

ANTROPOLOGÍA

“¿ES LA PSIQUIATRÍA REFLEJO SOCIAL DE LA DIVERSIDAD CULTURAL?”

Eva Molina Alén

Enfermera y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Doctorando en el programa 2003-2005 sobre el “Dolor: aspectos básicos y clínicos” de la Universidad Rey Juan Carlos. Prof. Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). Supervisora de la UHB de Psiquiatría del Hospital General de Móstoles (Madrid).



“IS PSYCHIATRY A MIRROR OF CULTURAL DIVERSITY?”

ABSTRACT

Nursing professionals nowadays deal with a wide variety of clients/customers/patients, and it is not the traditional patient anymore, since they come from various places, with different cultures and languages. Society is becoming more plural and Nursing must also do so, accepting the multiplicity of habits and ways of life at the workplace, recognising diversity and contributing to social interaction.

Multiculturality is a reality in our society, and must therefore reflect on the health system in our community, both at primary or specialised health

care levels. In June 1998, the Mostoles Hospital Psychiatry Unit was opened in Madrid.

Is cultural diversity reflected on Mental Health? How is this done? What is the most represented country? How old are the patients? Are they male or female? ... These were the questions which determined this descriptive retrospective study during the years 2001, 2002 and 2003, with patients admitted to this psychiatric unit.

RESUMEN

Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor variedad de usuarios/clientes/ pacientes a los que cuidar y precisamente ya no se trata del paciente tradicional pues proceden de muy diversos lugares, con culturas, idiomas y lenguas diferentes. La sociedad es cada vez más plural y la Enfermería por tanto también ha de serlo, aceptando la multiplicidad de costumbres y de forma de vida en el escenario laboral, reconociendo la diversidad y contribuyendo a la interacción social.

La multiculturalidad es una realidad en la sociedad y por tanto debe reflejarse de la misma manera en la red sanitaria de nuestra comunidad, tanto en la Atención Primaria como en la especializada. En Junio de 1998 se inauguró la UHB de psiquiatría en el hospital de Móstoles en la Comunidad Autónoma de Madrid.

¿Se refleja la diversidad cultural en Salud Mental? ¿Cómo lo hace? ¿Cuál es la incidencia? ¿Cuál es el país más representado? ¿Qué edades

tienen los pacientes? ¿Cuál es su sexo?... Éstas fueron las preguntas que determinaron este estudio descriptivo retrospectivo de los años 2001, 2002 y 2003 sobre los pacientes ingresados en la "UHB de psiquiatría del hospital de Móstoles".

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista antropológico, podemos decir que el tercer milenio se inauguró con una polémica cultural compleja y muy diversa. La inmigración y la Ley de extranjería, la multiculturalidad, los problemas étnicos y xenófobos que generan dicha inmigración, los conflictos de escolarización, las relaciones de poder entre género, las supuestas tradiciones culturales que vulneran los derechos de la persona (venta y casamiento de menores, malos tratos, castigos físicos o lapidación, etc.) han sido los temas de actualidad y de debate en los medios de comunicación, en las tertulias y en las conversaciones particulares.

Revisando el artículo "Culturas urbanas de fin de siglo: la mirada antropológica" de Néstor GARCÍA CANCLINI la ciudad es considerada como protagonista social y espacial que genera y condiciona actitudes, interactúa, interpreta, simboliza y transmite cultura. Algunos autores de principio del siglo XX, definieron la ciudad como espacio, lugar o geografía urbana donde habitan gran número de personas, otros introducían las actividades no agrícolas y comerciales como elementos característicos originando la oposición entre campo/ciudad, o rural/urbano. A finales de siglo, la tecnología y las redes de comunicación, originan cambios en dichas definiciones y en sus significados, las ciudades reciben miles de emigrantes, crecen vertiginosamente, absorbiendo en su progresión las localidades cercanas.

Las grandes ciudades, desde una perspectiva antropológica permiten conjugar muchas disciplinas, entre ellas, la antropología, la filosofía, la sociología, la psicología, la lingüística, la arquitectura, etc., que comparten el objeto de estudio común, la ciudad, aunque con enfoques diferentes. La antropología estudia la ciudad como fenómeno social, generadora de relaciones sociales, como centro de confluencia de tradiciones que se intercambian y se reproducen otorgando una identidad colectiva.

Quiero detenerme un momento en este punto, para traer el análisis sociológico que Georg SIMMEL (1986) hiciera sobre la influencia de las grandes ciudades en la constitución del urbanita moderno. Simmel planteó que el acrecentamiento de la vida nerviosa constituye el fundamento psicológico sobre el que se levanta el nuevo tipo de individualidad urbana. El rápido e ininterrumpido intercambio de impresiones externas e internas, el flujo de mensajes, el desarrollo constante de la técnica, la aglomeración de imágenes cambiantes, son responsables del cambio de ritmo de la personalidad de los individuos. Para Simmel, el urbanita moderno tiene "un sentimiento de tensión y de nostalgia desorientada", las relaciones entre individuos dejan de ser relaciones afectivas para basarse en la objetividad dado que la ciudad es sede de la economía monetaria y el mercado impone las condiciones y transforma las formas de percepción, las relaciones son cuantificables sin vinculación afectiva, hay un predominio del individualismo y de la cultura de la indiferencia destacando "una muchedumbre solitaria" en la masa de la urbe. Un elemento irrenunciable de la modernidad para Simmel es que sólo en la ciudad, es posible la libertad y la autonomía del individuo: "el urbanita es libre en contraposición con las pequeñeces y prejuicios que comprimen al habitante de la pequeña ciudad", la gran ciudad es sede del cosmopolitanismo, desarrollándose en ella un individualismo cualitativo que acentúa lo común a todos los hombres por un lado y la diferencia del individuo por otro.

