

4. Abordaje diagnóstico

4.1. Discriminación, inequidad.

¿Existen las desigualdades y las disparidades?

Todos los aspectos de la demanda y asistencia de salud se ven afectados por las creencias culturales de sus agentes. Influye el lenguaje, cuando palabras iguales tienen distinta acepción, el concepto de tiempo que puede ser de una relatividad abismal de una cultura a otra, el modelo de enfermedad y las razones de la misma (dolencia, pérdida, castigo, ganancia, parte normal de la vida), así como la percepción y las expectativas, del médico o del paciente de lo que es un tratamiento y la eficacia de una intervención clínica.

Está demostrado que el paciente de la minoría presenta desigualdades en salud (variaciones del estado de salud entre los individuos integrantes de la población), que supone una inequidad por injusta y remediable. Este estado de salud está infradiagnosticado e infratratado a fuerza de imponer el modelo médico hegemónico sin la debida **sensibilidad étnica** (actitud constructiva hacia las diferencias culturales) por parte de los profesionales y los centros sanitarios que no se organizan en la atención a la diversidad para conseguir una atención **culturalmente apropiada** (conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a pacientes de diferentes culturas) y **culturalmente competente** (entiende y atiende al contexto de la situación del paciente —circunstancias de emigración, factores de estrés y diferencias culturales—).

En sociedades pluriétnicas, como Estados Unidos e Inglaterra, los psiquiatras blancos infradiagnostican la patología psiquiátrica en pacientes negros. Son derivados menos veces a psicoterapia que los autóctonos; cuando son enviados se les manda a profesionales con menos prestigio y, además, reciben más polifarmacia que los blancos. Un 40% de los médicos americanos y un 70% de los ingleses dejan de indicar pruebas sofisticadas a pacientes negros ante igualdad de síntomas que en pacientes blancos.

De los pocos estudios en nuestro medio al respecto destacamos el de García Campayo, González Broto, Buil, Alda y Pascual del Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza sobre las «Actitudes de los Médicos de Familia españoles hacia los pacientes inmigrantes». Sobre una muestra de médicos en Zaragoza, con resultados extrapolables a resto del país, sólo el 11% de los médicos estaba interesado en la formación práctica sobre la atención a los inmigrantes, y sólo el 27,7% reconoce como dificultad de la atención las diferencias culturales y están mayoritariamente en desacuerdo en que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica,

tanto a nivel diagnóstico como, sobre todo, terapéutico, aunque en algún caso hay alguna etnia en la que son rechazados por su *forma de ser*.

4.2. Práctica culturalmente competente

Las diferencias étnicas son respetadas y favorecidas por la ciencia y no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia médica. Por eso es necesario adquirir, desarrollar y afianzar conocimientos, habilidades y técnicas específicas para que el contacto paciente-médico en estos casos sea eficaz en las dos direcciones, facilitando y disponiendo el acceso a los servicios y prestaciones, la continuidad asistencial y en las mismas condiciones de la población mayoritaria de elegir y expresar sus preferencias individuales y superar sus propios prejuicios en cuanto al cuidado médico (tabla 4.1). Dos disciplinas convergen para una sistemática clínica culturalmente competente en la atención de la salud mental de los inmigrantes.

Tabla 4.1. Productos de la no sensibilidad cultural étnica en la medicina
• Barrera de la incomprensión.
• Prejuicio y discriminación.
• Atropello.
• Mala calidad de la atención médica.
• Disparidad y falta de equidad.
• Desafío ético.
• Aumentos de costes.
• Aumento de demandas judiciales.

Psiquiatría transcultural

Compara los hechos psicopatológicos tal como se encuentran dentro de una cultura específica con los de otros países.

Medicina transcultural

Área humanística y científica de estudio formal y práctico enfocada en las diferencias y similitudes entre culturas con respecto a los cuidados de salud y enfermedad del hombre, asumiendo los posibles diferentes valores culturales, de creencias y comportamientos para proveer cuidados específicos y culturalmente congruentes.

4.3. Valoración cultural de la atención al paciente inmigrante

Una valoración cultural de individuos, grupos y comunidades es el examen o apreciación reglada y sistemática sobre sus creencias culturales, valores, y prácticas para determinar las necesidades y el modo de la intervención práctica dentro del contexto personal que se evalúe (marketing, salud, etc.).

En medicina, se trata de estudiar e investigar y facilitar la relación asistencial en toda su complejidad, sin prejuicios, y partiendo de los valores de la dignidad humana, la empatía, la compasión ante la enfermedad y el coraje de la promoción de la salud y la vida saludable.

1. Valoración cultural del médico

En toda relación terapéutica se produce el fenómeno de transferencia y contratransferencia, términos que definen la dirección de los sentimientos y actitud ante el binomio paciente-médico.

La contratransferencia, de forma inconsciente o consciente, con frecuencia no es adecuada para una relación normalizada paciente-médico e impide una toma de decisiones horizontal y colaborativa (alianza terapéutica).

Cuando se trata de pacientes inmigrantes, **Contratransferencia cultural**, y en el caso inadecuado ésta aparece con negación de las diferencias, curiosidad cultural excesiva, superidentificación y complicidad con sensación de rabia, culpabilidad o pena especialmente cuando el trabajo con el paciente despierta sentimientos no resueltos de opresión y prejuicio en el terapeuta.

Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones óptimas con el paciente inmigrante, el médico debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones y valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y replantearlas si fuera necesario para evitar el **etnocentrismo** (creencia en la superioridad de la propia etnia), obtener amplitud de miras, flexibilidad, curiosidad y deseos de reconocer y explorar los componentes interculturales de sus sentimientos (**relativismo cultural**) y su actitud ante la contratransferencia. Tan sólo mediante la identificación del lugar en el que uno se encuentra dentro del espectro cultural, puede situarse en perspectiva para entender al otro.

Para este propósito, Campinha-Bacote desarrolló el instrumento *Inventory For Assessing The Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)*, y el autoexamen ASKED, herramienta informal de evaluación de la competencia cultural (**tabla 4.2**).

2. Valoración cultural del paciente

La cultura del paciente contribuye a establecer el marco de la relación con el agente terapéutico y como cauce de la expresión clínica, moldea la expresión de cualquier enfermedad, incluido el trastorno mental y le da un significado en el marco de dicha cultura.

