

Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso.

Cross Cultural Psychiatry. Report of a case.

M^a Luisa Gutiérrez López ^a.

^aÁrea Hospitalaria de Valme. Dos Hermanas (Sevilla)

Correspondencia: M^a Luisa Gutiérrez López (*marisagulo@hotmail.com*)

Recibido: 7/02/2010; aceptado con modificaciones: 25/05/2010

RESUMEN: Aspectos socio-culturales resultan determinantes en el manejo, evaluación, diagnóstico, y tratamiento de los pacientes inmigrantes. Se presenta un caso de un varón nigeriano que es traído al Servicio de Urgencias del Hospital de Valme por trastorno de conducta y gestos auto-lesivos realizados en vía pública.

PALABRAS CLAVES: psiquiatría transcultural, inmigración, mediador intercultural.

ABSTRACT: Socio-cultural aspects were decisive in immigrant patient management, evaluation, diagnosis and treatment. We present the case of a Nigerian male who is brought to Valme Hospital Emergency Department for behavioral disorder and self-inflicted injury in public spaces.

KEY WORDS: cross cultural psychiatry, immigration, intercultural mediator

*“No man is an island
No man is an island entire of itself;
every man is a piece of the continent,
a part of the main.”*

JOHN DONNE (1572-1631)

Introducción

Las migraciones humanas constituyen uno de los fenómenos sociales más relevantes en el mundo contemporáneo. El proceso de migración puede tener consecuencias negativas para la salud debido al estrés físico y psicosocial que experimentan los inmigrantes (1) (2). La migración no es en sí misma una causa de trastorno mental. Es un factor de riesgo, si el inmigrante no está sano o padece discapacidad, si el medio de acogida le es hostil o si se dan ambas circunstancias (3).

Surge en este contexto, la psiquiatría transcultural que se apoya en la interculturalidad como encuentro y diálogo entre culturas (3). El proceso migratorio comporta un desarraigo afectivo y cultural, ya que en el nuevo país el inmigrante encuentra nuevas costumbres, diferente lenguaje y tradiciones, además de las dificultades para conseguir un empleo (4).

La psiquiatría transcultural ha de tener en cuenta como; en salud mental no hay “no cultura”, que las tradiciones culturales determinan como los individuos ven su salud mental y que el formato del enfermar varía en función de los sistemas de creencias culturales (3). Además de hacerse cargo de aspectos sociales que en estas circunstancias pueden tener especial relevancia.

Con el objeto de evidenciar la manera en la que los aspectos socioculturales adquieren especial relevancia en el manejo, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la población inmigrante, se presenta un caso de un varón nigeriano traído al Servicio de Urgencias Hospitalaria por trastorno de conducta y gestos auto-lesivos realizados en vía pública. Mostrando con ello, una situación cada día más frecuente en el ámbito clínico, donde se pone de manifiesto una realidad compleja en la que se señala la necesidad de nuevas maneras de actuación.

Caso clínico

La situación inicial parece desconcertante; un varón de 25 años, soltero, de nacionalidad nigeriana, con graves trastornos de conducta, del que no hay información alguna. Acude al Hospital de Valme indocumentado, acompañado por las fuerzas de orden público, tras haberse precipitado por un puente. Durante su estancia en urgencias muestra actitud hostil, negativismo activo, y nula conciencia de enfermedad.

Se lleva a cabo su ingreso de manera involuntaria. Está consciente, orientado y alerta, con funciones cognitivas superiores conservadas. Disfórico, triste. Pensamiento en ocasiones desorganizado, con ideación de muerte y suicidio sin estructuración ni planificación.

Una vez en planta, durante días continuó litigante, desafiante, receloso, suspicaz, no aceptando ningún tipo de ayuda del personal sanitario, negándose a hablar de sí mismo y a la toma de tratamiento. Fueron necesarias medidas de contención mecánica y química, por el riesgo de conducta imprevisible, protagonizando dos episodios de fuga hospitalaria.

Las dificultades de manejo y los problemas de expresión del paciente en lengua española motivaron la intervención del trabajador social del hospital, quien informó de la disponibilidad de un mediador intercultural en la asociación “Sevilla Acoge”. Gracias a la entrevista conjunta del psiquiatra con el mediador intercultural fue posible obtener información sobre la historia actual: no precisó el tiempo de residencia en España, al llegar a Sevilla se alojó en un piso compartido de un barrio marginal. Trabajó como temporero en condiciones laborales muy duras, allí inició ideación de perjuicio hacia el jefe que lo contrató. Perdió el trabajo y desde

NOTAS CLÍNICAS

hacia dos meses vivía en la calle. Comentaba haber acudido a diferentes centros buscando ayuda sin encontrar ningún tipo de recurso.

