

La salud reproductiva en la mujer inmigrante: diferencias entre culturas

RESUMEN

En la práctica diaria de los cuidados que realiza el personal de enfermería se están produciendo numerosos cambios, no sólo a nivel del conocimiento, sino también por los cambios sociales que acontecen en nuestra sociedad, como la inmigración. Es imprescindible identificar las barreras que el inmigrante lleva consigo susceptibles de dificultar un adecuado control y seguimiento del embarazo, para ofrecer con garantías una respuesta positiva y eficaz. Así como las repercusiones derivadas de ello, deben ser conocidas y analizadas con detenimiento. En este artículo nos planteamos conocer las características obstétricas de las mujeres gestantes inmigrantes. Para ello, diseñamos un estudio descriptivo transversal y analítico. Observamos que la primera visita antes de las 12 semanas de gestación y el seguimiento del embarazo en mujeres subsaharianas y procedentes de Asia son bajas, apenas si llegan al 50%. También percibimos que el número de mujeres inmigrantes que se preparan al parto tiene unos porcentajes muy bajos, sólo las mujeres latinoamericanas alcanzan el 37%, el resto tiene tasas inferiores al 13%. Todo esto, nos hace replantearnos una mejor captación al programa de salud materno infantil, aumentar las actuaciones en estas comunidades y organizar campañas de atención prenatal adecuadas.

PALABRAS CLAVE

Inmigración, gestación, puérpera, salud, interculturalidad, obstetricia, reproducción.

ABSTRACT

A lot of changes are happening in the daily practice. Not only by the level of knowledge development, but also by the social changes happening in our society like the immigration. Health concept differences due to cultural role makes the women's reproductive health a field of vital importance to public health. Therefore it is essential to be able to identify immigrant-related barriers interfering with pregnancy follow-up and their impact, in order to guarantee an effective care. In this article certain variables are analyzed, such as childbirth training, epidural analgesia or suitable follow up of the pregnancy, providing different results depending on the country of origin.

KEY WORDS

Immigration/pregnancy/postpartum/health/ intercultural competence/ obstetrics, women health.

Introducción

El concepto de salud es un término no sólo biológico o somático, sino psicológico y social. Debemos comprender que tanto las prácticas individuales como sociales vienen enmarcadas dentro de un contexto histórico, cultural, social y económico. Es en este área donde los profesionales sanitarios deben reflexionar para lograr un enfoque adecuado en la práctica diaria, dado el momento histórico donde nos encontramos y apreciando las diferencias en cuanto a valores, normas morales, problemas relacionados con la inmigración, diferencias sobre el concepto de familia, hábitos alimenticios, barreras ante el desconocimiento, etc.

El avance en las distintas disciplinas sanitarias, la evolución producida a lo largo de los años en el conocimiento y saber sanitario, nos hace pensar que la población utiliza los medios a su alcance con el fin de conseguir un esta-

do de salud óptimo, pero erróneamente, esta situación no siempre es así, provocando frustración en los profesionales que apuestan día a día con su esfuerzo y trabajo para ayudar a los usuarios.

El país de procedencia es importante puesto que cada cultura tiene sus costumbres y creencias. El concepto de salud al igual que el de enfermedad viene determinado culturalmente¹. Existen países donde las mujeres no han tenido contacto con el sistema sanitario y otros donde no existen programas de atención a la mujer. Todo esto determinará el abordaje del seguimiento y control del embarazo.

La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes supone una preocupación importante en el campo de la salud pública, en relación a su preparación al parto, el uso de distintos métodos anestésicos (epidural, intradural, general, etc.), seguimiento adecuado del embarazo² (visitas al tocólogo, médico de familia, ecografías, screening de metabolopatías, etc.).

Son las mujeres y los seres que dependen de ellas las que soportan las peores condiciones de vida. Aún así, se produce una gran invisibilidad de su papel, ya que no existen censos fiables de la población inmigrante femenina. Además de no existir reconocimiento de las actividades económicas que realizan puesto que no están formalizadas³.

*Enfermera del Servicio de Obstetricia. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Enfermero Supervisor de Formación del Hospital de Baza. Granada.

***Enfermera del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

En la Unidad de Obstetricia del Hospital 12 de Octubre de Madrid, al igual que en otros hospitales similares, la dinámica de trabajo ha sufrido un giro importante. Se ha pasado de cerrar plantas hace una década, a tener más de 3750 partos (incluyendo partos instrumentales) y 250 cesáreas durante el pasado año 2007. Estas cifras hacen referencia tan sólo a una de las tres salas dedicadas a tal fin.

