

Título: Conductas suicidas en población inmigrante: un enfoque cultural.

Autores: Miguel Ángel Quintanilla, Eva Villas, Silvia Mabry, David Calvo, Patricia Gracia-García, María Argemí, Natalia Casanova, José Ignacio Latorre, Miguel Ángel García-Gómez

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Resumen:

Existe un aumento del interés por la psiquiatría transcultural debido al incremento del fenómeno migratorio. El acceso a los servicios de salud se relaciona con factores culturales. Los servicios generales de salud y los de salud mental deben estar preparados para responder a las necesidades de la población inmigrante.

El objetivo de esta conferencia es profundizar en el fenómeno de la emigración, los problemas de salud mental de población inmigrante y la respuesta de los servicios sanitarios a sus demandas.

El intento de suicidio supone una situación excepcional de crisis que requiere una atención especial. En un estudio descriptivo nosotros observamos la frecuencia de conductas suicidas por pacientes inmigrantes atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza entre Junio de 2006 y Julio de 2007.

También describimos algunas diferencias en la adaptación relacionadas con la cultura de origen (asiática, magrebí, subsahariana, rumana, latinoamericana). Se deben tener en cuenta sus características particulares a la hora de atender en servicios médicos o de psiquiátricos a estas poblaciones.

Palabras clave: conducta suicida, psiquiatría cultural, inmigración.

Title: Suicide attempts in immigrant people: a cultural approach.

Key words: Suicide attempt, cultural psychiatry, emigration.

Abstrac:

The interest on transcultural psychiatry has recently increased because of the growing emigration. The access to health services are related to culture factors. General and mental health resources should be prepared for the needs of immigrant population.

The aim of this conference is to reflect on the phenomenon of emigration, the mental health problems of emigrant people and the response of sanitary services to their requirements.

Suicide attempt supposes a exceptional crisis situation to wich we must pay special attention. In a descriptive study we look for the frequency of suicidal behaviours in immigrant patients attended at the emergency service in the Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" of Zaragoza (España) from June 2006 to July 2007.

We also describe some differences in adaptation related to the original culture (Asian, Maghrebian, Sub-Saharan, Rumanian and Latin-American). We must be aware of these peculiarities when immigrant people ask for medical or psychiatric attention.

En pocas décadas, España ha pasado de ser un país puramente emisor de emigrantes a ser receptor de un intenso flujo migratorio. Desde el año 2000, España ha mostrado una de las mayores tasas de migración del mundo. Este crecimiento de la población de inmigrantes ha hecho que la atención sanitaria general y de salud mental deba adaptarse y prepararse para resolver las necesidades de esta población. Creemos por ello imprescindible conocer la realidad de estos nuevos pacientes de cara a facilitar una adecuada atención. En este trabajo medimos un aspecto concreto, la solicitud de atención en urgencias por gestos suicidas, puesto que nos parece un paradigma de la demanda de atención en salud mental y una situación de crisis excepcional que debe recibir cuidadosa respuesta.

En España la inmigración presenta unas características espaciales en comparación con los países de nuestro entorno: (1)

- Predominio de inmigrantes de “primera generación”.
- Alto índice de “ilegalidad” o situación administrativa irregular.
- País puerta de entrada al espacio Schengen europeo para el colectivo africano.
- Lazos culturales con el colectivo hispanoamericano.
- Necesidad de rejuvenecimiento generacional.

