

Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante

Coordinadores:

Víctor Manuel González Rodríguez
Ramón González Corrales

Autores:

José Luis Martincano Gómez
Javier García Campayo



Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante

Coordinadores:

Víctor Manuel González Rodríguez

Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN

Ramón González Correales

Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Autores:

José Luis Martincano Gómez

Médico de Familia, Centro de Salud de Goian (Tomiño), Pontevedra

Javier García Campayo

Psiquiatra Consultor



La presente obra es una idea original
del Dr. Víctor Manuel González Rodríguez

© IM&C, S.A.
International Marketing & Communications, S.A.
Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
imc-sa@imc-sa.es

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido
de esta obra sin permiso por escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-xxx-xxxx-x
Dep. Legal: M-xxxxx-2004

Índice

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Introducción | 5 |
| 2. | Epidemiología | 6 |
| 2.1. | Demografía | 6 |
| 2.2. | Factores de riesgo | 6 |
| 2.3. | Enfermedad mental | 7 |
| 3. | Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración .. | 9 |
| 3.1. | Modelo de elaboración psicológica del fenómeno migratorio | 9 |
| 3.2. | Psicopatología del proceso migratorio | 12 |
| 3.3. | Patología psiquiátrica en los inmigrantes | 22 |
| 4. | Abordaje diagnóstico | 44 |
| 4.1. | Discriminación, inequidad. ¿Existen las desigualdades y las disparidades? | 44 |
| 4.2. | Práctica culturalmente competente | 45 |
| 4.3. | Valoración cultural de la atención al paciente inmigrante .. | 45 |
| 4.4. | Diagnóstico en caso de urgencia psiquiátrica | 66 |
| 5. | Abordaje terapéutico | 67 |
| 5.1. | Importancia de la raza, etnia y cultura en la relación terapéutica | 67 |
| 5.2. | Actividades de prevención y promoción de la salud mental .. | 68 |
| 5.3. | Terapéutica psiquiátrica | 70 |
| 5.4. | Plan de actuación | 75 |
| 5.5. | Abordaje comunitario y social | 75 |
| 5.6. | Pronóstico | 75 |
| 5.7. | Interconsultas y derivaciones | 76 |
| 5.8. | Revisiones, cita previa | 77 |
| 5.9. | Política del equipo, el servicio y del sistema | 77 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 6. | Recursos de ayuda asistenciales y sociales | 78 |
| 7. | Salud mental e inmigración en la Red | 82 |
| 8. | Puntos clave | 86 |
| 8.1. | Valoración cultural del médico | 86 |
| 8.2. | Valoración cultural del paciente | 87 |
| 8.3. | Valoración física | 89 |
| 8.4. | Valoración farmacológica | 89 |
| 8.5. | Valoración psicosocial | 89 |
| 8.6. | Desarrollo y evaluación cultural de los servicios | 89 |
| 8.7. | Formación médica continuada | 89 |
| 8.8. | Investigación | 90 |
| 8.9. | Sugerencias prácticas | 90 |
| 9. | Para saber más | 92 |
| 9.1. | Libros e informes | 92 |
| 9.2. | Artículos | 93 |

1. Introducción

Numerosas investigaciones ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental de las diferencias encontradas entre sexos o entre clases sociales, del estatus socioeconómico, del desempleo y también de los procesos migratorios y reasentamientos.

Pero persisten muchos huecos en la literatura sobre el papel exacto en la salud mental de la raza, cultura, etnicidad y de las minorías raciales y étnicas. Con estudios escasos e insuficientes a la hora del diagnóstico y del tratamiento, sin embargo, se dispone de datos que indican que estos grupos con la misma prevalencia de enfermedad mental que nuestra sociedad mayoritaria, tienen menos accesibilidad a los servicios médicos en general y se les ofrece peor calidad de atención de salud mental (disparidades evitables), lo que arrastra mayor frecuencia de discapacidades e invalideces, costos sociales y sufrimiento humano en estas poblaciones.

Estos estudios, sin excluir la terapia individual, enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social al poner de relieve y analizar las causas sociales del deterioro psicológico. Es éste un desafío, ampliamente denunciado, al que tiene que enfrentarse nuestra sociedad actual, cada día más insoslayablemente, para evitar que se perpetúen mayores inequidades y desigualdades, en una nueva fractura en la comunidad humana. Proponen la necesidad de actuaciones multidisciplinarias desde las ciencias sociales (integración e identidad social), las ciencias de la salud (estructura de la personalidad) y las ciencias jurídicas (derecho de las personas y de los grupos sociales).

Nota

La raza como una categoría para dividir y etiquetar a los diferentes grupos humanos según un juego de rasgos biológicos innatos comunes (color de la piel, forma de los ojos, la nariz o la cara), ya no se sustenta actualmente en ningún criterio biológico.

El término *minoría* se usa para identificar a los grupos poblacionales con limitado poder político, o de recursos sociales y con acceso desigual a las oportunidades y ventajas sociales. El término no connota inferioridad o tamaño demográfico. Se emplea el término *racial* y *minoría étnica* para referirse colectivamente a los grupos poblacionales con cultura, creencias y costumbres diferentes a la población hegemónica.

A menos que haya sido necesario especificarlo, durante todo el texto se han utilizado las formas masculinas asimiladas al neutro en los gentilicios y para referirse a los colectivos citados (árabe, alemán, médico, paciente, inmigrante, individuo, persona, humano, etc.) cuando realmente se incluyen a ambos géneros. Se evita la incomodidad y discontinuidad que produce en la lectura el uso simultáneo de los dos géneros (subsaharianos y subsaharianas; médicos y médicas, médico/a, etc.). No se interprete, pues, como alguna manera o uso discriminatorio.

2. Epidemiología

2.1. Demografía

En el año 2003, España ha recibido el 40% de toda la población inmigrante hacia Europa. Actualmente los inmigrantes significan el 4,73% del total de la población española (1.997.944/41.837.894). Para el año 2025, se prevé alcanzarán la cifra del 20% de la población total.

Una de las características de la inmigración en España es su diversidad. Actualmente Marruecos es el país que nos da mayor número de población inmigrante (282.432; 21,30% de total de inmigrantes). Para el año 2025, se prevé que los inmigrantes procedentes de África significarán aproximadamente un 12% de nuestra población total. Los sudamericanos, asiáticos y procedentes de la Europa del Este son el grupo cultural que más rápido está creciendo en España como resultado de la inmigración. Éstos supusieron en el año 1997 entre el 0,2 y el 1%, habiendo pasado a un 34,01% actualmente, correspondiendo el 24% a Sudamérica. Se prevé que para 2025 significarán el 50% de todos los inmigrantes.

El 40% se concentra en las provincias de Madrid y Cataluña. El 10% de los habitantes de Madrid son inmigrantes. Para 2025, el 10% de las poblaciones de Madrid o Barcelona serán inmigrantes o hijos de inmigrantes. Los asiáticos participarán con el 18%, y los marroquíes con el 15% del total poblacional de estas ciudades.

2.2. Factores de riesgo

La población inmigrada presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración es un cambio vital en el individuo, enmarcado por la pérdida de lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus, entre otros. Por otro lado, el emigrante pertenece a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboralmente.

Se espera que estos pacientes presenten mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal serían los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración, secundaria a sus vivencias anteriores, al duelo migratorio, a la situación socioeconómica inadecuada y al aislamiento, en ocasiones, por las diferencias idiomáticas y culturales.

La migración actúa como factor de traumatización. Es un fenómeno generador de estrés que depende, en gran medida, de cómo se sitúe frente a su grupo cultural de origen y hacia el grupo de acogida y cómo éste reaccione ante el inmigrante.

2.3. Enfermedad mental

Aparecen cuadros desestructurantes con elementos ligados a la evitación (de pensamiento, personas, lugares, actividades, etc., asociados al hecho traumático, o de tipo disociativo, evaluados como cuadros de ansiedad o de depresión) y a la hiperactivación (trastornos del sueño y de la concentración, irritación, hipervigilancia). También son frecuentes los síndromes psicopatológicos agudos (síndromes confusionales) o los crónicos (síndromes depresivos, trastornos de la personalidad, adaptativos, alcoholismo, drogodependencias).

Muchos trabajos señalan tasas de esquizofrenia más elevadas entre los emigrantes, pero han sido referidas globalmente sin atender a su composición poblacional, no tienen en cuenta la infrautilización de los recursos sanitarios psiquiátricos ni la elevada proporción de diagnósticos erróneos condicionada por la distancia empática.

El temor a una mayor estigmatización de una población ya sumamente discriminada racialmente, y grandes dificultades en la interacción y utilización de unos servicios sanitarios diseñados para la población nativa, lo que implica importantes barreras culturales, en absoluto favorece la accesibilidad a los recursos sanitarios. Barreras comunicacionales de origen lingüístico (la barrera del idioma dificulta una relación de confianza proveedor-cliente, la elaboración de un historial médico completo, el diagnóstico, el seguimiento adecuado del tratamiento y la comprensión del bagaje psicosocial del paciente) y cultural (referencias y codificaciones culturales distintas entre profesional sanitario y paciente, burocracia, segmentación servicios, tabúes), favorece la infrautilización de los recursos sanitarios, lo que a su vez está condicionando las tasas de admisión de emigrantes. Por eso, en ocasiones, los emigrantes vuelven a su país tras desarrollar un trastorno psiquiátrico, desapareciendo de nuestras estadísticas.

Por otro lado, y por el momento en nuestro país, nos hemos centrado en la atención en los problemas infecciosos o de morbilidad y consumo de servicios que presenta esta población, por lo que tenemos pocos datos de la salud mental de los inmigrantes.

Se ha comunicado alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad entre emigrantes, asociados en muchas ocasiones a síntomas de somatización, en gran medida por el rechazo a los psicofármacos, sobre todo los antidepresivos, siendo mayor el uso de antipsicóticos y ansiolíticos. En el trasfondo está la dificultad para establecer una adecuada alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas culturalmente extraños.

El departamento de Atención Sanitaria al inmigrante de la Generalitat ofrece los siguientes datos: a un 6,5% de los inmigrantes se le ha diagnosticado trastornos mentales, que se deben al duelo por la separación de su entorno (duelo migratorio) y al estrés por los problemas que tienen, falta de papeles, de trabajo...; un 58% de los inmigrantes que van al médico en Barcelona tiene depresión, y un 37%, migraña. Una de las consecuencias de los problemas mentales que sufren los inmigrantes y del desarraigo, es el consumo de drogas (elevado consumo de alcohol y tabaco), motivado, en parte, por la soledad, el estrés y los estados depresivos. Las psicopatologías en los inmigrantes suelen aparecer con más frecuencia en las mujeres (depresiones). El estrés crónico múltiple del inmigrante podría estar afectando a un millón de personas en España.

3. Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración

3.1. Modelo de elaboración psicológica del fenómeno migratorio

Identidad

La experiencia migratoria es un proceso dinámico y complejo con inicio en la sociedad de origen, que continúa en un proceso de adaptación en la sociedad de destino y que supone tanto continuidad, como rupturas con la sociedad de origen. La adaptación constituye una estrategia de construcción de un espacio propio de identidad étnica respecto a los otros.

La identidad se establece para cada persona según las áreas concéntricas de pertenencias o dependencias de cada uno. La primera área incluye el yo; la segunda, la familia con la que convive, y a ésta le sigue la de la familia extensa. A continuación, y ampliando su influencia, el vecindario o los grupos locales; los conciudadanos y los compatriotas. Se solapan otras áreas que caracterizan la identidad étnica, lingüística, histórica, cultural, profesional, de género o sexual. Estas áreas se extienden en definiciones sucesivas hasta que se llega a la mayor: la de la humanidad entera.

Ruptura

Todo cambio de una cultura a otra (discontinuidad sociocultural) induce en la persona una ruptura entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, que puede contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y somáticos. Cuanto mayor sea esta discontinuidad o cuanto más diferentes sean las culturas, el efecto de riesgo psicopatológico debería ser mayor, ya que se produciría mayor nivel de cambio e impacto.

Aunque ampliamente criticada y con múltiples limitaciones, nos da una idea del hecho la escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe (Recent Life Changes Questionnaire, RLCQ, 1975), que coloca el ítem (unidades de cambio vital o UCV) número 25 con una valoración de 47 sobre 10-123. Con este cambio se acarrean otros sucesos vitales (cambios económicos, actividades sociales, tipo de trabajo, etc.) que afectan al número de eventos registrados (Índice de Sucesos Vitales, ISV), y a la suma de las UCV de los mismos (Índice de Reajuste Social, IRS) con lo cual aumenta la valoración.

Adaptación

La migración, verdadero trasplante que desarraiga y desacomoda al individuo de su identidad territorial-cultural, es una ruptura biográfica en tres momentos (partida, viaje, llegada), que se corresponden con los tres momentos de los rituales de paso y la consiguiente *mutación ontológica* o cambio de ser (se es otro) que resuelve de varias maneras básicas las lealtades hacia culturas diferentes.

Los cambios son evidentes en aspectos físicos, tales como los diferentes tipos de vivienda o de transporte. Pueden producirse cambios biológicos como resultado de los matrimonios entre miembros de los dos grupos en contacto; del mismo modo, son igualmente posibles los cambios políticos, económicos, lingüísticos, religiosos y de cualquier tipo que afecte la vida humana.

La adaptación psicológica a la inmigración culmina como un logro de un conjunto de resultados psicológicos internos, que incluye la buena salud mental, el bienestar psicológico y la satisfacción personal en el nuevo contexto cultural.

El proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural y por el cual los grupos minoritarios aprenden gradualmente y adoptan los nuevos elementos de la cultura del país receptor en mayor o menor grado, se llama **aculturación**. Pero es mutuo: existe recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte del otro (**tabla 3.1**).

En todos los casos, la construcción de la nueva identidad se realiza, por un lado, asumiendo la propia biografía (no se es lo mismo, pero sí el mismo) y, por otro, construyendo un mundo interpretativo de la realidad. La traumática realidad del emigrante (tipo de migración y sus circunstancias) hace más necesaria la adecuada construcción de un yo biográfico y de un mundo referencial.

El manejar y limitar la novedad que suponen las nuevas referencias (sobrecarga cognitiva), es una de las demandas más importantes del reasentamiento. Las personas tienen mucho que aprender sobre la sociedad de acogida. La falta de un conocimiento básico para manejarse en la nueva sociedad (desconocimiento cultural), tiene una variedad de consecuencias negativas y pone en peligro la capacidad de las personas para vivir satisfactoriamente, tanto desde el punto de vista material como para su ajuste psicológico (desencuentro sociocultural). La falta de información básica hace difícil las tareas más simples, desde moverse por el nuevo entorno hasta

Tabla 3.1. Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión (Modificado del Modelo teórico de aculturación de Berry y Kim, 1988)

| | | |
|-------------------|---|---|
| Interculturalidad | La minoría mantiene parte de su estructura y costumbres, pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona. | Entendida como vivir juntos en la diferencia y con las diferencias, respetándose y, aún más, comprendiéndose. |
| Multiculturalidad | Con el concepto a priori de respeto y de igualdad de ambas culturas. | Con frecuencia da origen al <i>biculturalismo</i> , que es un modelo dual de identificación y, a menudo, de lealtad dividida que no deja de influir conflictivamente a nivel personal. |
| Integración | El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona. Más frecuente en edades medias. | Adaptación adecuada. Poco riesgo asociado a patología psiquiátrica. |
| Asimilación | Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor. Más frecuente en jóvenes. | Va a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de «estar incompleto». Es, por definición, autodestructiva, particularmente en la esfera psicológica. |
| Separación | Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen. Más frecuentes en adultos y mayores. Puede ser activa en el caso del fenómeno <i>Contracultural</i> , con el rechazo de los valores culturales establecidos, caso no privativo de los inmigrantes. | Aislamiento en <i>ghettos</i> con escasa interacción con la cultura anfitriona. |
| Marginalización | Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense. | La patología psiquiátrica es máxima. |

Modelo teórico citado por: Aida M, García-Campayo J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. Revista de actualidad sociosanitaria. RAS. 2003 (3):14-16. [En línea] <http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf> [Última consulta: 12:07:04].

saber a dónde dirigirse para los diferentes propósitos. El no contar con información básica, aunque puede ser abrumadora inicialmente, casi siempre es una dificultad de corta duración. La información más compleja, por el contrario, relativa a las diferencias culturales en estilos de interacción social (extrañeza cultural), que facilitan la convivencia, requiere mucho esfuerzo y tiempo, sobre todo para aquellos grupos étnicos con más distancia cultural con la sociedad de acogida.