El gran movimiento inmigratorio producido en las grandes ciudades, nos lleva a la necesidad de replantear nuestro trabajo y a dejar a un lado nuestras convicciones, así como a ampliar nuestros conocimientos a través de la formación continuada. Debemos estar preparados para atender las necesidades de la sociedad actual, donde existen aún muchas lagunas ante un cambio reciente en el que las Administraciones Públicas están tomando medidas aún por evolucionar⁴.

El estudio que a continuación detallamos se ha realizado gracias a la colaboración de las usuarias, y a la oportunidad de trabajar en el Hospital Materno Infantil 12 de Octubre de Madrid durante el tiempo suficiente como para hacernos eco de los problemas que surgen con el fenómeno migratorio.

Dentro de los aspectos socio-sanitarios de la mujer inmigrante podemos encontrar:

- 1-. Bajo nivel educacional (analfabetismo sobre todo en mujeres magrebíes y asiáticas). Esto influirá en todos los aspectos de la atención sanitaria: control y seguimiento del embarazo, educación sanitaria pre y postparto, dificultad de integración, barreras idiomáticas y diferencias culturales.
- 2-. La mujer inmigrante presenta con determinada frecuencia alteraciones de tipo psicológico causada por el desarraigo, el estrés, la ansiedad, frustración y adaptación que acaban repercutiendo sobre su salud⁵.
- 3-. El desconocimiento del sistema sanitario y de sus derechos a una prestación sanitaria, junto con las dificultades de acceso al sistema de salud hace que las mujeres inmigrantes acudan cuando la gestación está avanzada, incorporándose más tarde al programa de salud materno infantil.

Conocer algunos aspectos de su origen y realidad cultural

Es importante conocer estos datos antes de establecer diferencias en la salud reproductiva de la mujer inmigrante. Encontramos variaciones según su procedencia:

Latinoamericana, Este de Europa, África Subsahariana y de origen Asiático.

La población latinoamericana tiene un proceso de integración menos traumático, ya que el conocimiento del idioma le permite su relación con el resto de la población, expresando sus necesidades y comprendiendo así mismo normas y modelos a seguir, al no intentar reproducir la estructura social de su país⁶. Poseen una mayor familiarización con las medidas de prevención, mayor costumbre en cuanto a revisiones ginecológicas.

La población del Este de Europa no suele conocer el inglés, se encuentra aún más aislada y como consecuencia tiene más dificultades para la integración. Respetuosas con los servicios sanitarios, dejan a su familia en el lugar de origen, con el objetivo de poder trabajar y reunir dinero; su escala de valores es más parecida a la nuestra pero se ve influenciada por la actividad laboral, que les lleva a cambiar de población con frecuencia y en el caso de mujer gestante dificulta un buen seguimiento y control de su estado de salud. Normalmente priorizan mucho más su estabilidad laboral, dejando de lado el resto de las actividades que les pueda perjudicar⁷.

Las mujeres del África subsahariana provienen de sociedades donde el respeto que una mujer recibe se basa en gran medida en el número de hijos que tiene, por ello la fecundidad es elevada. Las tasas de analfabetismo son altas, la sociedad es mayoritariamente patriarcal, la mujer tiene un estatus inferior al del hombre y los matrimonios precoces exponen a las jóvenes a embarazos a edades tempranas que amenazan a su salud, a la violencia sexual y doméstica.

Dependiendo de la colonia de origen son conecedoras de otro idioma (inglés o francés), pero no todos los profesionales estamos preparados para poder entenderlos y mantener una conversación fluida que nos permita hacer un buen diagnóstico de su situación. Además, en general no están acostumbradas a las revisiones ginecológicas, tampoco a las medidas de prevención por la falta de asistencia sanitaria en sus países de origen, dándose el caso de gestantes que jamás han tenido una exploración ginecológica⁸.

Respecto a la población Asiática es muy importante recalcar no sólo las diferencias culturales sino la gran barrera que supone el idioma, hace que les sea difícil transmitir sus problemas de salud y miedos, dificultando la realización de la historia clínica. Además de suponerle un medio de aislamiento que les lleva a relacionarse sólo con gente de su misma comunidad, provocando sentimientos de insatisfacción, estrés, desadaptación, etc. Llegando a

situaciones pintorescas “como poner a los profesionales a través del móvil con algún coterráneo que pueda expresarse con mayor claridad”. Si a eso le añadimos que por ser un colectivo minoritario, suelen formar comunidades pequeñas, el sentido de colectividad está relacionado con ideas compartidas por ese conjunto de la sociedad. Son sin lugar a dudas con los que más problemas tenemos para comunicarnos, haciendo uso de la comunicación no verbal para obtener una información que en cualquier caso es insuficiente.