Nuestro sistema sanitario se crea pensado para una población culturalmente homogénea. Debemos adaptarnos a una sociedad diversa en creencias y culturas. Debemos obtener las competencias para las patologías foráneas, los condicionantes de raza y la sensibilidad cultural. (1)

Destacamos como nuestro marco legislativo (“Ley de Extranjería” LO 4/2000) reconoce el derecho idéntico a la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones que los españoles, a todos los extranjeros que se encuentren en nuestro país con el único requisito de estar empadronado (independientemente de su situación administrativa). Aún en el caso de no tener ningún “papel”, los extranjeros que están en nuestro país tienen derecho a la asistencia pública de urgencia y a la continuidad de dicha atención hasta su curación. (1)

El proceso de adaptación al país anfitrión conlleva la pérdida de elementos significativos de la persona, lo que supone una fuente de estrés importante en el inmigrante. La capacidad de adaptación está condicionado por diferentes factores: la semejanza cultural, la receptividad del anfitrión, la edad del individuo, su personalidad... (2)

La aculturación se define como los procesos de cambio que son resultado del contacto continuado cara a cara de individuos de diferentes culturas.(3) La “aculturación” habitualmente supone el cambio individual que va aceptando los valores de la cultura “dominante”.(4) Modelos de aculturación: Aceptación-Adaptación-Reacción. Asimilación-Integración-Separación-Marginación. Stress de la aculturación. Ajuste psicológico. Manifestaciones clínicas de los trastornos. (3)

El proceso de adaptación se compone de cuatro factores: (2, 4)

- integración (maneja ambas culturas),
- asimilación (adopta la cultura anfitriona, rechazando la propia),
- separación (niega la cultura receptora manteniendo la de origen),

- marginación (rechazo de ambas culturas).

Los procesos dependen de diferentes factores como lenguaje, estilo cognitivo, rasgos de personalidad, identidad personal, actitudes, estresores relacionados con la adaptación, diferencias y factores intergeneracionales.(4) El ajuste migratorio depende de factores personales: sexo, edad, idioma, antecedentes personales, empleo/ocupación, ajuste social/familiar, expectativas migratorias.(5) El estrés relacionado con la migración (dificultades para encontrar un lugar para vivir, encontrar un trabajo adecuado, establecer una red de apoyo social, ser aceptado por la sociedad del país receptor, los relacionados con la adquisición de un nuevo idioma), junto con los estresores psicológicos de separación y abandono de situaciones familiares, nostalgia, sentimientos de extrañeza, tener que renunciar a creencias propias o procedentes de su cultura. (5)

Los procesos migratorios hay que valorarlos a largo plazo pues existen problemas diferentes a los procesos de adaptación inicial de las primeras generaciones en las siguientes generaciones de la población migrada, fruto de los conflictos entre el balance de la cultura adquirida y la de origen. (5)

Las medidas de apoyo pueden ser personales, familiares o por grupos migratorios que en ocasiones generar ghettos de identidad cultural en el país de acogida(5).

A la hora de valorar el proceso migratorio para comprender los procesos adaptativos tenemos que explorar los condicionantes que lo han rodeado: (4)

- Antes:

- Razones
- Súbito/Planeado
- Económica/Política
- Preparación
- Individual o en grupo
- Grado de control

- Migración:

- ¿Cuándo?
- Edad
- Reversibilidad
- Status de refugiado
- Experiencias previas

- Después

- Diferencias entre expectativas y realidades
- Logros y expectativas
- Actitudes hacia el nuevo país
- Facilidades de la nueva sociedad
- Asimilación/alineación
- Soporte disponible

Las diferencias de prevalencia de enfermedades mentales no se deben a factores étnicos sino que parecen estar relacionadas con el hecho de ser inmigrantes. (5)

La psicopatología y su fenomenología están profundamente relacionadas con la cultura lo que hay que tener en cuenta a la hora de abordar estos problemas. (4)

La depresión en los inmigrantes posee unas características específicas. Se encuentra condicionada por las vivencias de la migración (la elaboración del duelo migratorio), y por la interpretación que desde la cultura de origen se hace del trastorno mental. En cuanto a la sintomatología afectiva podemos señalar como rasgos diferenciales con la depresión “occidental” que hay menos sentimientos de culpa y que hay mayor tendencia a somatizar el malestar psicológico. (6)

Los factores culturales que influyen en la conducta suicida incluyen: la religión (las religiones que creen en la reencarnación no rechazan tan enfáticamente el suicidio), factores sociodemográficos (relación inversa entre nivel socioeconómico y tentativas suicidas), guerras/conflictos, abuso de alcohol/drogas, apoyos sociofamiliares. (4)