El estado afectivo positivo de *sentirse en casa* se consigue cuando se resuelve la experiencia angustiante que el reasentamiento ocasiona en muchos inmigrantes. *Sentirse en casa* se define como un estado afectivo positivo de bienestar psicológico derivado del sentimiento de sentirse relajado, en familia, e incluido en una estructura social.

Resiliencia

La resiliencia humana sería la capacidad y habilidad de un individuo o de un sistema social para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (resistir y rehacerse, crecimiento postraumático).

La resiliencia necesita dos elementos: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión, conflictos, crisis y situaciones límites; y la capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles.

3.2. Psicopatología del proceso migratorio

Fases del proceso migratorio

El proceso es secuencial dinámico, perpetuo e interminable, que involucra los niveles cognoscitivos y emocionales, tanto consciente como inconscientes, de los individuos con muchos momentos críticos. Tradicionalmente, se había defendido la existencia de un período inicial de euforia tras la llegada al país de acogida, y un posterior período de crisis psicológica según algunas fases definidas por la cantidad y tipo del estrés que generan. Este modelo ha sido rebatido y actualmente se acepta que el estrés se incrementa en el emigrante durante los primeros dos años y que, posteriormente, a lo largo del tiempo, va disminuyendo hasta alcanzar los niveles normales previos.

Entiéndase que el ajuste del inmigrante o del refugiado es un proceso dinámico que varía de individuo a individuo, de grupo a grupo, de circunstancias a circunstancias.

Duelo migratorio. Aflicción del inmigrante

Duelo

Se entiende por duelo el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde o se separa de alguien o algo que es significativo para el sujeto. Para cualquier persona, el duelo es parte esencial del contacto adaptativo y creativo, base del equilibrio psíquico, con cualquiera que sea su realidad.

Duelo migratorio

Éste se produce debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, seres queridos, costumbres,

religión, maneras de ser y de relacionarse, fiestas, música, sentido del tiempo, contacto con la lengua, aspectos relacionados con la tierra (como el paisaje, los olores o el clima), estatus social, nivel económico, dinámica laboral, sentido de pertenencia a un grupo étnico y pérdida de su seguridad física. Significa un serio proceso de reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido durante las primeras etapas de la vida en su país de origen (familiares y amigos, cultura, idioma, seguridad física, paisajes, comidas, estatus social, religión...) y que han jugado un papel muy importante en la estructuración de su personalidad y su identidad como persona.

La vocación de toda inmigración es fusionarse y pertenecer al tejido social de la sociedad de acogida, pero en conflicto con otra prioridad: la necesidad universal de los humanos de mantenerse fiel a sus tradiciones. Una prioridad sacrifica la otra. Sucederá una crisis de jerarquías en las pertenencias, pues ambas líneas suponen un conjunto de incumbencias afectivo-formales de costosa eliminación.

Características del duelo migratorio

Separación

La pérdida es sólo parcial (temporoespacial). No por ello es menos importante o intenso.

Recurrente y de larga duración

Al no ser una pérdida definitiva los vínculos son fácilmente reavivados de manera recurrente.

Trascendental

Supone la reelaboración de toda una serie de aspectos muy arraigados que se han interiorizado en la infancia.

Interrelacionado

Con otros duelos y problemas del inmigrante.

Múltiple

En realidad son siete duelos: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y/o nacional y los riesgos físicos ligados a la migración. Tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración.

Ambivalente

El inmigrante tiene sentimientos entremezclados de amor hacia el país de origen con el que posee fuertes vínculos, pero del que tuvo que marchar porque no le daba lo que necesitaba, y de odio hacia el país de acogida que le brinda oportunidades, pero que, a la vez, le exige mucho esfuerzo de adaptación.

Participativo

Tanto de los autóctonos a través de su relación con los inmigrantes, como de los familiares que quedan en el origen y que sufren, lo facilitan o complican.

Transgeneracional

Afecta de modo importante no sólo a los que emigran, sino también a sus hijos.

Soluciones del duelo y tipos de duelo migratorio

En este conflicto, el inmigrante vivirá una situación anímica tensa y angustiada mediante procesos que pueden ser resolutivos, o bien patológicos y no resolutivos.

1. Duelo simple

Tiene lugar cuando el sujeto emigra en buenas condiciones personales y se encuentra con un medio social acogedor que cumple con la idealización que tenía del mismo y le facilita el éxito del proyecto migratorio (persona o grupo, que en el nuevo medio, asuma funciones de *maternaje* y continencia que le permitan sobrevivir y reorganizarse, habiendo participado de algún modo en la llegada del inmigrante). Ha habido:

- Aceptación: la persona se instala a fondo en la nueva situación.
- Restitución: reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación.

2. Duelo complicado

Un conjunto de circunstancias personales y sociales adversas dificultan el proceso de elaboración del duelo migratorio y ponen en peligro el equilibrio psíquico del sujeto. Hay sufrimiento patológico y no integrado, tributario de apoyo y tratamiento. Las circunstancias vivenciales en las que se construyen defensas, pero que si son de uso masivo, facilitan el duelo patológico, son:

- Negación:
 - Quitar importancia a las pérdidas.
 - De la realidad diferente (origina confusión).
 - Apoyo farmacológico: tratamiento con fármacos para que la persona no sienta en ningún momento tensión, preocupación, tristeza, añoranza, pena...
- Resistencia. No se acepta el esfuerzo que supone la adaptación.
- Idealización o distorsión de la situación de origen o de la de acogida.
- Esencialismo étnico o antropomorfismo (animismo). Se le atribuye el rango de seres humanos y la existencia de vida propia a la lengua, la cultura, el paisaje..., con lo cual nuestras reacciones están dominadas externamente.
- Hiperadaptación. Bajo la presión de la adaptación se actúa contrariamente a la tendencia natural de mantener las tradiciones de origen.
- Racionalización. Se intenta separar el componente afectivo del componente cognitivo de la emoción, evitando el contacto con lo que genera el conflicto.
- Regresión. El inmigrante se siente desbordado y tiende a adoptar actitudes regresivas (más infantiles).
- Proyección. Atribución externa de las dificultades, con frecuencia sobre los profesionales sanitarios.

Factores de riesgo y de protección de la salud mental en el duelo migratorio

Además de factores favorecedores del duelo migratorio (**tabla 3.2**) se enumeran ciertas defensas y factores:

- Individuales
 - Autoselección para la migración (capacidad de lucha, autosuficiencia y autonomía).
 - Proyecto migratorio realista.
 - Apoyo familiar desde el origen.
 - Red de apoyo social en destino (servicios y alta densidad étnica de su grupo).
 - Vivencias positivas en el cambio (ausencia de trabas legales, penurias económicas o sociales).

Tabla 3.2. Factores favorecedores del duelo migratorio

- Fracaso del proyecto migratorio:
 - Condiciones sociales precarias:
 - ♦ Falta de receptividad, políticas de exclusión y discriminación.
 - ♦ Explotación laboral.
 - Graves carencias sanitarias, de vivienda, alimentación, seguridad física, etc.:
 - ♦ Necesidad, hacinamiento y marginalidad.
 - ♦ Alteración del estado de salud física y enfermedades asociadas a la emigración.
 - Nivel de formación o habilidades, no reconocidos en el país de acogida.
 - Falta de apoyo de la familia en origen que actúa como «conciencia étnica».
 - Falta de proyecto migratorio (incluye refugiados políticos).
 - Falta de contacto grupo de referencia.
- Problemas de la personalidad del individuo (adaptabilidad al cambio y los mecanismos de afrontamiento a utilizar):
 - Baja resiliencia.
 - Inconsistencia de la elaboración del duelo (tiempo, paciencia, madurez).
 - Antecedentes duelo patológico y déficit referentes de identificación.
 - Disfunción familiar, separación de hijos pequeños o de padres mayores o enfermos.
 - Déficit lingüístico, bajo nivel cultural.
 - Género (la expresión del duelo surge antes y es menos intenso en la mujer).
- Choque cultural:
 - Diferencias notables entre culturas.
 - Dificultades del idioma.
 - La edad del individuo (a más jóvenes, mayor asimilación y menos duelo).

Martínez-Otero Pérez V. El reto de la interculturalidad: investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. Ponencia al IV Congreso Católicos y Vida Pública. Nov. 2002. Madrid. [En línea] <http://www.ceu.es/ind/valentin%20martinez.pdf> [Última consulta 25:07:04].

- Reagrupación familiar efectiva.
- Hijos parenterales (los hijos asumen el papel rector del proyecto migratorio ante el fracaso de los mayores y sirven de modelo a éstos).
- Sociedad receptora
 - Evita cualquier forma de discriminación, racismo o xenofobia, o, como mínimo, de actitudes despectivas o discriminatorias, incluida la exclusión legal y presión lingüística.
 - Garantiza las condiciones de vida dignas a los inmigrantes (vivienda, educación, salud, trabajo, salario, acceso sanitario...).
 - Cultiva la interculturalidad sobre la base de la participación, la cooperación y el enriquecimiento de las diversas culturas.
 - Cultiva las señas de identidad de los inmigrantes, lo que equivale a adoptar unos principios básicos de convivencia entre culturas, así como a respetar las peculiaridades de cada grupo.
 - Apoyo de los servicios psicosociales.
 - Facilita la participación de los inmigrantes en la política.

Período postmigratorio

No se ha demostrado que haya alguna correlación con el momento de la aparición o incidencia de desarrollo de trastornos mentales y la duración del período postmigratorio (inicial, menos de un año; intermedio, uno a cuatro años; largo, más de cuatro años e incluso décadas).

Edad

Los adultos jóvenes normalmente tienen mayor capacidad, flexibilidad y rapidez para la adaptación a un nuevo ambiente.

Adopciones internacionales

Normalmente, los padres adoptivos educarán al nuevo miembro de la familia en las costumbres e ideología propias. No debe considerarse un proceso de adaptación y aculturación. Si no, se habla de la doble adopción.

No hay procesos más parecidos que la migración y la adopción. De hecho los inmigrantes con frecuencia utilizan los términos *tierra de adopción* o *país adoptivo*.

Menores inmigrantes no acompañados

Presentan distintos modelos de inmigración:

Proyecto de emigración definido

Adolescentes entre 15 y 18 años, con los mismos motivos que los adultos (mejorar su situación y nivel de vida) y el objetivo claro de buscar trabajo, ganar dinero y ayudar de paso a los familiares que dejan en el país de origen. Con la imposibilidad de hacerlo regularmente, entran ilegalmente. Se adaptan a la sociedad receptora si llegan a obtener recursos, aunque sean mínimos (por lo general, subsisten en condiciones críticamente pobres y sin atención médica o social). Mantienen relación con la familia en la distancia; si bien ésta no los reclama por lo que les significa aporte económico y emancipación.

Sin opción de retorno

Son niños y jóvenes, entre 5 y 17 años, vienen en busca de aventuras y sin otro objetivo que huir de una realidad muy dura que les ha tocado vivir en propias carnes (malos tratos familiares, abandonos, abusos, explotación infantil...), red social y el entramado de relaciones en crisis. Han fracasado en su intento de encontrar un trabajo o una forma de subsistencia digna, y así llegan a las grandes ciudades, sin documentación y sin conocimiento del idioma y sin recursos, lo que conlleva posibilidades de marginalización muy

altas. Este grupo se nutre también de los jóvenes inmigrantes que fracasan en su proyecto inicial.

Sexo

Más evidente en caso de matrimonio emigrante. Ante la división social de los papeles del varón y la mujer, los varones serán los que se enfrenten a mayor cantidad de obstáculos. La adaptación de la mujer desde un ambiente protegido doméstico, será más fácil, salvo que suponga poca interacción social con el aislamiento emocional consiguiente. La mayor disponibilidad de empleo y oportunidades laborales para la mujer, genera frustración en el varón. Además del aislamiento doméstico, el embarazo y el parto hacen más vulnerable a la mujer a los trastornos mentales. Normalmente, el peso de la decisión y elaboración activa del proyecto migratorio es del varón, mientras la mujer lo sigue simplemente.

Estado civil

El apoyo emocional que supone la familia es un factor protector, aunque ésta puede convertirse en una fuente de carga y conflicto. Dependiendo de la estructura familiar, la organización doméstica y si la migración supone una carga adicional por separación de la familia, el duelo de la migración y su ajuste serán más o menos fáciles.

Funcionalidad familiar

En torno a la familia del inmigrante se organiza la red social y de relaciones. Es frecuente la convivencia entre varias familias monoparentales con figuras de referencia ausentes debido al proceso migratorio, así se forma el llamado *Grupo Doméstico Familiar*, red social integrada por familiares y originarios de una misma zona geográfica que incentiva la relación entre sus miembros potenciando la identidad por pertenencia, a la vez que presta el modelo de estrategias en el encuentro con la sociedad de acogida.

Si sus familias se establecen después de un tiempo de separación sufrirán un ajuste doble interno y externo con una gran capacidad de disfuncionalidad familiar.

Matrimonios mixtos

La organización y funcionalidad familiar es especialmente importante cuando en la familia se mezclan dos trasfondos culturales o religiosos (matrimonios mixtos).

Los motivos para este tipo de casamiento son los normales: amor, disponibilidad (viaje, estudio, compañeros de trabajo...), formar una familia, estabilizar y

mejorar la calidad de sus vidas, pero también se han observado *matrimonios neuróticos*: casamientos mediados por un afán de notoriedad —exhibicionismo, necesidad de ser diferente—, rebeldía o contestación hacia la propia familia, escapar de su casa o de su país, proyección del estereotipo cultural —sumisión de la mujer, poder o fantasía sexual, piedad o fantasía del rescate (casarse con un miembro de una supuesta raza inferior)—, queriéndose ver también la necesidad de escoger una pareja de un modelo radicalmente diferente como reacción psicológica de venganza contra el propio padre de uno, en un esfuerzo inconsciente por resolver un complejo de Edipo profundamente arraigado.

Los problemas surgen cuando hay concepciones diferentes de los fines del matrimonio, sentido de la fidelidad y la vida extramatrimonial. Aparecen momentos críticos en los encuentros familiares cuando se exige observar valores de la otra cultura, etiqueta, tabúes y costumbres (celebraciones, cumpleaños, conmemoraciones, entierros, bodas u otras ocasiones). Para estos casos se recomienda períodos de vacaciones, donde él o ella viajan a su cultura de origen —**regresión cultural**— para relajar la tensión del ajuste y primar la integración. Con frecuencia, los problemas de identidad étnica se manifiestan en la segunda o tercera generación.

Conflicto intergeneracional. Segunda y tercera generación

Al problema de prioridades sobre la ruptura, identidad y adaptación que generan las migraciones, se le suman los conflictos intergeneracionales propios de la dinámica funcional familiar.

La segunda generación con frecuencia adopta posturas de asimilación radical, rechazando la cultura de origen de los padres por la tendencia natural a la diferenciación de los roles (para evitar, de este modo, el fracaso en la competición por los mismos roles).

Unos llegarán a ser españoles; otros, mantendrán su condición de extranjeros. Si la primera generación trata de mantener su cultura de origen, la segunda estará más integrada culturalmente, pero más inadaptada socialmente y en conflicto frecuente con sus padres. Serán los nietos de inmigrantes (la tercera generación) los que comiencen a abandonar la sensación de sentirse extranjeros.

Nivel económico

En cualquier sociedad, el bajo nivel socioeconómico está asociado a un menor nivel de salud. La mala salud es una consecuencia habitual de la pobreza, y la pobreza puede ser una consecuencia de la mala salud.

El inmigrante no siempre consigue un empleo estable y convenientemente remunerado. El desempleo se asocia a un deterioro de la salud con tasas de mortalidad más elevadas, aumento de ingresos psiquiátricos, estados de depresión, estrés, ansiedad, insatisfacción, sentimientos de frustración, de infravaloración, infelicidad, insomnio, etc., aumento de la morbilidad con gran participación psicósomática (ulcus, asma, etc.), medidas menos favorables de riqueza, nutrición, educación, reducción de las relaciones sociales, etc.

Mito del retorno

Consecuente con el mito del comienzo de una nueva vida está el mito del retorno. Es deseable psicológicamente la disponibilidad real de poder volver, una retirada cultural si la situación es demasiado difícil en la nueva sociedad.

Cuando se produce el retorno, se origina otra migración con su correspondiente nuevo duelo, ya que en el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que partió hace tiempo. Esta nueva adaptación con frecuencia resulta muy positiva, alcanzándose mayor objetividad, independencia y perspectiva global.

Otros factores de la salud mental de los inmigrantes

Factores que aumentan la probabilidad que tiene la población inmigrante de desarrollar un problema de salud mental.

