



## ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA

A la hora de reflexionar sobre el impacto del hecho migratorio sobre la salud mental de la población se han manejado por lo general dos arquetipos de respuesta. Por un lado de aquellos que equiparan migración con enfermedad, que ven en el hecho migratorio un estresor grave que conlleva múltiples procesos de duelo (tierra, estatus, idioma, red social, costumbres...) y que, en su forma extrema, definen *endemismos* (como el denominado *síndrome de Ulises*) que afectarían a la vasta mayoría de inmigrantes, requiriéndose por tanto servicios especializados que puedan dar atención adecuada a esta *epidemia* psiquiátrica.

Desde otra línea de reflexión se argumenta en sentido opuesto. La mayoría de migrantes lo son desde un proyecto vital esencialmente de carácter económico. La migración constituye un reto voluntario y una oportunidad asumida no por los más pobres entre los más pobres, sino por las clases medias que acceden a los medios y recursos que permiten el hecho migratorio. Los que logran llegar, además, son aquellos que muestran más capacidad de resistencia y adaptación a la adversidad. Dicho en otros

términos, lo que finalmente llega a España es un grupo de población que representa el extremo más joven, fuerte y arriesgado (y por tanto más “sano”) del conjunto de la población del país de origen.

Es difícil adscribirse a una teoría o a la otra y la práctica clínica y la epidemiología dicen que ambas son miradas parciales y complementarias de la realidad.

En la actualidad no existen grandes estudios de prevalencia de patología mental en población general en España. La mejor aproximación a un estudio epidemiológico de prevalencia es el estudio ESEMeD<sup>(1,2)</sup>, realizado en base a entrevistas individuales con una muestra aleatoria estandarizada de más de 10.000 personas en todo el estado español. El estudio usa instrumentos psicométricos de la Organización Mundial de la Salud aplicados ya en otros países. Los resultados no muestran prevalencias significativamente diferentes entre población autóctona e inmigrante. En el *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid*<sup>(3)</sup> 2005 sobre una muestra de 8.504 entrevistas, 1.190 (14,4%) correspondieron a población inmigrante. Pese a que sus condiciones globales de vivienda y acceso a bienes son sistemáticamente peores que los de los autóctonos, no se observaron diferencias significativas en la media del GHQ-12 entre ambos grupos, con un

estimado de “posibles casos” de depresión-ansiedad de alrededor del 20% en ambos grupos de población. Paradójicamente, y controlando el efecto de sexo, edad y nivel de estudios, se observaba que el 4,2% de inmigrantes *versus* el 10% de autóctonos habían acudido a un Centro de Salud Mental Comunitaria, lo que si resulta estadísticamente significativo y confirma tendencias ya señaladas sistemáticamente en estudios previos<sup>(4)</sup>. La misma encuesta mostraba en otro apartado, en cambio, que mientras que el 66,2% de niños menores de 16 años autóctonos se consideran “muy felices”, lo son el 54% de los inmigrantes ( $p < 0,01$ ), sin que se tengan datos desglosados por zonas geográficas o por variables de tipo socioeconómico o psicosocial.

La pobreza de datos no permite hacer afirmaciones. Pero la realidad es que, hoy por hoy, carecemos de datos objetivos que permitan avalar que existen diferencias significativas en el nivel de patología psiquiátrica o de malestar emocional agudo a *nivel global* entre el conjunto de la población autóctona e inmigrante residente en España. Ni la hipótesis de la *hipersalud* (jóvenes, sanos y resistentes) de la población inmigrante ni las que plantean hipótesis de *endemismos* (como el denominado “síndrome de Ulises” u otras nosologías recientes de la inmigración) son epidemiológicamente sostenibles.

Estos datos coinciden con los de un metaanálisis reciente<sup>(5)</sup> que muestra, en base a un número muy pequeño de estudios existentes en la literatura internacional anglosajona, que no existen evidencias concluyentes para el incremento del riesgo relativo de trastornos del estado de ánimo asociados a la migración.

En todo caso se trata de una asignatura pendiente en España: tener datos epidemiológicos globales en salud mental que sean

culturalmente sensibles, es decir, elaborados con metodologías que combinen la mirada académica occidental (perspectiva *etic*) y la mirada culturalmente congruente del que llega (perspectiva *emic*). Un reto que debería asumir, por su magnitud, alguna de las administraciones sanitarias.

### La epidemiología esconde a personas

Dicho todo ello, hay que añadir que las circunstancias de la migración son tan diversas y complejas que la epidemiología puede ser tremendamente injusta. Tal y como se detallaba en el capítulo precedente, no es lo mismo ese ideal de proceso migratorio voluntario de tipo económico (como es la mayoría de la inmigración andina o rumanana) que una búsqueda de refugio en contextos de gran violencia social y política dejando atrás todo lo que se quería (como es la realidad de muchos inmigrantes colombianos o subsaharianos). No es lo mismo un camino migratorio público, que un trayecto migratorio en clandestinidad, que toma en ocasiones años y que puede conllevar múltiples experiencias de riesgo vital y supervivencia extrema (como en la migración africana o indo-asiática). No es lo mismo un camino migratorio atenuado por un colectivo importante de personas del mismo país de origen ya residentes en la zona, un idioma común y una adaptación cultural del barrio o los lugares de trabajo (como ocurre con mucha de la inmigración latina en grandes ciudades españolas), que la migración asociada a políticas de aislamiento o dispersión practicadas en algunos países europeos, etc.