La emigración comporta un desarraigo afectivo y cultural, ya que, en su nuevo país, el emigrante encuentra nuevas costumbres, lenguaje y tradiciones, además de dificultades para conseguir un empleo, todo lo cual propicia el aislamiento e incrementa el riesgo de suicidio. Sin embargo, el riesgo es menor cuando emigra toda la familia ya que en esta caso el desarraigo es también menor y la adaptación al nuevo medio mucho más fácil, tal como se ha visto en familias de emigrantes que han conservado durante las primeras generaciones las mismas tasas de suicidio de su país de origen. Así mismo, el riesgo es menor en los jóvenes que en los ancianos, ya que aquellos se adaptan mejor al nuevo medio, tal como ocurre con los que emigran por voluntad propia. Por último, el mantenimiento de las costumbres y tradiciones del país de origen facilitan la integración en grupos de individuos de una misma procedencia, por lo que se la ha atribuido un efecto protector. (7) Se han documentado en algunos estudios los beneficios de programas de intervención preventivos especialmente diseñados a planificar intervenciones dirigidas grupos específicos de alto riesgo (como personas que recientemente han perdido el empleo). (3)

Podemos encontrar menor tasa de uso de los servicios sanitarios en población inmigrante fruto de la concepción de la sintomatología psiquiátrica como parte integrante de la vida, sin concebirla como enfermedad, dificultades para encontrar en el sistema sanitario el apoyo deseado. (4)

En la atención clínica debemos: (4)

- tener en cuenta nuestras limitaciones, competencias, fortalezas y debilidades
- tener en cuenta como la cultura propia ha influido en nuestra formación
- conocer las fortalezas de la cultura del paciente
- conocer como nuestra cultura se relaciona con la del paciente
- valorar a los familiares y cuidadores
- asegurar la confidencialidad
- asegurarse del entendimiento correcto en ambas direcciones
- evaluar las dificultades idiomáticas
- no dar nada preconcebido del paciente

Consejos de buena práctica: (4)

- tener en cuenta el idioma principal, la religión, etnia e identificación cultural.
- asegurar y reasegurar el entendimiento de los términos en ambas direcciones.

- identificar dificultades idiomáticas
- identificar vocabulario compartido
- no realizar juicios de valor
- ser sensible a los tabúes religiosos o culturales
- confidencialidad
- no utilizar a los familiares como interpretes a no ser estrictamente necesario
- implicar de manera adecuada a familiares y apoyos sociales
- discutir los hallazgos con una persona independiente familiarizada con la cultura, sin menoscabar la confidencialidad

Mostramos a continuación un trabajo que fue comunicado en formato póster en el pasado Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en noviembre de 2008 en Valencia. Con el título: **“Conducta autolítica en pacientes inmigrantes atendidos en Urgencias, un estudio descriptivo”** (8), quiso ser un acercamiento a las necesidades mostradas por este colectivo y las respuestas generadas.

Material y métodos:

Se tomaron como muestra todos aquellos pacientes que fueron atendidos en Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano-Blesa en el periodo comprendido entre julio de 2006 y junio 2007, siendo el motivo del aviso una conducta autolesiva. Los pacientes fueron vistos por Residentes y/o Adjuntos de Psiquiatría de guardia a quienes se les solicitó colaboración desde el servicio de Urgencias, bien desde Clasificación, desde Urgencias de Medicina Interna o desde Boxes de Observación. Se han empleado los Informes emitidos en Urgencias a raíz de ese episodio pertenecientes a cada uno de estos pacientes, extrayéndose datos sociodemográficos y clínicos.

Resultados:

De un total de 239 pacientes, 17,5% fueron pacientes inmigrantes. Un 31,7% procedían de América Latina, un 24,4% de Europa del Este y un 7,3% de África subsahariana.