Tabla 4.2. Autoexamen competencia cultural (ASKED)

<i>Awareness</i>	Conciencia	¿Es consciente de sus prejuicios y prejuicios hacia otros grupos culturales, así como del racismo en los servicios sanitarios?
<i>Skill</i>	Habilidad	¿Sabe realizar una valoración cultural?
<i>Knowledge</i>	Conocimiento	¿Puede describir las diferencias de diferentes grupos culturales? ¿Qué aspectos conoce de la bioecología cultural?
<i>Encounter</i>	Encuentros	¿Procura que sus entrevistas con individuos de otros grupos culturales sean clínicamente eficientes?
<i>Desire</i>	Deseo	¿Quiere realmente ser competente culturalmente?

Campinha-Bacote, J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education; Thorofare, May 199. [En línea] http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_2.htm [Última consulta: 12:04:03].

Los inmigrantes pueden tener distinto sentido de la individualidad, de la culpa, de la concepción del hombre y de lo que debe consistir la personalidad ideal. Existen además diferencias del establecimiento de la estructura de poder dentro del grupo social y la familia, distinta valoración de lo masculino y lo femenino, de tolerancia de la ambigüedad y de forma de expresión de las emociones, por lo que, para entender la expresión sintomatológica se ha de entender la cultura de origen. No siempre el paciente y el médico están de acuerdo en que existe una enfermedad e incluso estando de acuerdo en las razones de la misma. También el tratamiento puede ser considerado de manera muy distinta.

Y es que cuando nuestro paciente es un inmigrante y posea prácticas y creencias diferentes respecto a la salud, la forma de enfermar y de curar y algunas, en colisión con las nuestras, se pueden favorecer rupturas en la atención con el resultado de consultas tensas y disfuncionales (distorsión paratáxica). Una mala praxis por **disonancia cultural**. En definitiva, malentendidos y bloqueos de la relación paciente-médico.

La comunicación paciente-médico

El elemento fundamental de la exploración psiquiátrica es la entrevista, cuya técnica se debe conocer y manejar adecuadamente. La base práctica del grado del acercamiento al paciente y del entendimiento que podremos obtener se basan en nuestras habilidades de establecer una adecuada comunicación paciente-médico y salvar, o al menos minimizar, el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas y centrarse en la transferencia racial como forma de dirigirse al conflicto del paciente. De este acercamiento depende el desarrollo posterior de nuestra relación, alianza terapéutica y determina nuestra capacidad de toma de decisiones clínicas adecuadas, o de ser incompetentes y cometer errores médicos.

En el fenómeno de la transferencia el paciente inmigrante puede reaccionar con exceso de cumplimiento, negación de diferencias etnoculturales y los sentimientos más lógicos de desconfianza y hostilidad, sobre todo si el paciente pertenece a un grupo oprimido, todos signos posibles de la **transferencia interétnica**. Si el médico pertenece a la misma minoría, **transferencia intraétnica**, el paciente inmigrante puede optar por la idealización del terapeuta, por ver al terapeuta como un traidor a su raza o cultura o se puede temer a coincidir con el terapeuta.

La herramienta propuesta por Berlin y Fowkes facilita la solución de estas diferencias. El acrónimo inglés **LEARN** (aprender) para una aproximación negociada, recuerda los cinco pasos necesarios (**tabla 4.3**).

Tabla 4.3. Sistemática LEARN comunicación paciente-médico		
<i>Listen</i>	Escuchar	Permite demostrar empatía y comprensión. Sitúa al médico en el marco cultural del paciente.
<i>Explain</i>	Explicar	El médico presenta una explicación basada en la medicina occidental.
<i>Acknowledge</i>	Reconocer	Se resuelve el conflicto explicativo entre los dos modelos.
<i>Recommend</i>	Recomendar	En esta fase, el médico puede recomendar un plan de actuación que incorpore los modelos explicativos de la enfermedad del paciente y los del médico.
<i>Negotiate</i>	Negociar	Incluye la incorporación de los conocimientos y planes del paciente y del médico. El paso final puede ser una amalgama de los dos sistemas de creencias que pueden ser mutuamente tolerados.

Berlin EA, Fowkes WC, Jr. A teaching framework for cross-cultural health care-Application in family practice. In Cross-cultural Medicine. West J Med 1983; 12 (139): 93-98.

Demanda del paciente

La sistemática de Hipócrates en el interrogatorio clínico: ¿qué le pasa?, ¿a qué lo atribuye?, ¿desde cuándo?, se amplía según la **Metódica de Kleinman (tabla 4.4)**. Se hace necesario aclarar y poner a flote, clara y determinadamente, las creencias del paciente sobre la salud durante la entrevista clínica. Añade preguntas como: ¿cuál cree usted que es la causa del problema?, ¿por qué piensa que ha empezado de esta forma?, ¿qué piensa usted que le está haciendo esta enfermedad?, ¿qué es lo que más teme de esta enfermedad?, ¿qué gravedad piensa que tiene?, ¿qué cree que le va a ocurrir?, ¿qué clase de tratamiento cree que debe recibir? Este interrogatorio proporciona al clínico el marco adecuado para comprender el modelo de etiología de la enfermedad que posee el paciente y le permite mostrar empatía y comprensión. Las áreas en las que se pueda llegar a un acuerdo y que permitan resolver posibles conflictos entre los modelos explicativos de las diferentes concepciones de la

Tabla 4.4. Metodica de Kleinman para la elicitation de la demanda

Interrogar al paciente, sistemáticamente, por los siguientes aspectos:	
Patrones de malestar	La perspectiva de los pacientes sobre los síntomas que son más importantes para él, los que le producen mayor preocupación, pueden ser distintos a los síntomas más graves o importantes desde la perspectiva de la medicina occidental.
Atribución	Causa percibida por el paciente de su enfermedad. Incluye aspectos mágicos o religiosos.
Preferencias y experiencia previa	En la búsqueda de ayuda médica. Incluye la relación con medicinas tradicionales o chamánicas.
Percepción del estigma	Asociado a la enfermedad en su entorno cultural.

Kleinman A. Rethinking psychiatry. Free Press. New York, 1988.

salud y la enfermedad. Parte de los resultados de esta evaluación se definen mediante la topología de Kleinman de usos y prácticas sanitarias (**Tipología de Kleinman sobre los sectores de la salud**): cualquier paciente soluciona sus problemas de salud en un espacio con tres componentes interrelacionados según sus creencias: A) Profesional o legalmente sancionadas, como en el modelo de biomedicina occidental. B) Popular —usos y costumbres, remedios caseros, charlatanes—. C) Medicina folklórica (magos, curanderos...).