• Factores personales

- Sentimientos de soledad (aislamiento por razones idiomáticas, falta de relaciones sociales...).
- Sentimientos de culpa (alejamiento de los hijos, padres, esposa...).
- Aislamiento (sentimientos de añoranza, la ausencia de una red de amigos y familiares).
- Duelo familiar por pérdidas que ocurren cuando no se está en el lugar de origen.
- Pérdida del proyecto migratorio (información y expectativas poco realistas).
- Nivel de salud previo o del resultado del viaje.

- **Factores psicológicos**

- Estrés laboral.
- Motivación laboral. La prioridad del trabajo y el ahorro máximo de los ingresos pueden menoscabar otras prioridades, como el mantenimiento de la salud.
- Promoción ocupacional y social. Es frecuente encontrar emigrantes en los cuales se observa un fuerte desfase en la ocupación en la sociedad de destino y su categoría profesional.
- Antecedentes psiquiátricos. Una selección negativa de la personalidad pre o mórbida que, con dificultades psicológicas para la adaptación en su país o conductas asociales, puede ser la causa de la migración. Normalmente la selección es positiva.

- **Factores culturales**

- Cultura sanitaria. La cultura determinada por su nacionalidad, grupo religioso de pertenencia, grupo racial y zona geográfica de origen, es el determinante fundamental de los deseos y del patrón de comportamiento de las personas y sus hábitos de salud que en muchas ocasiones son de consecuencias negativas.
- Creencias, actitudes y percepción de la enfermedad. Cada individuo tiene una forma propia de vivir e interiorizar su enfermedad, que determina el cuidado que presta a la misma.
- Densidad étnica. La salud mental de los inmigrantes se correlaciona inversamente con la menor presencia de individuos de su grupo en la vecindad, por lo que significa falta de redes de apoyo social directo y de la pérdida percibida del enriquecimiento cultural y del orgullo de pertenencia al endogrupo.
- Relaciones previas de la cultura del inmigrante y la sociedad receptora. Facilitan el destino de la migración y definen la postura de recepción tanto como las expectativas de ajuste y aculturación.

- **Políticos**

- La Ley de Extranjería y sus reformas ha favorecido la marginación de los inmigrantes que viven en el Estado español al dificultar su proceso de integración social y disminuir sus posibilidades y reforzar las fantasías de rivalidad, celos, envidia y recelos ante las capacidades y poderes que se le atribuyen. Esto origina complejos círculos viciosos,

con incremento de la persecución y del odio en el inmigrante que no encuentra la acogida esperada y necesitada.

- **Religiosidad**

- Se asocia en los adultos con menor sufrimiento psicológico y presencia de síntomas depresivos más leves.

3.3. Patología psiquiátrica en los emigrantes

Los trastornos mentales del inmigrante no tienen una relación única y necesaria con el proceso de la migración; por eso, en primer lugar, deben ser estudiados preferentemente desde el prisma del ajuste psicológico a nivel personal y familiar, y, en segundo lugar, como impacto del proceso migratorio.

Síndromes funcionales psiquiátricos debidos a trastornos cerebrales o metabólicos

Existen cuadros psiquiátricos por infecciones agudas del sistema nervioso central (SNC) que aparecen tras la llegada a nuestro medio, con cortos periodos de incubación, pero potencialmente mortales, como la meningitis meningocócica, la malaria cerebral, la tripanosomiasis africana oriental y las encefalitis virales. También la malnutrición (emaciación, deshidratación, fiebre, déficit de tiamina y otras vitaminas), descompensación de padecimientos médicos crónicos, como neoplasias, trastornos endocrinos (enfermedades tiroideas y otras) y trastornos congénitos (hemoglobinopatías), pueden presentarse con síntomas psiquiátricos.

Otras patologías que pueden manifestarse a más largo plazo serían: la tripanosomiasis africana occidental, cisticercosis, esquistosomiasis, meningitis tuberculosa, meningitis eosinofílica por *Angyostrongily*s y por *Gnathosoma*, sífilis terciaria, paragonomiasis y las micosis endémicas, como histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis y criptococosis.

El síndrome orgánico cerebral puede tener su origen como consecuencia de heridas de guerra, torturas (golpes, privación de oxígeno por sumersión en agua, corrientes eléctricas, etc.).

Patología de la identidad, ruptura y adaptación

Optando por una presentación de los cuadros por sus resultados, se han descrito:

I. Trastornos de ansiedad

Estrés migratorio

La migración constituye un acontecimiento vital estresante. En ocasiones muy intenso, debido a los retos y dificultades del medio en el que se desenvuelve el inmigrante y a su falta de capacidad y preparación para dar respuestas adecuadas, y complicarse con baja autoestima, depresión y ansiedad.

El estrés producido por la emigración puede producir un aumento de las quejas psicosomáticas, de la ansiedad interpersonal e, incluso, dar lugar a la aparición de psicopatías diversas por respuesta adaptativa inadecuada al estrés.

Estrés de la interacción

Es un proceso mutuo. No sucede sólo al inmigrante. Lo padecen también los individuos de la sociedad receptora. Habrá conflicto especialmente cuando existe resistencia al proceso de adaptación por parte de cualquiera de los dos grupos. (Relaciones negativas, desprecio por los valores de la cultura del otro.)

Choque cultural

Lo sufren los inmigrantes como un problema desde el primer día de llegada, en forma de un conflicto de identidad con conflictos interpersonales y crisis de orientación. Se desencadena con la incapacidad de descifrar los nuevos códigos culturales, de interpretar un sistema de valores en el que se ven inmersos en el nuevo destino. La incompetencia surge de la invalidez del referente para la nueva situación, de la que no se tienen antecedentes. Aparece un sentimiento de extrañeza, de pérdida de rumbo o incluso del rechazo de la nueva realidad cultural en la que se encuentra el inmigrante. Es evidenciado en una ansiedad frente al desconocimiento de lo que es adecuado o inadecuado en la nueva cultura; se pierde la orientación del qué, cuándo y cómo realizar las cosas. Si se produce durante el retorno, se denomina Adaptación Regresiva o Choque Cultural Inverso (hacia la propia cultura de uno).

Fobia social

Para los pacientes que provienen de aldeas remotas o de un pueblo pequeño con poca presión social o de un ambiente familiar sobreprotegido, o al

perder el apoyo y las relaciones familiares próximas, es relativamente fácil que desarrollen miedo y ansiedad ante un medio poco familiar y extraño, donde la interacción social y la competitividad es crucial.

Trastorno obsesivo compulsivo

Similar en la prevalencia, características sociodemográficas y rasgos clínicos de la población adulta nativa.

Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Se considera la patología psiquiátrica más específica de los inmigrantes forzosos por el hambre, los desastres naturales, exiliados y, sobre todo, de los refugiados y exiliados sin protección legal que demandan asilo. Lo favorece el efecto psicológico de las guerras, la represión política, la persecución religiosa o étnica, torturas, privación de libertad, estancias en campos de concentración (Síndrome del campo de concentración) o en refugios, hambre, vivencias de peligro extremo. Con frecuencia han sido testigos de agresiones o muertes violentas en su país de origen, con frecuente separación y aislamiento (**estrés premigratorio**), la manera y medio de salida del país, con pocos recursos, pérdidas financieras, etc. (**estrés migratorio**). Sufre alteración emocional con sentimientos de indefensión, culpa, remordimiento, rabia, desesperanza, rechazo psicológico, etc. Los inmigrantes económicos también pueden presentar este trastorno ante experiencias como la discriminación racial, el desempleo o la relación con las instituciones de la inmigración, jubilación, pérdida de un familiar (**estrés postmigratorio**) (tabla 3.3). Se asocia con frecuencia a la presencia de ataques de pánico y alcoholismo. En ocasiones puede sobrevenir muchas décadas después de los acontecimientos traumáticos.

Tabla 3.3. Criterios del trastorno de estrés postraumático

| | |
|----------------|---|
| Antecedentes | La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático. |
| Psicopatología | El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos intrusos, sueños recurrentes, sentimientos de revivir la experiencia o malestar psicofisiológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma. |
| Síntomas | Síntomas de hiperactivación, como alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia o sobresaltos. |
| Signos | Evitación persistente de estímulos asociados al trauma. Malestar psicológico o deterioro sociolaboral significativo. |
| Duración | Más de un mes. |

El exilio llamado *sur place*, que afecta a personas a las que un acontecimiento excepcional impide volver temporalmente a su país, comporta un trauma menor.

Asociados a la inmigración han sido descritos otros cuadros sin base científica y sin estudios de caracterización suficientes: síndrome de indefensión, síndrome del paria, estrés migratorio o síndrome del superviviente, desadaptación psicósomática del emigrante, hipocondriasis del emigrante/hipocondriasis del dinero, etc.

Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM)

Definición

Es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia y la sensación de fracaso y el duelo que padecen los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo.

Es detectado y descrito en el año 2000, como Trastorno Adaptativo Crónico del Emigrante de los refugiados hmong en Estados Unidos por Joseph Westermeyer (profesor de Psiquiatría y profesor adjunto de Antropología en la Universidad de Minnesota, 1988). Descripción completada y mejorada por el doctor Joseba Achótegi, psiquiatra y profesor titular en la Universidad de Barcelona y director fundador del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona, cuando las condiciones legales de la inmigrantes se complicaron y se hicieron más duras, y las oleadas de argentinos que ante la crisis económica emigraron a España en busca de un futuro mejor, arriesgándose en muchos casos a la ilegalidad.

Sin entidad propia en el DSM-IV o el CIE-10, y sin cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo y el trastorno adaptativo con los que posee aspectos en común y aparte de la sintomatología específica de la depresión de los inmigrantes. Podría encuadrarse como variante atípica, quizás menor, del trastorno por estrés postraumático.

Sinonimia

El profesor Achótegi lo ha bautizado como **Síndrome de Ulises**, ya que la situación que viven estas personas recuerda las innumerables dificultades, obstáculos y peligros, lejos de la familia, que tuvo que afrontar el héroe griego

Odiseo (Ulises en la tradición latina) según el poema épico de la *Odisea*, de Homero (siglos IX y VIII a.C.), aunque los inmigrantes no vuelven al hogar como en el mito: van en busca de una tierra prometida que suele revelarse hostil e insegura. El vulgo lo conoce también por «el Síndrome del Inmigrante Triste». No confundir con el síndrome homónimo en referencia a la influencia y captación sectaria (metáfora del encuentro mítico de Ulises con las sirenas).

Distribución

Se trata de un problema sumergido. Según el Congreso español hay en el país unas 600.000 personas sin papeles, y unas 300.000 más con documentación precaria, que podrían perder su legalidad debido a la falta de trabajo. Significa casi un millón de personas en condiciones favorables de sufrir esta afección.

Desencadenantes

Situaciones de estrés límite causan sentimientos de impotencia y frustración, que favorece que el individuo se sienta agotado y se hunda en la desesperanza, tales como:

- Dependencia de mafias de tráfico de personas.
- Situaciones vitales complicadas (terror por los peligros del viaje o su ilegalidad).
- Soledad en el país extraño. Tanto del inmigrante que llega solo, como de miembros de una familia extranjera.
- Nostalgia por la familia (sobre todo los hijos).
- Sentimiento interno de fracaso (no pueden conseguir trabajo).
- Lucha por la supervivencia (qué y dónde comer y dónde dormir).
- Problemas e imposibilidad de regularizar su situación (indefensión).
- Agotamiento del permiso de residencia o el visado.
- Persecución policial.
- Racismo, xenofobia, discriminación, tensión social y prevención por parte de la población autóctona, etc.
- Inestabilidad laboral o económica.
- Dificultades para la reagrupación familiar.
- Precariedad laboral.

- Dificultad de acceso a la vivienda.
- Siniestralidad laboral con resultado de discapacidad (proyecto migratorio invalidado).

Características

A medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático, se diferencia de éstos por:

- Los estresores implicados son muchos.
- La intensidad de los estresores es muchas veces muy elevada.
- Los estresores son externos e incontrolables.
- Múltiple (afecta a toda una serie de áreas básicas, sobre todo, hay duelo por la familia, duelo por el estatus social y duelo por los riesgos físicos de la migración).
- Se vive con muy poco apoyo social (los inmigrantes tienen menos red social que los autóctonos).
- Se observan pocas diferencias en la sintomatología según la cultura, la nacionalidad o el género, excepto las que añaden una interpretación cultural de la sintomatología.
- Evolución crónica, meses e incluso años.

Sintomatología

El sometimiento a situaciones de estrés tan brutales produce síntomas enmarcados, como:

- Área depresiva. Tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, falta de interés sexual, pérdida o aumento del peso o del apetito —difícil de valorar por el cambio de dieta—. Pero no aparecen, sin embargo, algunos síntomas habituales de la depresión, como la apatía o las fantasías de muerte. Aunque sienten mucha tristeza, más que estar deprimidos, se encuentran apesadumbrados con alto nivel de autoestima. Se sienten derrotados pero no vencidos.
- Área de la ansiedad. Ansiedad de anticipación, pensamientos recurrentes e intrusivos, pensamientos obsesivos, preocupaciones excesivas, insomnio, irritabilidad, tensión, extremo nerviosismo, fobias —por ejemplo, al agua si realizó el viaje en patera—.

- Síntomas de tipo somatomorfo. Agotamiento crónico, insomnio de conciliación, jaquecas, cefaleas, vómitos, estreñimiento, dolores abdominales, fatiga intensa, dorsalgias y otras molestias osteoarticulares, amenorrea, hipertensión y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas (palpitaciones, diarrea).
- Síntomas de tipo disociativo. Miedo, sentimientos de soledad, desorientación y confusión temporoespacial, pérdida de memoria, pérdida de concentración, despersonalización, alucinaciones, desrealización, ideaciones de tipo delirante. Tienden a interpretar lo que les sucede desde su cultura (mala suerte, mal de ojo, de la hechicería, brujería, supersticiones). En los niños, este trastorno les hace mostrarse más agresivos.
- Síntomas conductuales. Problemas de sueño, cambios de apetito, conductas de búsqueda, hiperactividad...

Diagnóstico diferencial

Además de la depresión mayor y el síndrome de estrés postraumático deben considerarse:

- **Estrés laboral y mobbing**

Consecuencia de microtraumatismos psíquicos cotidianos con angustia y ansiedad procedentes del ambiente laboral.

- **Burnout**

Conlleva despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional.

- **Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC)**

Se presenta con fiebre moderada, ardor o dolor de garganta, nódulos linfáticos dolorosos, debilidad muscular general, molestias musculares, fatiga persistente, dolor en las articulaciones pero sin hinchazón, trastornos del sueño, depresión. Se suele acompañar de otros síntomas psicológicos, como confusión, irritabilidad, dificultad para concentrarse, etc. La fatiga en el SFC se expresa como malestar, debilidad, letargo, depresión. Algunos enfermos no pueden ni firmar. La presencia de los anticuerpos de virus de Epstein-Barr define el diagnóstico.

- **Síndrome Confuso Onírico**

Cuadro de tipo agudo, con rasgos de características histeriformes y que aparece en los primeros momentos de la migración. Es, en general, agudo o progresivo en varios días con una gran excitación, confusión mental, obnubilación de la conciencia e insomnio y un delirio terrorífico de tipo

cenestésico u ocupacional con amnesia posterior. En general, el pronóstico es bueno y el paciente evoluciona hacia la curación. En otros casos, raros, puede evolucionar a un deterioro o a una psicosis.

Pronóstico y evolución

El inmigrante afectado se retrasa un cierto tiempo antes de pedir apoyo médico y psicológico (tres o cuatro años). El proceso es acumulativo. A veces incluso se manifiesta cuando, después de haber padecido mucho y durante mucho tiempo, su situación se normaliza; es entonces, en el momento en que baja la guardia, cuando cae en el síndrome. La realidad política y social en nuestro país (día a día se les cierran muchas más puertas, hay más problemas de papeles, más rechazo social), hace que cada vez se desarrolle el problema con menos tiempo de estancia en el país, incluso a los dos o tres meses. Cuando acuden, se quejan, en primer lugar, de problemas físicos, como cefaleas o fatiga constante, que a veces achacan al mal de ojo o brujerías.

Sin una intervención pronta, el síndrome puede derivar en grave enfermedad mental, en infartos o en suicidios. A menudo se ha recomendado que el paciente vuelva a su ciudad o país de origen, presumiblemente con la idea de que la vuelta al contexto del hogar podría tener un efecto terapéutico. Pero téngase presente que esta vuelta al entorno familiar puede también ser estresante y problemática.

Hay variantes graves del síndrome. Se ha detectado el tipo paranoico, en el que la desorientación da paso a sentimientos de recelo y desconfianza, y otra variante con alucinaciones esporádicas.