Como hemos dicho, no hay datos que permitan avalar ni la idea de los inmigrantes como personas “hipersanas” ni la de la existencia de síndromes psicológicos o psiquiátricos de la migración. Es más útil y realista pensar la migración como transición

vital y actuar desde atención primaria, como se actúa frente a otras transiciones vitales. El riesgo de malestar emocional no derivaría tanto de la condición de la inmigración en sí como de la acumulación de mayor número de factores de riesgo psicosocial (desempleo, hacinamiento, leyes del país receptor injustas y vejatorias, etc.). En este sentido, por ejemplo, en diversos estudios longitudinales de tipo multivariante con solicitantes de asilo político de diferentes países en Australia<sup>(6,7)</sup> se observa, de modo consistente, que las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, el maltrato, el aislamiento o el desempleo posteriores a la llegada son mejores predictores de síntomas postraumáticos que las mismas experiencias de detención o tortura ambas previas a la solicitud de asilo. Existen datos similares en estudios con refugiados iraquíes en Suecia y en otros contextos<sup>(8)</sup>.

### Uso de servicios de salud mental

Disponemos en nuestro país de algunos (pocos) datos de utilización de servicios, de perfil de demanda y de perfiles diagnósticos en dispositivos, y descripciones nosológicas y patografías con un gran valor humano y de aproximación a la vivencia del otro, pero de los que no pueden inferirse todavía resultados de conjunto.

La tabla 1 resume los estudios publicados, que sepamos, hasta la fecha en España:

Los trabajos referenciados muestran un conjunto de datos pobre y que podría condensarse en las siguientes ideas: 1) La población inmigrante en general está infrarrepresentada en los dispositivos normalizados de la red (centros de atención primaria, centros de salud mental y unidades de hospitalización de agudos). 2) Los que consultan corresponden a población ya asentada en el país, con residencias medias superiores a los 18-24 meses, y, en general por moti-

vos, en términos sindrómicos, muy similares a los de la población autóctona, sin que aparezcan, epidemiológicamente, datos que avalen una especificidad de perfil de determinados síntomas o patologías. 3) El seguimiento al alta es más irregular, con altas tasas de abandono.

Algunos datos apuntan a que la demanda oculta (población a la que la ley niega la documentación) que podría cifrarse en este momento en entre 500.000 y 700.000 personas, está aún más infrarrepresentada en los dispositivos de salud mental españoles, siendo un colectivo que, como muestran los datos sociológicos, enfrenta una acumulación muy superior de estresores psicosociales y en los que algunos datos sugieren niveles de ansiedad y problemas afectivos que podrían incluso duplicar al del resto de la población y que en algunos colectivos, como el de la población subsahariana procedente de países no hispanohablantes (Nigeria, Malí, Sudán, Sierra Leona...) enfrentados a especial persecución y discriminación laboral, social y policial, pueden llegar a situaciones auténticamente críticas.

### ELEMENTOS DE PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL

A la hora de entender la realidad de una persona que expresa malestar psicológico desde otra cultura pueden adoptarse dos posturas. Se habla de una mirada *emic*, como decíamos más arriba, como aquella que persigue trabajar desde el marco atribucional y de comprensión la narrativa y la realidad del otro, intentando entender el marco cultural desde el que se expresa la queja y el modo en que se resolvería la misma en ese marco cultural. Es lo que intenta la antropología psiquiátrica. Desde otra mirada, que denominamos *etic*, se intenta

TABLA 1.

