesta se basa en los principios de la Teoría de Leininger sobre la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales y en la metodología enfermera NANDA, NIC y NOC.

Palabras clave: Inmigración, Proyecto migratorio, Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises), Apoyo psicosocial, Cuidados transculturales, Calidad de vida, Ansiedad, Apoyo social percibido.

**Abstract** (Quality of life in immigrant population: implementation of a psychosocial support nursing program)

Psychosocial aspects related to immigration are associated with a better or worse elaboration of the personal migratory project and with the possibility of an appropriate cope of the losses that the process implies. The immigrant adventure become this population in more vulnerable to mental health problems.

This research project consists of a nursery intervention program for the psychosocial support of this risk group with the goal of provide them of better interpersonal capacities, adaptative mechanisms and help them to cope with

losses.

It's a prospective experimental study with a pre and a post measure. Our work hypothesis is that our intervention will be followed by the increment of the quality of life in this subjects, a sense of social support received and the reduction of their anxiety levels. This nursery intervention is based in the principles of the Leininger theory about the diversity and universality of the transcultural cares and in the NANDA, NIC and NOC nurse methods.

Key words: Immigration, Migratory project, Chronic and multiple stress migration syndrome (Ulises syndrome), Psychosocial support, Transcultural cares, Quality of life, Anxiety, Perceived social support

## **Introducción**

Numerosas investigaciones ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental de las diferencias encontradas entre sexos o entre clases sociales, del estatus socioeconómico, del desempleo y también de los procesos migratorios y reasentamientos. Estos estudios enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social al poner de manifiesto y analizar las causas sociales del deterioro psicológico<sup>1,2</sup>.

Todo cambio de una cultura a otra induce en la persona una ruptura entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, siendo esta discontinuidad sociocultural un fenómeno que puede contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y somáticos<sup>3</sup>. Cuanto mayor sea esta discontinuidad o cuanto más diferentes sean las culturas, el efecto de riesgo psicopatológico debería ser mayor ya que, se produciría mayor “shock cultural”. En otras palabras cuanto más diferentes sean las culturas mayor es el nivel de cambio e impacto que genera en el inmigrante.

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la emigración constituye una pérdida, ya que el que emigra se desvincula de toda su vida anterior, de relaciones familiares y de amigos, de su cultura y tradiciones, de su idioma y religión, convirtiéndose entonces en un proceso estresante, que puede, en muchos casos, producir o evocar una crisis, implicando una inversión de energía y recurso para integrarse al nuevo país. Los inmigrantes se suelen ver expuestos con frecuencia a numerosos riesgos tanto para su salud como para su integridad física, y ambas son dos necesidades básicas para todos los seres humanos. Hemos de tener en cuenta que estos riesgos comportan no sólo enfermedades o lesiones, sino también la puesta en marcha de procesos de dolor por todo aquello que se ha perdido.

La investigación en diferentes países con mayor o menor tradición de recibir grupos étnicos de procedencia muy disímil ha mostrado que los inmigrantes confrontan cambios fundamentales en el estilo de vida y en el ambiente, enfrentan muchos retos para la adaptación y experimentan tasas más elevadas de malestar emocional (depresión, ansiedad, y trastornos psicológicos) que las poblaciones nativas de los países de acogida<sup>4</sup>.

## **Justificación**

La mundialización está redefiniendo el movimiento de las personas por el mundo, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, aumentando la cantidad de personas que emigran hacia los países de ingresos altos y desean mantener sus identidades culturales y lazos con su propio país<sup>5</sup>.

Las características especiales de estos grupos poblacionales y la necesidad de una adecuada elaboración psicológica del proceso migratorio no han pasado por alto a los profesionales de la salud mental, que identifican los factores de riesgo asociados a la inmigración como “grupos vulnerables<sup>6</sup>”, “grupo poblacional con necesidades especiales<sup>7</sup>”, o “grupos emergentes<sup>8</sup>”.

En la Comunidad Autónoma Andaluza la población inmigrante se ha incrementado considerablemente en los últimos años, de forma que en el último decenio se ha triplicado, sumando anualmente 59.687 extranjeros en Andalucía, con procedencia mayoritaria iberoamericana y europea no Comunitaria<sup>9</sup>.

