



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ARTÍCULO DE OPINIÓN

La influencia en dermatología de las prácticas culturales de la población inmigrante

Cultural Practices in Immigrant Populations and Their Relevance to Dermatology

M.P. Albares* e I. Belinchón

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

En la actualidad las desigualdades entre los distintos países son notables, un gran número se encuentran involucrados en conflictos bélicos y en otros muchos una parte importante de su población vive por debajo de los límites de la pobreza¹. Todo esto está provocando que los flujos migratorios vayan en aumento, puesto que muchas personas emigran buscando mejorar su calidad de vida. En España hemos asistido a un crecimiento exponencial de la inmigración durante más de una década, si bien, a partir de 2011, debido a la crisis económica, parece haberse frenado. Aún así, a finales de 2011 la población extranjera residente en España representaba el 12,2% de la población española (5.700.000 personas), de los cuales 3.300.000 eran inmigrantes económicos². Son estos un colectivo heterogéneo que procede de Latinoamérica, África, Europa del Este y Asia. Según su origen esta población presenta diversas peculiaridades que forman parte de su cultura y tradición y que en ocasiones pueden condicionar la percepción de salud-enfermedad o su actitud cuando se sienten enfermos. Existen, además, determinadas prácticas culturales de estos grupos poblacionales que pueden favorecer la aparición de ciertas dermatosis.

Importancia de los hábitos alimentarios en la salud de la población y condicionantes culturales en la relación médico-paciente

Entre la «población musulmana» el culto a Alá está fuertemente arraigado y puede condicionar su comportamiento. Una gran parte sigue el Ramadán, mes sagrado de ayuno del Islam. El Ramadán comienza el primer día del noveno mes del calendario lunar por el que se rige la comunidad musulmana. Durante este periodo los musulmanes se abstienen de comer, beber, fumar y de mantener relaciones sexuales desde el amanecer hasta el atardecer para venerar a Alá y mostrar su adhesión a la doctrina revelada en el Corán al profeta Mahoma. Algunos pueden elegir no tomar medicación durante las horas de ayuno. No deben ayunar los niños, los enfermos o las mujeres embarazadas o en época de lactancia^{3,4}. Es importante, por lo tanto, para el profesional sanitario, saber si el paciente se encuentra en el mes del Ramadán, puesto que durante este periodo se producen cambios a nivel metabólico (aumentan los niveles de ácido úrico, colesterol, hormonas tiroideas en sangre y de ácido clorhídrico en el estómago), nutricional (pérdida de peso, deshidratación) y psíquico (fatiga y disminución de la función cognitiva), además, los pacientes diabéticos presentan hipoglucemias con mayor frecuencia⁵.

La población musulmana presenta también diversas peculiaridades en sus hábitos alimenticios. Los alimentos permitidos en su dieta se denominan *halal*. Para que un alimento sea considerado *halal* debe ajustarse a la normativa islámica recogida en El Corán, a las tradiciones del Profeta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pityalte@hotmail.com (M.P. Albares).

y a las enseñanzas de los juristas islámicos. Según estas, tiene que estar exento de cualquier sustancia o ingrediente no lícito, o de cualquier componente que proceda de un animal prohibido (cerdo, jabalí, animales hallados muertos, animales muertos por asfixia o apaleados, animales con garras o colmillos, aves de presa o carroñeras y animales dañinos) y no debe ponerse en contacto durante su elaboración con ningún producto ilícito. Hoy en día, el consumidor musulmán desea consumir productos *halal* más por motivaciones socioculturales y de identidad, que por motivos religiosos⁶. En general los musulmanes no beben alcohol, aunque este hábito no se descarta en poblaciones musulmanas marginales⁴.

El musulmán suele entender la enfermedad como un desequilibrio entre el cuerpo y el alma, piensa que puede ser el efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos, haciendo al individuo responsable de la misma⁷. Es importante conocer las peculiaridades de esta población cuando hay que prescribir un tratamiento. Así, las mujeres musulmanas no aceptan inyectables durante la menstruación. Tampoco deberíamos prescribir jarabes, tónicos o antisépticos con alcohol a la población musulmana⁴.

En cuanto a las exploraciones cabría destacar que la mujer musulmana, al igual que la hindú y la budista, tiene reticencia a desnudarse y a la exploración vaginal, sobre todo si acuden sin acompañante y el médico es varón⁴. Esta población suele ser reacia a aceptar donaciones de órganos, trasplantes, transfusiones o autopsias⁴.