La solución definitiva no la tienen los médicos en sus manos, como sería la mejora de su situación social, laboral y económica, pero al menos podemos ofrecerle la atención adecuada para sus problemas psicológicos. Cuando se les ayuda y apoya, mejoran considerablemente.

II. Trastornos somatomorfos

Trastorno de conversión

Surge ante el malestar que provoca el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, particularmente en situaciones de conflicto o dolor, o por el hecho de que requiera atención médica. También ante un ambiente social relativamente estricto en que el inmigrante no pueda expresar sus sentimientos o deseos directamente.

Trastorno somatomorfo indiferenciado (neurastenia)

Cursa con cansancio crónico, fatiga y debilidad, pérdida del apetito y molestias gastrointestinales o genitourinarias de más de seis meses de duración. Se considera un lenguaje de malestar usado para expresar inquietudes respecto a un amplio abanico de problemas personales y sociales con sobreestimulación y negación de asumir las nuevas tensiones. Se diagnostica cuando no se cumplen los criterios de trastorno somatomorfo.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos

El estrés de la migración puede hacer aparecer dolor con papel escaso o nulo de los trastornos físicos en su inicio o persistencia con incapacidad para trabajar o para ir a la escuela, utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de tipo relacional y transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo.

Trastornos psicósomáticos

El síndrome premenstrual es un motivo de consulta poco frecuente en mujeres africanas e hispanoamericanas; los síntomas del síndrome climatérico son menos importantes entre las mujeres asiáticas. A ello contribuyen factores como las diferencias genéticas, la dieta, el modelo de fertilidad y, además, las actitudes culturales.

Trastorno dismórfico corporal

La preocupación por algún defecto en el aspecto físico aquí se convierte en la vivencia de preocupación excesiva por la apariencia diferente ante la población nativa. Se ha descrito cómo las mujeres chinas operan sus párpados, narices y labios, y colocan lentillas de colores para parecerse a las occidentales (no tanto como las occidentales realizan cirugía estética).

III. Trastornos del estado de ánimo

Duelo migratorio complicado

Cursa con insomnio, ansiedad, sentimientos de soledad y miedo al futuro, depresión y/o ansiedad de tipo reactivo o agudiza situaciones preexistentes, sentimientos de culpa por el alejamiento de personas a su cargo (más frecuente en culturas judeocristianas, no siendo tan relevantes en otras concepciones del mundo), dispepsia, trastornos del sueño, lumbalgias, drogadicción, alcoholismo... Procesos que los convertirán en asiduos de nuestras consultas y con

frecuencia fomentará las prácticas de medicina tradicional en conflicto permanente con nuestra medicina occidental y desaprovechando nuestra ayuda.

Depresión estacional

Frecuente en los emigrantes procedentes del Sur (países soleados). Aparece cuando los días comienzan a ser más cortos. Mejora con fototerapia.

Cuadros depresivos por desarraigo

Cuadros delirantes. Aparece con delirios de persecución, de referencia —sienten que los señalan— o de culpabilidad.

Depresión del éxito

Los sentimientos de culpa por lo que se ha dejado atrás convierten en algo muy dificultoso la vivencia de las ganancias de la migración. Suele coincidir con el proceso de ambivalencia en el duelo.

Trastorno depresivo mayor

En los inmigrantes tiene, muchas veces, un curso desfavorable por el contexto en el que tiene lugar: el gran número e intensidad de los estresores y el gran déficit en la red de apoyo social.

Síndrome de la depresión postergada

Más frecuente en el segundo o tercer año de la migración. Aparece cuando se han agotado las defensas maníacas utilizadas durante un primer período, en el cual los inmigrantes logran una rápida adaptación para el logro y mantenimiento de esa adaptación forzada. Puede haber manifestaciones somáticas, del tipo de infarto de miocardio, úlcera gástrica, etc. Paradójicamente, no pueden disfrutar del esfuerzo realizado y de los éxitos logrados, cayendo bruscamente en un estado de tristeza profunda y apatía que les obliga, a veces, a abandonar su trabajo y su conexión con el ambiente externo.

Trastorno distímico

Los síntomas incluirían sintomatología de tipo ansiosa y somatomorfa: pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Han de darse al menos dos de los síntomas citados, durante al menos dos años (en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración del cuadro debe ser de al menos un año).

Trastornos bipolares

Es poco frecuente en los inmigrantes, salvo en algunos casos de pacientes de cultura latinoamericana.

IV. Trastornos psicóticos

Ocurre con frecuencia entre los inmigrantes ilegales, obligados a cierto aislamiento, falta de interacción social al sospechar de todo y todos por el miedo a ser descubiertos y deportados.

La mayor parte de las veces sin antecedentes psiquiátricos personales o familiares. La resolución de estos cuadros suele ser espontánea y sin secuelas.

Reacción paranoide del extranjero, reacción paranoide del refugiado

Cursa con agitación, miedo intenso, hostilidad o agresividad y, muchas veces, con sintomatología depresiva.

Psicosis reactivas breves

Sintomatología alucinatoria florida y abundante componente depresivo y paranoide.

Manía delirante

A los asiáticos en Estados Unidos se les diagnostica con frecuencia de cuadros maniacos confundidos con la esquizofrenia, ya que suelen ser menos agresivos, intrusivos y demandantes que los americanos nativos; sin embargo, presentan una sintomatología vegetativa y psicológica clara y, por ejemplo, conductas problemáticas por hipersexualidad o juego compulsivo.

V. Trastornos relacionados con sustancias

El alcohol se ha usado por los humanos desde la prehistoria y se ha aceptado como una parte de vida diaria en muchas sociedades. Su uso está determinado por factores genéticos, sociales, religiosos y culturales (abstinencia, musulmanes; ritual, judíos ortodoxos; social, occidentales, japoneses; utilitaria y medicinal, aborígenes amazónicos;) con diferentes modelos (sancionado, niños, mujeres; varonil, japoneses, chinos; sin regulación, Micronesia), y diferente intensidad o grado de consumo.

El nivel de alcoholismo es uno de los índices sociales del estado de la salud mental de la población. Se considera que están favorecidos los predisponen-

tes al alcoholismo, tabaquismo y otros tóxicos cuando se dan las condiciones desfavorables de la inmigración (falta de regulación, discriminación, precariedad laboral, sueldos escasos, horarios abusivos, explotación, pobreza, hacinamiento, aislamiento y marginalidad, desarraigo familiar, social y lingüístico, xenofobia, racismo, difícil acceso a una vivienda digna, frustración crónica, sin esperanza para el futuro...). En muchos casos, como forma de autotratamiento de trastornos mentales asociados a la migración. El alcoholismo aumenta la frecuencia de los accidentes de tráfico, laborales y la violencia de género.

Existen algunas sustancias y en diversas formas cuya disponibilidad en nuestro país es limitada o inexistente, pero que son toleradas —no deseables, pero sin repulsa social— en algunas culturas (opio, cannabis, coca, kat, peyote...), o de facilitado consumo por hábitos de hiperprescripción médica y libertad de expedición en farmacias en algunos países para anfetaminas (camareros, estudiantes, conductores, trabajadores nocturnos), Proplus —una cafeína concentrada— y de benzodiacepinas. La restricción en nuestro medio procura el consiguiente abandono de su uso por parte del inmigrante, en ocasiones, pues en otras se asocia a comercio ilícito y a su consumo.

Entre los Menores Inmigrantes no Acompañados (MEINA) es frecuente el uso de inhalantes por su bajo coste y fácil acceso, con olor agradable y rápida aceptación: hidrocarburos alifáticos: pegamentos, disolventes, gasolina; hidrocarburos halogenados: sprays, líquido corrector de máquinas.

VI. Trastornos del control de los impulsos

La selección negativa para la migración y las condiciones desfavorables de vida de muchos emigrantes son factores de riesgo de delincuencia, presentándose tasas más altas de conductas violentas, sociopáticas (robo, prostitución, etc.) y de trastorno del control de los impulsos (juego patológico, etc.) que en la población autóctona.

VII. Suicidio

El tipo de conducta suicida (suicidio consumado, tentativa de suicidio), su frecuencia y motivo pueden variar considerablemente entre grupos del mismo origen étnico cuando viven en contextos socio-económico-culturales diferentes, adoptándose frecuentemente los patrones de la sociedad receptora.

La conducta suicida es menos frecuente en culturas con fuertes raíces religiosas (musulmanes, católicos), con actitud de rechazo social, bajos niveles de estrés social y subdesarrollo. Son países con alta tasa de suicidio (20 por 100.000 hab.): Hungría, Finlandia, Dinamarca, Corea del Sur, Austria y Suiza.

Moderado (entre 10 y 20 por 100.000 hab.): Checoslovaquia, Japón, Francia y Bélgica. Baja (menos de 10 por 100.000 hab.): Países Bajos, Reino Unido, Italia, Israel y España. Muy baja (menos de 5 por 100.000 hab.): Grecia, México, Malasia y Filipinas.

VIII. Trastornos de la alimentación

Algunos estudios informan de que los hijos (niños y adolescentes) de inmigrantes en países occidentales desde sociedades no occidentales, presenta una prevalencia más alta de trastornos de la alimentación con respecto al país receptor y al originario. Así, se sugiere que la migración transcultural pueda inducir cambios en los sistemas de valor familiar y en los estilos de vida que, de alguna manera, haga a hijos de inmigrantes más vulnerables, ya sea por cambios en los modelos alimentarios o como consecuencia de la tensión del proceso de aculturación.

IX. Trastornos de la personalidad

La cultura de una sociedad favorece un determinado tipo de conducta, definiendo cuáles son los rasgos de personalidad ideal con una tolerancia diferente por los tipos diferentes de desviación de conducta. Cuando un individuo emigra a una escena cultural diferente, sin la función fomentadora y proteccionista de la sociedad original, esta conducta será interpretada como inadecuada, y la vulnerabilidad de la persona quedará expuesta, manifestando problemas de carácter reconocidos socialmente.

No obstante, el cuestionario multitrastorno de entrevista semiestructurada, Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; Loranger, 1994), en un proyecto de la OMS y la U.S. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, con participación de numerosos centros en 11 países de Norteamérica, Europa, África y Asia, demostró que era fiable y con una excelente correlación interobservadores para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en diferentes culturas e idiomas.

X. Síndromes Dependientes de la Cultura (SDC)

Este término define patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y geográficamente determinadas, que pueden estar relacionadas o no con una categoría diagnóstica del DSM-IV.

Aparecen en sociedades específicas o en áreas culturales como categorías diagnósticas populares, propias de grupos étnicos o localizaciones geográficas concretas. Algunos de estos patrones son considerados por los nati-

vos como enfermedades o, por lo menos, como causas de sufrimiento. La mayoría se conocen por nombres locales.

No tienen una analogía clara en la biomedicina, aunque algunos pueden remedar enfermedades biomédicas establecidas.

Con mucha frecuencia, incluyen conceptos populares de causalidad, causas sobrenaturales (p. ej., brujería, ataques de espíritus, pérdida del alma, quebranto de un tabú), las causas naturales (desequilibrio caliente/frío, ingesta de comida ligera/pesada) o una combinación de ambas. Términos que no corresponden a la llamada medicina moderna y parecen inverosímiles y mágicos, pero que pueden ser (y a menudo lo son) causa de muerte para la gente que los padece.

Con frecuencia no puede encontrarse una explicación biomédica a estas alteraciones, que se muestran refractarias a los tratamientos biomédicos estándares. La causalidad supuesta señala el tratamiento más adecuado.

Como los contextos sociales, culturales y biológicos actúan recíprocamente para dar lugar a enfermedades distintas, es un área importante de investigación conocida como psiquiatría cultural o etnopsiquiatría (**tabla 3.4**).

En la **tabla 3.5** se presentan algunos de los síndromes dependientes de la cultura mejor estudiados y los términos idiomáticos que pueden escucharse en la práctica clínica e incluye categorías DSM-IV relevantes cuando los datos sugieran que deben considerarse en la formulación diagnóstica.

Tabla 3.4. Etnopsiquiatría. Objetivos y problemas de estudio

- Estudio de la gente en su hábitat natural.
- El relativismo cultural del concepto de enfermedad mental.
- Impacto de la cultura en el desarrollo de la personalidad.
- Impacto de la cultura en los roles sociales.
- Relación entre los trastornos psiquiátricos y rasgos humanos universales, como edad y sexo.
- Las variaciones de la sintomatología psiquiátrica en las distintas culturas.
- La interacción de los factores biológicos y culturales en el determinismo de las enfermedades psíquicas.
- Relación existente entre los factores culturales y trastornos psiquiátricos específicos.
- La especificidad cultural de ciertos cuadros de enfermedad mental.
- Estudios comparativos de entidades diagnósticas.
- El influjo de cada unidad cultural en sentido predisponente o preventivo sobre la producción de los distintos tipos de enfermedad mental.
- Investigación de los síndromes ligados a la cultura.
- Influencia de la cultura en los sistemas de curación.
- Interacción entre cultura y psicoterapia.
- Impacto de la raza y la etnia sobre la respuesta a los fármacos psicótropos.

Ellenberge H. The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. Basic Books, Inc. New York; 1970.
Griffith Ezra EH; Carlos A González. Fundamentos de la psiquiatría cultural. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. 2ª ed., Barcelona: Ancora SA; 1996. p. 1447 [1 CD].

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura.

| Término | Distribución | Descripción | Referencia DSM-IV |
|--|---|---|---|
| Agotamiento cerebral. Cansancio mental Ode Ori Neurastenia (shinkei suija-kuoshinkeishits) | África oeste, Nigeria China | Dificultades de concentración, de memoria y de pensamiento. Somatizaciones referidas a cuello, nuca, cabeza con algias, tensión o flojedad, visión borrosa, calor o sofoco. | Neurosis. Trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos |
| Ataque de nervios | Latinoamericanos y latino mediterráneos | Gritos y llanto incontrolables; temblor, sofocación y agresión verbal o física en relación con el estrés. Con frecuencia: episodios pseudocómicos o de pérdida de conciencia y los gestos suicidas. | Crisis de angustia |
| Atracción | Alfroeuropeos y euroamericanos, sur de Estados Unidos | Estado de trance en el que los individuos se «comunican» con parientes ya fallecidos o con espíritus. | Episodio psicótico |
| Bilis y cólera <i>Muina</i> | Latinos | Experiencia de cólera o rabia con tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor, alteraciones gástricas y, en los casos más graves, pérdida de conciencia. Puede seguirse de fatiga crónica. | |
| Boufée délirante | Oeste de África y Haití | Aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz, en algunas ocasiones con alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide. | Psicosis reactiva breve |
| Dhat <i>Jinyan</i> <i>Sukra prameba</i> <i>Sherik'uei</i> | India, Sri Lanka y China | Ansiedad e hipocandria relacionados con eyaculación, pigmentación blanca de la orina y sensaciones de debilidad y agotamiento. | |
| Hwabuyung, woolhwabyung <i>Síndrome colérico</i> | Corea | Atribuido a la inhibición de la cólera cursa con insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones; algias generalizadas y sensación de masa en el epigastrio. Las víctimas atribuyen a circunstancias sociales adversas, como decepción, tristeza, miseria, hostilidad, rencores y sueños y esperanzas sin hacerse realidad. | Síndrome depresivo |
| Kitsunetsuki | Japón | Quienes lo padecen creen que han sido poseídos por zorros y adoptan las expresiones faciales y características del animal. | Episodios disociativos |
| Koro <i>Shuck yang, shook yang y suo yang</i> <i>Jinjinia bamar, rok'oo</i> | Malasia, China, Assam, Tailandia | Episodio súbito e intenso de ansiedad, por el hecho de que el pene (o la vulva y las mamas, en la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte. A veces se presenta de forma epidémica. Enfermedad generalmente benigna, limitada y sin asociación con otra psicopatología, y con un buen pronóstico. | <i>Clasificación china de trastornos mentales, CCMD2</i> Esquizofrenia, etiología neurológica/organica/tumor cerebral Trastorno somatomorfo |