La situación de estrés psicosocial, junto a sus creencias matizaron la psicopatología presentada. Durante su estancia en Sevilla su desconfianza fue en aumento “la policía me buscó una novia de Madrid para que me enamore y luego se la llevaran...”. Refería ideación de perjuicio y autorreferencial “estáis nerviosos porque nunca habéis visto un hombre como yo, queréis hacerme daño...”, ideación de contenidos místico-religioso y megalomaniaco “yo corazón africano, un poder que viene directamente de Dios. Vosotros no podéis ayudarme a mí; yo soy el que tiene que ayudaros a vosotros; yo no puedo quedar en España, solo puedo subir a los cielos... sí me marchó a América, aquí ya no hago nada... vosotros sois blancos y no entendéis, no sabéis nada de la biblia. Nos habéis robado todo nuestros bienes en África...”.

Al respecto del diagnóstico, se planteó el diagnóstico diferencial entre Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación (CIE-10 F 23.8) y Reacción a estrés grave sin especificación (CIE-10 F 43.9). La no existencia de antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, la magnitud de la situación de estrés a la que el paciente se enfrentaba, junto a la creencia de que tal vez el trastorno no hubiese aparecido en ausencia de los factores estresante presentes, fueron determinantes para la elección de Reacción a estrés grave sin especificación como orientación diagnóstica al alta, a pesar de la dificultad en diferenciar la naturaleza delirante o sobrevalorada de la ideación de perjuicio, autorreferencial y megalomaniaca. Se añadió, además, el epígrafe Problemas relacionados con el ambiente social (CIE-10 Z 60).

En cuanto a la intervención y el tratamiento, su manera de vivir en la infancia, hacía del ingreso hospitalario una horrible situación “no quiero estar encerrado, corazón libre, he corrido miles de kilómetros...”. Se pautó tratamiento con haloperidol (10 mg/24h) y venlafaxina retard (150 mg/24h).

A pesar de su negativa a aceptar ayuda, gracias a la intervención del mediador intercultural en una única consulta y después de varias sesiones de psicoterapia de apoyo se mostró progresivamente más reactivo y colaborador. Manifestó sentimientos de desesperanza y deseos de contactar con su familia de origen. Natural de la ciudad de Enugu, situada en el estado nigeriano de Enugu, el menor de seis hermanos fue educado en el cristianismo desde pequeño y preparado para la migración, toda su familia contribuyó económicamente para su educación, aprendiendo algo de inglés y español en su ciudad natal. Desde su estancia en España había mantenido contacto telefónico regular con ellos. Se reunían para darle consejos “ellos se reúnen para aconsejarme, todos y me han dicho que no haga amigos aquí...tuve dos amigos al llegar y los dos en cárcel por drogas; yo no quiero eso, me dicen que no me fíe de nadie”, dudando de la capacidad del sistema sanitario para proporcionarle ayuda.

Conocidas las circunstancias psicosociales en las que se encontraba, sin trabajo y sin lugar para vivir, se inició por parte de la trabajadora social del hospital la búsqueda de centro de acogida donde fue posible derivarlo tras el alta hospitalaria.

Discusión y conclusiones

Presenta el paciente que nos ocupa una desesperada manera de canalizar la demanda de atención. Ya enfermo, sin posibilidad de construir un plan de supervivencia, se mostró desorganizado; en conducta, pensamiento y manera de expresar sus emociones. Incapaz de asumir el rol de enfermo; gallardo, altanero, en el fondo, sin recurso alguno; inútil y destrozado.

El nuevo escenario clínico que la llegada de personas inmigrantes ha producido está demandando una adecuación y amplificación de la totalidad del paradigma psiquiátrico. Es una necesidad ampliar el concepto de salud, siendo inevitable dirigir la atención no sólo a la enfermedad, también al funcionamiento social del paciente, las redes de apoyo y su calidad de vida (5). Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos (6).

Se ha visto que el estrés relacionado con la migración, las diferencias culturales y la discriminación percibida, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología (7). Kristiansen comenta la falta de conocimiento existente en relación a la exposición a los factores de riesgo, la movilidad y las necesidades psicosociales de esta población. Se requieren estudios sistemáticos de estos factores con el objetivo de proveer una base para el diseño de servicios sanitarios más adecuados (1).