En Andalucía, para garantizar la atención sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa irregular, en el año 1999 se estableció un Convenio de Salud Pública para Inmigrantes (Convenio de Colaboración en materia de Salud Pública para inmigrantes suscrito entre la Consejería de Salud, la Fundación Progreso y Salud, Andalucía Acoge, Cruz Roja, Médicos del Mundo, CCOO, UGT, Cardijn y MPDL -Marzo 1999). Las entidades colaboradoras del Convenio emiten un documento de derivación al Sistema Sanitario Público Andaluz, a partir del cual se emite una Tarjeta de Reconocimiento Temporal del Derecho a Asistencia Sanitaria. Los inmigrantes se adscriben a todos los profesionales para evitar la creación de guetos y por tanto acuden a los centros sanitarios en las mismas condiciones que el resto de la población. La demanda existente y las diferentes culturas e idiomas de la población inmigrante generan en los profesionales la necesidad de establecer estrategias de abordaje de atención de esta población<sup>10,11</sup>.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM), fue detectado y descrito en el año 2000 como Trastorno Adaptativo Crónico del Emigrante de los refugiados hmong en Estados Unidos por Joseph Westermeyer. La descripción fue completada y mejorada por el psiquiatra Joseba Achotegui, siendo rebautizado como Síndrome de Ulises. Sin entidad propia en el DSM-IV o el CIE-10, y sin cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo y el trastorno adaptativo, con los que posee aspectos en común, es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia y la sensación de fracaso y el duelo que padecen los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo<sup>2</sup>.

Los factores desencadenantes de este síndrome son las situaciones de estrés límite que causan sentimientos de impotencia y frustración, que favorece que el individuo se sienta agotado y se hunda en la desesperanza. La sintomatología que se puede presentar se describe en cinco áreas diferenciadas<sup>12</sup>:

Área depresiva: tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, falta de interés sexual, pérdida o aumento del peso o del apetito (difícil de valorar por el cambio de dieta).

Área de la ansiedad: ansiedad de anticipación, pensamientos recurrentes e intrusivos, pensamientos obsesivos, preocupaciones excesivas, insomnio, irritabilidad, tensión, extremo nerviosismo.

Síntomas de tipo somatomorfo. Agotamiento crónico, insomnio de conciliación, jaquecas, cefaleas, vómitos, estreñimiento, dolores

abdominales, fatiga intensa, dorsalgias y otras molestias osteoarticulares, amenorrea, hipertensión y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas (palpitaciones, diarrea).

Síntomas de tipo disociativo: Miedo, sentimientos de soledad, desorientación y confusión temporoespacial, pérdida de memoria, pérdida de concentración, despersonalización, alucinaciones, desrealización, ideaciones de tipo delirante. La interpretación de lo que les sucede desde su cultura a veces dificulta la valoración por parte de los profesionales de este conjunto de síntomas.

Síntomas conductuales: Problemas de sueño, cambios de apetito, conductas de búsqueda, hiperactividad,...

Ofrecer una atención sociosanitaria que preste atención a los problemas psicológicos que pueden presentar este grupo poblacional, incidiendo en el control de la ansiedad, la prevención del duelo patológico, y el aumento del apoyo social, es una garantía preventiva y/o de mejora del SIECM, favoreciendo el mejor pronóstico y una evolución favorable. La necesidad de abordar la atención de la salud de los inmigrantes con un programa de apoyo psicosocial se justifica atendiendo a la peculiaridad de los determinantes de salud de este colectivo<sup>1</sup>.

### **Marco conceptual**

Los derechos fundamentales relacionados con la libre circulación de las personas por las diferentes naciones quedaron recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Aún más allá, en su artículo 25 se recoge el derecho de toda persona “a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”<sup>13</sup>.

Casi cuatro décadas más tarde la Carta de Ottawa enunciaba los requisitos que, de derecho, se debían promocionar para alcanzar la salud: “Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud”<sup>14</sup>.