Este análisis de Simmel sobre la gran ciudad ha de hacernos reflexionar y considerar que también la ciudad y el proceso de aculturación que se lleva a cabo son las causas de los procesos psicopatológicos y psicosociales de los emigrantes.

El fenómeno migratorio es complejo, y los desplazamientos masivos de seres humanos se han convertido en un signo identitario del proceso de la globalización; así la globalización se describe "como el proceso donde el aumento de interconexiones se da lugar en la cultura, economía y vida social" (Barnarad, 1996). En España, la realidad social se traduce que en una década hemos pasado de exportar emigración a convertirnos en destinatarios de miles de inmigrantes. Los movimientos

migratorios nacionales e internacionales suponen una avalancha de individuos, que huyen de sus naciones de origen buscando una oportunidad en los países desarrollados provocando según Angélique TRACHANA (2001) dos fenómenos, el primero, que la ciudad se hace multicultural, hay mayor diversidad cultural, formas de vida específicas, y patrones de comportamiento diversos, que generan riqueza cultural por un lado pero también tensiones y conflictos; el segundo, que hay una mayor desigualdad social en el espacio urbano, permitiendo identificar en él, dos territorios, el de la exclusión que produce una segregación espacial de las minorías, tanto étnicas como culturales, fomentando la formación de tribus urbanas y de guetos y el de la integración. El proceso migratorio supone para el individuo dejar su país de origen para establecerse en otro país con un objetivo fundamental, provocar un cambio en su vida personal. Es romper con sus raíces, su familia y amigos, es partir hacia un lugar desconocido para mejorar sus condiciones de vida pidiéndole un desarraigo respecto a sus orígenes, confrontando el proceso inicial de culturización y exigiéndole un arraigo en un medio idealizado, desconocido y a menudo hostil, obligándole a llevar a cabo un proceso de aculturación trayendo consigo desequilibrios psicológicos y sociales.

Ignacio SÁNCHEZ CÁMARA Catedrático de la Universidad de La Coruña distingue en el proceso de aculturación que se lleva a cabo en las sociedades de acogida por los inmigrantes cinco actitudes dentro de este proceso:

- a) El rechazo y la expulsión de los inmigrantes o el impedimento de su entrada
 - b) La exclusión de la ciudadanía y la condena a la marginación y a la vida fuera de los muros de la ciudad, distanciándole, promoviendo la anomia y la segregación social.
 - c) La asimilación forzosa, es decir el abandono de la identidad de origen tomando como propia la identidad de la sociedad de acogida.
 - d) La integración dentro de la sociedad de acogida, conservando sus costumbres y creencias en la medida en que no atenten contra los principios y valores fundamentales de aquella.
 - e) La solución multiculturalista.
- Sánchez Cámara apuesta por la integración.

El aumento de los movimientos migratorios es provocado por la mundialización económica, las catástrofes naturales o las guerras, transformando los países, las ciudades y los pueblos de destino, pasando de una relativa homogeneidad a una creciente heterogeneidad, e ineludiblemente, la sociedad española también ha experimentado dichas transformaciones. Parafraseando a Jordi Borja y Manuel Castells, "nuestro mundo es étnica y culturalmente diverso y las ciudades concentran y expresan dicha diversidad".

La multiculturalidad es una realidad en la sociedad española y por ende, debe reflejarse de la misma manera en la red sanitaria de nuestra comunidad, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada.

La Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría es una unidad de corta estancia con 20 camas de hospitalización, ubicada en la primera planta del Hospital general de Móstoles, en la Comunidad Autónoma de Madrid. Se inauguró el 22 de junio de 1998 conforme a la reforma psiquiátrica con el fin de no marginar al enfermo mental y de integrar la asistencia psiquiátrica dentro del Sistema Nacional de Salud.

¿Se refleja la diversidad cultural en Salud Mental? ¿Cómo lo hace? ¿Cuál es la incidencia? ¿Cuál es el país más representado? ¿Qué edades tienen los pacientes? ¿Cuál es su sexo?... Éstas son unas de las preguntas que determinaron este estudio.

¿Cómo trabajamos en el Hospital de Móstoles?

A finales de 1999, próximos al efecto 2000 y sus consecuencias en las redes informáticas, la Dirección del Hospital decide integrarse en el PLAN RENOVE TECNOLÓGICO del entonces Insalud, e implantar el aplicativo informático de Enfermería G.AC.E.L.A, siglas que corresponden a Gestión Asistencial de Cuidados Enfermeros Línea Abierta, en todas las unidades de hospitalización, incluida la de psiquiatría, eligiendo por Modelo enfermero el de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que sirven de guía para la valoración del paciente.