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura (continuación)

| Término | Distribución | Descripción | Referencia DSM-IV |
|---|--|---|--|
| Latah <i>amurakh, irkunii, ikota, olan, nyriachit, mankeiti, an tsochi, bantisi, baabji, imu, Airu, Sakhalin, malimali, silok</i> | Malasio, Indonesia, Siberia, Tailandia, Japón, Filipinas | Hipersensibilidad al terror súbito. Se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento disociativo o anormal. En Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad. | |
| Locura | Latinoamericanos | Trastorno atribuido a una vulnerabilidad hereditaria y/o al efecto de múltiples dificultades en la vida. Cursa con incoherencia, agitación, alucinaciones auditivas y visuales, dificultad para seguir las reglas de la interacción social, impredecibilidad y posible violencia. | Psicosis crónicas |
| Mal de ojo <i>Evil eye</i> | Mediterráneo | Producto de la envidia, incluye insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre en la infancia o la niñez. Algunas veces los adultos (especialmente mujeres) sufren este trastorno. | |
| Nervios <i>Nevra</i> | Grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica | Estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano. Síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad. Los síntomas más frecuentes son cefaleas y «dolor cerebral», irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, nerviosismo, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos y prurito, y <i>mareas</i> (inestabilidad con exacerbaciones ocasionales similares al vértigo). | Trastornos adaptativos, de ansiedad, depresivos, disociativos, somatomorfos o psicóticos |
| Poseción por un espíritu | India | Creencia de que el cuerpo de la víctima está poseído por un espíritu (entidad supernatural, externa), se manifiestan por confusión en la identidad, incapacidad para controlar las propias acciones, cambio temporal en la personalidad de la víctima y amnesia parcial o total del episodio. Frecuentemente es reversible, siendo la duración máxima de días a semanas. | Trastornos de personalidad múltiple |
| Reacción psicótica de qigong | China | Episodio agudo limitado en el tiempo, caracterizado por síntomas disociativos, paranoides u otros síntomas psicóticos o no psicóticos, que pueden aparecer tras la participación en una práctica popular china de qigong para la mejora de la salud (ejercicio para estimular la energía vital). Son especialmente vulnerables los individuos que practican esta técnica en grado excesivo. | <i>Clasificación china de trastornos mentales</i> , segunda edición (CCMD2) |
| Rituales mágicos, rootwork, el mal puesto o la brujería | Afroamericanas y euroamericanas, Latinos y Caribe | Relacionan la enfermedad con el uso de la magia o la influencia del diablo sobre otra persona. Los síntomas pueden incluir ansiedad generalizada y síntomas gastrointestinales, debilidad, inestabilidad y miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado («muerte por voodoo»). | |

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura. (continuación)

| Término | Distribución | Descripción | Referencia DSM-IV |
|--|--|--|--|
| Sangre dormido, <i>sangre dormida</i> | Población portuguesa de las islas de Cabo Verde (y en los inmigrantes de esta isla a Estados Unidos) | Dolor, entumecimiento, temblor, parálisis, convulsiones, accidentes vasculares, ceguera, infarto de miocardio, infecciones y pérdida del juicio crítico. | |
| Shenjing shuainuo, <i>neurastenia</i> | China | Estado caracterizado por fatiga física y mental, inestabilidad, cefaleas, otras aigias, dificultades de concentración, trastornos del sueño y pérdidas de memoria. Otros síntomas pueden ser problemas gastrointestinales, distorsión sexual, irritabilidad, excitabilidad y diversos signos sugerentes de una alteración del sistema nervioso vegetativo. | Trastorno del estado de ánimo o de un trastorno de ansiedad. <i>Clasificación china de trastornos mentales,</i> segunda edición (CCMD2) |
| Shen'uei shenkui | Taiwan, China | Síntomas de ansiedad o crisis de angustia, que se acompañan de quejas somáticas y quejas de distorsión sexual. Los síntomas son atribuidos a una excesiva pérdida de semen, a consecuencia de relaciones sexuales frecuentes, masturbación, poluciones nocturnas y emisión de «orina blanca y turbia». La excesiva pérdida de semen es causa de alarma en la creencia de que representa la pérdida de una esencia vital y puede representar una amenaza para la vida. | |
| Shinbyung | Corea | Ansiedad y quejas somáticas (debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales), con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales. | |
| Susto, miedo súbito o pérdida del alma, espanto, pánico, tripa ida, pérdida del alma o chibib | México | Atribuido a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando años de experimentar el miedo súbito. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apellito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen migrañas, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual. | Trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés posttraumático y trastorno somatomorfo |
| Taijin kyofusho | Japón | Miedo intenso del individuo a que su cuerpo, sus partes o funciones ofendan, molesten o sean desagradables a otras personas, por el aspecto, el olor, las expresiones faciales o los movimientos. | Fobia social |
| Zar | Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán | Posesión. Cursa con gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar. Los individuos pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee. Este comportamiento no es considerado localmente patológico. | Episodios disociativos |

XI. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Aparte del retraso mental y autismo definidos por factores biológicos, los factores psicológicos de la salud mental en los niños está más sujeto al impacto sociocultural que en el adulto. Pero en la literatura científica, y con poca atención, pocos procesos se relacionan directamente con la migración y la aculturación, a no ser en fase de especulación.

Los niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y que no se definan como trastornos mentales (p. ej., problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual limitrofe, problema académico, comportamiento antisocial de un niño o adolescente, problema de identidad).

Menores acompañados

A los padres inmigrantes hay que informarles de la garantía, gratuidad y obligatoriedad de la escolarización en España de todos los niños y niñas a partir de los 6 años y hasta los 16 años, así como el acceso a becas y otras ayudas escolares de las administraciones públicas (Ley Orgánica del Derecho a la Educación, LODE, 1985), y específicamente está legislada la escolaridad de los inmigrantes (Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de las desigualdades en educación).

La escolarización tiene el valor añadido de la capacidad de su integración social y desarrollo de todas sus capacidades. Para la migración del Primer Mundo hay escuelas españolas privadas, diseñadas para y por ellos mismos para que se eduquen en el idioma o sus culturas originarias, pero sin apelar a la interculturalidad.

Los hijos de inmigrantes tienen mayor riesgo de padecer trastornos mentales que sus padres, dado que aquéllos carecen del patrón de referencia del país de sus padres, que no conocen, mientras viven un choque importante de culturas entre lo que conocen en casa (costumbres del país de origen) y lo que ven en la calle y en el colegio (**tabla 3.6**).

Maltrato infantil

A los niños se los maltrata universalmente en el ambiente familiar y guarderías. Los europeos lo hacemos verbalmente y con un cachete en el culo, mientras que algunos grupos étnicos les propinan una verdadera paliza, por

| Tabla 3.6. Factores que intervienen en la salud mental en los menores inmigrantes | |
|--|--|
| Aislamiento social y soledad | Separación de familiares y amigos debido al proceso de la inmigración. |
| Disfunción familiar | Desintegración familiar al no emigrar al mismo tiempo todos los componentes de la familia; cambios del rol familiar al verse obligado a asumir uno de los padres el rol del otro por la desintegración familiar. Alteración de la autoestima de los padres relacionado con: cambios del rol familiar, cambios de rol profesional, malas condiciones laborales, dificultad de encontrar un trabajo digno...; cambios en el rol social (marginación, ausencia de ciertos derechos, dificultad para participación activa en la sociedad, etc.). |
| Abuso y maltrato | Cambio frecuente de cuidador; hacinamiento, hogar compartido para varias familias sin vínculos; sistema de valores culturales, espirituales, religiosos. |
| Sufrimiento espiritual | Separación del entorno habitual. |
| Incumplimiento medicación y seguimiento | Sistema de valores culturales, espirituales y religiosos (Ramadán; prescripción...); cambios frecuentes de Centro de Salud; cambios de domicilio. |
| Accesibilidad y usos de servicios sanitarios | Falta de conocimientos (alimentación, higiene, medidas para control de la fiebre, vacunación, etc.); dificultad de acceso a la información sanitaria por problemas de horario; ausencia de información adaptada (idioma, cultura, etc.). |
| Dificultad para el mantenimiento adecuado del hogar | Hacinamiento; dificultades económicas; cambios frecuentes de domicilio. |
| Síndrome de estrés del traslado | Proceso de inmigración; cambios frecuentes de vivienda. |

ejemplo, con un palo, zapato o un cinturón. El sentido cultural de estos maltratos es diferente y de consecuencias psicológicas distintas según la valoración como maltrato o no que defina cada cultura.

Mutilación genital femenina

Entre las costumbres tradicionales que afectan la salud de un gran número de mujeres y niñas, sobre todo africanas, y que les causan, además, serios traumas psicológicos y problemas sociales, está la ablación o mutilación genital femenina (MGF). Comprende todos los procedimientos de extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos o cualquier lesión de los órganos genitales femeninos infligida por motivos culturales, religiosos u otros que no sean terapéuticos. En España, la MGF constituye un ataque contra la integridad física de la persona (arts. 147, 148 y 150 del Código Penal). En caso de conocer la práctica recién realizada, sería la subsanación de las complicaciones inmediatas y la notificación a la autoridad mediante parte de lesiones, u oficio-informe del Protocolo de Actuación ante el Maltrato y Violencia Doméstica.

Sospecharemos que se ha realizado ante antecedentes de viajes/vacaciones al país de origen, y ciertos signos y síntomas en la paciente (tristeza y

falta de interés, cambios de carácter, andar con las piernas juntas o muy separadas, forma de sentarse, palidez mucocutánea y síntomas de anemia subaguda, evitación de ejercicios físicos y juegos activos.

Entre sus consecuencias tardías están la de rechazo del deseo y el placer sexual, dispauremia, frigidez, anorgasmia, ansiedad, depresiones, terror, sentimientos de humillación, conflictos matrimoniales, y trastornos sexuales. Los sentimientos contradictorios producidos por las diferencias de valores entre la sociedad en la que viven y la cultura a la que pertenecen, provocan miedo a ser rechazadas por su propia gente si no se someten a la ablación: en su cultura, una mujer que no se haya sometido a la MGF difícilmente podrá casarse y no merece ningún respeto.

Menores inmigrantes no acompañados

Los menores no acompañados con proyecto migratorio definido

No presentan problemas de salud graves y su proceso de elaboración de las pérdidas es un proceso normal con las incidencias propias semejantes a la del adulto. Ocasionalmente desarrollan comportamientos antisociales en relación con la frustración laboral.

Los menores no acompañados sin proyecto definido

Son fácilmente captados por mafias, que cada vez proliferan más y encuentran en estos chicos una buena fuente de peones para reclutar ingresos ilícitos (robos a turistas, correos de droga o *mochileros*, prostitución...), pasan por centros cerrados de reforma (que actúan como refuerzo de la marginalización), sufren un progresivo deterioro personal y físico fruto de la cronificación de vida en la calle, del consumo descontrolado de drogas (incluidos inhalación de disolventes), de las continuas trifulcas que protagonizan entre bandas rivales, llegando a desarrollar depresión, trastornos disociativos, trastornos de conversión, trastornos de ansiedad y personalidad antisocial. Patología normalmente no diagnosticada que requeriría tratamiento médico psiquiátrico de continuidad e incluso periodos de aislamiento.

Beneficios de la salud mental y la enfermedad mental por el hecho de la migración

Para el inmigrante

Los estudios sobre la inmigración se han realizado casi exclusivamente de forma pesimista y, por eso, se sabe poco acerca de los inmigrantes que

transforman las condiciones potencialmente estresantes en oportunidades con logros educativos, personales, profesionales, económicos y sociales u otros indicadores del ajuste mental. Bajo la óptica de la resiliencia, estos conflictos y crisis son base del desarrollo. Un potencial humano activado que logra muy buenos resultados a pesar de un alto riesgo, que mantiene competencias bajo la amenaza, que sigue creciendo en armonía, que es capaz de superar el miedo, que tiene la fortaleza de convertir el trauma en una oportunidad de crecimiento, de superar las dificultades y salir fortalecido de ellas.

Y la inversa, tampoco hay descripciones de cómo se viven las *no-migraciones forzadas*, la imposibilidad de emigrar por leyes que restringen la salida o entrada de emigrantes, en determinados países, lo que da lugar a que haya personas que se sienten encerradas en un país en el que no quisieran permanecer, sin los beneficios del cambio.

Si las condiciones de destino y los factores individuales concuerdan, con buena tolerabilidad para la exclusión, la ocupación laboral es adecuada y se participa de un buen soporte familiar y comunitario se vive el anhelo y llega la satisfacción del logro por todo lo deseado del proyecto migratorio, la migración es, muchas veces, más una solución que un problema y con condiciones favorables actúa como benefactor de la salud mental y responsable del punto y aparte de los problemas adquiridos (**tabla 3.7**). Su solución es fuente de bienestar emocional, por todo lo que ello implica para la nueva vida.

Incluso mantener una idea de retorno, aunque sea a todas luces una fantasía, puede tener una función protectora y de ayuda en la elaboración del duelo migratorio. Y, en este sentido, es más positivo que se expresen a que se nieguen.

Tabla 3.7. Mecanismos de los efectos benéficos del entorno cultural sobre la enfermedad mental

- Proporcionando vías de expresión emocional y estrategias catárticas.
- Sincronizando los universos de significados, con sus diferencias interindividuales, con la visión del mundo que es aceptada por todo el grupo social.
- Proporcionando mecanismos para atenuar el estrés derivado de la adaptación ecológica y del desempeño de los roles sociales.
- Forma en la que la sociedad se conduce con sus miembros enfermos, evitando el aislamiento y la marginalización.
- Mediante la creación de entornos gratificantes por parte de la organización socioeconómica, el control político y los líderes sociales.

Para la sociedad receptora

El respeto por las otras culturas, nuestro acercamiento sensible a otras costumbres nos brindará lo mejor de los mundos que compartimos con la oportunidad de aprender y disfrutar una más que segura ganancia por una satisfactoria experiencia.

Se cuida el patrimonio de la humanidad cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los seres humanos de cada cultura, incluyendo la propia.

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).

| <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

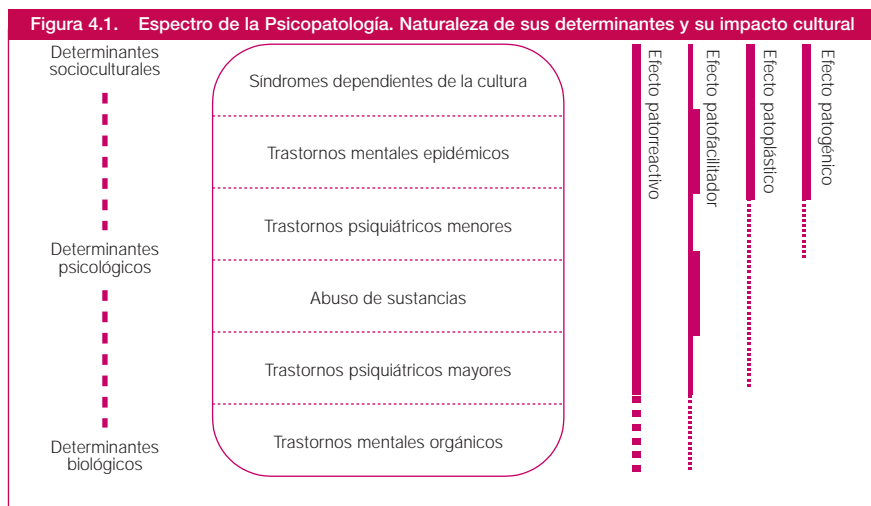
Los trastornos mentales se atribuyen a factores múltiples (biológicos, psicológicos y socioculturales). La cultura es un factor que contribuye de varias maneras (figura 4.1):

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 | Espariteina | Lenta* | 1-5% caucásicos 18% asiáticos | |
| | | | Mefenitoína | | 5-10% caucásicos | Alprenolol, amifammina, amitriplilina, bufuralol, desipramina, dextrometorfán, encadefina, guanoxán, imipramina, indoramin, metilamida, metoprolol, meloxiantetamida, metoxifenamida, nortriplilina, N-propilamalina, perexijlina, fenacetina, tenformina, propatenona, propanolol, esparteina, timolol |
| | | | Debrisoquina | | Escandinavos, judíos, caucásicos del norte de África, 50% USA, 50% europeos, 10-20% asiáticos, 0% esquimales | Acebutololácido, ácido p-aminosalicílico, minoglutetimida, cafeína, clonacepam, dapsona, hidralacina, fenelcina, somiacida, nitracepam, P-aminobenzolco, procaínamida, sulfadiacina, sulfameracina, sulfamidás, sulfapiridina |
| Metilación | Tiopurinametil-transferasa | Sulfidilio y compuestos aromáticos | Acetaldehido | Rápida | Esquimales, japoneses | Mercaptopurina, azatioprina |
| | | | | Lenta | Distribución aleatoria | |

* 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 distrés 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.

