

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 (dicsinesia), 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...
Sindromes dependientes de la cultura	Aguda tipo ansiosodepresivo	Técnicas dinámicas** Sostén emocional Contención emocional
	Falta de apoyo social	T. cognitivas Intervención social
	Somatomorfos, ansiedad, depresivos	Segun correspondencia «Papeles», carencias, alimentación, vivienda, trabajo, seguridad personal, explotación laboral... 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 (sintexapiramidales 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.

Tabla 5.6. Efecto alimentación en el metabolismo de los psicotrópicos

	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	↓	Antidepresivos y neurolépticos, L-dopa,
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	↓	Metildopa
↑ 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.