Se produce el cambio filosófico y cultural en el hospital, y se comienza a trabajar con la metodología enfermera, el PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, creando grupos de expertos que

seleccionarían y validarían los diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA, los factores relacionados, los objetivos y las actividades de enfermería que posibilitarían el diseño de los planes estandarizados. Simultáneamente el servicio de formación continuada del hospital organiza cursos de formación sobre “Modelos de Enfermería, metodología, talleres de diagnósticos y planes de cuidados estandarizados”, conformando la base de conocimiento fundamental para que cada unidad de hospitalización diseñara sus propios planes de cuidados estandarizados que posteriormente serían validados por otro grupo de Enfermería.

Con el objetivo de dar unos cuidados de Enfermería integrales y continuados a los pacientes hospitalizados cuando se van de alta, la enfermera realiza UN INFORME DE ALTA que se remite por FAX al Centro de Atención Primaria de referencia del paciente o Centro de Salud Mental en el caso de la Unidad de Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los años 2001, 2002 y 2003 de los pacientes ingresados en la UHB de Psiquiatría del hospital de Móstoles con otras nacionalidades y culturas.

Población diana: todos los pacientes ingresados en la UHB de Psiquiatría con nacionalidad diferente a la española. El número total de la muestra fue de 47 pacientes, que corresponden 15 al año 2001, 18 al 2002 y 16 al 2003.

Variables contempladas en el estudio

- Sexo, edad, tipo de ingreso, contención mecánica en el ingreso, diagnóstico médico según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, planes de cuidados, diagnóstico enfermero según taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Fuentes utilizadas

- Historias y registros de enfermería de los 33 pacientes ingresados en los años 2001, 2002 y 2003, libros de registros de la UHB, datos del servicio de Admisión, informes de altas de enfermería.

En una primera fase consensuamos la elaboración del diseño de las hojas para la recogida de los

datos, posteriormente cotejamos y validamos los datos y procedemos al análisis de los mismos.

Programas informáticos utilizados

- Aplicaciones de Microsoft (Excel, Power Point, Word y Access).

OBJETIVOS

- Realizar un estudio socio sanitario de la multiculturalidad de los pacientes ingresados en los tres años.
- Comparar y cuantificar los tipos de ingresos.
- Cuantificar los ingresos involuntarios.
- Identificar el perfil cultural/nacional de los pacientes.
- Identificar los diagnósticos médicos más frecuentes.
- Cuantificar los Planes de Cuidados de los pacientes ingresados.
- Identificar los diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA más frecuentes

RESULTADOS

- El total de ingresos para los años 2001, 2002 y 2003, fue respectivamente de 15, 18 y 16 pacientes de otras nacionalidades, mientras que el total de ingresos involuntarios fue respectivamente de 7, 7 y 6 pacientes y de voluntarios de 8, 10 y 10 pacientes. (Fig.1 Ingresos totales e involuntarios, Periodo 2001-2003).

- La distribución por sexo de los pacientes estudiados (N = 49) fue de 5, 7 y 8 hombres y de 10, 11 y 8 mujeres respectivamente para 2001/2002/2003. El límite inferior de edad es 19 años mientras que el superior es de 69 años y el intervalo de edad que se presenta con mayor frecuencia es el 20-29 años para los tres años estudiados (Fig.2: Distribución por sexo y rango de edad, periodo 2001-2003).

- Se aplicó la contención mecánica a 5, 6 y 9 pacientes de un total de 49 para el trienio, correspondientes a 15, 18 y 16 pacientes respectivamente para los años 2001, 2002 y 2003, de los cuales - 3, 4 y 5 fueron mujeres y -2, 2 y 4 hombres el trienio (Fig. 3: Aplicación de contención mecánica, Periodo 2001-2003).

- Los 49 pacientes proceden de 22 países diferentes, constatándose la diversidad cultural en el

estudio. Se han agrupado en bloques continentales suramericano (3- 6- 5), norteamericano (0 en los tres años), europeo (7- 7- 5), africano (5- 5 -6) y asiático (0- 0- 0) Fig. 4: procedencia. Bloques continentales, Periodo 2001-2003.

- Los diagnósticos médicos según la CIE-10 más frecuentes fueron:

- Los trastornos mentales secundarios a sustancias (F10-19);

- La esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-29);

- Trastornos del humor (F30-39);

- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49);

- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-59);

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69); Fig.5: Diagnósticos médicos según CIE-10, periodo 2001-2003

- El 100% de los pacientes ingresados en la UHB tuvieron planes de cuidados (directos (1-2-0), estandarizados (2-2-2) e individuales (12-11-14) en el periodo 2001-2003 y se elaboraron el 100 % de las altas de enfermería en los tres años (Fig. 6: Planes de cuidados, Altas y diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003).

- Los diagnósticos de enfermería taxonomía NANDA más frecuentes fueron:

Trastornos de la comunicación, Alteraciones Sensorceptivas, Alteración de los procesos familiares, Alteración del pensamiento, Déficit de autocuidado, Alteración del patrón del sueño, Ansiedad, Manejo ineficaz régimen terapéutico y Riesgo de violencia auto-heterodirigida (Fig. 7: Diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003).

CONCLUSIONES

• El perfil medio del paciente ingresado en la UHB de psiquiatría responde por tanto a un adulto joven entre 20 y 29 años, cuyo sexo predominante es mujer.