Objetivos

Objetivo principal:

Conocer las diferencias en las características obstétricas de las mujeres gestantes inmigrantes estudiadas.

Objetivos secundarios:

Valorar las 1^a visitas antes de las 12 semanas de gestación de las mujeres inmigrantes.

Determinar si existe relación entre las revisiones obstétricas y el país de procedencia.

Averiguar como las mujeres inmigrantes se preparan para el parto según su nacionalidad.

Conocer como viven la analgesia durante el parto (epidural, intradural, general, etc.) de las mujeres inmigrantes.

Investigar la relación entre la edad y el seguimiento del parto.

Material y métodos

Diseñamos un estudio descriptivo transversal y analítico. El ámbito de estudio fue la Sala de Obstetricia del Hospital 12 de Octubre de Madrid durante los meses de Junio a Noviembre de 2007.

Los sujetos a estudiar han sido 200 mujeres inmigrantes de distintos países de procedencia. Estos datos los hemos obtenido de las historias clínicas de las parturientas garantizando el anonimato de todos los sujetos y previo consentimiento del Comité de Ética e Investigación del hospital, seleccionando las siguientes variables:

- Procedencia de las mujeres inmigrantes.
- Número de partos.
- Visitas de seguimiento antes de las 12 semanas de gestación.
- Asistencia a clases de educación maternal.
- Solicitud de utilización de anestesia epidural o intradural.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete

estadístico SPSS 13.0 para Windows. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas o categóricas recogidas y medias, desviaciones típicas, máximos y mínimos para las variables cuantitativas, asumiendo en éstas últimas normalidad en su distribución por ser $n > 30$.

Se calcularon sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, ya sea para medias como para proporciones.

Análisis Bivariante para estudiar las relaciones entre las variables dependientes y las independientes dos a dos (Tablas de Contingencia). Para estudiar la asociación entre dos variables cualitativas el estadístico a uso fue el Chi-cuadrado por ser tablas $2 \times r$ ($r > 2$). Se utilizó la T-Student cuando se relacionó la edad y con el resto de variables dicotómicas. Se asumió normalidad de la variable edad por estar ante una muestra superior a 30 sujetos (Teorema Central del Límite). Se asumió significación estadística para valores $p < 0,05$.

Resultados

Si hacemos una descripción general de las mujeres gestantes inmigrantes observamos que están casadas el 91.1%, que realizaron una primera visita antes de las 12 semanas de gestación el 62.3 % de ellas, más de 8 revisiones el 51.8 %, la preparación al parto el 20.9 % y utilizaron anestesia epidural o intradural el 68.6 %.

En el momento del estudio el 70.2 % tenían uno o dos gestaciones, el 20.4 % tres y el 9.4 % más de tres.

La media de edad de las mujeres gestantes inmigrantes está en los 29,64 años con una desviación (variabilidad en la muestra, dispersión de los datos) de 5,50 años. Véase tabla 1.

En cuanto al país de origen de las mujeres inmigrantes el 46% proceden de América Latina, el 15% del África Subsahariana, el 14% de Europa del Este, el 13% del Magreb y el 12% de origen Asiático. Véase tabla 2.

Aunque las mujeres latinoamericanas son las que realizan más 1^a visitas antes de las 12 semanas y las subsaharianas y procedentes de Asia las que menos, según el test de Chi-cuadrado con una $p > 0.05$ y el % de frecuencia esperada < 5 podemos afirmar estadísticamente que realizar la 1^a visita antes de la semana 12 no depende de la nacionalidad de la mujer. Véase tabla 2.

Las latinoamericanas hacen más visitas de las esperadas mientras que las subsaharianas y magrebíes hacen menos. Cuando observamos el test de Chi-cuadrado con $p < 0,05$, y el porcentaje de frecuencia esperada inferior a 5 es $< 20\%$, podemos afirmar que el hecho de hacer más de

8 visitas durante el embarazo depende de la nacionalidad de la mujer de manera estadísticamente significativa.

En cuanto a la preparación al parto sigue siendo baja en las mujeres inmigrantes. Aún así, las gestantes procedentes de América Latina son las que más participan, mientras que las subsaharianas y magrebíes acuden menos a los cursos de preparación. Si realizamos el test de Chi-cuadrado con $p < 0,05$, y el porcentaje de frecuencia esperada inferior a 5 es $< 20\%$, así, podemos afirmar que el hecho de participar en las sesiones de preparación al parto durante el embarazo depende de la nacionalidad de la mujer de manera estadísticamente significativa.