Para poder enmarcar en el justo sentido la demanda del paciente, sus necesidades, ideas y expectativas de una manera sistemática, fácil de recordar y concisa, ya sea en intervenciones terapéuticas, prevención de la enfermedad, mantenimiento o promoción de la salud podemos seguir la estrategia de conocimiento de Purnell de la diversidad cultural, **Modelo de Competencia Cultural de Purnell**, que nos recuerda cuáles son los puntos clave de indagación fenomenológica por los que podemos obtener una representación cultural de nuestros pacientes (*Daseinanalysis* o análisis del ser-en-el-mundo) y que incluye patrones sociales, culturales, étnicos, religiosos, idiomáticos e identificación con la etnia anfitriona (consistencia cultural o grado de aculturación) (**tabla 4.5**). Otros modelos incluye el Modelo del Amanecer de M. Leininger,

Tabla 4.5. Modelo de competencia Cultural de Purnell

1. Situación global, hábitat y topografía.
2. Comunicación.
3. Organización y función familiar.
4. Situación laboral.
5. Ecología biocultural (farmacoantropología, rasgos físicos).
6. Factores y conductas de alto riesgo.
7. Nutrición.
8. Embarazo y prácticas de maternidad.
9. Rituales mortuorios.
10. Religión y espiritualidad.
11. Prácticas de salud.
12. Agentes de la salud.

Purnell LD, Paulanka BJ. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. 2nd ed. Philadelphia; F.A. Davis Co; 2003.

el Perfil del Material Cultural de Murdock y el Proceso de Competencia Cultural en la Oferta de los Servicios de Salud de Josepha Campinha-Bacote. Se trata de sistemáticas de aproximación a otras culturas, cuando en nuestro entorno asistencial detectamos un grupo específico de inmigrantes y deseamos no esperar a la entrevista para identificar, conocer y comprender una cultura determinada.

Congruencia o consistencia cultural

Define el grado de adecuación del estilo de vida de un individuo a su cultura tradicional adquirida por *enculturación* (proceso individual de aprendizaje de valores y pautas de conducta del grupo al que se pertenece). Los aspectos que se estudian para determinar la consistencia cultural incluyen patrones sociales, culturales, étnicos, religiosos, idiomáticos y grado de identificación con la etnia anfitriona.

Los valores indican esta congruencia en un continuo, ya que una persona puede poseer diferentes valores en una escala desde alta congruencia que significa que mantiene completamente su fondo cultural, hasta la baja consistencia con una neo-formación absoluta de su cultura (aculturación). Valores intermedios son signos positivos de inter o multiculturalidad.

Evaluarla nos ayudará a entender hasta qué grado está integrado nuestro paciente en nuestra cultura y determinar cuáles van a ser las particulares creencias sobre la salud y su práctica. Así, se comprenden mejor las necesidades de salud del paciente en cuestión y su familia, con lo cual decidiremos con conocimiento qué sistema de apoyo puede tener o puede necesitar. El cuestionario de Congruencia y Patrimonio Cultural de Gordon o el Modelo de Entrevista BATHE de Stuart y Lieberman son aplicaciones para este uso (tabla 4.6).

Tabla 4.6. Congruencia cultural. Modelo BATHE de Stuart y Lieberman		
<i>Background</i>	Fondo	¿Cómo le van las cosas hoy mismo?
<i>Affect</i>	Sentimiento	¿Cómo influye esto en usted? ¿Qué humor tiene?
<i>Trouble</i>	Problema	¿Qué es lo que más le preocupa?
<i>Handling</i>	Manejo	¿Cómo está arreglando el asunto?
<i>Empathy</i>	Empatía	Demostrar que comparte las preocupaciones del paciente. (¿Eso debe ser difícil, no?).

Stuart M. *The 15 minute hour. Applied Psychotherapy for the Primary Care Physician.*
[En línea] <http://www.cpct.co.uk/cpct/CIP5SECT/cip.5/bathe.htm> [Última consulta: 05:04:03].

Variabilidad cultural de los trastornos mentales

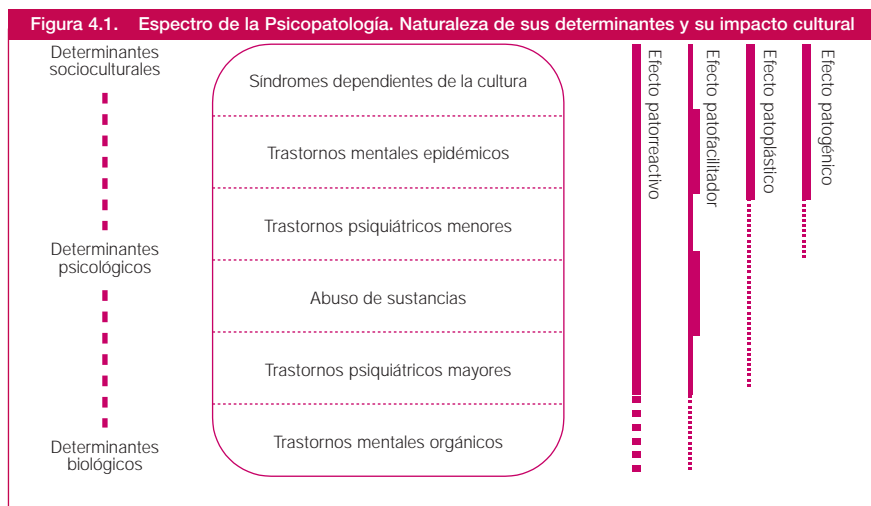
Los trastornos mentales se atribuyen a factores múltiples (biológicos, psicológicos y socioculturales). La cultura es un factor que contribuye de varias maneras (figura 4.1):

Patogenia

Se refiere a las situaciones en las que la cultura es el factor causal directo del trastorno mental. Las ideas, creencias, valores, tabúes, etc., profundamente arraigadas y compartidas en una cultura, pueden generar tensión y ansiedad que concluye en enfermedad psiquiátrica. Por ejemplo, causa inseguridad y ansiedad, la exigencia cultural y, por tanto, la expectativa de la esposa de dar a luz un hijo varón para continuar el linaje familiar (romaní), la violación de un terrero sagrado (*malgrí*). Los habitantes de las islas Wellesey en Australia sufren de ataques de pánico, incluso con muerte súbita, si se sumergen en el mar sin haberse lavado las manos de restos de alimentos que se han producido en tierra; la tierra y el mar son enemigos según sus creencias).