• La mujer es el género de mayor representación en la UHB de psiquiatría, representando el 67, 61 y 50% en los años 2001, 2002 y 2003 respectivamente frente a un 33, 39 y 50%, reforzando la tesis sobre el aumento de los movimientos migratorios protagonizado por las mujeres en Europa. El

tipo de ingreso involuntario es superior en la mujer en los tres años, siendo la aplicación de las contenciones mecánicas también protagonizada mayoritariamente por la mujer.

• Llama la atención que en el periodo 2001 y 2002, el continente europeo es el de mayor representación aumentando la procedencia del continente africano en el último año.

• La Tasa de Diversidad cultural en la UHB es de un 4% ambos años:

• $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes Multicultural} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos en el año}) \times 100$

• En sólo tres años, los profesionales de Enfermería de la UHB de Psiquiatría han desarrollado el trabajo sobre el Plan de Cuidados, fundamentado en los diagnósticos enfermeros consiguiendo que el 100% de los pacientes ingresados en la UHB tuvieran un Plan de Cuidados. A partir de ahora, es necesario mantener dicho estándar pero profundizando cada vez más en la calidad de los mismos, con el fin de que éstos no sólo cumplan con los objetivos asistenciales, sino que proporcionen una atención integral, personalizada y de calidad a los pacientes que reciben nuestros cuidados.

• El personal de enfermería realiza el 100% de los informes de alta de enfermería, reflejándose en ellos los diagnósticos de enfermería que se han detectado y los que se han resueltos, así como un informe de enfermería de la evolución del paciente durante su ingreso hospitalario. En él, se reflejan las recomendaciones al alta, enviándolo por FAX al Centro de Salud Mental correspondiente o al centro de Atención Primaria.

• En función de los diagnósticos médicos, el grupo F20-29 que designa a los pacientes con trastornos psicóticos es el más frecuente en el año 2001 con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, mientras que en los años 2002 y 2003 el grupo F30-39 que corresponde a los trastornos del humor (depresión y trastorno bipolar en fase maníaca y/o hipomaníaca).

• Es significativo el motivo de ingreso de estos pacientes ya que llama la atención la ideación auto-lítica, el estado de ánimo depresivo y los sentimientos de desesperanza y ansiedad que vienen a reforzar que el choque cultural, el desarraigo, las expectativas no cumplidas, el paro, las necesidades económicas, favorecen la enfermedad mental.

COMENTARIO

La población inmigrante es vulnerable y presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración implica la ruptura y la pérdida de lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus, y por otro, el de pertenecer a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboral. Todo ello puede derivar en problemas psicosociales. El inmigrante está sometido a presiones de todo tipo:

- Duelo migratorio: ruptura afectiva con su país, familia, amigos; sentimientos de soledad, aislamiento social; sentimiento de culpa por dejar a sus hijos, familia, etc.; choque cultural: desconocimiento del idioma, de las normas sociales, de la simbología, del significado, etc.; estrés permanente por demostrar su capacitación y preparación, inseguridad ciudadana, económica y laboral; problemas en encontrar una vivienda, marginalidad; malos tratos, prostitución o violencia que sufren.

Una minoría de esta población se integra, otra se adapta, una mayoría se excluye y otra es excluida, porque las situaciones que vive el inmigrante provocan frecuentemente la pérdida del proyecto migratorio inicial, conduciendo a los más vulnerables a la desesperanza, al desequilibrio y desadaptación, e incluso al suicidio.

Los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor variedad de usuarios/clientes/ pacientes a los que cuidar y precisamente ya no se trata del paciente tradicional pues proceden de muy diversos lugares, con culturas, idiomas y lenguas diferentes. La sociedad es cada vez más plural y la Enfermería por tanto también ha de serlo, aceptando la multiplicidad de costumbres y de forma de vida en el escenario laboral, reconociendo la diversidad y contribuyendo a la interacción social.

La presencia de “la otredad” ha de aportar intercambios simbólicos enriquecedores y socialmente deseables y justos y la Enfermería, cuyo objeto de conocimiento es el cuidado, ha de adaptarse con el fin de apropiarse y adecuar éstos al “otro paciente”, contextualizando su cultura y comprendiendo desde su perspectiva la forma de entender la salud y la enfermedad.

Según José Manuel TORDERA ALBA, con el modelo de Interaccionismo simbólico (IS) de Joan

Riehl Sisca y sus tres principios fundamentales, las enfermeras/os en lo referente al proceso de cuidar, “hemos de ser conscientes de la intencionalidad que ha de guiar nuestro comportamiento con y para el paciente pues las personas asignarán un significado a cada una de nuestras palabras y acciones; la enfermería debe ser consciente del papel que le toca; la conciencia en la actuación, la intencionalidad de palabra y acción, también es un indicador de profesionalidad.”

En el mes de febrero del año 2002, ingresó un paciente marroquí con un trastorno psicótico imposible de abordar, más aun, aumentando su irritabilidad y agitación cuando, la mayoría de las enfermeras intentábamos acercarnos, y aquí digo bien enfermeras, por el género, pues su cultura trascendía dificultando su cuidado. Pedí ayuda a un médico libanés del hospital, que se mostró encantado de poder ayudarnos. Las personas presentes en aquella entrevista, tuvimos el privilegio de poder asistir a un encuentro caracterizado por la protección y la solidaridad, el respeto y la comprensión, pero por encima de todo, cargado de una inmensa humanidad. Dos personas que no se conocían, con status social y político distintos, provocándonos unas emociones profundas de admiración, de ternura, y por qué no decirlo, de amor.