La «población china» es la que más tiende a mantener su estructura sociofamiliar y sus actividades culturales con relativo poco contacto con las actividades sociales locales o nacionales del país al que emigran. La familia es un aspecto primordial de su vida social. Para los jóvenes es muy importante el respeto a los padres, personas de mayor edad y figuras de autoridad, tales como profesores y maestros⁸. Tradicionalmente se ha visto a la mujer china sumisa y entregada al matrimonio y a la vida familiar, pero la «revolución cultural» de Mao primero, y posteriormente la occidentalización de la vida en China cambió esto. La igualdad entre el varón y la mujer se ha hecho patente prácticamente en todos los aspectos de la vida en la nueva China⁸.

Para los chinos la salud se debe al equilibrio entre el *yin* y el *yang*. El *yin* representaría la oscuridad, la luna, lo femenino, la pasividad, lo que cede, mientras que el *yang* sería la claridad, el sol, lo masculino, la actividad, lo que resiste. No son principios opuestos ni contrarios, sino complementarios e interdependientes. Tan importante es el *yin* como el *yang*, pues la ausencia de uno anula al otro. La luz no es lo contrario de la sombra, ni lo que cede es lo contrario de lo que resiste. El déficit o exceso en la circulación de esa energía produce un desbalance que resulta en la enfermedad⁸.

En cuanto a la alimentación, existe la creencia de que algunos alimentos son «calentadores» o «enfriadores», de nuevo el *yin* y el *yang*. Por ejemplo, el embarazo es un estado «caliente», por lo que se debe disminuir la ingesta de alimentos «calentadores» (carnes rojas, grasas en general) y aumentar la de los alimentos «enfriadores» (frutas, verduras)⁸. Es frecuente ver como a los pacientes chinos ingresados sus familiares les llevan alimentos que, según la medicina tradicional china, son más favorables para su enfermedad.

Habitualmente los inmigrantes chinos utilizan los servicios médicos o sociales mucho menos que los inmigrantes de otras procedencias. Esto puede explicarse porque el paciente chino es, en general, más sufrido y confía en remedios naturales autodispensables. Además, suelen trabajar unas 12 h al día, por lo que tienen poco tiempo para ir al médico, a lo que se añade el condicionante lingüístico⁸.

En relación con la práctica médica, consideran los goteros como la panacea en el tratamiento de cualquier enfermedad y prefieren los medicamentos que se administran por vía parenteral. En general, no aceptan enemas ni supositorios y son reacios a las extracciones sanguíneas, porque consideran que debilitan la salud. Suelen considerar la caída de los dientes como algo inevitable asociado a la edad y acuden poco al dentista⁸.

En la población asiática debido al consumo continuado de *chapati* (tipo de pan integral), se produce una disminución de la absorción intestinal de calcio, dando lugar a hipocalcemia neonatal, raquitismo y osteoporosis. También en los orientales está extendido el hábito de masticar la hoja de betel. Es esta un tipo de planta trepadora que se cultiva en el Extremo Oriente cuyas hojas tienen cierto sabor a menta, tiñe los dientes y mucosas de un color rojo característico y puede producir cálculos renales y úlceras orales, que en ocasiones malignizan⁹.

Los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y los que son vegetarianos consumen *karela* (planta de la familia de las cucurbitáceas) que puede producir hipoglucemia⁴.

En la «cultura latinoamericana» el concepto de enfermedad está muy ligado al cuerpo, dan mucha importancia a la exploración física, pruebas complementarias y al empleo de tecnología para llegar al diagnóstico de la enfermedad. Contrastando con esto, los africanos a veces rechazan que se les realicen extracciones de sangre, por el vínculo que han vivido entre la sangre y diversas prácticas de brujería y magia negra⁷.

Es importante saber que para algunas poblaciones inmigrantes las medicinas alternativas, tradicionales en su país de origen, pueden seguir siendo un factor importante en el nuestro. El curanderismo, sobre todo para los latinoamericanos, deja de tener importancia al venir a España, esto se debe al fácil acceso que tienen aquí a la asistencia sanitaria. Una vez en España, asocian la práctica del curanderismo a la falta de dinero y de cultura de su país. Los africanos son más reacios a hablar de este tema y es posible que todavía sigan creyendo en él, incluso puede que sigan practicándolo en nuestro país⁷.

Dermatosis debidas a prácticas culturales

Las prácticas culturales de determinados colectivos de inmigrantes pueden ocasionar alteraciones en la piel o favorecer la aparición de determinadas dermatosis. Entre ellas destacan el *coining*, el *cupping* y la moxibustión que suelen realizar los individuos de origen asiático¹⁰. Entender estas prácticas tradicionales nos ayudará a prevenir conflictos sociales y/o legales que pueden provenir de diagnósticos erróneos de malos tratos, especialmente en los niños¹¹.