El fenómeno de las migraciones apunta a la vulnerabilidad de las poblaciones en movimiento, presentando unos determinantes de salud específicos y que en numerosas ocasiones precisan de un marco de protección especial por los gobiernos de los países acogedores. En España el marco legal está recogido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y

libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley 8/2000 de 22 de diciembre. La última modificación sobre el proyecto de Reglamento de la Ley de extranjería fue el 26 de Octubre de 2004<sup>15</sup>. En Andalucía, teniendo en cuenta esta realidad y después del desarrollo de un primer plan, se ha desarrollado el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2005-2009. Tiene como objetivos favorecer la integración social, laboral y personal de los inmigrantes, como sujetos de derechos y deberes en el seno de la sociedad andaluza, así como asegurar el acceso de este colectivo, en condiciones de igualdad, a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica<sup>11</sup>.

Las personas que emigran han establecido en su país de origen unos vínculos de socialización primaria que se han constituido en las primeras etapas de la vida y que han jugado un papel primordial en la estructuración de su personalidad: al emigrar, tienen que mantener esos vínculos porque a través de ellos se expresa su personalidad y su identidad como personas, y, a la vez, para adaptarse al país de acogida, deben poner en marcha nuevos vínculos que, en parte, sustituirán a los que dejaron atrás. Todo esto supone un proceso de reorganización bio-psico-social complejo, que no podemos perder de vista para abordar su salud y los problemas que de la falta de ésta se deriven, y tendremos también que manejar los esquemas del país de origen, además del de llegada: el ser humano está capacitado para afrontar los procesos migratorios aunque tenga una importante tendencia al arraigo<sup>16</sup>.

Se conoce que la migración es un factor de riesgo para la salud, sobre todo desde el punto de vista psicológico. Cada una de estas personas tiene sus propios rasgos culturales y posee su propia cosmovisión y, además, tiene que soportar la adaptación a un medio que le es ajeno<sup>17</sup>. Así la migración puede entenderse como un duelo por la pérdida no sólo de la lengua y cultura propias, sino también de la familia, de la tierra y de un estatus social determinado, etc. En la elaboración de este duelo intervienen muchas variables que hacen de la migración un proceso más o menos exitoso. Cuando la elaboración de este duelo fracasa, se presentan con frecuencia trastornos mentales.

Achotegui señala que habría al menos siete duelos en la migración:

- La familia y los amigos: es un duelo difícil sobre todo si se produce separación de los hijos menores o de padres muy mayores. También los niños que dejan personas importantes en su mundo afectivo (abuelos, tíos, primos, etc.)
- La lengua: para las personas que han de aprender otra lengua, complicado para las de bajo nivel sociocultural o personas mayores.
- La cultura: el duelo es complicado cuando hay dificultades para expresar la cultura de origen.
- La tierra: los paisajes, el clima, los colores, los olores,...
- El estatus social: el duelo complicado cuando no se logra una mejora del estatus a pesar de todos los esfuerzos.

- El contacto con el grupo étnico: duelo complicado cuando se resalta la diferencia entre el autóctono y el inmigrante hasta llegar a generarla división.
- Los riesgos para la integridad física: duelo complicado en las situaciones de infravivienda o por el alto riesgo de tener accidentes laborales, domésticos, etc<sup>18</sup>.

Si bien el cambio vital que supone la migración comporta siempre una parte de estrés y de duelo ante los numerosos cambios y adaptaciones que comporta, cuando estas situaciones de tensión se prolongan en el tiempo y son múltiples o muy intensas favorecen que, sobre todo los sujetos con personalidades más vulnerables, acaben padeciendo desequilibrios psíquicos. Sin embargo el estrés y el duelo migratorio son connaturales al fenómeno migratorio y tan sólo cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico<sup>1</sup>.

La interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

Para profundizar en ello es importante entender el significado y el objetivo de la Enfermería Transcultural, siguiendo la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales, de Madeleine Leininger. Como fundadora de esta disciplina, Leininger la define como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte<sup>19,20</sup>.

Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados. Esencialmente la cultura se refiere a las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una cultura particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación en generación como normas de comportamiento en la vida. Al sintetizar cultura y cuidado, se creó el campo de la enfermería transcultural. Ésta se convierte en significativa cuando las enfermeras se centran simultáneamente en la cultura y en los cuidados de las personas, en su modo de vida, en su curación, o en ayudarles a hacer frente a su discapacidad o a su muerte. Las creencias, valores y estilos de vida deseados de los seres humanos han sido incorporados a la enfermería y a los servicios de salud<sup>21</sup>.

Desde las conclusiones del XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (Granada, 2002) se nos insta a profundizar en este marco teórico desarrollado por Leininger: "El cuidado transcultural debe partir del concepto de salud del individuo. [...]. Debemos tener en cuenta las dificultades que genera el partir de una sociedad etnocentrista. Esta nueva adaptación de los cuidados pasa en primer lugar por una necesidad de mejorar la formación en enfermería transcultural, tanto en el pregrado como en la formación de postgrado y la de especialista en salud mental"<sup>22</sup>.

## Objetivos

### Objetivo general

Mejorar la calidad de vida, disminuyendo la ansiedad y aumentando el apoyo social percibido, a través de un programa de apoyo psicosocial impartido por una Enfermera Especialista en Salud Mental a pacientes inmigrantes.

(Dado que el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple es de reciente descripción y no está incluido aún en las taxonomías diagnósticas médicas nos encontramos en una situación de infradiagnóstico. Así pues no podremos medir directamente la disminución de la aparición del Síndrome como tal. Por ello en el presente proyecto de investigación se actuará sobre tres factores que se han destacado como factores preventivos en la caracterización del Síndrome).

### Objetivos específicos

1. Describir, comparar y analizar la calidad de vida, apoyo social percibido y niveles de ansiedad entre pacientes incluidos y no incluidos en el programa.
2. Caracterizar sociodemográficamente a la población demandante de atención en los Centros de Atención Primaria.
3. Indagar acerca de las posibles variaciones en el contenido de las representaciones de salud mental y de las formas de manifestación de los cuadros psicopatológicos, según la expresión de la cultura de procedencia.

### Hipótesis

1. Mediante la aplicación de un programa enfermero de apoyo psicosocial basado en la terapia de resolución de problemas, el asesoramiento (counselling) y las técnicas de relajación disminuye la sintomatología ansiosa de los pacientes en estudio.
2. La intervención enfermera basada en dicho programa de apoyo psicosocial desde una perspectiva transcultural aumenta la calidad de vida y el apoyo social percibido de estos pacientes.

### Hipótesis operativa

Los pacientes inmigrantes de los Centros de Atención Primaria que cumplan los criterios de inclusión y que reciban un programa de apoyo psicosocial por una Enfermera Especialista en Salud Mental además de su consulta con su médico de referencia mejorarán su calidad de vida, su apoyo social percibido y disminuirán sus niveles de ansiedad, en comparación con aquellos pacientes inmigrantes que sólo reciban atención médica habitual.



## Metodología

### Sujetos a estudio

Población diana: Pacientes inmigrantes, en Régimen General (con permiso de residencia o en tramitación de obtenerla) o no censados (con Tarjeta de Reconocimiento Temporal del Derecho a Asistencia Sanitaria), que acuden al médico de Atención Primaria con una demanda de salud compatible con cualquiera de las cinco áreas de sintomatología del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, descritas anteriormente, de ambos sexos y de más de 18 años de edad.

### Criterios de inclusión

- Edad mínima de 18 años y con un período de estancia en nuestro país no inferior a 3 meses ni superior a 10 años. La elección de esta franja temporal obedece a la necesidad de disponer de un período mínimo de tiempo para tener oportunidad de haber entrado en contacto con la red sanitaria y superado el primer período de adaptación tras la llegada en cuanto al límite inferior (3 meses), mientras que pasados 10 años se considera que el grado de mayor o menor adaptación se ha estabilizado.
- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio (Consentimiento informado).