Las siguientes líneas de Luis RACIONERO, plasman y ejemplifican cual ha de ser la naturaleza de la interacción social, en este mundo culturalmente diverso: “Cuando una sensación o emoción importante sucede en cierto lugar, la persona asocia un elemento físico de ese lugar con la vivencia



(...). Esos elementos físicos pasan a ser depositarios de un significado simbólico individual; cuando ese significado simbólico no es sólo personal, sino que es compartido, esos elementos pasan a ser símbolos sociales y a definir una cultura” (Racionero, 1986).

Para terminar, me gustaría agradecer a un profesor de la licenciatura de antropología social y cultural, “Modesto García” de la Universidad Católica de Murcia, por trasmitirme su interés en la etimología de las palabras y analizar desde ese punto de vista el significado de los “cuidados de enfermería”, para reflexionar y realizar una inferencia personal.

La etimología es la ciencia que busca e indaga en el origen de las palabras, asignándoles su verdadero sentido. Si los cuidados de enfermería son la esencia de nuestra profesión, hemos de remitirnos a su origen, descubriendo el significado de “cuidar y cuidado”.

1. El verbo “cuidar”, etimológicamente proviene del verbo latín cogitare que significa pensar, pasando a prestar atención en su acepción medieval y de ahí a asistir (a alguno) y poner solicitud (en algo).

2. El término “cuidado, deriva del latín cogitatum, que significa pensamiento, reflexión.

Estos dos puntos nos llevan pues a deducir que aplicando una perspectiva etimológica, la enfermera cuida y da cuidados, por tanto la enfermera presta atención, pensando y reflexionando para asistir con atención y esmero, tras una reflexión cuidadosa.

Apliquemos e interioricemos el significado de estas maravillosas palabras, convirtiéndolas en el sentido verdadero y esencia de nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK-GERNSHEIM, E., BUTLER, J. y PUIGVERT, L. (2001): “Mujeres y Transformaciones sociales”, Colección Apertura, Ed. El Roure Editorial S.A., Barcelona

- COROMINAS, J. (2000): “Breve diccionario etimológico de la lengua castellana”, Ed. Gredos, S.A., 3ª edición, Madrid.

- Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation.

- GARCÍA, N.: “Culturas urbanas de fin de siglo: la mirada antropológica”. *Internacional Social Science Journal* (UNESCO).

- GELLNER, E. (1994): “Postmodernismo, razón y religión”, Ed. Paidós Ibérica, S.A., Barcelona

- MARTÍN, A. & LUNA J. D. (1995): “50 + 10 horas de bioestadísticas”. Ed. Norma S.L., Madrid.

- MOLINA, E. (2002): “Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación”, Ed. Glosa S.L., Barcelona.

- MOLINA, E. (2002): “Multiculturalismo, Inmigración e Integración”, IV Jornadas de Antropología, Universidad Católica San Antonio de Murcia.

- PARDO, G. & CEDEÑO, M. (1997): “Investigación en salud. Factores sociales”. Ed. Mc Graw - Hill- Interamericana, S.A., Santafé de Bogotá (Colombia).

- RACIONERO, L. (1986): “Sistemas de ciudades y ordenación del territorio”, Madrid.

- SIMMEL, G. (1986): “Las grandes urbes y la vida del espíritu” en *El individuo y la libertad*, Ed. Península, Barcelona 1986, pp. 247-261.

- TORDERA, José Manuel (2000): “Investigación cualitativa (IC) y enfermería”, *Enfermería clínica*, Ed. Doyma S.A., vol. 10, Nº1, pp43, Barcelona.

- TRACHANA, A.: “Megaciudades e hiperedificios. El impacto de la globalización sobre la estructura espacial y social”

- VALLE, T., J.M. APAOLAZA, F. ARBE, J. CUCÓ, C. DÍEZ, M.L. ESTEBAN, F. EXTEBERRÍA Y V. MAQUIERA (2002): “Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género”, Ed. Narcea, S.A. de Diciones, Madrid

- VALLEJO, A. (2002): “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”, eª edición, Ed. MASSON, Barcelona.

- ARANGO, J.: “¿De qué hablamos cuando hablamos de multiculturalidad?” [en línea]. *El país digital*. http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20020323&xref=20020323elpepiopi_6&tv1 [consulta el 23 de marzo de 2002].

- BORJA, J & CASTELLS, M.: “La ciudad multicultural”, en <http://www.innovarium.com/CulturaUrbana/CiudadCGC.htm><http://www.innovarium.com/>

- MORIN, E. (2000): en “Antropología de la libertad” [en línea]. *Gaceta de Antropología*, Nº16-01, http://www.ugr.es/pwllac/G16_Edgar_Morin.html [consulta el 20 de abril de 2002].

- TARRÉS CHAMORRO, Sol: “Vejez y sociedad multicultural” [en línea]. *Gaceta de Antropología*, en http://www.ugr.es/pwllac/G18_05Sol_Tarres_Chamorro.html [consulta el 22 de marzo de 2002].