5. Abordaje terapéutico (farmacológico / no farmacológico)

5.1. Importancia de la raza, etnia y cultura en la relación terapéutica

Las creencias y prácticas culturales de los individuos como, por ejemplo, la familia en cuanto sistema de apoyo central, la religión en cuanto sistema de apoyo o terapéutico alternativo, o una visión fatalista de la vida, pueden afectar la aceptación o no, por parte del inmigrante, de las intervenciones relacionadas con la salud mental, el autorreconocimiento e informe del estrés psicológico, los pasos de control y cuidados de su salud, problemas prácticos relacionados con la accesibilidad de los servicios, la adherencia al tratamiento, la continuidad de los cuidados y hasta el modo de ruptura clínica. También las diferencias étnicas influyen en la detección del proceso y la elección del tratamiento. De hecho, aparecen muchos abandonos y bajas tasas de remisión a los servicios especializados en atención mental de los pacientes de minorías étnicas. Situación que provoca un tratamiento subóptimo de los problemas de salud mental en estas minorías y un riesgo asociado de cronicidad y de empeoramiento del funcionamiento social y ocupacional de estos grupos (tabla 5.1).

Tabla 5.1. Barreras para la atención mental de las minorías

Principales

- Disgregación social.
- El costo de la atención médica.
- Reconocimiento de la enfermedad mental como estigma social.
- Excesiva organización burocratizada y fragmentada de los servicios.
- Falta de conocimiento del sistema de atención médica.

Adicionales

- Falta de conocimientos en los profesionales sobre la cultura de los pacientes de las minorías.
- Tendencia a basarse sólo en conceptos y en tradiciones diagnósticas de la cultura occidental.
- Prejuicio e incapacidad de los profesionales de la salud para hablar el idioma de los pacientes de las minorías.
- Desconfianza de las minorías en los tratamientos «oficiales».
- Racismo y discriminación sociales que afectan a la salud mental y contribuyen a su más bajo estado económico, social y político.

5.2. Actividades de prevención y promoción de la salud mental

Una buena parte de la patología mental y conductual y de los conflictos psicosociales crónicos pueden prevenirse en un grado u otro si se abordan de forma precoz. Son más realistas las actuaciones encaminadas a prevenir la cristalización de problemas emocionales incipientes (prevención secundaria) y las intervenciones tempranas universales, que la prevención del primer episodio (prevención primaria).

El equipo de Atención Primaria puede ejercer la prevención de la salud mental desde la:

A. Actividad asistencial cotidiana general

Uno de cada cuatro pacientes de Atención Primaria sufre ansiedad o depresión. Dado que a veces estos síndromes no se muestran de forma obvia durante la entrevista, conviene buscarlos. Tenga en cuenta que, con un cribado bien orientado, podemos descartar la presencia de síntomas psiquiátricos en muy poco tiempo. En pacientes que refieran circunstancias muy adversas (duelo, víctimas de violencia, despidos laborales), valore especialmente la posibilidad de que éstas den lugar a patología ansioso-depresiva. Aunque la queja pueda ser de tipo físico (p. ej., cefalea, dorsalgia...), el equipo puede detectar un momento de crisis, una repercusión de crisis anterior o bien la cronificación de esas situaciones en forma de trastorno mental.

B. Consulta específica con trastornos mentales

Está pendiente conseguir mejor investigación analítica de pautas y determinantes de la acumulación de síndromes psicopatológicos múltiples para reducir la prevalencia de trastornos mentales graves con mayor implicación de los epidemiólogos psiquiátricos (descripción de necesidades de intervención, análisis y detección de determinantes y factores de riesgo y de estudios longitudinales naturalísticos de estos factores en el curso de los trastornos mentales). Si además del ya demostrado componente hereditario de los trastornos mentales comunes, heredabilidad de variables que se consideran factores de riesgo de trastornos mentales, como el coeficiente intelectual y la personalidad y los factores mediadores del ambiente y el entorno, se descubre, por fin, la asociación entre un gen específico o marcador genético y la enfermedad mental, se integraría la epidemiología psiquiátrica y la genética de poblaciones con el debido ade-

lanto en nuestra comprensión de la etiología y prevención de los trastornos mentales.

C. Actividades de otros Programas Preventivos o de Promoción de la Salud

Los factores de riesgo para la salud mental se pueden detectar en la mayoría de los casos a partir de las denominadas transiciones o crisis psicosociales como acontecimientos vitales particulares que producen reacciones psicológicas y trastornos por los que se consulta al médico de familia o a partir de la entrevista clínica cuando el paciente acude por otros motivos y se le aplican programas específicos para actuaciones especiales (salud maternal, adulto, anciano, etc.).

D. Programas específicos

Han dado resultados positivos en la población inmigrante programas como:

- Cursos cognitivos-conductuales de control emocional en inmigrantes con bajos ingresos.
- Programa de seguimiento materno-infantil inmigrantes con visitas a domicilio.
- Apoyo autosuficiencia y facilitadores amortiguación del estrés del adulto.
- Asistencia a los inmigrantes desempleados.
- Eliminación de barreras estructurales y funcionales para mayor accesibilidad (rapidez del contacto inicial para el tratamiento y facilitación del contacto inicial temprano, usos de los servicios y mentalización de la necesidad de ayuda exterior).
- Campañas sobre efectividad de los tratamientos.
- Divulgación e información sobre depresión (depresión grave o distimia), ansiedad generalizada, pánico, fobia (específica, social o agorafobia) y trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- Modificación de los malentendidos acerca de la naturaleza de la enfermedad mental y la percepción de la enfermedad mental como un estigma.
- Aumento de tasas de tratamiento desde Atención Primaria (los tratamientos de las enfermedades mentales más comunes se han demostrado tanto inocuos, como eficaces).
- Formación médica continuada sobre salud mental en Atención Primaria.

- Programas de garantía de la calidad para abordar el problema generalizado del tratamiento inadecuado.
- Programas de detección e intervención precoz para personas con trastornos mentales de aparición temprana.
- Favorecer estrategias culturalmente disponibles y aceptables (medicina alternativa y complementaria, el uso de redes informales de apoyo social, desplazamientos facilitados, etc.).

E. Agente comunitario de salud

Una manera de facilitar las intervenciones de promoción de la salud es a través de la figura del Agente Comunitario de Salud. Ésta consiste en un intermediario o representante acreditado dentro de la comunidad donde se va a intervenir con conocimiento global del territorio de asentamiento y su población al que se provee de conocimientos sobre comunicación y relaciones humanas, técnicas y principios grupales en educación para la salud, técnicas de entrevista y cumplimentación de los registros, para que actúe como educador y mediador entre la minoría y el equipo de Atención Primaria.

5.3. Terapéutica psiquiátrica

Varios son los recursos disponibles para el tratamiento de los trastornos mentales. Su aplicación se rige por principios universales independientemente de las variaciones culturales de los sujetos (**tabla 5.2**).

| Tabla 5.2. Aspectos psicoterapéuticos universales |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Las operaciones terapéuticas básicas: identificación y nominación del problema por el que consulta el paciente, prescripción de un remedio y control del tratamiento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Los elementos del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> — Establecimiento de una relación terapéutica que vehicula el tratamiento. — Construcción de un marco terapéutico consistente (incluye elementos como una indumentaria adecuada, el ambiente institucional, la decoración del escenario, los rituales del terapeuta que le acreditan como tal, etc.). |
| <ul style="list-style-type: none"> • El acto de definición de la etiología del problema (mediante el diálogo exploratorio, las pruebas complementarias, etc.). |
| <ul style="list-style-type: none"> • La explicación del problema al paciente en términos comprensibles y aceptables desde su concepción del mundo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • La prescripción del tratamiento (medicamentos, consejos de conducta, cambios en el ambiente, rituales, ceremonias, etc.). |

Tseng WS, McDermott JF. Psychotherapy: historical roots, universal elements and cultural variations. American Journal of Psychiatry. 1975; 132: 378-384.

Psicoterapia

Aparte de las dificultades de comunicación por las distancias culturales y el idioma, hay que tener en cuenta que los inmigrantes con frecuencia viven situaciones de supervivencia más prioritarias que la atención psicoterapéutica y pueden tener dificultades para acudir al tratamiento. Además, las personas de otras culturas que tienen otro sentido del tiempo con poca dedicación a sus asuntos personales y con frecuencia piensan que el tratamiento se basa en una sola sesión como ocurre en la medicina tradicional mágica (**tabla 5.3**). Son más aplicables las intervenciones de tipo conductual o relacional que las de tipo psicodinámico que necesitan mayor adaptación cultural.

En los matrimonios mixtos hay que prestar especial atención al salto cultural e idioma, pues éstos pueden ser triples (el terapeuta, el marido y la esposa).

Tabla 5.3. Errores comunes que se cometen por los terapeutas que no comparten la psicoterapia intercultural

| |
|--|
| • Ignorar la queja del paciente: no aceptan el mal que el paciente refiere, sino que lo caracterizan como psicótico. |
| • No oír la opinión de los oficiantes sincréticos: no tener en cuenta las referencias de la cultura del paciente. |
| • Por prejuicios racistas y culturales antirreligiosos: no querer atender al paciente con estos síntomas. |
| • No hacer trabajo de terreno o de campo: todo terapeuta que trabaje dentro de una comunidad minoritaria debe conocer su cultura y religión. |

Sistemas paralelos

En pacientes con creencias muy arraigadas en la medicina tradicional o indígena, y especialmente si presenta síndromes dependientes de la cultura, debería trabajarse con los oficiantes de las religiones de origen africano, o mediúmnicas, brujos, curanderos y magos en combinación con el terapeuta, sin vivirlas como una intervención rival y sin competir con ellas. Los procedimientos y ritos de la cultura del paciente no son inconciliables con nuestras técnicas de tratamiento.

Tratamiento farmacológico

La medicación que vayamos a usar sigue los principios usuales para su elección y dosis (**tabla 5.4**).

Pero tengamos en cuenta la posibilidad de factores farmacogenéticos, dinámicos y cinéticos como el aumento de la susceptibilidad de los asiáticos frente L-Dopa (dicinesia), antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas.

Tabla 5.4. Terapéutica Psiquiátrica en los inmigrantes

| Diagnóstico | Síntomas | Intervención |
|--|--|---|
| Trastorno depresivo mayor, distimia, síndrome de Ulises, trastorno por estrés posttraumático, duelo complicado | Depresivos, ansiedad, somatomorfos, disociativos | ISRS, tricíclicos (mayores secundarismos) |
| | Ansiosodepresivos, pensamientos recurrentes | Clozapina |
| TEP refugiados | Ansiedad, insomnio | Mirtazapina |
| | Ansiosodepresivos, somatomorfos | Alivio sintomático y reducción del estrés, labores educativas, psicoterapia de soporte y grupos de socialización* |
| Estrés, duelo simple | Estrés | Ansiolíticos |
| | Desorganización y confusión | Terapia cognitiva: clarificación, el retorno del sentimiento, la perfrasis... |
| Aguda tipo ansiosodepresivo | Aguda tipo ansiosodepresivo | Técnicas dinámicas** |
| | | Contención emocional |
| Falta de apoyo social | Falta de apoyo social | T. cognitivas |
| | | Intervención social |
| Síndromes dependientes de la cultura | Somatomorfos, ansiedad, depresivos | Según correspondencia |
| | | Colaboración medicina tradicional |

* Tareas de aculturación a la sociedad huésped.

** En la psicoterapia se considera que son mejores los tratamientos *task oriented*, dirigidos a una mejor estructuración de las actividades del paciente, que una psicoterapia *insight oriented*.

Achotegui Loizate J. Intervenciones terapéuticas sobre la depresión de los inmigrantes. En: Achotegui Loizate J. La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002. p. 57-65.
 Cabelero Martínez L. Patología psiquiátrica y emigración. *Psiquiatría y Atención Primaria*, Julio 2002; 3(3): 17-26. [En línea] http://www.elseve.es/EstaveArchivos/1_8/Ar_1_8_24_APPR_11.pdf
 [Última consulta 12:07:04].

cepinas (tipo *alcohol-flushing*); niveles plasmáticos superiores y respuesta clínica más rápida frente a los antidepresivos tricíclicos y un metabolismo del litio menos efectivo en los negros americanos y que, por ello, puede requerir dosis menores para el tratamiento del trastorno bipolar y la agranulocitosis por clozapina más frecuente en mujeres judías. Los hispanos y nativos americanos presentan estas diferencias, pero sin correlación clínica (**tabla 5.5**). Existe diferente tolerancia a los efectos adversos de la medicación y según dieta de origen, posibles interacciones alimentarias medicamentosas (**tabla 5.6**).

Se deben utilizar uno o dos fármacos de cada familia, respecto a los que ya tenga cierta experiencia y dominio clínico. No usar dosis infraterapéuticas; un psicofármaco por debajo de su umbral terapéutico, sólo causa molestias y no reporta ninguna ventaja al paciente.

Tabla 5.5. Requerimientos medicación psicotrópica según origen

| Medicación | Negros | Hispanos | Asiáticos |
|---|--|---|---|
| Ansiolíticos | Patrón habitual | Patrón habitual | Menores dosis de benzodiacepinas |
| Antidepresivos y estabilizantes del ánimo | Tricíclicos: metabolización más lenta (respuesta más rápida; más frecuente aparición de efectos tóxicos). Antidepresivos ISRS: de elección (formas áticas y menor toxicidad). Menores dosis. | Tricíclicos: mejor respuesta con la mitad de dosis, mayor frecuencia de efectos secundarios. Mayor discontinuación del tratamiento. Serotoninérgicos: igual pauta. | Dosis menores de tricíclicos. Sin datos para los antidepresivos serotoninérgicos. Estabilizantes del ánimo: responden con dosis plasmáticas más bajas. |
| Litio | Mayor frecuencia de efectos secundarios, peor respuesta. | | |
| Neurolépticos | Respuesta más rápida e intensa. Mayor frecuencia de discinesia tardía. Clozapina bajo controles hemáticos. Mejor alternativa: olanzapina o risperidona. | Neurolépticos de baja potencia. Haloperidol (sensible a influencias ambientales, como la dieta y el uso de tabaco). Clozapina: dosis de mantenimiento de 300 mg/día. Risperidona: dosis similares de mantenimiento. Mayor rapidez y efectividad (sintetapiramidales y antipsicóticos). Olanzapina: mayor efecto en hispanos. | Imao: interacciones con la dieta (tiramina, efecto queso). Fenelzina: dosis mayores (rápida metabolización). Clozapina: dosis menores, mayor riesgo de discinesias, distonias y acatasia. |

Department Of Health And Human Services U.S. Public Health Service. Mental health: culture, race, and ethnicity. [En línea] <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/sma-01-3613.pdf> [Última consulta: 12:07:04]

Tabla 5.6. Efecto alimentación en el metabolismo de los psicotropos

| | Alimento | Distribución | Inducción | Fármaco |
|--|---|--------------------------------|------------------|---|
| Inducción enzimática | | | | |
| CYP1A2 | Vegetales crudos (col, brotes de soja) | Asia y países no desarrollados | ↑ | > 50% antidepresivos y neurolépticos |
| | Hidrocarburos generados durante la preparación de los alimentos (carne asada) | | | |
| | Consumo de tabaco | | | |
| | Proteínas | Occidente | | |
| CYP3A4 | Mosto | ↑ | | |
| | Hierba de San Juan | | | |
| Tiroxina descarboxilasa | Salsa de soja, ciclamato, pescado seco | Asiáticos | Interacción | Tiramina + antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) |
| Alteración absorción | | | | |
| | Proteínas | Asia y países no desarrollados | ↑ | Gabapentina |
| | Soja, café, té | | | Clozapina, haloperidol |
| | Dieta pobre en sal | | | Litio |
| | Dieta rica en hierro y proteínas | Occidente | | ↓ |
| ↑ Aumento de la actividad enzimática o absorción, menor disponibilidad de metabolitos activos. ↓ Disminución de la actividad enzimática o absorción, mayor disponibilidad de metabolitos activos. | | | | |

Abad Santos, F; Río Gutiérrez-Valle, M.J. Interacciones entre alimentos y fármacos. *Farmacología Clínica*. 1999, 5 (1) [En línea] <http://www.hup.es/eci/tar/pdf5n1.htm#2>. [Última consulta 28:07:04]

Montoso JB, Salgado A. *Interacciones Fármacos-Alimentos*. Rubes Editorial S.L. Barcelona, 1999

Adherencia al tratamiento

Los inmigrantes y las minorías acuden menos a los servicios médicos y abandonan frecuentemente el tratamiento prescrito. Existen descripciones que cifran a los subsaharianos como el grupo en nuestro país que más suele abandonar los tratamientos.

La causa más frecuente de recaída en los pacientes ansioso-depresivos es el mal cumplimiento terapéutico. Indáguese al respecto.