Patoselección

La personalidad, factores individuales, condiciones psicológicas, la educación y las influencias culturales definen el modelo de reacción como opción cultural de conducta hacia la tensión, la ansiedad o la angustia y sus consecuencias y



Tseng Wen-Shng. Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego, Ca; Academic Press; p. 190, 2001.

manifestaciones psiquiátricas. Por ejemplo, un marido engañado reaccionará maltratando a la esposa, pegando o matando al amante, suicidándose por la vergüenza social que sufre, suicidándose y matando a su mujer e hijos (Japon, *ikka-shinju*), deprimiéndose o retirándose a una vida ascética, o pidiendo el divorcio según la cultura en la que viva. Si no lo hiciera así, sería considerado un cobarde, un hombre débil, o sin entereza, o al contrario, iría en contra de sus creencias religiosas (que no permiten el suicidio, como en las musulmanas).

Patoelaboración

Cualquier conducta recibe un refuerzo cultural, llegándose a constituir en algunos de sus tipos como de verdadera función social que resuelve necesidades individuales y de la sociedad. Otras son claramente patológicas y se elaboran bajo una intensa influencia de la cultura. Durante los ataques disociativos mentales del *Lath* en Malasia, las mujeres expresan y desarrollan conductas —incluso de aproximación sexual— socialmente prohibidas y, por lo tanto, imposibles de otra manera.

Patofacilitación

La posibilidad biológica distribuida espacialmente según áreas geográficas y la capacidad asistencial y diagnóstica de esa área define la prevalencia de los trastornos mentales. Es el caso de la esquizofrenia, cuya incidencia varía poco de un país a otro o el de la depresión, que sí tiene amplios márgenes de frecuencia. Pero, además, la influencia cultural actúa como efecto catalizador secundario del entorno social particular o de una actitud cultural determinada para generar una prevalencia selectiva de los trastornos mentales. La anorexia nerviosa, la conducta suicida y homicida, el alcoholismo y las toxicomanías siguen este patrón de determinación y facilitación cultural según el concepto, hábito y forma de vida determinados (concepto de belleza, permisibilidad de la posesión de armas, permiso social del consumo de alcohol, tendencias de desorganización y desintegración social...). Indirectamente la cultura también puede inducir cierta prevalencia diferencial, como es el caso de la endogamia y el aislamiento insular en Malasia, que induce una más alta incidencia de esquizofrenia al perpetuar y reforzar la transmisión genética inoportuna.

Patorreactividad

La cultura determina qué actitudes desarrollará la familia, la comunidad y la sociedad hacia el paciente: la reacción social, la capacidad de prevención, diagnóstico y tratamiento. Así, se determina el pronóstico de la esquizofrenia

y el tratamiento del síndrome de estrés postraumático hacia una aceptación, integración social, facilitación del desarrollo vital y de los niveles de sufrimientos del paciente.

Los hispanos en Estados Unidos, tal vez con menos probabilidades que otros grupos de conseguir ayuda en entornos institucionales, les hacen depender más del eficaz apoyo familiar. Por este apoyo familiar, en Colombia, India y Nigeria hay más pacientes que mejoran o se recuperan de forma más significativa que en otras naciones. En China, los tratamientos que se aplican con mayor frecuencia son la medicación antipsicótica, aunque entre un 7 y un 9% también reciben medicina herbolaria tradicional y la práctica de acupuntura. Por razones financieras y culturales, en China se trata a más gente fuera del hospital que en las sociedades occidentales. En muchos países africanos a las personas con esquizofrenia se las mantiene en prisión.

Patoplastia

Contenido del síntoma

La cultura contribuye en la construcción del síntoma psicopatológico. Si bien algunos síntomas psiquiátricos son de naturaleza emocional, como la ansiedad, depresión, miedo, o el enfado, las alucinaciones, contenidos del pensamiento, ideas delirantes, obsesiones y fobias están sujetas al contexto cultural donde se desarrollen. Por ejemplo, quien persigue al paciente, trata de envenenarlo, hacerle daño o lo espía, será un contrario político, un ser sobrenatural, un alienígena, el espíritu malévolo de un difunto, la CIA o la KGB, dependiendo de la experiencia, conocimientos y fondo social y cultural del paciente.

Nivel del síntoma

La patoplastia también favorece la presencia, ausencia, exageración, minimización del síntoma. Los africanos, por ejemplo, únicamente refieren cefalea ante la depresión, sin presentar llanto, aunque sí el resto de los síntomas. Entre las mujeres chinas se puede encontrar un tipo de anorexia nerviosa sin el componente de la preocupación por el sobrepeso.

Comunicación del síntoma

Cada cultura y sociedad ha desarrollado una expresión sintomatológica diferencial. Varias teorías han generado métodos de acercamiento que nos la explican.

Ruth Benedict (1934), para explicar el temperamento de un grupo particular o *ethos*, convino en distinguir dos grandes tipos de culturas: uno, el apolíneo,

basado en el orden, la medida, ligado a las defensas de tipo obsesivo, que intentan evitar el contacto con la emoción, aislar el sentimiento, más tendencia a lo estoico y poco emotivo y a asociar los síntomas depresivos a los obsesivos, y el dionisiaco, en el cual se valora la excitación, lo emotivo e impulsivo, la pasión y el exceso con tendencia a asociar los síntomas depresivos a los maníacos. Todas las culturas tendrían elementos de los dos tipos; no habría tipos puros apolíneos o dionisiacos. Esta teoría está superada en estos momentos, pero se expone como acercamiento al modo de pensar «cultural».

Otra teoría, la de la Inteligencia Emocional (IE) o Procesamiento Emocional de la Información, proclama que la cultura influye en el ajuste emocional de los individuos y en su percepción de bienestar subjetivo de diferentes maneras.

Las variables culturales que se han tenido en cuenta en el estudio de la IE se conocen como las dimensiones de Hofstade: Individualismo-Colectivismo y Masculinidad-Feminidad. Las culturas individualistas o idiocéntricas enfatizan las necesidades propias del individuo y dan por ello más importancia al mundo emocional de la persona con altos niveles de percepción de bienestar subjetivo y, por lo tanto, peor ajuste emocional. En las culturas colectivistas o alo-céntricas, se daría mayor prioridad a la cohesión con los demás y las necesidades individuales quedarían subordinadas a las prioridades del grupo. La extraversión y el neuroticismo se relacionan más fuertemente con el bienestar subjetivo en las culturas individualistas que en las culturas colectivistas.

La dimensión Masculinidad-Feminidad también explica la variable experiencia emocional. La feminidad cultural tiene mayor intensidad y expresividad emocional y se asocia a bajos niveles de neuroticismo y a una frecuencia menor de emociones negativas con niveles mayores de bienestar subjetivo que en las naciones masculinas asociadas con mayores índices de ansiedad y depresión.