La media de edad fue en la población inmigrante de 27,41 años, entre 14 y 51 años. En nativos las edades oscilaron entre 14 y 81 años, con media de 37,53 años. Siendo las diferencias en la media de edad estadísticamente significativas (e.s.) inferior en la población inmigrante. ($p < 0,05$)

Entre los inmigrantes encontramos un 70,7% de mujeres, un 56% están casados. En el caso de los nativos son un 70,8% de mujeres y están casados un 53,4%. Las diferencias no son e.s..

Se identifica problemática sociofamiliar en la evaluación en el servicio de Urgencias en un 70,7% en la población inmigrante y en un 56,2% en la población nativa. Más problemática sociofamiliar identificada en la población inmigrante con diferencias e.s. ($p < 0,05$).

Referían tentativas previas en el 34,1% de la población inmigrante y el 35,0% de la población nativa, no existiendo diferencias en ambos grupos.

En cuanto a los resultados de los datos clínicos:

Encontramos como tipos de conducta más utilizada la autointoxicación medicamentosa, aunque en el grupo de inmigrantes la utilización de fármacos era significativamente inferior ($p < 0,01$), en beneficio de las lesiones por venoclisis. Métodos más letales fueron utilizados en un menor porcentaje en ambos grupos.

Los diagnósticos provisionales recibidos fueron fundamentalmente reacción a estrés agudo y trastorno adaptativo, siendo las diferencias entre ambos grupos no significativas. Los diagnósticos clínicos más significativos (esquizofrenia, episodio psicótico, depresión, distimia y trastorno bipolar) menos frecuentes sólo fueron emitidos por población autóctona.

La indicación de ingreso tras el periodo de estancia en servicio de urgencias fue de un 13,6%, dicha indicación sólo se emitió en caso de gestos autolesivos realizados por población autóctona. Encontrando estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Remitimos al lector a las tablas adjuntas:

Tipo de conducta autolesiva	<i>Españoles</i>	<i>Inmigrantes</i>
Intoxicación farmacológica	91,0%	70,7%
Venocllisis	4,5%	26,8%
Precipitación	1,1%	0%
Ahorcamiento	1,1%	0%
Arma Blanca	1,7%	2,4%
Otros	0,6%	0%

Diagnóstico	<i>Españoles</i>	<i>Inmigrantes</i>
Reacción a estrés agudo	59,3%	68,4%
Trastorno adaptativo	13,4%	15,8%
Trastorno personalidad	7,6%	2,6%
Episodio psicótico agudo	1,2%	0%
Esquizofrenia	0,6%	0%
Depresión mayor	4,7%	0%
Distimia	4,1%	0%
Trastorno bipolar	2,3%	0%
Otros	7,0%	10,5%

Destino	<i>Españoles</i>	<i>Inmigrantes</i>
Alta sin periodo de observación	59,9%	61,0%
Alta tras periodo de observación	26,6%	36,6%
Ingreso en Psiquiatria	11,3%	0%
Ingreso en planta medica	2,3%	0%
Sin especificar	0,6%	2,4%

Discusión:

La demanda de atención por conducta autolesiva en el servicio de urgencias de nuestro hospital general es similar a la de otros estudios en nuestro país. En estudios de asistencia en hospitales generales en nuestro país, las tentativas de suicidio como demanda de atención en un servicio de urgencias varían del 3,6% al 20%, aunque la mayoría de los estudios se sitúan entre el 4 al 12%. (9,10)

Aunque la población inmigrante es en mayor medida masculina, coincidiendo con estudios previos, la mayoría de conductas autolíticas son realizadas por mujeres. °Como era de esperar dada la media de edad en este grupo de población la media de edad de los inmigrantes era significativamente menor que el la población autóctona.