### Criterios de exclusión

- Migración motivada por: guerra o catástrofe en el país de origen, asilo y/o refugio político o exilio forzoso, por ser estas situaciones de carácter extremo e intervenir otras variables agravantes en la elaboración del proyecto migratorio y sus duelos.
- Situación de migración por perfeccionamiento de estudios o desarrollo curricular personal, con carácter temporal.
- Situación de migración en Régimen Comunitario (Extranjeros nacionales de países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, documentados con tarjeta de residencia).
- Descompensación psicopatológica grave que impida el seguimiento desde el programa de apoyo psicosocial.

### Diseño de la investigación

Se trata de un estudio experimental prospectivo antes y después, donde

se procederá a la implantación de un Programa Enfermero de Apoyo Psicosocial (Anexo I) a pacientes inmigrantes en consulta de Enfermería, frente a otro grupo de afectados que sólo serán atendidos en la consulta médica para la demanda habitual. La propia naturaleza experimental del estudio implica el carácter prospectivo del mismo.

El estudio durará doce meses. Los Centros de Salud Primaria Polígono Sur, Las Letanías y San Juan de Aznalfarache se eligen entre los de toda la población de Sevilla por corresponderles, según los datos recogidos en el CMBD (conjunto mínimo básico de datos sanitarios), mayores tasas de diversidad cultural:

$$\text{Tasa de diversidad cultural}^{23} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de pacientes de procedencia multicultural}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos en el año}} \times 100$$

Se desarrollará con dos grupos de trabajo:

Grupo 1: Pacientes incluidos en Programa Enfermero de Apoyo Psicosocial.

Grupo 2: Pacientes sólo atendidos por Médico de Atención Primaria.

La inclusión de pacientes en los distintos grupos se realizará mediante selección sistemática, con arranque aleatorio, estratificada por país de origen: La adjudicación de pacientes a cada grupo se asignará por orden de llegada de la derivación a uno y otro grupo consecutivamente. Para garantizar la heterogeneidad de los grupos en cuanto a países de procedencia, se harán cuatro subgrupos (americanos, africanos, asiáticos y europeos no comunitarios), de manera que se irán añadiendo sujetos de cada uno de ellos a cada grupo de forma equitativa.

La muestra seleccionada se estima en 70 pacientes: 35 para cada grupo. Este dato lo obtenemos con la ayuda de una herramienta informática<sup>24</sup> para el cálculo del tamaño muestral, introduciendo los datos sobre las diferencias que esperamos obtener entre los dos grupos en una de las variables medidas (en este caso, la ansiedad, según los parámetros explicados en el apartado de instrumentación):

Dos medias. Dos muestras. Datos:

$$p_2 () = 25,70$$

$$p_1 () = 15,80$$

$$S \text{ (Desviación Típica Poblacional)} = 11,50$$

$$\text{Riesgo } \alpha = 0,05$$

$$\text{Riesgo } \beta = 0,05$$

$$\text{Prueba unilateral/bilateral} = \text{Unilateral}$$

$$L \text{ (Estimación de pérdidas)} = 20,00$$

Valores intermedios

$$d () \text{ (Dif. relevante; } x_1 - x_2) = -9,90$$

$$\begin{aligned} dt (\text{Dif. Estandarizada}) &= - 0,86 \\ z (1- \alpha) &= 1,6449 \\ z (1- \beta) &= 1,6449 \\ f (1- \alpha, 1- \beta) &= 10,82 \end{aligned}$$

#### Resultado

Sujetos necesarios en grupo n = 30  
Sujetos necesarios en grupo n' = 38

#### Recogida de los datos y análisis estadístico

Tras la primera consulta con el facultativo médico de Atención Primaria, si cumple con los criterios de inclusión de la población diana, se le planteará la inclusión en la investigación, para lo cual se le citará con el enfermero responsable de la investigación.

Se aplicarán los instrumentos de evaluación abajo descritos antes del inicio del Programa y a su conclusión, para poder estudiar y comparar las medidas:

En el grupo de la intervención, por si hay variación significativa antes y después de la aplicación del programa.

En el grupo de control, por si también hay variación, lo cual invalidaría la relación entre las variables dependiente e independiente (programa).