La evaluación de la inteligencia emocional ha generado diferentes instrumentos. Uno de los más utilizados ha sido el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) que evalúa la Inteligencia Emocional Percibida (IEP), es decir, el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales.

Estereotipo vs. generalización

Los conocimientos que adquiramos sobre la cultura de un grupo étnico nos servirán como esquema de generalización, como punto de partida para situar a nuestro inmigrante en su contexto cultural original y que investigaremos si cumple o no. Es decir, no como un estereotipo o cliché. El concepto de estereotipo suele ser negativo.

Las generalizaciones son más positivas. Sirven como un punto de arranque; no encasillarán a nuestro paciente y ayudan a entender y movernos dentro de un modelo amplio de comportamientos y creencias.

Debemos recordar que los grupos culturales tienen subgrupos que siguen sus propios valores culturales y normas. Además, la aculturación permite a los individuos tener una mezcla de valores, conductas y creencias de modelos culturales dominantes y los pertenecientes a sus grupos culturales o religiosos específicos.

Historia clínica

Además del nombre, edad y la edad que representa, sexo, estado civil, a lo largo de las visitas diferentes debemos conocer, identificar, investigar y registrar de nuestros pacientes inmigrantes y de las minorías étnicas y raciales: país de origen (especificando área rural o urbana) y grupo étnico o cultural; tiempo de residencia en España, migraciones anteriores, características de la migración (razones, proyectos, acompañantes, relaciones familiares, niños, pérdidas familiares recientes o desde su llegada); situación laboral antes de y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento; nivel educacional, idiomas hablados y uso del lenguaje, tanto verbal como el gestual o corporal; religión, grado de su práctica y existencia de un sistema alternativo de creencias; grado de identificación con la cultura de adopción y grado de mantenimiento de los componentes de la cultura de origen; capacidad de elaboración del duelo de la inmigración; expectativas que los pacientes y sus familias tienen respecto a la consulta; explicación de las causas de la enfermedad, su pronóstico y el tratamiento, capacidad, dentro de su modelo cultural, de percibir y poder describir su malestar y alteración, las causas percibidas o los modelos explicativos que el paciente o el grupo de referencia utilizan para la enfermedad, las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas (no menospreciar, ni intentar modificar con interpretaciones los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación de sus enfermedades); el significado y la percepción de la gravedad de los síntomas del paciente en relación con las normas de su grupo cultural; la forma de canalizar la demanda de atención, la conducta del estar enfermo y la asunción del rol del paciente; papel que juegan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento; las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles (número de personas con que puede contar si se encuentra en

una situación difícil) y los niveles de actividad y discapacidad y si existe el proyecto o el sueño de volver a su patria.

Entre los antecedentes personales se investigará datos de personalidad premórbida sobre los siguientes rasgos: expresividad emocional, sociabilidad, rasgos obsesivos, reactividad neurovegetativa, confianza en sí mismo, impulsividad, autonomía, altruismo y pragmatismo. Si hay antecedentes de trastorno mental, su naturaleza aguda, crónica, insidiosa o recurrente, sus factores predisponentes, la indicación de pronóstico (el mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada) y la respuesta y cooperación del paciente en otros episodios.

3. Valoración física. Hallazgos exploratorios según etnias

Debemos ser conscientes de las diferencias derivadas de la variabilidad y diversidad étnicas en cuanto antropometría, rasgos, color y textura de la piel, forma y color del pelo, distribución de la grasa corporal y resultados de laboratorio y pruebas especiales.

En psiquiatría no existe ninguna pauta, consenso, guía, directriz o protocolo clínico para la indicación de pruebas diagnósticas, salvo la evaluación inicial de laboratorio, la detección que excluya cualquier trastorno orgánico subyacente que pueda explicar la sintomatología psiquiátrica del paciente y las del estudio de las patologías concomitantes. El sentido común y el buen criterio clínico las dicta y si lo indican la anamnesis, la clínica y los primeros resultados.

A la hora de controles hemáticos, en caso de neurolépticos (agranulocitosis), es importante conocer que en los negros los niveles normales de leucocitos son significativamente inferiores a los niveles considerados normales, efecto denominado leucopenia benigna.

4. Valoración farmacotropológica

De la mayoría de los medicamentos, incluidos los psicotrópicos, numerosos estudios han demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción), farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco, diferencias del efecto sobre los neurotransmisores). Además de las variaciones intrínsecas no compartidas necesariamente por otras poblaciones (variabilidad inter-étnicas) definidas genéticamente, se han descrito posibles respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas —variabilidad intraétnica— (edad,

sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales, contaminantes y factores culturales).

Los factores extrínsecos individuales (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales, contaminantes y factores culturales) parecen ser más importantes que los factores intrínsecos (genotipos) en la explicación y la valoración de la eficacia y seguridad de los fármacos cuando se trata de razas.

Farmacogenética

La población mundial se puede catalogar según expresiones fenotípicas del metabolismo de los fármacos (polimorfismo genético). Se utilizan sustancias patrones para la comparación. Los que resultan metabolizadores lentos para estos patrones tendrán niveles estables anormalmente altos con las dosis habituales de los medicamentos que siguen la vía de transformación y transporte del patrón con riesgo de toxicidad, mientras que en los casos de metabolismo anormalmente rápido puede haber ineficacia con las dosis usuales medicamentosas (**tabla 4.7**).

Farmacocinética

En la absorción intestinal no se han encontrado diferencias étnicas. Aunque se sabe que es más potente la fijación de los fármacos (menos fracción libre del fármaco) por las proteínas plasmáticas transportadoras (albúmina y AGP entre los caucásicos). La velocidad de metabolización del fármaco dependiente de la oxidación y conjugación hepáticas, así como la excreción tubular renal, varían según poblaciones, pero sin diferencias significativas. En los asiáticos se han confirmado mayores concentraciones séricas por menor aclaramiento en algunas benzodiazepinas.

Farmacodinámica

Factores como el punto de vista del médico, creencias y expectativas de los pacientes y adherencia al tratamiento tienen demostrado con frecuencia más determinantes del efecto clínico de los agentes psicotrópicos y de otros medicamentos que sus propiedades farmacológicas. Determinantes insuficiente estudiados, ya que estos ensayos no analizan otros factores condicionados por la parte cultural de la etnicidad, tales como las dosis diarias (para muchos medicamentos las dosis prescritas en Japón son más bajas que en Estados Unidos y Europa); el binomio eficacia-seguridad (en Japón prima más la eficacia que en Estados Unidos y Europa), aspectos socioeconómicos, variabilidad diagnóstica, causalidad de enfermedad y expectativas del tratamiento y la confianza del paciente en curarse (efecto placebo).