La aplicación de monedas (*coining*) se emplea para tratar las enfermedades febriles en niños, dolores de cabeza y mialgias. Consiste en frotar una moneda, habitualmente

de cobre o plata, sobre la piel del pecho o de la espalda hasta que aparece enrojecimiento o púrpura¹⁰. La moneda se sumerge en vino, agua o aceites aromáticos antes de aplicarla¹².

La aplicación de ventosas (*cupping*) es una técnica muy utilizada en países de Oriente, pero también de Europa del Este. Se ha usado con varios fines: eliminar toxinas del organismo, mejorar la enfermedad transfiriendo el dolor a otras zonas del cuerpo, tratamiento de neumonía, asma o nefritis¹¹. En la actualidad tiene su máxima utilidad en el tratamiento de dolores crónicos tipo lumbalgias o cefaleas¹³. Se realiza encendiendo un algodón impregnado en alcohol e introduciéndolo en un recipiente en forma de copa, a continuación se aplica sobre la piel y, en la medida en que se produce la combustión del alcohol, se crea un vacío que succiona la piel. Esta succión supone un trauma para los vasos sanguíneos superficiales de la dermis papilar, produciendo áreas circulares de eritema, equimosis, púrpura o ampollas rellenas de contenido hemático. Las áreas de aplicación más frecuentes son la espalda, tórax, abdomen y nalgas¹¹.

La moxibustión es una práctica común en individuos asiáticos. Su finalidad es equilibrar las fuerzas del *yin* y el *yang*. Consiste en quemar conos de madera procedentes de la planta *Artemisia vulgaris*, cerca de la piel o sobre la misma¹⁴, provoca quemaduras circulares que suelen presentarse en el ombligo, pecho, muñecas, tobillos y cuero cabelludo¹⁴.

La escarificación es otra práctica cultural utilizada en algunas sociedades africanas, consiste en producir cicatrices en la piel mediante cortes o quemaduras. Se utiliza tanto con fines decorativos como medicinales^{10,14}. También existe la costumbre entre las mujeres de algunas sociedades africanas de tatuarse las encías con fines de belleza o como marca tribal y puede plantearnos el diagnóstico diferencial con pigmentación racial, toxicidad por metales, tatuajes por almagamas, etc.¹⁵.

La aplicación de determinados productos en el cabello puede favorecer el desarrollo de algunas dermatosis. El *mudi-chood* es una dermatitis liquenoide que aparece en el cuello y en la espalda de las mujeres indias originarias del estado de Kerala, que se asocia con la aplicación de aceites en el pelo junto con las condiciones de humedad y calor que se dan en esa área geográfica¹⁶. Por otra parte, existen diferencias en el pelo de las personas de piel negra y el de las de piel blanca. Así, en las primeras, la curvatura de los folículos pilosos es mayor; el pelo es más aplanado y con forma elíptica, lo que favorece su rotura; presenta además un menor número de fibras elásticas; hay un mayor número de melanosomas en la raíz del pelo y los gránulos de melanina son más numerosos¹⁰. Las diferencias biológicas del pelo, unidas a ciertas prácticas utilizadas tradicionalmente por las personas de raza negra, en particular mujeres, para peinar su pelo (tales como peines calientes, desrizantes, pomadas, rulos, extensiones, etc.) favorecen el desarrollo de la alopecia. Se han descrito 2 formas de alopecia en relación con estos factores: la alopecia frontal y temporal¹⁰ y la alopecia cicatrizal centrífuga localizada en el vértex¹⁷⁻¹⁹. La aplicación de pomadas en el pelo por los pacientes de piel negra también se ha relacionado con la aparición de acné²⁰.

Entre los pacientes latinoamericanos destacan la dermatitis por capsaicina y los nódulos de los oradores. Las guindillas son un condimento utilizado habitualmente en

varios países latinoamericanos. Las personas que las manipulan pueden presentar eritema y edema de la piel de las manos junto con dolor. La capsaicina, presente en las guindillas, es responsable de la depolarización de las terminaciones nerviosas dando lugar a vasodilatación, estimulación del músculo liso y activación de los nervios sensitivos. Es importante su prevención mediante la utilización de guantes. Una vez que se ha presentado el cuadro es recomendable lavar las manos con abundante agua y jabón y sumergirlas en aceite vegetal durante una hora, también se puede utilizar corticoides y anestésicos tópicos²⁰.

Los nódulos de los oradores consisten en el desarrollo de callosidades secundarias al apoyo mientras se reza. Estos nódulos han disminuido en frecuencia desde que la Iglesia Católica eliminó la obligatoriedad de arrodillarse durante la misa, pero todavía se ven en individuos muy religiosos, habitualmente mujeres latinoamericanas ancianas, que continúan haciéndolo durante la oración, a veces durante horas²¹. Estas lesiones son también características en la población musulmana que reza 5 veces al día y se localizan en la frente, rodillas, tobillos y dorso de pies²².