- TARRÉS CHAMORRO, Sol: “El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural” [en línea]. *Gaceta de Antropología*. En http://www.ugr.es/pwllac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html [consulta el 12 de abril de 2002]

- VILLANUEVA LÓPEZ, C. “ Los Modelos de aculturación e intervención psicosocial en la inmigración” [en línea]. Gaceta de Antropología, N° 17, en http://www.ugr.es/pw1ac/G17_06Claudio_Villanueva_López.html [consulta: 7 de mayo de 2002]
 - AZURMENDI, M (2000): “La invención del multiculturalismo”, diario ABC, Madrid 18/03/2002

- SÁNCHEZ, I (2002): “ Multiculturalismo contra integración ”, diario ABC, Madrid 27/02/2002
 - GRISOLÍA, S (2002): “Problemática de la Inmigración”, diario ABC, Madrid 27/02/2002
 - ALONSO, A (2002): “Hans-Georg GADAMER: Un siglo de Filosofía” en El Mundo, p. 14, Madrid 15/03/2002.

Ingresos 2001-2002-2003

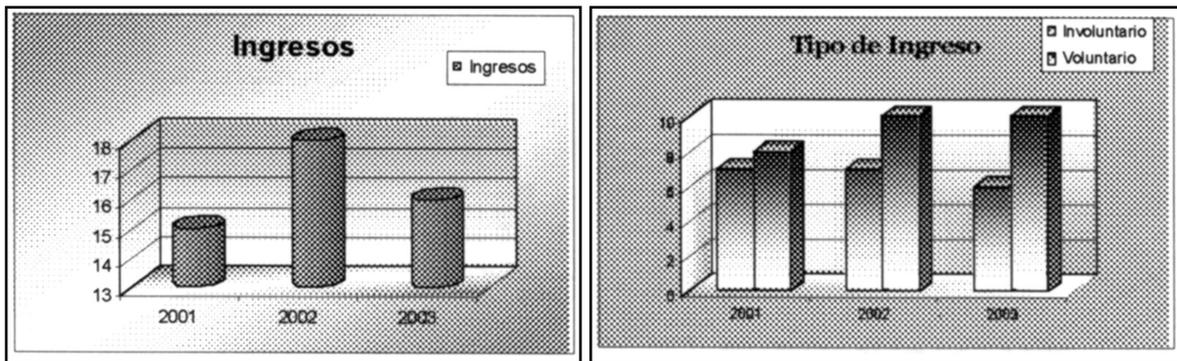


Fig.1: Ingresos totales e involuntarios, Periodo 2001-2003.

Aplicación de Contención Mecánica

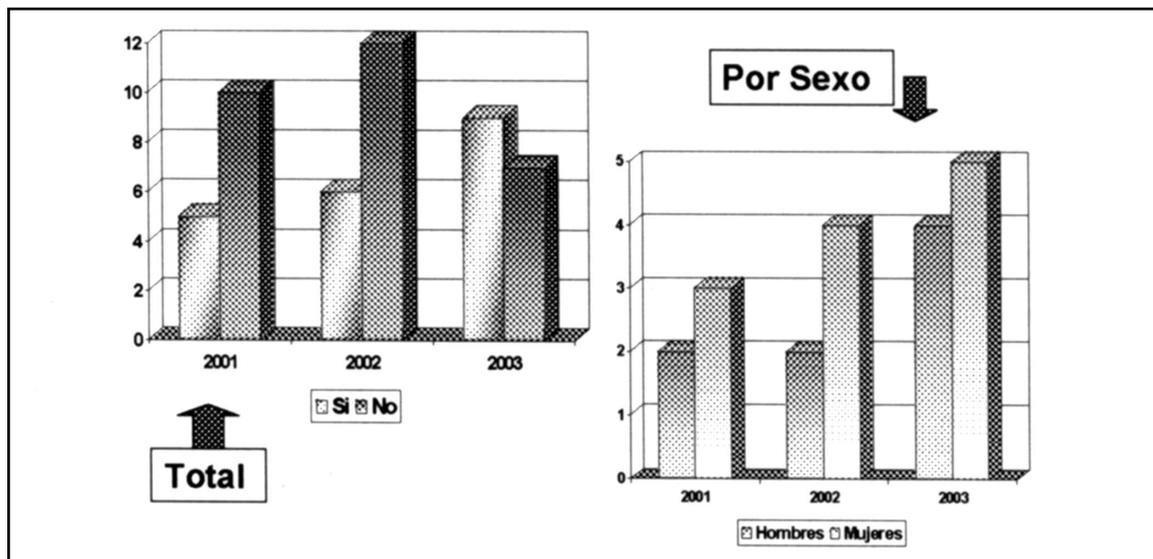


Fig.2: Distribución por sexo y rango de edad, periodo 2001-2003.