Dispositivo/fechas	Resultados	Otros datos relevantes
Pacientes inmigrantes atendidos en CSM Torrejón (derivados en el 100% de casos desde Atención Primaria) y pacientes de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Alcalá de Henares entre 1 junio 2001 y 31 de mayo 2002 (5,3% de población extranjera con papeles en censo local)	<b>Ochoa E, Vicente N, Díaz H (2004)<sup>(9)</sup></b> Población inmigrante: 3,2% de consultas al CSM y 4% de ingresos a Unidad de Agudos. Mayoritariamente subsaharianos y de países del Este – Patologías similares a los españoles	– Población atendida integrada (más de dos años de estancia media en España en pacientes ingresados y de 10 años en pacientes del CSM) con características similares a la española
27 inmigrantes sin papeles (50% latinoamericanos) atendidos de manera subsecuente en una consulta de atención primaria de una ONG Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg	<b>Barro S, Saus M, Barro A, Fons M. (2004)<sup>(10)</sup></b> 51,9% puntúan por encima de 4 en ansiedad y 40,7% de 3 en depresión (aproximadamente doble de la población general catalana)	– Población con múltiples factores de riesgo psicosocial: 70% sin otros familiares en España, 67% en pisos compartidos, 32% viviendo en la calle, 56% sin trabajo
Urgencias Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid) entre diciembre 2002 y diciembre 2003	<b>Quintero J, Clavel M (2005)<sup>(11)</sup></b> Infrarrepresentación de inmigrantes [15% urgencias psiquiátricas siendo el 19,36% de población] y de latinos [30% de urgencias; 60% del total de inmigrantes]	– Menor número de cuadros de ansiedad y depresión que población española, mayor número de cuadros de agitación y agresividad y tentativas autolíticas
Ingresos en Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Alcorcón (Madrid) en los años 2004 y 2005	<b>Jiménez D, Sánchez S, Zazo J, Arias F, Soto A (2006)<sup>(12)</sup></b> Infrarrepresentación de inmigrantes [5,38% del total de ingresos]	– Aproximadamente la tercera parte son psicosis tóxicas por hachís en población magrebí. En población latina, perfil diagnóstico similar al de españoles
Pacientes migrantes atendidos en un Centro de Atención Primaria de Salud a lo largo del año 2005 (n = 300)	<b>Sancho C, Lliteras M, Vázquez MD, Del Agua E (2006)<sup>(13)</sup></b> 19,33% presentan “trastornos mentales”, especialmente síndrome ansioso-depresivo, con perfiles similares a los reportados en la población autóctona	
Ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Basurto durante el año 2003	<b>Vivanco E, Hernández S, Rodríguez MT, Villarde ML, García O, Cobos AM (2006)<sup>(14)</sup></b> Infrarrepresentación de pacientes latinoamericanos. 4,5% del total de ingresos corresponden a inmigrantes (1,3% estimado de población inmigrante en el País Vasco en el 2003) a expensas, sobre todo, de cuadros tóxicos en ciudadanos magrebíes	– Los latinos que ingresan son mayoritariamente mujeres, con trabajos marginales, consumo de tóxicos (60%), baja cobertura familiar o de amigos (50%), con pareja (50%) y problemática social (40%) – 40% no siguen controles al alta y 35% lo hacen de modo errático

TABLA 1. Continuación

Dispositivo/fechas	Resultados	Otros datos relevantes
	<b>Matamala P, Crespo A (2004)<sup>(15)</sup></b>	
Población atendida en el CSM de Vallecas (Madrid) entre diciembre 2002 y febrero 2003	Infrarrepresentación (6% de pacientes inmigrantes (25% de Ecuador, 6% de Bolivia, 5% de Colombia, 3% de Perú) frente al 9,5% de población inmigrante). Incidencia anual población autóctona: 11,34 por mil; inmigrantes: 6,48 por mil	– 63% ansiedad-depresión, 15,8% somatizaciones, 13,2% síntomas psicóticos – Estancia media prolongada (2,4 años). El 65% de los inmigrantes de la muestra tienen problemas “sociales, familiares, laborales, económicos, legales y de rechazo social”
	<b>García M, Poyo F (2006)<sup>(16)</sup></b>	
Población inmigrante que demandó atención en el Hospital Psiquiátrico R. Lafora de la Comunidad de Madrid entre los años 1996 y 2004	– No dan datos de incidencia – Los diagnósticos más frecuentes en la urgencia y al ingreso son trastornos por agitación y descompensaciones psicóticas (como corresponde al tipo de hospital). Un 35% al alta eran diagnosticadas como “psicosis sin especificar”, mostrando dudas diagnósticas. En pacientes latinos mayor frecuencia de trastornos afectivos que de psicóticos	
	<b>Gotor L, González C (2004)<sup>(17)</sup></b>	
Comparación de una muestra de 60 pacientes inmigrantes (41% latinoamericanos) versus 120 control dados de alta entre octubre 2000 y marzo 2001 en los Hospitales Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), Universitario de Getafe, José Germain y Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	Peor continuidad de cuidados. Tres veces más posibilidades de no acudir a la cita de seguimiento tras el alta hospitalaria (35% versus 13% [OR = 3,59 (1,68-7,67)])	El principal factor es la ausencia de familiares cercanos o de red social de apoyo (aumento de 10 veces el riesgo relativo de no acudir). Las dificultades económicas aumentan en 3 veces el riesgo, aumentando hasta 8 veces con ingresos mensuales inferiores a 240 €

adaptar las categorías médicas occidentales a las que el clínico está habituado a los síntomas del paciente y “traducir” la queja al sistema médico propio. La psiquiatría transcultural promueve este enfoque. Probablemente sea necesaria, ante un determinado paciente, una conjunción de las dos. Es inevitable intentar traducir la realidad del otro a los códigos propios. Pero eso tiene claros riesgos y un alto peligro de yatrogenia. Por otro lado lograr mirar la realidad desde los ojos del otro cuando se trabaja en

medios multiculturales con personas procedentes de literalmente decenas de marcos étnicos, resulta sencillamente poco realista.