Tabla 4.7. Expresiones fenotípicas del metabolismo de los fármacos

Vía	Enzima	Substrato	Patrón	Inducción	Población	Medicamento afectado
Oxidación	P-450	Aromáticos	CYP3A	Ultrarrápida	Distribución desigual	Codeína
			CYP2C19		Asiáticos 20% Europeos 5%	Diacepam, imipramina o citalopram
			CYP2D6		20% Países Árabes, 5% España, 1% resto Europa	Amitriplilina, clomipramina, imipramina, nortriplilina, desipramina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina, clompromazina, tioridazina, perfenacina, haloperidol, risperidona, serindol, clozapina
Acetilación	N-acetiltransferasa	Sulfamida	Esparteina	Lenta*	1-5% caucásicos 18% asiáticos	
			Mefenitoína			
			Debrisoquina		5-10% caucásicos	Alprenolol, amifammina, amitriplilina, bufuralol, desipramina, dextrometorfán, encadefina, guanoxán, imipramina, indoramin, metilamida, metoprolol, metoxiantetamida, metoxifenamida, nortriplilina, N-propilamalina, perexijilina, fenacetina, tenformina, propatenona, propanolol, esparteina, timolol
		Sulfametacina, isoniacida, hidralacina, procainamidal, cafeína	Escandinavos, judíos, caucásicos del norte de África, 50% USA, 50% europeos, 10-20% asiáticos, 0% esquimales	Acebutolácido, ácido p-aminosalicílico, minoglutetimida, cafeína, clonacepam, dapsona, hidralacina, fenelcina, somiacida, nitracepam, P-aminobenzolico, procainamida, sulfadiacina, sulfameracina, sulfamidás, sulfapiridina		
Metilación	Tiopurinametil-transferasa	Sulfidilo y compuestos aromáticos	Acetaldehido	Rápida	Esquimales, japoneses	
				Lenta	Distribución aleatoria	Mercaptopurina, azatioprina

* Se han descrito otras diferencias sin correlación clínica en hispanos y nativos americanos. Lenta: aumento de metabolitos activos (toxicidad farmacológica). Rápida o Ultrarrápida: disminución de metabolitos activos (ineficacia terapéutica).
 Armijo JA, Benítez J. Factores fisiológicos que condicionan las respuestas a fármacos. *Capl V. Factores individuales. Factores genéticos y étnicos. En: Flores F. editor Farmacología Humana. 4ª ed. Barcelona, Masson, 2003.*
 Lares-Asseff I, Trujillo-Jiménez. La Farmacogenética y su importancia en la clínica. *Gac Med Mex. 2001; (3): 227-236 [En línea] http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013e.pdf [Última consulta: 22/07/04]*

Expectativas del paciente y del médico

En la relación paciente-médico, a la hora de la prescripción, con demasiada frecuencia se trata de manera tácita la elección, idoneidad y pertinencia y cumplimiento del tratamiento. El médico asume los aspectos biológicos de la farmacoterapia de manera absoluta, dejando a un lado los aspectos contextuales del proceso de transacción social que significa la medicación. Y, si lo hace, se centra exclusivamente en el paciente, como si el médico no estuviese influenciado, consciente e inconscientemente, por su entorno cultural.

El condicionamiento, lo que se conoce y lo que se espera del fármaco y cierta correlación bioquímica (endomorfina) son los responsables de aquellos efectos que no se explican por el mecanismo farmacológico directo del medicamento con frecuencia beneficiosos (**efecto placebo**) y, a veces, adversas o indeseables (**efecto nocebo**).

También incluiría las expectativas respecto a la interpretación de los efectos indeseados. Por ejemplo, los efectos secundarios del litio en el tratamiento del trastorno bipolar son similares en chinos y en europeos, pero mientras los europeos toleran mal síntomas, como la polidipsia y la poliuria, los chinos no se quejan porque interpretan que son efectos de la purificación de tóxicos que ejerce la medicación en el organismo.

Posología y duración del tratamiento

En la mayoría de las culturas no occidentales el tratamiento se administra una única vez. La necesidad de seguir un tratamiento durante varias semanas antes de experimentar los efectos terapéuticos (por ejemplo, antidepresivos) es incomprensible en muchas culturas y disminuye radicalmente la cumplimentación. Pautas multimedicamentosas generan temor a interacciones farmacológicas en pacientes occidentales, pero en otras culturas un solo medicamento puede interpretarse como signo de desprecio por parte del médico hacia el paciente que le prescribe insuficientemente o de dudas de éste hacia la competencia del profesional.

Galénica y vía de administración

Tabúes religiosos (materiales de las cápsulas, contenido de alcohol como excipiente) y sexuales (vía vaginal y rectal) restringe la aceptación medicamentosa. Las cápsulas no son aceptadas por los devotos musulmanes, judíos, hindúes y sikhs porque estas cápsulas se fabrican con gelatina procedente de los huesos y piel de animales incluidos cerdos y vacas. También los vegetarianos y veganistas pueden estar en desacuerdo con este tipo de

presentación farmacéutica; también rechazan aquella medicación que han incluido una fase experimental con ensayos en animales.

Las medicaciones que contengan alcohol, incluido tónicos, colirios, antitusígenos, linimentos, lociones, pomadas, apósitos o antisépticos, están prohibidas por la religión musulmana. Los enemas y supositorios son tabú entre los musulmanes.

Los chinos, africanos y sudamericanos prefieren por su rapidez la vía parenteral frente a otras.

La impregnación de la medicina mágica en muchas culturas indígenas (teorías de los opuestos y las semejanzas) influye en la elección de color de la preparación: una enfermedad fría (depresión) debe tratarse con cápsulas rojas (caliente). Bajo esta concepción, las cápsulas negras son estimulantes, y las blancas, analgésicas, aunque la población africana considera exactamente lo contrario.

Medicinas alternativas

Muchas culturas creen en la curación por la aplicación de dietas especiales o remedios naturales. La medicación farmacéutica será rechazada o, acostumbrados a su medicina de origen, un paciente inmigrante puede seguir utilizando sus remedios tradicionales o indígenas simultáneamente a los que les dispense su médico occidental, con reservas de comunicárselo y la consiguiente exposición peligrosa a la multiterapia.