Si observamos la utilización de anestesia epidural, las mujeres procedentes de Europa del este y las latinoamericanas utilizan con frecuencia este procedimiento. Al realizar el test de Chi-cuadrado con $p < 0,05$, el porcentaje de frecuencia esperada inferior a 5 es $< 20\%$, así, podemos afirmar que el hecho de pedir o no la anestesia epidural depende de la nacionalidad de la mujer de manera estadísticamente significativa. Las mujeres latinoamericanas y las de Europa del este piden más de lo esperado la anestesia, mientras que las subsaharianas y magrebíes participan menos de la anestesia epidural.

Para finalizar comparamos la media de edad con acudir más veces a revisión. Según el Test de Chi-cuadrado con $p < 0,05$ existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad media de las mujeres y el hecho de ir más de 8 veces a revisión. Gráfico 1.

Discusión

El hecho que las mujeres subsaharianas y procedentes de Asia sean las que menos hagan 1^a visitas antes de la 12 semanas de gestación nos lleva a reflexionar que deberíamos aumentar las actuaciones en estas comunidades. Esta situación puede ocasionar consecuencias de distintos tipos, entre ellas el desarrollo de enfermedades relacionadas con el embarazo que no son detectadas a tiempo, imposibilitando de esta manera la realización de un diagnóstico precoz de malformaciones fetales y metabólicas.

Si tenemos en cuenta que un seguimiento adecuado del embarazo recomienda más de 8 revisiones durante la gestación quizá deberíamos aumentar las actuaciones en las comunidades subsaharianas y magrebíes para mejorar esta situación. Debemos tener en cuenta que muchas mujeres inmigrantes desconocen el sistema sanitario, presentan barreras lingüísticas, dependen en muchas ocasiones de su pareja para acceder al sistema sanitario y suelen mostrar cierto rechazo a exploraciones ginecológicas sobre todo por el pudor ante varones sanitarios.

En cuanto a las clases de preparación al parto observamos que son bajas en la población inmigrante. Un gran número de mujeres en sus países de origen no tienen acceso a estos programas y al sentirse sanas no perciben esta necesidad. Y no podemos olvidar las barreras laborales, en cuanto a horarios, miedo al despido e incompreensión por parte de sus superiores.

Con referencia a la anestesia epidural, se observa que las mujeres latinoamericanas y las de Europa del Este la solicitan más de lo esperado mientras que las subsaharianas y magrebíes lo hacen menos. Podemos deducir que una gran mayoría de la población inmigrante hace uso de las ventajas que supone un parto sin dolor. Es un amplio porcentaje si tenemos en cuenta que en muchos de los países de origen no es una práctica habitual, este logro puede atribuirse en su gran mayoría a la comunicación entre comunidades (una buena experiencia hace que se extienda entre la población las ventajas que supone), además del aumento de la educación sanitaria que hacen los profesionales (explican detalladamente ventajas e inconvenientes de la práctica sanitaria).

Al comparar la media de edad y el número de revisiones observamos que las mujeres con medias de edad superiores acuden más veces a revisión que las más jóvenes. Debemos tener claro este hecho a la hora de incidir en los programas de educación maternal.

Conclusión

El seguimiento y control del embarazo que observamos en nuestro estudio, nos hace replantearnos una mejor captación para estos programas y una explicación detallada del número de visitas con la matrona, ginecólogo, utilización de mediadores, flexibilización de los horarios, formación intercultural, la adaptación de los consejos de los profesionales a las distintas situaciones culturales⁹.

Se deberían organizar campañas de atención prenatal precoz para romper con estas barreras y evitar que acudan sólo en el momento del parto o cuando los problemas están muy avanzados. Para mejorar esta situación, debemos ofrecer flexibilidad de horarios a la hora de impartir las clases de educación maternal y visitas médicas¹⁰.

Las barreras culturales y económicas hacen que el acceso al control del embarazo sea tardío, cuando es difícil su ocultación y el estado avanzado del mismo puede ocasionarles incomodidad e incertidumbre¹¹. Con frecuencia, los horarios de los centros sanitarios suelen ajustarse al horario de oficina de cualquier trabajador, imposibilitando el acceso a toda la población que trabaje en esta franja horaria¹². Aunque las visitas a la matrona y médico de familia están programadas un determinado día a la semana, a

una hora concreta, son más flexibles que las planificadas por los facultativos especialistas (Tocólogos) cada dos meses. En cuanto a las clases de Educación Maternal, impartidas a partir de la 28 semana de gestación, en el centro de salud de referencia, no siempre pueden ser seguidas con la asiduidad necesaria. Recordemos el estado avanzado en que se encuentra la gestante, las carencias que presenta la infraestructura de los centros y los numerosos acontecimientos que dificultan su realización (formación continuada de los profesionales en el día prefijado, días festivos, falta de suplencias...), provocando un pequeño

conflicto en aquellas mujeres que deben cambiar turnos o pedir permiso para asistir a las mismas.