Desde una postura que aboga por la mirada *emic* (trabajar *desde el otro*) intentaremos en esta sección, para simplificar la comprensión y desde la realidad de la presión asistencial y las dificultades del trabajo en atención primaria, dar algunas pautas desde una mirada *etic* (partiendo de las clasificaciones psiquiátricas occidentales). Se trata, sobre todo, de ideas clave de carác-

ter general que consideramos deben tenerse presentes para el manejo de patología psiquiátrica en atención primaria.

### Síntomas psicóticos: relativismo cultural de los delirios y las alucinaciones

#### Delirios

Hablamos de un delirio como de una creencia irracional que la persona defiende de manera firme a pesar de los argumentos o pruebas que existen en sentido contrario, y que no es consistente con la información de que dispone el individuo o con las creencias culturales de su grupo social de referencia. Los delirios deben lógicamente reflejar el tiempo y el espacio cultural en el que se producen. Un paciente paranoide en una ciudad occidental se quejará de que los vecinos lo controlan a través del televisor o de que recibe radiaciones de un satélite, mientras que un paciente de idénticas características de un poblado africano identificará probablemente a sus agresores con espíritus incomodados por alguna transgresión.

Por eso, es imprescindible conocer en detalle la matriz cultural de extracción de la persona antes de decidir si sus creencias son o no delirantes. Leff<sup>(18)</sup>, en una revisión clásica del tema, cita a Field (1968) para quien en Ghana *“la gente es sorprendentemente paranoide. En casas, camiones, barcas, cajas de herramientas o máquinas de coser se pueden leer frases como “No creas a nadie”, “Me rodean enemigos”, “Ten miedo a los hombres y juega con las serpientes”, etc.* Explica que *“un carpintero al que le entró un cuerpo extraño en el ojo mientras iba en bicicleta no hizo ningún intento para extraerla, sino que fue directamente a ver a un adivino para que le averiguara quién se lo había mandado”*. Este tipo de observación suele ser parte de la cotidianidad de todas las sociedades pequeñas

y cerradas en general, y no es tampoco extraño en algunas zonas de España.

A ello coadyuva la tolerancia social o el franco aliento a las expresiones mágicas. Determinadas religiones (como los cultos adventistas o pentecostales) estimulan por ejemplo que la gente *“hable en lenguas”*, como un estadio de éxtasis y superioridad religiosa. Los creyentes pronuncian sílabas sin sentido que se entienden como manifestación de la inspiración divina. Se suele citar con frecuencia a San Pablo quien, en su epístola a los Corintios, ya prevenía contra esta práctica y decía: *“si debe oírse en la reunión que alguien habla en lenguas, no dejéis que sean más de tres los santos que exhiban este don, y en sucesión uno después de otro. No les dejéis hablar en lenguas a menos que haya alguien que sea capaz de entender las palabras e interpretarlas a los asistentes. Si toda la congregación hablara en lenguas a la vez y un no creyente o alguien sin experiencia en estos dones los viera, pensaría: están todos locos”*.

La relación entre culto religioso y enfermedad mental tiene, por otro lado, doble dirección. Las iglesias evangélicas tienden a atraer a personas con esquemas más grupales y colectivistas, que expresan más a través del cuerpo y la exteriorización pública de sentimientos y a ciertos sectores de población con mayor desestructuración y desarraigo (lo que incluiría a inmigrantes recientes, personas con psicosis o trastornos de personalidad, etc.). En este sentido algunos datos apuntarían a que en grupos religiosos como los testigos de Jehová habría hasta dos veces más personas con trastornos neuróticos y cuatro veces más personas con esquizofrenia<sup>(18)</sup>.

#### Alucinaciones

Las alucinaciones en culturas no occidentales tienen menor valor de lo que la psiquiatría euroamericana les suele conferir

como elementos diagnóstico clave en las psicosis. Diversos trabajos han mostrado cómo, en nuestro propio medio, el 50% de las personas que están en las primeras semanas de un duelo por fallecimiento de la pareja experimentan alucinaciones relacionadas con la persona fallecida. En algunos casos esto se produce incluso años después de la pérdida<sup>(19)</sup>. En algunas culturas este tipo de percepciones están culturalmente reconocidas y avaladas. Así el *Peyewün* es la visión, entre la etnia mapuche, de la persona pocas semanas después de su muerte. Tradicionalmente puede aparecer en un cruce de camino, a pie o montado a caballo. Se interpreta como que la persona aún desea cuidar sus cosas<sup>(20)</sup>. Fenómenos similares existen en culturas africanas o asiáticas.