5. Valoración psicosocial

Estará orientada a la detección de necesidades (relaciones íntimas, grado de integración social, participación en la comunidad, tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos) con el fin de solventarlas teniendo en cuen-

Tabla 4.8. Valoración psicosocial

Familiar	Genograma, APGAR familiar, ecomapa, BARBER.
Recursos y apoyo social	Friend-Work APGAR, escala de reajuste social, riesgo social.
Demandas ambientales y adaptación social	Emoción expresada, JAS, DSP, SAS SR, DAS, Marital Satisfaction Inventory.
Indicadores socioeconómicos	Género, clase social, nivel educativo, ingresos, renta, poder adquisitivo, presupuesto familiar, inversiones.
Morbilidad y estilos de vida	Salud percibida, AVEs, PRIME-MD, Encuesta Básica del Estado de Salud, Índice de Cornell (autoevaluación del bienestar físico y psicológico), sexualidad, CAGE, violencia doméstica, transplantes y donación de órganos.

ta, de una manera responsable y sensible, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también las provenientes del país de origen (**tabla 4.8**).

La falta de soporte social conllevaría un peor pronóstico en los individuos depresivos, teniéndose en cuenta que la falta de un soporte social efectivo puede ser tanto origen de la enfermedad afectiva, como consecuencia de ésta.

Específicos para pacientes inmigrantes en nuestro medio se han publicado los siguientes cuestionarios de valoración psicosocial:

- Encuesta de valoración de la calidad de la atención sanitaria y psicosocial de los inmigrantes magrebíes. (Asociació Socio-Cultural Ibn Batuta, SAPPRI y la Fundació Avedis Danovedian, 2002.) En un cuestionario de 36 ítems cerrados de respuestas múltiples, investiga áreas de la integración psicosocial (factores estresantes y apoyo social) y la calidad de la atención sanitaria que reciben.
- Cuestionario sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos (Martínez-Otero Pérez, 2002). En una entrevista estructurada con 11 ítems abiertos, registra los factores generadores de estrés, aislamiento y duelo (**tabla. 4.9**).

Tabla 4.9. Cuestionario sobre integración de inmigrantes

Edad.
Nacionalidad.
Sexo.
1. ¿Cuánto tiempo lleva en España?
2. ¿Está satisfecho con su vida en España?
3. ¿Trabaja usted? ¿En qué?
4. ¿Está a gusto con su ocupación actual?
5. ¿Cuáles son las causas de su estancia en España?
6. ¿Tiene intención de regresar a su país? En caso afirmativo, ¿cuándo?
7. ¿Qué aspectos positivos destaca de España?
8. En su opinión, ¿cuáles son los aspectos negativos de España?
9. ¿Tiene familia en España?
10. ¿Se siente integrado en España?
11. ¿Quiere realizar algún comentario adicional?

Martínez Otero V. El reto de la interculturalidad. Investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. Ponencia al IV Congreso de Católicos y Vida Pública. Madrid, 2002. [En línea] www.ceu.es/fnd/valentin%20martinez.pdf [Última consulta 19:07:04].

Elaboración diagnóstica

El concepto de enfermedad mental tiene una validez absoluta para todas las culturas (dimensión pancultural). Pero la definición de la desviación varía según sea el marco de normas y de valores de la cultura en cuestión (tabla 4.10).

En cuanto a la cultura se deben tener dos puntos de vista, el **emic** o **emico**, punto de vista específico que los integrantes de una cultura determinada tienen conceptualmente sobre un fenómeno que aparece en la misma (visión del nativo), y el **etic** o **ético**, que es el planteamiento universal o general-cul-

Tabla 4.10. Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV

I. Historia clínica
1. Identificación del paciente.
2. Historia de la enfermedad actual.
3. Historia psiquiátrica y tratamiento previo.
4. Historia social y del desarrollo.
5. Historia familiar.
6. Curso y resultado.
7. Formulación diagnóstica en 5 ejes.
II. Formulación cultural
A. Identidad cultural
1. Grupo(s) cultural de referencia.
2. Lengua.
3. Factores culturales en el desarrollo.
4. Implicación con la cultura de origen.
5. Implicación con la cultura huésped.
B. Explicaciones culturales de la enfermedad.
1. Idioma predominante del estrés y categorías locales de enfermedad.
2. Sentido y severidad de los síntomas en relación con las normas culturales.
3. Causas percibidas y modelos explicativos.
4. Experiencias y planes de búsqueda de ayuda.
C. Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de funcionamiento.
1. Estresantes sociales.
2. Soporte social.
3. Niveles de funcionamiento y discapacidad.
D. Elementos culturales en la relación paciente-médico.
E. Valoración cultural global.

tural de ese fenómeno (visión del investigador). La utilización de sistemas diagnósticos étnicos que no estén moderados por el conocimiento de categorías indígenas (esto es, étnicas), puede conducir a resultados inexplicables o sin significado. Por ejemplo, los pacientes enfermos afroamericanos con trastorno de angustia y agorafobia, patología más frecuente en esta minoría étnica, presentan con alguna frecuencia alucinaciones o miedos delirantes, que sin la referencia transcultural, son diagnosticados como psicóticos. También las obsesiones, cuando son egodistónicas, pueden ser interpretadas como delirios o trastornos del pensamiento y diagnosticarse como psicosis. Con el trastorno de estrés postraumático los errores diagnósticos son aún más frecuentes, ya que los individuos de esta raza presentan más frecuentemente síntomas psicóticos e ideación paranoide que otros grupos. Los bipolares de raza negra presentan más frecuentemente que los blancos el subtipo de cicladores rápidos y episodios con síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones, casos erróneamente diagnosticado como esquizofrenia. También en la depresión son más frecuentes en estos enfermos los rasgos paranoides y la existencia de suspicacia.

Ceguera transcultural

La cultura no solamente afecta a la expresión del trastorno mental, sino que también puede obstaculizar nuestra capacidad para identificarla en un sujeto de otra cultura.

No nos pase como a Damastes o Polipemón, en la mitología griega, rey, o bandido según algunos, que vivió cerca de Eleusis, en Ática, y que recibió el sobrenombre Procrusto o Procustes (el Estirador). Éste tenía la costumbre de agasajar a cualquier viajero que llegara a su morada para, llegada la noche, ofrecerle una cama. Si ésta era demasiado grande para el invitado, Procusto resolvía la situación estirando los miembros del pobre diablo hasta conseguir que ocuparan el espacio debido. Pero si la cama era pequeña, Procusto lo solucionaba cortando lo que sobresaliera de las piernas. Hasta aquí puede llegar la adopción de un criterio universal de diagnóstico.