Si tenemos en cuenta, que en la sociedad actual ha costado mucho tiempo, esfuerzo y recursos cambiar determinados conceptos como la educación para la salud o la formación continuada en los profesionales, es necesario que tanto las autoridades competentes como los trabajadores consigan que en esta población, la salud llegue a formar parte de su cultura y vean en los servicios sanitarios la oportunidad de mejorar sus condiciones de salubridad.

VALORES DE LA VARIABLE	n	$p/\bar{x} \pm std$	IC (95%)*	
Latinoamericanas	88	46,1	39,0	53,2
Este Europa	27	14,1	9,2	19,0
Asiáticas	23	12	7,4	16,6
Magrebíes	25	13,1	8,3	17,9
Subsaharianas	28	14,7	9,7	19,7
Casadas	174	91,1	87,1	95,1
1 visita antes de la semana 12	119	62,3	55,4	69,2
Más de 8 revisiones	99	51,8	44,7	58,9
Preparación al parto	40	20,9	15,1	26,7
Anestesia epidural	131	68,6	62,0	75,2
1 ó 2 gestaciones	134	70,2	63,7	76,7
3 gestaciones	39	20,4	14,7	26,1
Más de 3 gestaciones	18	9,4	90,6	9,7
Edad		29,6+5,5	28,9	30,4

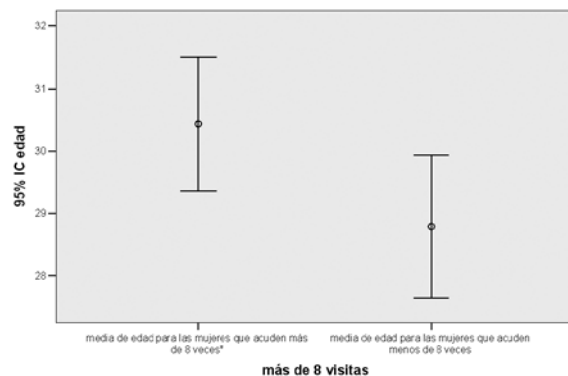
TABLA 1
Descripción de las mujeres a estudio.

Nacionalidad	n	1ª visita antes de la semana 12	Más de 8 revisiones	Preparación al parto	Anestesia epidural
Latinoamericana	88	70,5	73,9*	37,5*	79,5*
Este Europa	27	66,7	40,7	7,4	92,6*
Asia	23	43,5	47,8	13	56,5
Magreb	25	60	28*	4*	44*
Subsaharianas	28	50	17,9*	3,6*	42,9*

*P < 0,05

TABLA 2
Salud Reproductiva según procedencia de las mujeres.

Gráfico 1. Comparación de la media de edad entre la asistencia a revisiones



Bibliografía

- Fritjof Capra: Distintos Conceptos de Salud. Concepto de Sano y Enfermo, de normal y anormal varía de una cultura a otra. 1985; 135.
- Solas, O., Ugalde, A. Inmigración, salud y políticas sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995; 4:165-166.
- Derecho a la Protección de la salud. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad. 2003.
- Torres Chamorro, S. El Cuidado del Otro. Diversidad Cultural y Enfermería Transcultural. Gaceta de Antropología. 2001; 17,17-15.
- Moreno Preciado M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index de Enfermería, 2003; 42: 29-33.
- Bermúdez Quintana, E. M., Mujeres Inmigrantes y Salud. Universitat de Valencia, 2006; 1.3: 78.
- Spector Racher, E. Cultura y Cuidados de Salud y Enfermería. Cultura de los Cuidados. 1999; 6,66-72.
- Amezcuca, M. Antropología de los Cuidados, Enfermedad y Padecimientos: Significado del Enfermar para la Práctica de los Cuidados. Cultura de los Cuidados. 2000; 7 Y 8 ,60-67.
- Barrera, F. Promotores de la Salud en los Inmigrantes: Serrano I. La Educación para la Salud en el Siglo XXI. 1997.
- Delgado, M., Barrios, L. Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España. Centro de Investigaciones Sociológicas, 2007, 9.
- Grande Gascon, M. L y col. La Concepción de salud y enfermedad en una sociedad multicultural. Centro asociado de la provincia de Jaén. Andrés de Valdevira. Medicina UNED, 2001; 25-31.