Y por último, se compararán las medidas obtenidas entre los resultados de ambos grupos, para descartar intervención de otras variables que hubieran podido influir en los resultados.

El análisis de los datos se realizará en desde dos perspectivas:

##### 1. Análisis descriptivo.

En primer lugar se realizará una exploración de los datos (procedimiento de inspección) para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre los subgrupos de individuos. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas. Si las distribuciones son asimétricas se utilizarán medianas y percentiles (25, 75), y para las variables cualitativas haremos lo propio con tablas de frecuencia y porcentajes. Asimismo este análisis se completará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información obtenida.

##### 2. Análisis inferencial.

Para comparar las puntuaciones medias pretest-postest se utilizará la prueba de t-Student para muestras apareadas o, en su caso la prueba no paramétrica U de Man Whitney. En caso de detectarse diferencias significativas se determinarán intervalos de confianza para diferencias de medias al 95% que

cuantificarán dichas diferencias.

La herramienta informática de elección para el análisis estadístico es el programa SSPS versión 13.0.

## Variables

### DEPENDIENTES

Calidad de vida: Es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud<sup>25</sup>. La definición de la OMS para la calidad de vida relacionada con la salud es “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”<sup>26</sup>.

Ansiedad: La palabra “ansiedad” procede del latín *anxietas*, que significa “preocupaciones mentales”. Desde el punto de vista clínico, la ansiedad es un sentimiento subjetivo de inquietud, miedo o presentimiento que oscila desde una preocupación excesiva sobre el presente o el futuro hasta sentimientos de angustia, acompañados por diversos signos y síntomas neurovegetativos en ausencia de un estímulo externo obvio. La ansiedad es la descripción emocional y subjetiva de lo que podría denominarse objetivamente una reacción al estrés<sup>27</sup>.

Apoyo social percibido: Es la presencia de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas y la valoración subjetiva que el paciente realiza de dichos recursos. Implica la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona, y/o la provisión de ayuda o asistencia. Es el grado en el que las necesidades básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la filiación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación<sup>28</sup>.

### INDEPENDIENTE

Programa enfermero de apoyo psicosocial para pacientes inmigrantes que consta de las siguientes intervenciones:

Terapia de resolución de problemas.

Técnicas de relajación (NIC 5880)<sup>29</sup>

Intermediación cultural (NIC 7330)<sup>29</sup>

Asesoramiento (NIC 5240)<sup>29</sup>

## Instrumentación<sup>30</sup>

- Calidad de vida: WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment). Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.
- Ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI). Inventario de ansiedad de Beck.
- Apoyo social percibido: Cuestionario DUKE –UNC-

Finalmente se incluye una escala desarrollada específicamente para población inmigrante. No se utilizará como instrumento de medida al no estar validada en el ámbito español, pero su pertinencia y especificidad para el trabajo con la población diana a estudio servirá para la recogida de información durante el desarrollo del programa de apoyo psicosocial.

- Escala de las Demandas de la Inmigración (Aroian K. et al.; 1995)<sup>31,32</sup> que evalúa seis categorías (pérdida, novedad, ocupación, lengua, discriminación y no sentirse en casa) con un cuestionario de 23 ítems para resumir las demandas que el proceso de migración y reasentamiento comporta para los inmigrantes. Se puntuará cada ítem siguiendo una escala tipo Likert. Según Aroian, el dominio de las tareas de reasentamiento resumidas en las categorías anteriormente descritas contribuye directa o indirectamente a sentirse en casa. La escala ayuda a detectar a aquellos inmigrantes en riesgo de problemas emocionales por estar en proceso de adaptación psicológica a la inmigración y el reasentamiento, es decir, aquellos que todavía no se sienten en casa. Esta información permite identificar aquellas personas que requieren orientación o atención psicológica, en base a las demandas específicas que no han podido dominar, con el fin de apoyarlos y orientarlos en el logro de las mismas.