Probablemente los fenómenos alucinatorios o pseudo-alucinatorios sean también bastante frecuentes en nuestra sociedad pero el estigma asociado a ellos haga que la gente prefiera callarse y no comentarlo. La tolerancia social afecta sin duda al *dintel* de aparición de las alucinaciones. En culturas en que tener contacto con espíritus es altamente valorado, es frecuente que la persona manifieste tener alucinaciones visuales o auditivas. Recordemos que con frecuencia uno ve lo que quiere ver. Hay numerosas etnias en las que tener alucinaciones no sólo no tiene connotaciones negativas, sino que confiere un cierto estatus elevado sobre los demás. Las palabras o las imágenes suelen corresponder en la mayoría de casos a las de un antecesor y la visión puede estar en relación con actos propiciatorios o ceremoniales o con avisos respecto a situaciones pasadas o futuras. Las visiones son un signo de llamada de las fuerzas sobrenaturales para ser sacerdote o sanador. Desde este marco cultural, los muertos vivirían en el mismo mundo psíquico que el individuo.

Conviene por tanto ser cautos al considerar este tipo de síntomas como indicadores de patología psicótica mayor y ser conservadores en el uso precoz de neurolépticos.

### Aspectos transculturales del síndrome esquizofrénico

- El Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS y otros utilizando los criterios de la Organización Mundial de la Salud muestran que se pueden diagnosticar cuadros de esquizofrenia en todos los países y culturas y se considera, por tanto que, como enfermedad, sería universal.
- Hay ligeras variaciones en la incidencia en las diferentes culturas, atribuibles probablemente a las diferencias en la patogénesis (del mismo modo en que hay diferencias en la prevalencia de hipertensión, diabetes o cáncer de colon en función de factores ambientales). En el caso de la esquizofrenia podrían influir variaciones en la distribución de infecciones perinatales, deficiencias nutricionales, traumatismos craneoencefálicos, trastornos endocrinos o abuso de sustancias. Esto por sí sólo no explica, por el momento, las cifras notablemente más elevadas de prevalencia en ciertas áreas geográficas (p. ej., Irlanda, Croacia, norte de los países escandinavos, o inmigrantes caribeños de segunda generación en Inglaterra) por lo que deberían aceptarse quizás algunos determinantes genéticos.
- Respecto a la clínica en las culturas no occidentales la esquizofrenia se presentaría *coloreada* por los elementos culturales (aunque manteniendo el síndrome nuclear). Así, por ejemplo, en la esquizofrenia en Japón hay un aumento de la frecuencia de síntomas fóbicos y de cul-

pa y aparecen con frecuencia formas exageradas de autoacusación. En China en la presentación se da, en cambio, gran relevancia a los síntomas somáticos, etc. Pero en una cultura u otra habría un núcleo (delirio/pseudoalucinaciones) reconocible.

- En cuanto a los subtipos y las formas de presentación en los países occidentales (exceptuando Japón) los estudios señalan que se hizo el giro de las esquizofrenias con fondo afectivo o las catatonías a las formas de esquizofrenia paranoide que son actualmente la abrumadora mayoría. En las de los países no euroamericanos este cambio se estaría produciendo ahora, y cada vez aparecerían con mayor frecuencia personas con esquizofrenias paranoides, en detrimento de las agudas o las de fondo afectivo. Este fenómeno no es tan sorprendente si se tienen en cuenta al menos 3 factores: 1) Los estudios clásicos que describían cuadros catatónicos no tenían bien perfilado el terreno en que solapan los trastornos afectivos y esquizofrénicos. Hoy en día se sabe que la mayoría de cuadros catatónicos corresponden a síndromes afectivos y no esquizofrénicos. Habría pues un problema de variación de los criterios diagnósticos. 2) La segunda causa de catatonía son los síndromes orgánicos cerebrales (neoplasias, encefalitis, cuadros degenerativos...) mejor diagnosticados y tratados hoy por hoy en los países occidentales. 3) Los síntomas catatónicos desaparecen rápidamente en la actualidad con la administración de neurólpticos y ya no reaparecen.
- En cuanto al curso clínico, en culturas no occidentales las esquizofrenias se describen como cuadros de inicio agudo y fulminante y remisión completa, frente a los cuadros más solapados y con evo-

lución con tendencia a la cronicidad de los países occidentales. No hay todavía una explicación plausible para este proceso de cronificación de los pacientes con esquizofrenia que se asocia al medio euroamericano, existiendo múltiples hipótesis en estudio.

Las diferencias en la forma de presentación, el curso y el pronóstico, unido a que los términos esquizofrenia "simple", "hebefrénica", "indiferenciada", etc., son de difícil aplicación en muchos países no euroamericanos, ha hecho que, en general, se postule que la única distinción que parece útil en términos pronósticos y sobre todo terapéuticos en las personas no occidentales sea entre formas agudas y crónicas de esquizofrenia.

En este sentido, para entender las psicosis en el sur habría que rescatar, para Wig<sup>(21)</sup>, psiquiatra de origen hindú, el diagnóstico de psicosis *histórica*. En la India son muy frecuentes, en su experiencia, los cuadros psicóticos que asientan sobre personalidades que él denomina "marcadamente *históricas*". En todos estos casos, como en los referidos en África por múltiples autores, acostumbra a haber un precipitante en forma de estrés agudo. Si intentáramos rescatar el concepto evitando el término *histeria* podría decirse que se trata de *psicosis transitorias mal diferenciadas, fácilmente producidas por desencadenantes ambientales y de aparición recurrente*. No hay datos de seguimiento longitudinal de estas psicosis como para situarlas en la familia de las esquizofrenias o no.