Los clínicos deben tener en consideración los antecedentes culturales cuando se planean alguna intervención, colaborando así en la asimilación y acomodación a la nueva cultura, y para ello es imprescindible conocer los factores que influyen en la identidad cultural de sus pacientes (8). El caso que nos ocupa fue una constatación de como en toda el África subsahariana se comparten ciertos elementos culturales muy característicos y comunes; estrecha vinculación y contacto con la naturaleza, supremacía del bien común frente al interés individual, una relación con el universo con un gran sentido de sacralidad y además el núcleo familiar comprende no sólo el núcleo de la unidad familiar considerando también familia a los sobrinos, tíos, primos, hermanastros... (4). Rodeado de pequeño de sus seres queridos, en contacto con la naturaleza y con un claro sentido de la vida, ¿Quién es ahora nuestro paciente? Tal vez sólo un ser perdido. Brugha escribe sobre la nece-

NOTAS CLÍNICAS

sidad de la búsqueda de indicadores útiles para tratar de comprender el impacto de la migración y el desarrollo y cambios en la identidad cultural (8).

En este escenario, la intervención multidisciplinar se hace imprescindible, con la intención de que las instituciones cumplan con su papel de acomodador y facilitador del proceso de adaptación (3). Fue necesaria la colaboración estrecha del psiquiatra, mediador intercultural y trabajador social, tratando de aunar esfuerzos para la resolución exitosa del caso. Señalar la intervención del mediador intercultural como figura que adquiere un valor relevante en el proceso de adaptación de las instituciones sanitarias en la atención a esta población. Llevando a cabo el papel de representante del colectivo inmigrante dentro del contexto hospitalario y justificando su actuación no sólo por las dificultades de traducción lingüística; también, ayudando al profesional sanitario, como puente entre culturas (9). En concreto, en este caso fue necesaria una única consulta que representó un cambio fundamental en la relación del paciente con la institución hospitalaria. Su actitud pasó a ser de colaboración y la distancia emocional con la que al inicio se presentó y mantuvo durante días desapareció.

Para concluir, señalar en primer lugar la importancia de considerar el proceso migratorio acontecimiento vital estresante y como tal, factor de riesgo que favorece el desarrollo de la enfermedad mental en la población inmigrante. En segundo lugar, tener en cuenta la manera en la que los aspectos socio-culturales matizan o modulan el desarrollo de la psicopatología. Resaltar además la necesidad de un abordaje de la problemática de ésta población desde la intervención multidisciplinar. Y finalmente, llamar la atención sobre la obligación de que las instituciones sanitarias cumplan con el papel de acomodador y facilitador del proceso de adaptación a la nueva cultura.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) KRISTIANSEN M, MYGIND A, KRASNIK A. Health effects of migration. *Dan Med Bull* 2007; 54: 46-47

(2) BHUGA D. Migration and mental health. *Acta Psychiath Scand* 2004; 109: 243-258

(3) SAYED-AHMAD N, RIO MJ, FERNÁNDEZ G "Salud Mental". En: *Manual de Atención sanitaria a Inmigrantes*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2007; VII: 126-144

(4) QUINTANILLA MA, VILLAS E, MABRY S, CALVO D, GARCÍA-GARCÍA P, ARGUEMI M, CASANOVA N, Y COL. Conducta suicida en población inmigrante: un enfoque cultural. *Rev electrónica de psiquiatría [Seriada en línea]* 2009; 1(1-4). Disponible en: www.psiquiatria.tv-info@psiquiatria.com/articulo/urgencias_psiq/39195/. Consultado en Septiembre 13, 2009

(5) BALBO E, PIS-DIEZ G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de Psiquiatría* 2007; 70 (3): 173-188

(6) ACHOTEGUI J. Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple

(Síndrome de Ulises). Avances en salud mental relacional. 2008; 7 (1). Organismo oficial de expresión de la Fundación OMIE. Disponible en: www.migra-salud-mental.org. Consultado en Septiembre 13, 2009

(7) COLLAZOS F, QURESHI A, ANTONIN M, TÓMÁS-SABADO J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. Papeles del psicólogo 2008; 29(3): 307-315

(8) BHUGRA D Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. Acta Psychiatr Scand 2005; 111: 84-93

(9) QURESHI A, EL HARRAK J, VISIERS C. Mediación intercultural en la salud mental. En: Mous-saoui D, Casas M. Salud mental en el paciente magrebí. Barcelona. Ed. Glosa. 2007; 287-289