Aunque para el todo el proceso de atención al inmigrante se prevé la presencia de un mediador intercultural si procede, los test y escalas de medidas se traducirán a cuatro idiomas básicos según la población esperada: árabe, inglés, rumano y francés. El proceso de traducción se realizará de la siguiente forma:

### 1) Adaptación transcultural:

Proceso de doble traducción: del castellano a los cuatro idiomas señalados y posteriormente y a cargo de una persona distinta, la traducción de este al castellano. A partir de esta prueba se hacen las correcciones necesarias en los textos traducidos hasta la aceptación definitiva.

## 2) Prueba PreTest o de comprensión (Pilotaje):

Se procede a probar el cuestionario a un grupo de voluntarios para valorar aspectos de grado de comprensión verbal, dificultad de respuesta, duración de la entrevista, pertinencia de la pregunta o sugerencia de temas de relevancia cultural.

### **Recursos necesarios**

#### ❖ Humanos:

- Una Enfermera Especialista en Salud Mental con formación en mediación intercultural.
- Médicos de Atención Primaria de los centros designados: colaborarán en la derivación de pacientes para el estudio.
- Un mediador intercultural.
- Entidades colaboradoras/consultoras: CASSIM (Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes. Médicos del Mundo), Andalucía Acoge, ACCEM (Traductores. Centros de Acogida Inmigrantes) y grupo de Mediadores Interculturales de la consejería de Asuntos Sociales.

#### ❖ Materiales:

- Una consulta de Enfermería con mobiliario adecuado para las entrevistas e intervenciones descritas en el programa.
- Material de papelería/oficina.
- Teléfono móvil con una línea corporativa.
- Escalas a utilizar como instrumentos de medida.
- Fotocopias de las hojas de consentimiento informado.

### **Dificultades previsibles del estudio**

Según los criterios establecidos para la inclusión o no en el estudio, la población diana es poco numerosa, por lo que una primera dificultad previsible la encontraríamos en la obtención de una muestra significativa.

Teniendo en cuenta la idiosincrasia de algunos grupos culturales y las dificultades propias que justifican la intervención con este programa, es de esperar un determinado número de abandono<sup>33</sup>.

Los extranjeros que no hablen ninguna de las cuatro lenguas elegidas para la traducción de los test y escalas precisarán de un auxiliar de traducción simultánea durante las consultas, lo que introduciría un factor de confusión a la hora de la objetivación de los instrumentos de medida.

## Aspectos éticos

La única limitación ética que se podría identificar en este estudio sería la no aplicación del programa de apoyo psicosocial al grupo control, dado que la hipótesis de trabajo expone apriorísticamente los beneficios de dicha intervención. Dicha limitación quedaría subsanada con el compromiso de la aplicación del programa al grupo de controles una vez finalizado el estudio.

## Bibliografía

1 Achotegui J. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E, Cornelles JM. Medicina y cultura. Barcelona: Editorial Bellaterra; 2002. p. 88-100.

2 Martincano JL, García-Campayo J. Los problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante. Madrid: Semergen; 2004. En línea disponible en: <<http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/inmigrante/inmigrante.htm>> [Consultado el 20.11.10].

3 Sandoval OA. Cómo el estrés afecta a los emigrantes. Artículo en línea en: <[http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art43001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art43001)> [Consultado el 14.11.10].

4 Sardiña D. La evaluación de la adaptación psicológica a la inmigración y el reasentamiento. Hojas Informativas de I@s Psicólogos de Las Palmas. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas 2003; II (52).

5 PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Madrid: Publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Ediciones Mundi-Prensa; 2004.

6 Caldas de Almeida JM, Aparicio Basauri V. El contexto de la Salud Mental. Traducción al español del Mental Health Context de la OMS (2003). Gijón: Editores Médicos S.A.; 2005.

7 Achútegui G. Informe de situación de Salud Mental. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.

8 Tomé Alonso M. Prólogo. En: Diversidad social y cultural. Cuidados enfermeros en Salud Mental. XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Granada 21-23 Marzo 2002. Madrid: AESM; 2002.

9 Fuente de los datos: Variaciones residenciales. Último dato publicado: Año 2009 (30 de junio de 2010). Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p307/a2009/l0/&file=020512.px&type=pcaxis&L=0> línea: [Consultado el 25.1.11].