El cumplimiento de la medicación prescrita se facilita si conocemos cómo es vivido el tomar el fármaco desde la concepción del mundo del paciente y, de acuerdo, ofrecemos una explicación simple y didáctica acerca del problema

de salud que le aqueja, la adecuación de la indicación del fármaco, la importancia del horario de las tomas, la duración del tratamiento, sus posibles efectos secundarios y cualquier cuestión por la que pueda mostrar recelo. Un inmigrante puede no entender el porqué de tratamientos poco sintomáticos. Lo que para la medicina occidental es un síntoma, puede ser una enfermedad en sí misma para una medicina tradicional (la ansiedad puede entenderse como la enfermedad, no el síntoma) y al revés.

Programas especiales para establecer puentes culturales entre pacientes y profesionales mejoran la adherencia a los fármacos y, por lo tanto, el pronóstico de la enfermedad.

Otra oportunidad para actuar es asegurarnos de cómo se va a pagar la medicación.

5.4. Plan de actuación

Por medio de la investigación etnomédica pueden detectarse qué rasgos o simbolismos culturales hacen poco efectiva nuestras intervenciones individuales o colectivas.

5.5. Abordaje comunitario y social

El inmigrante no sólo presenta necesidades puntuales frente a la vivienda, el empleo o la formación. No basta con que se cuente con un empleo y unas condiciones materiales dignas para vivir (ya de por sí difíciles frente a las políticas de exclusión, marginalización social y explotación laboral a las que son sometidos), sino que también es necesario que cuente con espacios para elaborar, de manera adecuada, los cambios psíquicos que impone su nueva situación, que los pueda entender y así mismo pueda contar con servicios de apoyo y soporte psicológico que tengan en cuenta, entre otros, su visión del mundo, sus conceptos de salud y enfermedad, sus valores, creencias y cultura.

5.6. Pronóstico

El derecho a saber es vivido en otras culturas de manera diferente: no es una necesidad ni se exige o es negado a sabiendas (mexicanos, filipinos, chinos, e iraníes). Las malas noticias no son aceptadas en algunas culturas, así como los malos pronósticos no se tiene costumbre de participarlos al paciente. Pueden creer que si Dios o los espíritus quieren que alguien enferme, nada puede hacerse para evitarlo. Si llega el caso sólo hay que asesorarse con la familia para saber cuál debe ser nuestra actuación.

5.7. Interconsultas y derivaciones

Para el médico de Atención Primaria puede ser muy útil discutir la situación con un psiquiatra antes de remitir al enfermo, bien para evitar la derivación o bien como ayuda para hacerla de la forma más adecuada.

Cuando se planea la remisión, ésta debe comentarse abierta y cuidadosamente con el paciente. Además de las indicaciones generales (**tabla 5.7**), deberían ser derivados a servicios especializados de salud mental los pacientes en los que sospechemos un síndrome dependiente de la cultura, pero en especial a un psiquiatra con conocimientos, sensibilidad y dedicación a estas patologías. Mantener unos mínimos de calidad de los datos de la interconsulta, en ambas direcciones, es obligatorio.

Tabla 5.7. Criterios de derivación al equipo de salud mental

| |
|--|
| • Psicosis. |
| • Trastorno depresivo severo o resistente al tratamiento. |
| • Trastornos de personalidad. |
| • Conductas peligrosas para el propio paciente o para los demás. |
| • Intento de suicidio o ideas suicidas. |
| • Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para actividades simples. |
| • Conductas disfuncionales que requieren cambios caracteriológicos y conductuales. |
| • Peritajes jurídico-legales. |
| • Necesidad de tratamientos reservados al especialista. |
| • Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica del especialista. |
| • Síndrome dependiente de la cultura. |

Tizón García JL. Componentes Psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. Ediciones Doyma; 1988. p. 203.

Psiquiatría de enlace

La psiquiatría de enlace como subespecialidad de la psiquiatría se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea como morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones emocionales que surgen en relación con los diagnósticos y tratamientos médicos, y de aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su familia (unidad de cuidados intensivos, diálisis, cirugía, sida, diabetes, trasplante de órganos, trastornos facticios, dolor crónico, abuso de tóxicos, oncología...). En nuestro caso sigue los mismos principios enumerados.

5.8. Revisiones, cita previa

En algunas culturas sólo se acude al médico cuando uno se siente enfermo. Así en nuestro medio, el inmigrante entonces solicitará la consulta, si acaso, o acudirá sin cita previa o escogerá el servicio de urgencias. Para ciertos inmigrantes, la cita previa y las revisiones son un sistema novedoso que les puede suponer una aparente barrera, pues no deja de ser un trámite más, y pedir la cita le supone, dentro de su posible estricto horario laboral, desplazamientos al centro de salud por partida doble.

La puntualidad puede no tener valor en algunas culturas (musulmanes, africanos, algunos países sudamericanos...), por lo que para estos pacientes adaptarse a la mecánica de nuestras agendas exigirá de nosotros una doble dosis de comprensión y paciencia. Incluso pueden creer que llegando de 15 a 20 minutos tarde, es ser puntual. Hay que darles amables explicaciones necesarias sobre las ventajas de la cita previa, y pedir su colaboración para, en definitiva, facilitarles la accesibilidad, un uso racional de los servicios, y poder asegurarles una correcta atención sin esperas y durante el tiempo necesario. En algún grupo cultural se aprecia más el tiempo que se les ha dedicado que la calidad de la relación. Consultas muy ajustadas en el tiempo —por eficaces— se interpretarían como una mala o impersonal atención.

Recordatorios y avisos telefónicos en los casos de incumplimiento, será la mejor intervención para mejorar los fallos a las citas de revisión en los servicios sanitarios. Nos recompensará y facilitará nuestras actuaciones más eficazmente que mantener una rigidez impropia de lo que significa una agenda de calidad.

Tengamos en cuenta horarios y compromisos culturales y religiosos que algunos pacientes pueden tener (Ramadán y coincidencia con las horas de rezos entre los musulmanes).

5.9. Política del equipo, el servicio y del sistema

Resulta imprescindible la progresiva sensibilización de los médicos en temas culturales y de inmigración, así como el desarrollo, desde las instituciones, de programas y recursos específicos para el abordaje de este problema.

Se defiende un tratamiento médico interdisciplinar donde la entrevista terapéutica, la relación paciente-médico y el abordaje de las diferencias culturales y lingüísticas se realicen con técnicas específicas y la participación de diferentes profesionales: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, mediadores, intérpretes, de la educación, del personal de la administración y de las ONG..., y a veces de los ofiantes de las medicinas tradicionales.

6. Recursos de ayuda asistenciales (asociaciones, ONG, fundaciones, instituciones, etc.)

ACCEM. Asociación Católica Española de Migración. *Boletín Eumigre*
C/ Luis Vélez de Guevara, 2 - 2.º. 28012 Madrid
Tels.: 91 532 74 78 / 91 532 74 79. Fax: 91 532 20 59
Web: <http://www.accem.es/>
e-mail: accem@accem.es

ACNUR. Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
Avda. General Perón, 32 - 2.º. 28020 Madrid
Tel.: 91 556 35 03
Web: <http://www.acnur.org/>

AMAL. Inmigración y Mercado Laboral. Listado de asociaciones, entidades y otras actividades económicas
Web: http://www.pcb.ub.es/crea/amal/_documents/listado.pdf
e-mail: crea@pcb.ub.es

AMDE. Asociación de Mujeres Dominicanas en España
C/ Hermanos García Noblejas, 41 - 8.º. 28037 Madrid
Tel.: 91 408 51 55
Web: <http://www.eurosur.org/AMDE/amde.htm>

AT. Asociación por la Tolerancia
Web: www.tolerancia.org
Tel.: 93 265 32 00 (contestador)
Tel.: 650 56 99 91
e-mail: toleran@teleline.es

ATIME. Asociación de Trabajadores e Inmigrantes Marroquíes en España
C/ Canillas, 56. 28002 Madrid
Tel.: 91 744 00 70. Fax: 91 519 38 90
Web: <http://www.atime.es>
E-mail: atimeestatal@telcom.es

CASIs. Centros de Atención Social a Inmigrantes. Servicios de Atención a Inmigrantes Extranjeros. Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid

C/ Agustín de Foxá, 31. 28036 Madrid

Tels.: 91 58 09 470 / 91 58 09 459

Web: http://www.madrid.org/cservicios_sociales/guia_servicios/casis.htm

CEAR. Comisión Española de Ayuda al Refugiado

Avda. General Perón, 32 - 2.º. 28020 Madrid

Tel.: 91 555 46 99

Web: www.cear.es

COMRADE. Comité de Defensa de los Refugiados y Asilados de España

C/ Canillas, 6. 28002 Madrid

Tel.: 91 446 46 08

Web: www.comrade.es

Cruz Roja Española

Oficina Provincial Madrid

Avda. Doctor Federico Rubio y Gali, 3. 28039 Madrid

Tels.: 91 533 66 65 / 91 533 41 20

Web: <http://194.224.226.158>

EXIL. Centro de Atención Médico-Psico-Social para Inmigrantes Víctimas de la Violación de los Derechos Humanos y de la Tortura

Avda. República Argentina, 6 - 4.º, 2.ª. 08023 Barcelona

Tel.: 93 238 5760

Foro Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid

C/ Espartinas, 10 - 1.ª planta. 28001 Madrid

Tels.: 91 42 08 688 / 91 42 08 255

Fax: 91 420 86 89

Web: http://www.madrid.org/cservicios_sociales/guia_servicios/6_3.htm

Fundació CIDOB

C/ Elisabets, 24. 08001 Barcelona

Tel.: 93 302 64 95. Fax: 93 302 21 18

E-mail: masterdiversitat@cidob.org

Web: <http://www.cidob.es/Castellano/Quees/quees.html>

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
<http://www.imsersomigracion.upco.es/> <http://www.imserso/mtas.es>

KARIBU. Amigos del Pueblo Africano
C/ Santa Engracia, 140. 28003 Madrid
Tel.: 91 553 18 73
Web: <http://www.asociacionkaribu.org/index.php>

La Merced Refugiados. Casas de Refugiados e Inmigrantes, Menores y Jóvenes no Acompañados
C/ Castelar, 21. 28028 Madrid
Tel.: 91 355 55 50
Fax: 91 713 03 71
Web: <http://www.lamercedrefugiados.org>
E-mail: casarefugiados@teleline.es

OFRIM. Oficina Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado
C/ Los Mesejo, 9. 28007 Madrid
Web: <http://www.madrid.org/ofrim>

Organización Probens. Promocio i Benestar Social. Servicio de Atención y Apoyo Psicológico (SAISP) y Servicio de Apoyo para la Inclusión Social y Laboral (SATI)
C/ San Rafael, 10, bajos local izq. 08001 Barcelona
Tel.: 34 934 414 105
Fax: 34 933 248 128
Web: <http://www.probens.org>
E-mail: probens@probens.org

RASINET. Red de Apoyo Social al Inmigrante
C/ Adrián Viudes, 9 - 30570 Beniaján (Murcia)
Tel.: 968 82 42 41
Fax: 968 82 03 20
Web: <http://www.rasinet.org/>
E-mail: rasinet@rasinet.org

SAIER. Servicio de Atención a los Inmigrantes Extranjeros y Refugiados
Avda. Parallel, 202. 08015 Barcelona
Tel.: 93 292 4077
Web: <http://www.bcn.es/diversa/saiercat.htm>

SATMI. Servicio de Atención al Trastorno Mental a la Inmigración
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental
08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tel.: 936 406 350
Fax: 936 520 051
Web: <http://www.ohsjd.es/sant%20boi.htm>
E-mail: sjd-ssm@sjd-ssm.com

SAPPIR. Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a los Inmigrantes y Refugiados Hospital Sant Pere Claver
C/ Vilà Vilà, 16. 08004 Barcelona
Tel.: 934 423 902. Fax: 933 297 636
Horario: concertar visita previa, martes, de 16 h a 20 h
Web: <http://www.migra-salut-mental.org/>

7. Salud mental e inmigración en la Red

7.1. Buscadores, portales y directorios en psiquiatría y medicina

Excite Mental Health

http://excite.healthology.com/focus_index.asp

Medscape Mental Health Topics

<http://www.medscape.com/px/mscpsearch?QueryText=menthal+health&searchfor=Clinical>

PsychLink

<http://www.pwpl.com/healthcare/psychlink/default.asp>

PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Yahoo-Mental Health

http://dir.yahoo.com/Health/Mental_Health/

7.2. Revistas médicas on line

Con contenidos en medicina transcultural

British Medical Journal

<http://www.bmj.com/>

Wjm All culture and medicine articles

<http://www.ewjm.com/cgi/collection/general-culture-and-medicine>

Con contenidos en psiquiatría

Listado link Revistas Psiquiatría

<http://www.herreros.com.ar/revistasf.htm#Revistas%20de%20Psiquiatría>

Psiquiatría Pública

<http://www.dinarte.es/salud-mental/revista.htm>

Psiquiatría.com

<http://www.interpsiquis.com/2004/revistas/revistas.htm>

7.3. Alerta bibliográfica

Diversity.org

http://www.diversityrx.org/HTML/RCPROJ_A_01.htm

Doyma

<http://doyma.es>

7.4. Listas de distribución

Medicina transcultural

RCCHC@aol.com (solicitar)

NCIHC-list@diversityRx.org (In the subject line, type SUBSCRIBE)

Psiquiatría

Psiquiatría

<http://www.rediris.es/list/info/psiquiatria.html>

Salud Mental

<http://www.rediris.es/list/info/depresion.html>

7.5. Material impreso para educación, instrucciones... en diversos idiomas

Ethnomed. Ethnic medicine information from Harborview Medical Center

<http://ethnomed.org/>

NSW. Multicultural Health Communication Service

<http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/>

MultiLingual Health Education

<http://www.multilingual-health-education.net/>

7.6. Sitios relacionados

Etnomedicina

Antropología médica

<http://uvirtual.ing.ucv.edu/datos/facultades/medicina/datos/escmedicina/datos/materias/antropomedica/datos/principal.htm>

Antropología médica y etnomedicina

<http://www.who.int/>

Antropomédica

<http://uvirtual.ing.ucv.edu/datos/facultades/medicina/datos/escmedicina/datos/materias/antropomedica/datos/principal.htm>

Etnomedicina Collage

<http://www.erga.it/edizioni/default.htm>

Traditional Medicine. WHO

<http://www.who.or.jp/index.html>

Medicina transcultural

CCHCP. The Cross Cultural health care program

<http://www.xculture.org/>

Cultural diversity in Health care

<http://www.ggalanti.com>

Diversity in Medicine

<http://www.amsa.org/div>

National Center for Cultural Competence

<http://guccdc.georgetown.edu/nccc>

The Center for Cross-Cultural Health

<http://www.crosshealth.com/>

Transcultural C.A.R.E. Associates

<http://www.transculturalcare.net>

Transcultural y Multicultural health link

<http://www.iun.edu/~libemb/trannurs/>

Psiquiatría y psiquiatría etnocultural

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría

<http://www.asoc-aen.es>

American Psychiatric Association

<http://www.psych.org/>

CIDI. Composite International Diagnostic Interview

http://www.crufad.com/cru_index.htm

Educación Sanitaria para la Promoción de la Salud Mental

<http://www.fortunecity.com/victorian/poetry/237/>

Ethnopsychiatrie. Centro George Devreaux

<http://patrick.fermi.free.fr/devereu1.htm>

Faes Farma. BIP. Banco de Instrumentos Psicométricos

http://bipfaes.faes.es/tests/index_centro.lasso

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Promoción del pluralismo cultural y del diálogo intercultural

<http://www.unesco.org/>

PMM. Programa Migración y Multiculturalidad, UAM. Universidad Autónoma de Madrid

http://www.uam.es/departamentos/filoyletras/antropologia_social/PMM/

Servei especialitzat en investigació i atenció als immigrants extracomunitaris i refugiats SAPPiR-GASiR

<http://www.migra-salut-mental.org/>

The World Federation for Mental Health

<http://www.wfmh.org/>

7.7. Cursos y reuniones

Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración (E.M.S.I.). Consejería de Servicios Sociales, a través de la Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado de la Comunidad de Madrid y gestionado por Cruz Roja Española

C/ Jardines, 4. 28013 Madrid

Tel.: 91 701 13 45. Fax: 91 701 13 44

http://www.madrid.org/cservicios_sociales/guia_servicios/6_2_2.htm

Fundació CIDOB y Fundació Universitat de Girona. Máster en Exclusión Social y Diversidad Cultural

Web: <http://www.cidob.es/Castellano/Quees/quees.html>

ICAI. ICADE. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Máster y Especialista Universitario en Inmigración a Distancia. Universidad Pontificia Comillas

C/ Universidad Comillas, 3. 28049 Madrid

Tel.: 91 734 39 50, ext. 2526. Fax: 91 734 45 70

Web: <http://www.upco.es/iem>

E-mail: info.migracionesem.upco.es

MHI. Congreso Mundial Movimientos Humanos e Inmigración. 2-5 de septiembre de 2004

Forum Barcelona, 2004

Web: <http://www.mhicongress.org/eindex.php>

SAPPiR. Curso de postgrado Salud Mental e Intervenciones Psicológicas con Inmigrantes Refugiados y Minorías

Hospital Sant Pere Claver

C/ Vila i Vila, 16. 08004 Barcelona

Tel.: 93 44 23 902

Web: <http://www.migra-salut-mental.org/>

E-mail: sappir@terra.es

8. Puntos clave

Nos encontramos con una mezcla de pacientes inmigrantes de diversos orígenes y dentro de cada minoría, grupo racial o étnico sin poder esperar ninguna uniformidad. Mas bien, cada uno de ellos es muy heterogéneo, con idiomas, prácticas espirituales, patrones demográficos y culturas con antecedentes históricos, geográficos a veces próximos, pero inmensamente diferentes. Además, cada individuo presentará un grado de aculturación distinto. Sus necesidades de salud, sus maneras de vivir la enfermedad y las expectativas de lo que debe ser un tratamiento significarán un reto comparativo con nuestros pacientes de siempre.