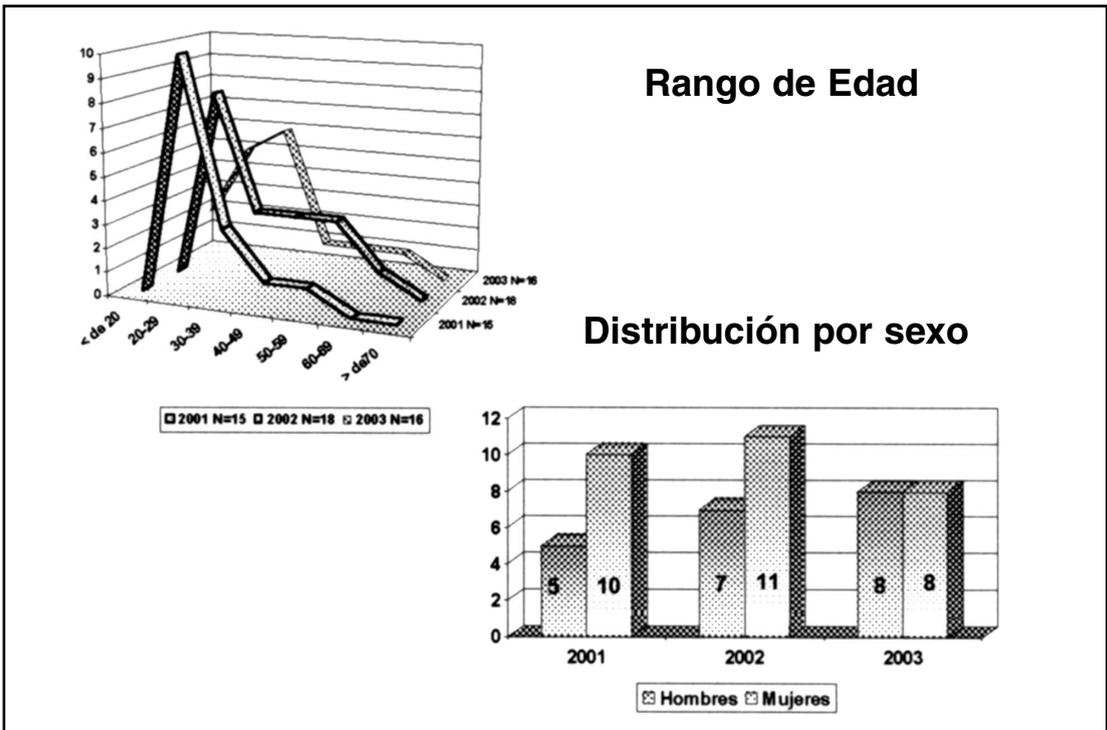


Fig. 3: Aplicación de contención mecánica, Período 2001-2003.

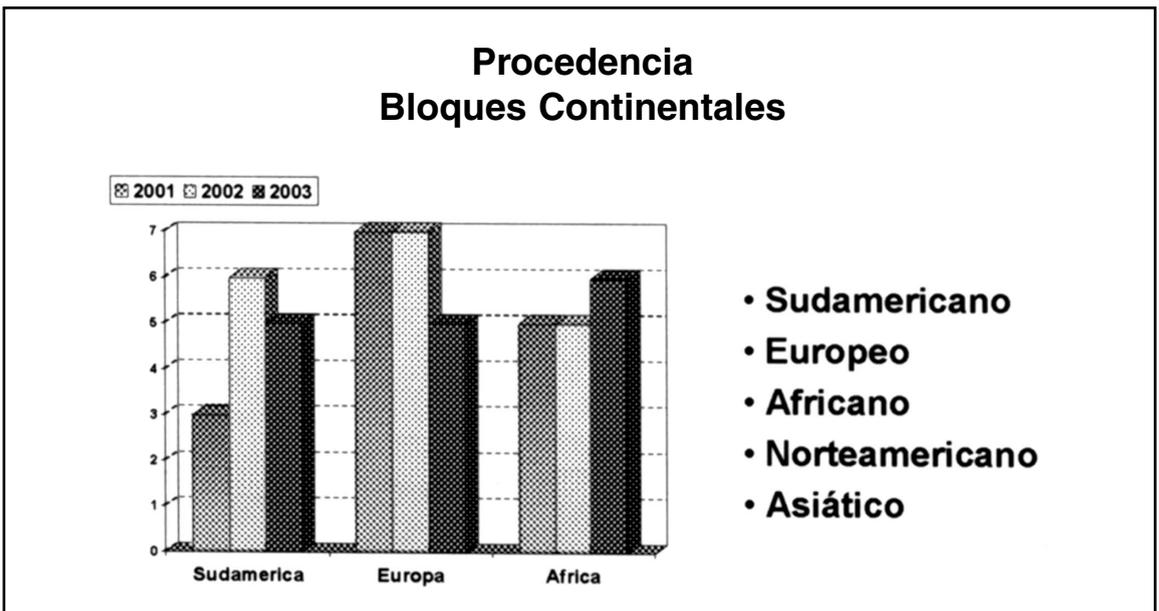


Fig. 4: Procedencia. Bloques continentales, Período 2001-2003.