### Trastornos por ansiedad-trastornos por somatización

#### Expresión corporal de emociones

Los cuadros conversivos o disociativos están en franca disminución en el medio



occidental. Este tipo de reacciones han pasado a considerarse socialmente un signo de debilidad y de falta de autocontrol. Se trataría, en nuestro medio cultural, de formas socialmente cada vez menos toleradas de expresión de emociones. Algo muy distinto de lo que ocurría, por ejemplo, en la era victoriana en la que los desmayos eran signo de sensibilidad y delicadeza (el famoso *bote de las "sales"*). El diagnóstico de *histeria*, ahora en desuso, centraba la atención de los psiquiatras de la época.

Puede verse el cambio radical experimentando en apenas veinte años cuando se comparan los estudios epidemiológicos de tipo psiquiátrico realizados con soldados que combatieron en la I y en la II Guerra Mundial. En Europa y Estados Unidos en el período entre ambas guerras prácticamente desaparecieron los cuadros de disociación o *conversivos* (que eran el diagnóstico más frecuente), siendo reemplazados por cuadros de *ansiedad*, *neurastenia* y *somatización*, que a partir de los 70 pasaron a ser cuadros de "estrés" y "psicosomáticos". Si además nos vamos a las cifras de estos cuadros a lo largo del siglo puede verse que este tipo de diagnósticos aparecían independientemente de la clase social o el nivel intelectual del soldado u oficial, lo que indica que *el factor cultural predominaría sobre el nivel intelectual* a la hora de determinar la *forma de expresión del distrés*. Dicho de otro modo, presentar una respuesta disociativa o conversiva tiene que ver con lo culturalmente normativo en ese momento histórico y espacio cultural más que con la idea de tener mayor o menor "madurez" o "inmadurez" a la hora de enfrentar los problemas.

Los fenómenos disociativos/conversivos (cegueras, parálisis, monoplejías, convulsiones, pérdidas de conciencia...) siguen teniendo una importancia enorme en la clínica de

las culturas menos occidentalizadas. Se trata, por tanto, de una forma normal de expresión de emociones displacenteras y no deben interpretarse necesariamente, como decimos, como una falta de recursos emocionales o una falta de mecanismos "maduros" de afrontamiento. En esta línea cabe entender que la hipocondría y los trastornos psicosomáticos son el principal diagnóstico psiquiátrico en hombres en medios árabes, y la neurastenia el principal diagnóstico no psicótico en China. En los pacientes occidentales se postula, en cambio, una relación inversa entre la expresión franca y abierta de ansiedad y depresión y la presentación somática de síntomas y se consideran normativas las formas cognitivizadas de ansiedad, hablándose de "alexitimia" cuando una persona no identifica o verbaliza sus emociones con facilidad. En este sentido constituiría una forma de etnocentrismo cultural hablar de "alexitimia" y considerarlo un factor patógeno a tratar, en culturas en que lo habitual es que las emociones se expresen con el cuerpo o incluso que proscriben la apertura emocional a los demás como inadecuada o susceptible de provocar mayor daño a uno mismo o a los demás. Cuando un paciente árabe insiste repetidamente en sus dolores de espalda o musculares sin evidencias físicas aparentes o sin respuesta adecuada a analgésicos *puede estar expresando con ello malestar emocional o conflictos subyacentes* sin que sea necesario ni se deba forzar que verbalice textualmente emociones de tristeza, angustia u otras.

### Trastornos afectivos

Se considera desde la OMS que la depresión se presenta de una u otra forma en todas las culturas, aunque en los países menos occidentalizados lo hace, igual que ocurre con la ansiedad, con predominancia de sín-

tomas somáticos e hipocondríacos, siendo mucho menos prominentes los trastornos clásicos del humor euro-americanos.

El principal problema con que se enfrenta un médico occidental al intentar entender los trastornos depresivos en otras culturas es, por tanto, el de los diferentes modos de presentación.

Además, la cultura occidental ha centrado el estudio de las emociones en la tristeza y la ansiedad, prestando muy poca atención a otras emociones (como el miedo o la rabia) que son muy importantes en otras culturas como marco de comprensión del malestar emocional. A ello hay que añadir que los criterios diagnósticos occidentales resultan especialmente inadecuados en el área de los trastornos afectivos. Por ejemplo, para los psiquiatras occidentales la gravedad de una depresión se asocia, además de a las alteraciones del humor y la anhedonia, al llanto y a la existencia de síntomas biológicos objetivos (anorexia con pérdida de peso superior al 10-15 por ciento, insomnio de tercera fase con despertar precoz al menos dos horas antes de lo habitual, etc.) lo que puede no tener mucho que ver con los síntomas somáticos relevantes en otras culturas donde, por ejemplo, el llanto puede no resultar relevante, o existen otros síntomas de mayor peso diagnóstico como la incapacidad para mantener el trabajo diario y el cuidado propio y de los demás. Hablar de pérdida de peso como criterio diagnóstico en determinados contextos puede llegar a ser una ironía. Más allá de todas estas consideraciones, la idea de depresión mantiene la separación artificial entre soma y psique, entre lo "somatoforme" y lo "afectivo", cuando en la mayoría de culturas se tiene, como veíamos, una perspectiva sincrética.