Ésta es una situación sobrevenida, sin tradición o formación curricular específica en los planes de estudio de pregrado y escasa en el postgrado. Para la Atención Primaria y la Psiquiatría se nos da la oportunidad de adecuar nuestras actuaciones, equipo y sistema a los requerimientos de atención de estas poblaciones. De un nuevo camino que andar con la responsabilidad de desarrollar instrumentos y técnicas de intervención adecuadas a los problemas particulares de salud y atención de la enfermedad mental que presentan estas poblaciones.

Desafortunadamente no hay directrices, guías, protocolos o una receta fija que resuelva definitivamente este hándicap. No es que no haya propuestas. Tanto desde la Atención Primaria como desde la Psiquiatría se proponen técnicas de abordaje, se ejemplarizan objetivos y modelos de trabajo de demostrada eficacia (**tablas 8.1, 8.2 y 8.3**).

Estamos ante la necesidad de definir nuevamente la función del profesional de la salud, del psicólogo y del trabajador y el asistente social en el marco de una abertura intercultural de la institución sanitaria. El problema es que son muchos los aspectos de la tarea y muchos los pasos para adaptar las soluciones de otros países a nuestro medio. Hacemos una lista de ellos.

8.1. Valoración cultural del médico

Reflexionar sobre nuestra postura sobre la diversidad étnica.

- Tenga presente su propio entorno cultural y conozca sus límites.
- Comprenda que sus conocimientos pueden verse dificultados por los valores de su propia cultura.
- Evitar estereotipos.

Tabla 8.1. Abordaje de la salud mental del inmigrante por el médico de familia

| |
|--|
| • Mantener la máxima de que lo obvio puede serlo sólo en nuestra cultura. |
| • Normalizar la ambivalencia producida por la identificación con dos culturas. |
| • Explicar la enfermedad y su tratamiento en función de la cultura del paciente. |
| • Determinar las expectativas de nuestro paciente. |
| • Averiguar cuál es la narrativa que tiene el paciente para explicar su enfermedad. |
| • Ayudar al paciente a normalizar sus reacciones. |
| • Incrementar su sensación de control interno. |
| • Intentar que entienda la situación y los síntomas como algo transitorio. |
| • Intentar ayudarle a encontrar una narrativa para lo que está viviendo (logoterapia). |
| • Orientar a la persona hacia el futuro, hacia la búsqueda de soluciones. |
| • Recordar las estrategias con éxito de afrontamiento anteriores. |
| • Ayudar a la persona a encontrar redes sociales o familiares en qué apoyarse. |
| • En caso de estrés, enseñar técnicas de relajación. |

Muiño L. *Salud mental e inmigración.* [En línea]

<http://www.lamercedrefugiados.org/Documentos%20y%20Art%EDculos/SaludMentalInmigraci%F3n.pdf> [Última consulta: 30:07:04].

Tabla 8.2. Objetivos del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes Extracomunitarios y Refugiados (SAPPIR, Hospital Sant Pere Claver, Barcelona)

| |
|--|
| • Prestar atención psicológica y social independiente de la situación clínica y social del paciente. |
| • La atención psicológica se hará desde una perspectiva intercultural psicológica y psiquiátrica. |
| • Se ofrecerá formación a otros profesionales. |
| • La promoción y difusión de su trabajo a otras instituciones que trabajen con inmigrantes. |
| • Se buscará el reconocimiento externo del nivel de calidad ofrecido. |

Bernal M. *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. Part A. Identification Study Report on Spain.* [En línea] http://www.uu.nl/content/39_c.doc [Última consulta 23:07:04].

8.2. Valoración cultural del paciente

Debemos investigar el marco cultural de identidad de nuestros pacientes:

- Origen y grupo étnico o cultural.
- Uso del lenguaje, tanto en el plano del lenguaje verbal como en el del gestual o corporal.
- Grado de identificación con la cultura de adopción.
- Grado de mantenimiento de los componentes de su cultura de origen.
- Capacidad, dentro de su modelo cultural, de percibir y poder describir su malestar.

Tabla 8.3. Tabla estrategia de atención del SAPPiR. El equipo bicultural

| | | |
|--|-------------------------|--|
| Primera visita | Psiquiatra bicultural | Filliación y datos clínicos. Registro de los síntomas y estresores. Exploración del grado de resiliencia. Se le pide al paciente que dé una explicación de la causa de su enfermedad. |
| | | Evalúa la demanda y necesidad del paciente. |
| Segunda visita | Psicólogo bicultural | Encuesta sobre los siete duelos del inmigrante. |
| Sucesivas. (Plan terapéutico y seguimiento) | Equipo multidisciplinar | Tratamiento*: psicoterapia (psicoanalítico, sistémico, técnicas cognoscitivas) y psicofarmacológico**. Arteterapia |
| * Con un acercamiento ecléctico. ** Medicación para la ansiedad y la depresión. Terapia psicodinámica con el objetivo de reorganizar la vida relacional y social. | | |
| El equipo puede realizar las entrevistas en español, inglés, árabe, beréber, alemán y ruso. | | |

Bernal M. *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. Part A. Identification Study Report on Spain.* [En línea] http://www.uu.nl/content/39_c.doc [Última consulta 23:07:04].

- La capacidad de elaboración del duelo de la inmigración.
- No menospreciar, ni intentar modificar, los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación de sus enfermedades.
- Conocer y valorar las variantes interétnicas en relación con la variabilidad de los síntomas, sus formas de evolución y diferentes contenidos.
- Conocer las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas.
- Significado y percepción de la gravedad de los síntomas del paciente en relación con las normas de su grupo cultural.
- Identificar la alteración, las causas percibidas o los modelos explicativos que el paciente o el grupo de referencia utiliza para la enfermedad.
- Investigar las expectativas que los pacientes y sus familias tienen respecto a la consulta; explicación de las causas, pronóstico y el tratamiento.
- La forma de canalizar la demanda de atención.
- La conducta del estar enfermo y la asunción del rol del paciente.
- Indicar diferencias en el nivel cultural y social entre el individuo y el clínico, y los problemas que estas diferencias pueden causar en el diagnóstico y tratamiento.

8.3. Valoración física

- Adaptemos nuestras referencias de normalidad, tablas estatoponderales, resultados de laboratorio y pruebas especiales a la variabilidad étnica de nuestras consultas.
- Debemos adquirir las habilidades específicas para explorar la anatomía humana y sus estados patológicos en pacientes con distinta melanización, distribución de grasa corporal y diferentes rasgos.

8.4. Valoración farmacológica

- Conocer y valorar las variantes interétnicas de la medicación.
- Asegurar un tratamiento según la medicina basada en la evidencia.

8.5. Valoración psicosocial

- Papel que juegan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento.
- Anotar las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles y los niveles de actividad y discapacidad.
- Favorecen los recursos intrínsecos de la población inmigrante (espiritualidad, identidad étnica positiva, valores tradicionales, logros educativos y autosuficiencia local comunitaria).

8.6. Desarrollo y evaluación cultural de los servicios

- Reducir las barreras y mejorar la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento.
- Desarrollo y evaluación competencia cultural de los servicios y profesionales.

8.7. Formación médica continuada

- Hay que procurar que los médicos dispongan de los incentivos y oportunidades suficientes para que participen en actividades formativas de mejora de calidad en el manejo de los psicofármacos, que sean eficaces en la población inmigrante y minoritaria racial y étnica, culturalmente y lingüísticamente apropiados y consistente con las normas de la práctica.

8.8. Investigación

- Se necesita iniciar y desarrollar en estas poblaciones estudios sistemáticos sobre la epidemiología de la salud y los trastornos mentales, sus terapias basadas en la evidencia, la psicofarmacología, las intervenciones específicas culturalmente competentes, el proceso diagnóstico y su valoración cultural, la prevención y la promoción de la salud mental. También se necesita más información sobre la efectividad de los tratamientos y la posibilidad de recuperación de la enfermedad mental dirigida en la población inmigrante y las comunidades minoritarias étnicas y raciales.

8.9. Sugerencias prácticas

De manera complementaria se recuerdan y anotan algunos puntos:

Generales

- Las primeras visitas han de ser prolongadas dentro de lo posible.
- El trato inicial, especialmente respetuoso, guiado por los usos de nuestro interlocutor y sus preferencias y sin desestimar la distancia cultural.
- En caso de barrera idiomática, lo ideal es el intérprete bilingüe, bicultural, que conozca bien las simbolizaciones de las dos culturas y ofrezca un modelo de identificación más próximo. Sin embargo, con frecuencia, en comunidades no muy grandes en las que sus miembros se conocen, el intérprete puede despertar en bastantes casos recelos, porque el paciente no desea que se conozcan sus problemas o desconfía de la profesionalidad del que traduce.
- El médico debe negociar adecuadamente con el paciente para obtener los datos y la información necesaria para el diagnóstico.
- Tomarse tiempo extra para asegurarse que estos pacientes han entendido los posibles efectos secundarios de la medicación que le ha prescrito, administrado o proporcionado como cuidados en caso de pacientes con poca fluidez en el idioma.
- Se pregunta de otra manera o con ejemplos sobre las indicaciones, consejos o recomendaciones para asegurarse que las han entendido.

Específicas

- Preguntar si les gustaría que estuvieran presentes alguno de sus familiares para discutir su diagnóstico, tratamiento, cuidados y planes siguientes.
- Si no se prescribe medicación, explíquese el porqué.
- Se debe explicar por qué se mandan pruebas de laboratorio.
- El médico debe dedicarle unos minutos para explicar el papel de la enfermería.
- Se realizará prescripción de planes de actuación (estudios, tratamientos, cuidados) usuales y óptimos, pero complejos, aunque haya presencia de posibles barreras idiomáticas o culturales.
- Prever la participación de la medicina alternativa (curanderos, chamanes, usos de hierbas curativas...) cuando se atiende pacientes de otra etnia/raza/cultura, concepción o práctica de la medicina.
- Es importante preguntar al paciente acerca de su dieta, especialmente si va a ser hospitalizado.
- Los trabajadores sociales deben preguntar al paciente si la familia, allegados o amigos están en disposición de ayudarlo.

9. Para saber más

9.1. Libros e informes

Antropología y sociopolítica de las migraciones

Azurmendi M. Todos somos nosotros. Madrid: Taurus. Santillana, Ediciones Generales; 2003.

Perdiguero E, Comelles J, editores. Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000.

Pis-Díez Pretti. Gustavo D. Antropología médica. FOMECO 2002; 10(1): 45-9.

Psiquiatría

Ballús C, Valdés M, Gastó C, Masana J, Otero A, Sánchez Turet, M. Psiquiatría. En: García Olmos, coordinador. Educación Médica Continuada en Atención Primaria. Recopilación 1996-2000. Jano. Doyma, 2001. [1 Cd-Rom].

Barlow DH, Durand VM. Psicopatología. 3.ª ed. Madrid: Thomson Editores Spain Paraninfo SA; 2003.

Shea SC. La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002.

Psiquiatría y medicina transcultural

APA. Apéndice J. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

Achotegui Lozate J. (Dir.). Depresión y ansiedad en el inmigrante. Curso a distancia. Avalado por Semergen. Barcelona: Ediciones Mayo, 2003.

Caballero Martínez L. Migración y Salud Mental. En: Rodríguez Pulido F, Vázquez Barquero JL, Desviat M, coords. Psiquiatría Social y Comunitaria (I). Las Palmas: ICEPSS; 1997. p. 187-206.

GAP (Comité on Cultural Psychiatry Group for the Advancement of Psychiatry). Cultural Assessment in Clinical Psychiatry. Report No. 145. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2001.

García Campayo J, Alda M. Problemas derivados de la inmigración. En: López Ibor JJ, Gómez Pérez JC, Gutiérrez Fuentes JA, editores. Retos para la psiquiatría y la salud mental en España. Barcelona: Ars Médica; 2003. p. 259-77.

González E, Comelles J. M. Psiquiatría Transcultural. AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, Madrid, 2000.

López Abuín JM, García Cepeda JR (coords.). Psicopatología. En: Manual de Atención al Inmigrante. Enfermedades Foráneas. Fundación SEMERGEN, 2003. Drug Farma. [1 CD-ROM].

Martincano Gómez JL. Medicina Transcultural. IM&C. Madrid; 2003.

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

9.2. Artículos

Introducción

Atxochegui, J. Los Duelos de la Migración. Web del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales [En línea].

<http://www.imsersomigracion.upco.es/Documentos/Otros/congreso/datos/CDRom/Integraci%C3%B3n/Comunicaciones/Atxotegui.PDF> [Última consulta: 04:07:04].

García-Campayo J. Psiquiatría transcultural: El desafío de la psicósomática en el nuevo milenio. *C Med Psicossom* 2000; 54: 5-6.

Kleinman A, Cohen A. El problema mundial de los trastornos mentales. En: *Diccionario crítico de las ciencias sociales*. Dir: Ramón Reyes. [En línea].

http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm [Última consulta: 14:07:04].

Epidemiología

Kessler, Ronald C. Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos No 3; 2000. Organización Mundial de la Salud 2000. [En línea].

<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0543.pdf> [Última consulta: 14:07:04].

ICPE Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. [En línea]. <http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/Bu0552.pdf> [Última consulta: 14:07:04].

Brundtland GH. La salud mental en el siglo xxiv. *Editorial Boletín de la OMS*. 2000; 78(4): 411. [En línea].

<http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number3/editorial.pdf> [Última consulta: 12:07:04].

Patología del inmigrante/Psiquiatría transcultural

Alonso FJ, Lougedo MJ. Atención a la población inmigrante. *El Médico* 2002; (820): 56-58.

Atxotegi J. Migración y psicopatología desde la perspectiva de la A.P. *El Médico* 2002; (818): 54-65.

García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187-91.

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].

Abordaje diagnóstico

Aroian K, et al. Development and Psychometric Evaluation of the Demands of Immigration Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1990; 6(2).

García Campayo J, Alda M. Elementos básicos de etnopsicofarmacología. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2003; 31(3): 156-62.

Herrero M, González E, Valverde T, Caballero L. Utilización del cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales entre mujeres inmigrantes latinoamericanas y con español como idioma nativo. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(18): 716-7.

Ristner M. The Demographic Psychosocial Inventory: A New hstrument to Measure Risk Factors for Adjustment Problems Among immigrants. *Refuge* 1995; 14(9).

Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. Recursos psicométricos utilizables en Atención Primaria. Barcelona: Novartis Farmacéutica SA; 1999.

Abordaje terapéutico

Bonfill X, editor. Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia. Sanidad y Ediciones (SANED), Madrid; 2000. [En línea].

http://www.novartis.es/ic3x//output/common/files/Novartis_Corporativo/Publicaciones/Libro%20ASBE.pdf [Última consulta: 30:07:04].

Chung H, Mahler JC, Kakuna T. Racial differences in the treatment of psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 585-89.

Rudorfer M. Pharmacokinetics of Psychotropic Drugs in Special Populations. *Journal of Clinical Psychiatry* 1993; 54(Suppl): 50-4.

Salvador Sánchez I. La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2001; (82): 57-64. [En línea]. http://www.pulso.com/aen/numero82/Revista_82_PDF.pdf [Última consulta 13:07:08].

INSTITUTO DE FORMACIÓN NOVARTIS

 **NOVARTIS**