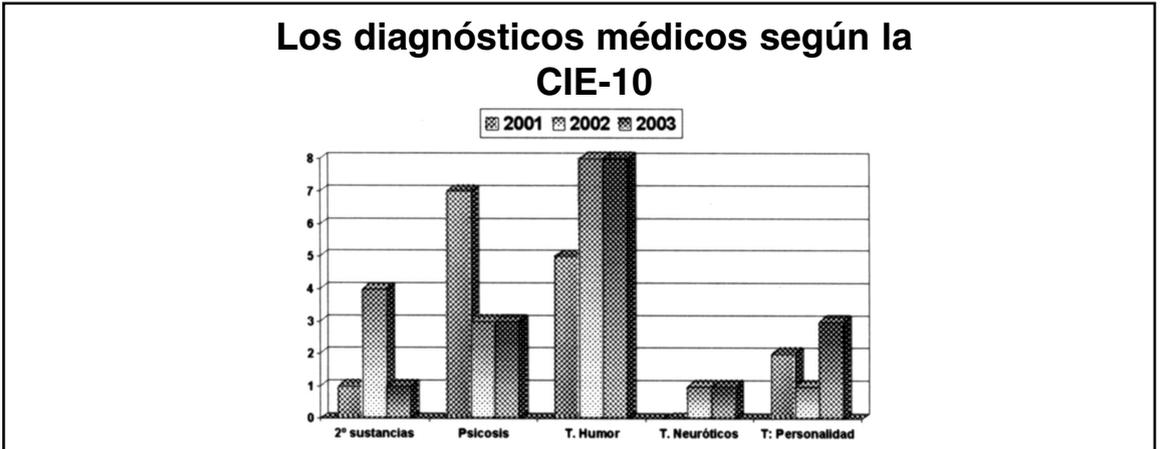


Fig.5: Diagnósticos médicos según CIE-10, periodo 2001-2003

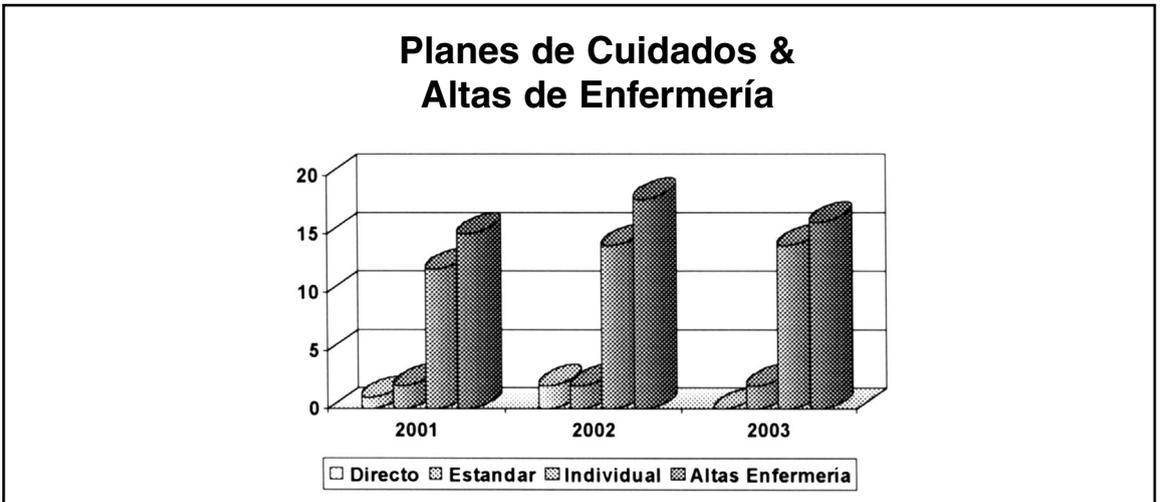


Fig. 6: Planes de cuidados, Altas y diagnósticos NANDA, Periodo 2001-2003.

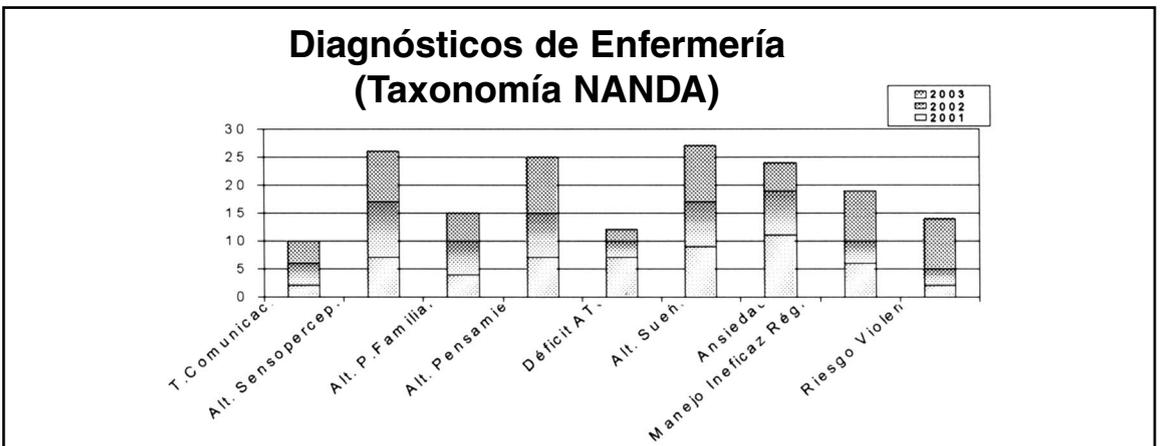


Fig. 7: Diagnósticos de Enfermería taxonomía NANDA, Periodo 2001-2003.