Por eso resulta útil, en la práctica: a) Pensar más respecto a los problemas bio-psico-sociales concretos que presenta la per-

sona y el mejor modo de enfrentarlos sin forzarse a distinguir entre lo somático, lo depresivo y lo ansioso. b) Prestar atención al órgano de expresión (digestivo, respiratorio...), al modo de presentación (agudo, subagudo, crónico...) y a las posibles situaciones y contextos disparadores presentes o pasados para buscar pautas de intervención apoyándose en lo que sería culturalmente esperable para resolver las situaciones más que en lo que el médico pueda creer que sería adecuado desde su propia óptica. c) Ampliar el espectro de emociones y psicopatología a explorar y no quedarse solo en la tristeza. Muchas veces lo que subyace son reacciones de rabia/ira, miedo intenso, impotencia y otros. Es bueno evitar la reificación de la tristeza y estar atentos a expresiones o signos que traduzcan otras posibles emociones.

### Otras neurosis

En esta misma línea el papel de otros posibles cuadros psiquiátricos y su presencia o no en las consultas médicas dependerán de lo que sea social e institucionalmente considerado "motivo de consulta". Así, en el estudio epidemiológico de Wig<sup>(21)</sup> se muestra cómo en los hospitales de la India los diagnósticos de trastorno obsesivo y trastorno fóbico son prácticamente desconocidos, pero no porque no existan sino porque ni el paciente ni el médico consideran que sean motivos de consulta. El problema es el marco conceptual. En la misma línea cabe pensar respecto al tema de la neurastenia en China. Durante décadas la neurastenia ha sido el principal diagnóstico médico en China, donde era atendido por el médico general con una intervención de tipo integral<sup>(22)</sup>. La progresiva introducción de los modelos culturales y diagnósticos euro-americanos está desplazando a estos pacientes de la medicina tradicional y la medicina

general a la atención en salud mental. Las consecuencias de esta intromisión para el futuro son impredecibles.

### Abuso de sustancias

En este apartado más que en ningún otro los conceptos de la medicina occidental deben considerarse con cautela. ¿Cómo puede definirse el “abuso de sustancias” desde una perspectiva que sea válida en todas las culturas? Hay subculturas, por ejemplo, que en base a criterios religiosos o culturales exigen la abstinencia absoluta y consideran “anormal” cualquier consumo de alcohol. Otras, en cambio, toman como referencia el momento (“anómalo” consumir en una celebración religiosa o durante al trabajo, “normal” el consumo en fiestas o reuniones familiares), la edad (“anómalo” el consumo en mujeres, o en menores de edad) y otras, en fin, las consecuencias (“anómalo” cuando se asocia a negligencia en las responsabilidades personales, familiares o comunitarias y “normal” cuando por alto que sea el consumo no se descuidan las obligaciones).

Suponiendo que fuera este último el criterio más extendido, ¿dónde se establece el dintel, dada la gran diferencia en la tolerancia social a estas situaciones? No podemos olvidar que ciertas conductas “anómalas” (peleas, dormir parte de la noche en la calle o beber esporádicamente pero de modo compulsivo hasta la pérdida de conciencia) son en realidad, desde algunas subculturas, hechos culturalmente “normales”. Algunos autores<sup>(23)</sup> proponen que el médico debe intervenir siempre que exista tolerancia fisiológica y/o situaciones de riesgo para uno mismo o los demás (p. ej., uso de *cannabis* o hachís mientras se conduce o uso en menores de edad), independientemente de las normas étnicas o culturales.

Estas consideraciones son clave en el tema

de las adicciones, desde un modelo motivacional, dado que cualquier intervención terapéutica parte de la propia motivación al cambio del paciente. Es necesario, por tanto, el convencimiento (aunque sea parcial) de que existe un problema a resolver.

Una entrevista motivacional intenta explorar las consecuencias del consumo en las diferentes áreas de la vida de una persona (médica-somática, de relaciones de pareja y familiares, laboral y social y legal) para que en la medida en que algunas de estas áreas sean valoradas como “problema” por el paciente, pueda abrirse un espacio de motivación a la ayuda y al cambio. Para avanzar en la alianza médico-paciente en el campo de las adicciones habrá que hacerlo, necesariamente, incluyendo los elementos culturales relativos al consumo.