La tentativa de suicidio se lleva a cabo la mayoría de las veces por medio de sobreingesta de fármacos. Lo que coincide con la mayoría de los estudios. (9,10) La venoclisis es un método empleado con mayor frecuencia por pacientes inmigrantes que en nativos españoles. Lo que puede estar condicionado por un menor acceso de esta población a medicamentos acumulados en sus domicilios. Está demostrado que el método suicida está relacionado con los medios disponibles. (4) Métodos de baja letalidad constituyen el 96-97% de los intentos en ambos grupos.

La indicación de un ingreso (bien en psiquiatría, bien en planta médica si el estado físico así lo aconseja) tras la tentativa suicida solo lo observamos en población nativa. Esto podría venir explicado por diferencias en la relación con los servicios de salud de la población inmigrante (reticencia al ingreso hospitalario), por diferencias en la gravedad de la tentativa o por presencia de patología psiquiátrica que aconsejase el ingreso. Sí que observamos relación entre diagnóstico psiquiátrico e indicación de ingreso. Un diagnóstico clínico (psicosis, trastorno afectivo,...) se relaciona con mayores tasas de indicación de ingreso ($p < 0,05$).

Se reconocen mayores tasas de problemática sociofamiliar en población inmigrante. La mayoría de estos episodios, tanto para unos como para otros, son diagnosticados como reacciones a estresores agudos o mantenidos. Los diagnósticos de entidades nosológicas psiquiátricas (esquizofrenia, psicosis, trastornos afectivos) sólo se dan en población nativa. Nos preocupa que las diferencias culturales o idiomáticas puedan dificultar un adecuado diagnóstico psicopatológico en los servicios de urgencias, contribuyendo a un abordaje inadecuado de las tentativas suicidas de pacientes inmigrantes.

En el abordaje de las conductas autolíticas en población emigrante: (11)

- Factores a tener en cuenta: Pérdida de un soporte social estable
- Conductas que se deben seguir: Proveer a estas personas de redes sociales adecuadas.
- Nunca minimizar la importancia de factores emocionales que puedan estar presentes.

Al evaluar el riesgo suicida el clínico debe evaluar concienzudamente la motivación subyacente (sentimientos de aislamiento, soledad, desesperanza, relacionados con las diferencias culturales). La planificación de la tentativa, el intento en sí, sentimientos acerca de la supervivencia o las expectativas pueden guiar al clínico en su intervención. El aislamiento social o la relación la psicopatología de base son factores importantes a valorar independientemente de la cultura. (4)

Manejando el riesgo suicida: (4)

- Documentar el riesgo: intención, planificación, acto, situación, expectativas
- Valorar las conductas suicidas en relación con la cultura. Diferenciar entre conductas suicidas aceptadas culturalmente
- Explorar el significado del suicidio
- Valorar condiciones psicopatológicas subyacentes: trastornos afectivos, psicóticos, abuso de sustancias

- Valorar el contexto cultural de búsqueda de ayuda: ¿Por qué aquí? ¿Por qué ahora?

Poniendo en marcha el plan terapéutico: (4)