Otro hábito entre la población musulmana femenina es el tatuaje para las reuniones sociales utilizando *henna* o *haarqus*. En relación con esta práctica se han descrito dermatitis de contacto alérgicas, en su mayoría causadas por la parafenilendiamina^{23,24}. También algunas mujeres indias desarrollan dermatitis de contacto alérgica a ciertos componentes del «Bindi», que es un pigmento que aplican en su frente para ciertas ceremonias²⁵.

La nueva realidad sociodemográfica de nuestro país ha cambiado el perfil de los pacientes que atendemos en nuestras consultas. Como hemos visto las prácticas culturales y costumbres de la población inmigrante pueden favorecer la aparición de dermatosis o modificar su forma de presentación. La comprensión y el respeto hacia las distintas culturas con las que convivimos puede ser de gran ayuda en nuestra práctica diaria.

Bibliografía

1. López-Vélez R, Huerga H. Inmigración y salud. Madrid: PBM, SL; 2002.
2. INE.es, Instituto Nacional de Estadística (sede web). Madrid: INE.es; [consultado 1/2/2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
3. Fernández Molina MA. Antropología de los cuidados. Alicante: Cecova; 2006.
4. Tosal B. El papel de los factores culturales en la atención a inmigrantes. Atención sanitaria a la población inmigrante. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. 2005.
5. Parilla FM, Cárdenas DP, Vargas DA, Martínez S, Díaz MA, Cadenas A. Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias. Medicina de Familia (And). 2003;3:195-8.
6. Instituto Halal. [consultado 20/10/2011]. Disponible en: <http://institutohalal.wordpress.com>
7. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl 1:59-25.
8. Ly Pen D. Patologías prevalentes en pacientes de etnia china. MEDIFAM. 2001;11:390-8.
9. Lee CH, Ko AM, Warnakulasuriva S, Ling TY, Sunarj O, Rajapakse PS, et al. Population burden of betel quid abuse and its

- relation to oral premalignant disorders in South Southeast, and East Asia: an Asian Betel-quid Consortium Study. *Am J Public Health*. 2012;102:e17-24.
10. Taylor S. Skin of color: Biology, structure, function and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46 Suppl:S41-62.
 11. Mataix J, Belinchón I, Bañuls J, Pastor N, Betlloch I. Lesiones cutáneas por aplicación de ventosas con fines terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:212-4.
 12. Kennedy CTC, Burd DAR. Mechanical and thermal injury. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch. *Rook's textbook of dermatology*. 7.^a ed. Italy: Blackwell Publishing. p. 22.1-85.
 13. Yoo SS, Tausk F. Cupping: East meets West. *Int J Dermatol*. 2004;43:664-5.
 14. Smith M. Environmental and sports-related skin diseases. En: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology*. Londres: Mosby-Elsevier; 2003. p. 1385-409.
 15. Telang GH, Ditre GM. Blue gingiva, an unusual oral pigmentation resulting from gingival tattoo. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:125-6.
 16. Sugathan P, Martin AM. Mudi-chood: on the forearm. *Indian J Dermatol*. 2011;56:228-9.
 17. Sperling LC, Sau P. The follicular degeneration syndrome in black patients. *Arch Dermatol*. 1992;128:68-74.
 18. Sperling LC, Solomon AR, Whiting DA. A new look at scarring alopecia. *Arch Dermatol*. 2000;136:235-420.
 19. Morelli JG, Norris DA. Influence of inflammatory mediators and cytokines in human melanocyte function. *J Invest Dermatol*. 1993;100:191-5.
 20. Halder R, Nootheti P. Ethnic skin disorders overview. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:143-8.
 21. Sánchez M. Cutaneous diseases in Latinos. *Dermatol Clin*. 2003;21:689-97.
 22. Kahana M, Cohen M, Ronne M, Levi A, Millet MS. Prayer nodules in Moslem men. *Cutis*. 1986;38:281-2.
 23. Mataix J, Silvestre JF, Blanes M, Pastor N, Lucas A. Allergic contact dermatitis to a temporary black harqus tattoo. *JEADV*. 2008;22:1245-7.
 24. Borrego L, Hernández-Machín B, González O, Hernández B. Sensitization to para-phenylenediamine in a streetside temporary tattoo artisan. *Contact Dermatitis*. 2005;52:288-9.
 25. Kumar AS, Pandhi RK, Bhutani LK. Bindi dermatoses. *Int J Dermatol*. 1986;25:434-5.