En la práctica podría ser recomendable:

- Trabajar de modo exhaustivo con el paciente sobre las consecuencias médicas del consumo de la sustancia, dando una información adecuada y detenida sobre el resultado de analíticas o exploraciones que muestren el daño orgánico derivado del mismo o información escrita sobre las consecuencias futuras de mantener el consumo.
- Establecer distancia con lo que pudiera ser visto como consideraciones morales o éticas o reprobación de las conductas del paciente (“cada persona es libre de hacer lo que considere. Yo sólo le informo de que la situación es seria dado que...”).
- Ofrecer información médica objetiva partiendo de la base que de lo relevante no es la cantidad sino el efecto, y que en este sentido cada persona es médicamente única.
- Aceptar, cuando no haya más remedio o al menos inicialmente, que el objetivo no sea la abstinencia, sino la reducción del consumo.
- Dados los diferentes patrones, roles y dinámicas familiares existentes en cada cultura, manejar

con cautela la implicación de la familia en las diferentes fases del tratamiento y consensuarlo siempre con el paciente.

### Trastornos de la personalidad

Cabe cuestionar seriamente la universalidad de las estructuras de personalidad, empezando porque no hay un único concepto de "persona" y de "yo" en todas las culturas. En muchas culturas colectivistas la persona se define no en términos de rasgos abstractos duraderos inherentes a ella misma, sino en términos de relación con los otros. Es decir, la respuesta a la pregunta: ¿Cómo diría que es usted?, no sería "nervioso", "extrovertido" o "maniático", sino "fiel", "honesto", o "aislado".

En este sentido, más que pensar en términos de trastornos de personalidad puede ser útil: a) Pensar qué maneras de actuar (*¿rasgos de personalidad?*) de la persona parecen ser pocos flexibles y maladaptativos y provocarles problemas en el funcionamiento diario con los demás. b) Intentar averiguar con el paciente o la familia como es la "manera de ser correcta" (*¿personalidad ideal?*) en esa cultura (puede explorarse con preguntas como: "¿Cómo le gustaría que fueran sus hijos?", "¿Cómo intentaría criarlos?"), la manera de ser *típica* (*¿Cómo cree usted que es la mayoría de la gente en su país? ¿Cómo se comportaría la mayoría de la gente en esta situación?*). El ideal de "personalidad" budista podría corresponder a un trastorno esquizoide euroamericano. En el campo de lo anecdótico, se suele decir, por ejemplo, que entre los esquimales Inuit las formas extremas de afirmación personal, de puntualidad y de toma independiente de decisiones, son calificadas como *inmadurez*. c) Apoyarse en la idea del grado de *ego-distonía* de los síntomas, es decir, hasta qué punto la persona siente que esa manera de ser es un problema en su vida y desea cam-

biarlo. d) Apoyarse en la opinión de familiares y personas de referencia que le han conocido de siempre.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso J, Angermeyer MC, Lépine JP. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psych Scand* 2004; 109 (s420): 5-7.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* 2004; 109: 21-7.
3. Consejería de Sanidad. Estudio de Salud de la Comunidad de Madrid. 2006.
4. Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanitas* 2007; 13: 1-25.
5. Swinnen S, Selten JP. Mood disorders and migration. *Brit J Psych* 2007; 190 (1): 1906-10.
6. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 351-7.
7. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of Detention and the Mental Health of Asylum Seekers. *JAMA* 2000; 284: 604-11.
8. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 90-4.
9. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Díaz Moreno H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría.com* 2004; 8. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/131/>.
10. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34 (9): 504.
11. Quintero J, Clavel M. Emigrantes, inmigrantes y estrés. *INTERPSIQUIS* 2005.

12. Jiménez D, Sánchez S, Zazo J, Arias F, Soto A. Ingresos de inmigrantes en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Anales de Psiquiatría* 2006; 22 (3): 111-5.
13. Sancho C, Lliteras M, Vázquez MD, Del Agua E. Estudio de prevalencia en población inmigrante. *Anales de Psiquiatría* 2006; 22 (2): 67-71.
14. Vivanco E, Hernández S, Rodríguez MT, Villarde ML, García O, Cobos Ana M. Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados? *Revista Norte de Salud Mental* 2006; 23: 63-74.
15. Matamala P, Crespo A. Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario. INTERPSIQUIS 2004.
16. García M, Poyo F. Inespecificidad en el diagnóstico psiquiátrico en la atención a población inmigrante. INTERPSIQUIS 2006.
17. Gotor L, González C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 560-8.
18. Leff J. *Psychiatry around the globe. A transcultural View*. Londres: Gaskell; 1998.
19. Worden WJ. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. 3ª ed. Barcelona: Paidós; 2007.
20. Pérez-Sales P, Bacic R, Durán T. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica. Santiago de Chile: Publicaciones Universidad Católica de Chile/Lom; 1999.
21. Wig NN. Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. Aspectos transculturales. *Confrontaciones Psiquiátricas* 1994; 20: 12-45.
22. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University California Press; 1998.
23. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.