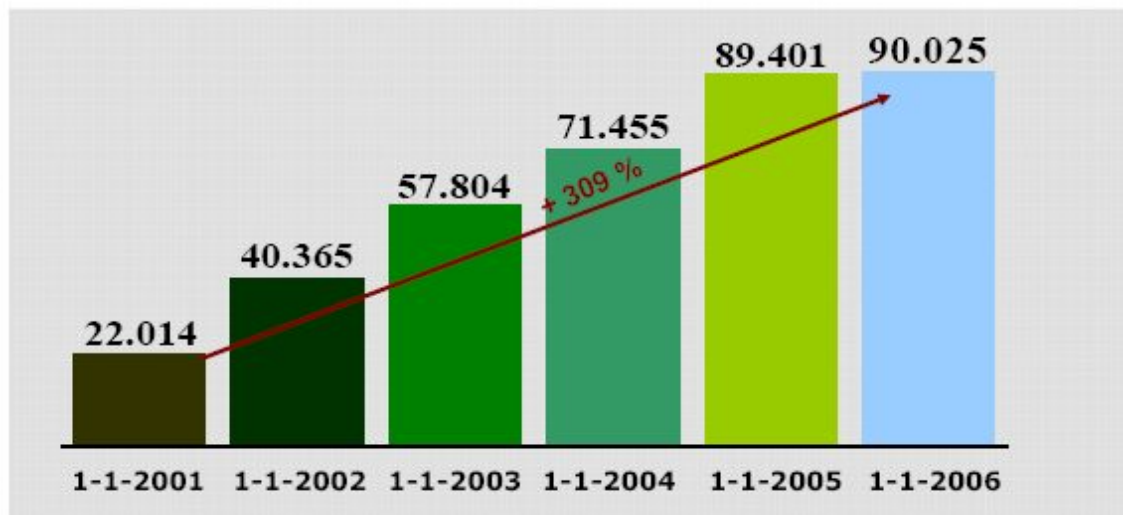
- comunicar el diagnóstico a pacientes y allegados
- comunicar la intervención recomendada
- insistir sobre términos que se confundan con facilidad
- asegurar que han entendido el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico con y sin tratamiento
- discutir las ventajas e inconvenientes del tratamiento
- clarificar expectativas
- planificar el seguimiento

Para finalizar mostramos material extraído de un interesante trabajo de estudio, concienciación y apoyo para el abordaje por los profesionales sanitarios de los problemas de salud de la población inmigrante de nuestra comunidad autónoma. (12)

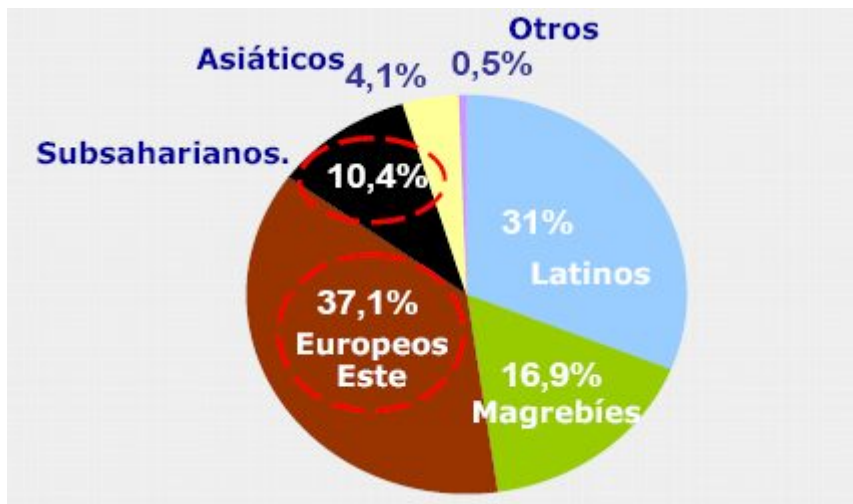
Aragón ha experimentado un crecimiento demográfico significativo de la población inmigrante y ello influye en la utilización de los servicios relacionados con educación, sanidad, servicios sociales, trabajo y vivienda.

En 5 años el número de inmigrantes empadronados en Aragón ha aumentado un 309%. El ritmo de crecimiento ha sido muy superior a la media nacional.

Evolución total inmigrantes empadronados en Aragón



En Aragón, el colectivo más importante es el Europeo del Este (a nivel nacional es el latinoamericano). El porcentaje de subsaharianos en Aragón duplica la media nacional.



La identidad étnica de una persona determina solo en parte los valores culturales o sus pautas de conducta. Los diferentes colectivos de inmigrantes son muy heterogéneos no sólo en la práctica religiosa sino también por la zona de procedencia (país, región, entorno rural/urbano), su nivel académico, la situación socioeconómica de origen...

Los factores y circunstancias que rodean a la persona (situación familiar, entorno, factores económicos, ...) en España pueden influir de igual modo en su nivel de salud, en su capacidad de integración sociolaboral...