10 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Convenio de colaboración en

materia de Salud Pública para inmigrantes. Sevilla: Junta de Andalucía; 1999.

11 Lobato P, Regato P, Iglesias C, Vázquez J, Gázquez JV, Sayed-Ahmad N et al. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.

12 Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de Salud Mental 2004; 1. p. 39-52. En línea: <[http://www.ome-aen.org/NORTE/21/NORTE\\_21\\_060\\_39-52.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/21/NORTE_21_060_39-52.pdf)> [Consultado el 27.11.10]

13 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 217 A (III) del 10-12-1948. Artículos 13, 14, 15 y 25. En línea: <<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>> [Consultado el 4.09.10]

14 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 21-11-86.

15 Merino P. Síndrome de Ulises. La patología psiquiátrica entre la población inmigrante. Madrid: Ergon; 2005.

16 Segura A. El acercamiento a la inmigración desde la Psicología. Apuntes de Psicología. Sevilla: Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla 2003; 21 (2):361-375.

17 Pacheco Borrella, 2001. Citado por Redondo E. Urgencias y cultura. En Megías-Lizancos F, Molino JL, Pacheco G. Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2005.

18 Carballal MC. Un encuentro desde Enfermería con los duelos de la migración. En: Diversidad social y cultural. Cuidados enfermeros en Salud Mental. XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Granada 21-23 Marzo 2002. Madrid: AESM; 2002.

19 Tarrés S. El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaceta Electrónica de Antropología 2001. 17. En línea disponible en la dirección: <[http://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_15Sol\\_Tarres\\_Chamorro.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html)> [Consultado el 4.1.11]

20 Cuidar en la Transculturalidad. Revista de Enfermería Albacete 2002; 15. En:<<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/editoria115.htm>> [Consultado el 24.09.10]

21 Leininger M. Leininger's Theory of nursing: cultural care diversity and universality. Nurse Science Q 1998; 1: 152-160.



- 22 Conclusiones del Congreso. En: Diversidad social y cultural. Cuidados enfermeros en Salud Mental. XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Granada 21-23 Marzo 2002. Madrid: AESM; 2002.
- 23 Molina E, González R. La multiculturalidad... también presente en las UHB de Psiquiatría. En Espacios de Encuentro en los Cuidados Enfermeros en Salud Mental. XX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Alicante, 10-12 de Abril de 2003. Alicante: AESM; 2003.
- 24 Programa de cálculo de tamaño muestral [programa de ordenador] C. T. M. versión 1.1.
- 25 Font A. Valoración de la Calidad de Vida en paciente con cáncer [Tesis doctoral]. Barcelona: Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona; 1988.
- 26 Duarte G. La medida de resultados en enfermería. Ponencia para SEAPREMUR Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia. En línea: <<http://www.seapremur.com/ponencias%20vi%20jornadas/la%20medida%20de%20resultados%20enfermeros.htm>> [Consultado el 14.9.10]
- 27 Glosario de términos NSM. En línea: <<http://www.insm.es/glosariogr/glosarionsm/>> [Consultado el 14.9.10]
- 28 Thoist. Apoyo Social Percibido. Citado por: Roure R, Vidal J. Percepción de apoyo social en pacientes de más de 64 años en un Servicio Hospitalario de Traumatología. En línea: <[http://www.scele.enfe.ua.es/web\\_scele/poster\\_4.htm](http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/poster_4.htm)> [Consultado el 21.11.10]
- 29 Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta Edición. Madrid: Elsevier/Mosby; 2008.
- 30 Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental [programa de ordenador] FAES Versión 2.1.
- 31 Aroian K. A model of Psychological Adaptation To Migration and Resettlement. Nursing Research 1990; 39 (1): 5-10.
- 32 Aroian K, Norris A, Tran T, Schappler-Morris N. Development and Psychometric Evaluation of the Demands of Immigration Scale. Journal of Nursing Measurement 1998; 6 (2):175-194.
- 33 Malagón JL, Sarasola JL. Manual de atención social al inmigrante. Sevilla: Almuzara; 2004.