La imposición de un modelo médico occidental (el médico como grupo profesional y social que asume la responsabilidad de la atención de la personas que presentan una pérdida de función), necesita una mediatización ante diferente cultura y diferentes experiencias de la enfermedad. Desde la ortodoxia se ignoran las tradiciones de salud de otras culturas. La tendencia es asumir que nuestra aportación es la válida: los demás son como un vaso

vacío. Esta tendencia a ignorar las partes de las culturas que difieren de la propia, es el extendido fenómeno de la ceguera transcultural. Da lugar a tres clases de errores: el médico asume diferencias de origen racial donde no existen, asume que las diferencias raciales existen, pero las ignora inocentemente o asume que no hay diferencias raciales.

Método etnopsiquiátrico

Existen metodologías y teorías antropológicas y sociolingüísticas que ayudan a acercarse de buena manera al fenómeno cultural de la enfermedad, actuando conjuntamente con las metodologías y teorías de la psicología y de la psiquiatría, de forma que se obtenga una visión mucho más completa del fenómeno estudiado.

Mediante registros de grupos de discusión, entrevistas, encuestas y los análisis lingüísticos pertinentes, se observa y valora la cultura desde dentro de ella, rescatando el discurso de sus actores, aprendiendo a entenderlos y a captar su cosmovisión (émic). Posteriormente se realiza la traducción de los códigos de la cultura observada a los códigos de la cultura del investigador (etic). Esta fase analiza el fenómeno desde la perspectiva teórica utilizada, combinando esta última con los elementos obtenidos de manera émic.

Las técnicas sociolingüísticas analizan dichos registros y describen en términos culturales los usos pautados de la lengua y el habla que se descubran con identificación de sus códigos.

De manera práctica, en la entrevista psiquiátrica, estas técnicas se aplican directamente en la realización de la historia clínica. Cuando el paciente refiere sus síntomas, se anotan en su propio estilo expositivo. Así quedara reflejada la circunscripción a un dominio cultural particular. Relación entre síntoma, biografía y contexto cultural en donde el significado es nuclear al tipo de descripción. Es decir, con este tipo de registro, los acontecimientos relatados aparecerán jerarquizados los significados que dan sentido a su experiencia. Hallados estos significados, se podrán relacionar con el malestar del paciente, además de generarse la capacidad de devolverle una nueva historia que con la cual éste pueda reelaborar lo más satisfactoriamente posible el sentido de su malestar (logoterapia).

Posteriormente, el médico transformará el lenguaje, la estructura e incluso el significado de la historia en discurso médico, de manera que puede ser entendida y gestionada (fines diagnósticos y terapéuticos, comparación con otros casos y con las descripciones y análisis de los textos canónicos...).

Instrumentos y cuestionarios

Hay variaciones considerables en las tasas de detección mediante cuestionarios en la evaluación cognitiva, afectiva, social, ocupacional y malestar subjetivo según poblaciones.

Y es que los instrumentos (test psicológicos, escalas de valoración y entrevistas estructuradas y semiestructuradas) disponibles para detectar diversos tópicos en salud mental y psiquiatría, han sido concebidos y desarrollados en países occidentales.

Estos instrumentos, si se utilizan en culturas y poblaciones diferentes de aquéllas de donde se originaron sin las precauciones y adaptaciones precisas, no garantizan la validez de los resultados generados en su aplicación y su utilidad en el diagnóstico interracial.

La generación, interpretación y comparabilidad de los datos provenientes de realidades socioculturales específicas, necesita de la validación previa de estos instrumentos que recojan la variabilidad de las manifestaciones, signos y síntomas psiquiátricos.

Instrumentos de evaluación de la adaptación psicológica

Para detectar aquellos inmigrantes en riesgo de problemas emocionales por estar en proceso de adaptación psicológica a la inmigración y reasentamiento, se han desarrollado varios cuestionarios.

- Escala de las Demandas de la Inmigración (Aroian K., et. al., 1995) que evalúa las siguientes dimensiones: pérdida, novedad, ocupación, lengua, discriminación y no sentirse en casa con un cuestionario de 23 ítems.
- Inventario Demográfico Psicosocial (Ristner M., 1995). Evalúa el ajuste psicosocial de los inmigrantes en base al conocimiento de los estresores específicos de la inmigración. En este cuestionario se pregunta sobre las variables demográficas, satisfacción con la vida y salud antes de la inmigración, razones para la inmigración y problemas encontrados desde la inmigración. Utiliza cuatro escalas para factores previos a la inmigración y seis escalas para evaluar la postmigración. Tanto la Escala de las Demandas como este Inventario no están validados en España. Son de poco uso en la práctica psiquiátrica habitual o en Atención Primaria.
- Cuestionario sobre los siete duelos de la migración (SAPPPIR y Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona). Evalúa la presencia de duelo migratorio y sus componentes (familia, idioma, cultura, tierra, estatus social, grupo étnico e integridad física), y valora de estresores y

la vivencia del duelo con un total de 115 ítems, tanto abiertos como cerrados.

- Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), para el cribaje y procedimiento diagnóstico psiquiátrico. Es un cuestionario sencillo auto-administrado de 27 ítems, a los que el paciente responde marcando sí o no. Instrumento útil y práctico, especialmente indicado para su uso en Atención Primaria, con estudios recientes que demuestran alto rendimiento en pacientes inmigrantes en nuestro medio.

4.4. Diagnóstico en caso de urgencia psiquiátrica

Pueden aparecer psicosis reactivas, alcoholismo y drogodependencias, crisis de ansiedad (agorafobia, fobia social, ataques de pánico), trastornos disocia-tivos y exacerbación de patología preexistente (esquizofrénica o depresión).

Se debe hacer un escrutinio global del caso y tomar decisiones sin gran demora. En tales casos es recomendable valorar cuatro puntos fundamentales:

- Grado o riesgo de autoagresividad o heteroagresividad según los antecedentes inmediatos y anteriores del paciente, sus desarmonías sociales y su desorganización mental.
- Factores orgánicos (factores tóxicos, metabólicos, cerebrales y farmacológicos).
- Predominio de cada síntoma e interacciones entre ellos.
- Reacción que puede suscitarse ante la prescripción terapéutica y diagnóstica, como el envío a un psiquiatra, la indicación de internamiento, el tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico o ciertas exploraciones complementarias.