En ocasiones es importante preguntar al usuario inmigrante sobre sus creencias sobre conceptos populares de causalidad (sobrenaturales, culturales...) sobre terapias populares, y si recurre o ha recurrido a ellas.

Determinantes de salud // Estilos de Vida en España

- Condiciones desfavorables:

Viviendas antiguas sin calefacción sin iluminación natural, falta de higiene, cambio en los horarios, cambio de hábitos alimenticios, cambio en el clima respecto al país de origen...

- Situación laboral y económica:

Trabajos con alto riesgo para la salud y “sin papeles”, alta movilidad laboral, responsabilidad de sostener a la familia en el país de origen, en muchas ocasiones sólo trabaja el marido, situación socioeconómica precaria...

- Situación Social:

En los primeros años afrontan un gran choque cultural y de costumbres. En muchos casos conviven con la exclusión social por limitaciones legales, problemas de comunicación y por el desconocimiento del sistema de protección social. Sufren un desarraigo social al no contar con el apoyo familiar y de la comunidad de origen.

- Situación Legal:

Tienen grandes dificultades para regularizar su situación administrativa (conseguir “los papeles”) y para la consecución de la reagrupación familiar.

- Educación:

Dificultades para aprender el idioma español y comunicarse. Los que proceden de las zonas rurales tienen un nivel educativo muy bajo.

Cada grupo de población tiene unas peculiaridades propias y diferenciales que deben ser tenidas en cuenta a la hora de atenderlos:

Población asiática (China)

A pesar de su escasa importancia en términos absolutos, su ritmo de crecimiento es el segundo más importante.

➤ Concepto de salud y enfermedad

Cómo conciben los orientales la salud y cómo la concebimos nosotros, occidentales, son dos hechos diferentes. El pensamiento oriental médico se basa en su cultura, en su tradición.

La universalidad de la Medicina Tradicional China (MTC), es decir su proyección internacional, lleva a que algunas de las técnicas y conocimientos sean ampliamente conocidos y aplicados en la medicina occidental. Por otra parte, en China conviven los métodos científicos y los tradicionales. La idea de salud/enfermedad es una idea mixta matizada por un pensamiento u otro dependiendo de diversos factores (tipo de afección, características del paciente, idoneidad del tratamiento,...)

Para entender el pensamiento oriental, debemos conocer las teorías del Yin/Yang y de los cinco elementos, manejadas tan eficientemente dentro de la Medicina Tradicional China.

➤ Determinantes de salud/Estilos de vida

Forman un colectivo cerrado. Actitud corporativa y de autoayuda. Utilizan a sus miembros (compatriotas, familia) como fuerza de trabajo básica. Escaso contacto con la comunidad autóctona. La vivienda la proporciona el empleador o la familia. El ocio se desarrolla dentro de la propia Comunidad.

➤ Cultura sanitaria

Dependencia de terceras personas (idioma...) en el uso de los servicios de nuestro sistema sanitario. Influencia de la experiencia en la atención sanitaria de origen. Solo se recurre al médico en caso de necesidad urgente. Extensos horarios laborales (falta de tiempo o incompatibilidad de horarios).

Diferencias en el modo de exteriorizar los síntomas, las enfermedades, la interpretación y focalización del dolor. En algunos casos no utilizan de los servicios médicos durante el embarazo por problemas culturales y lingüísticos, tendencia a utilizar el servicio de urgencias. Tendencia a la automedicación, uso de recetas y plantas tradicionales.

➤ El encuentro con el sistema sanitario

Hay una fuerte influencia cultural, por lo que el paciente chino suele confiar en remedios naturales de MTC. Es fácil que, antes de acudir a la consulta, haya intentado tratamientos caseros o bien la automedicación.

El inmigrante chino dedica la mayor parte del día (entre 12 y 14 horas diarias) a trabajar: disponen de poco tiempo para acudir al médico.

El mayor obstáculo es lingüístico: por una parte la dificultad de poder explicar su sintomatología y por otra la inseguridad de no haber entendido correctamente cuál es el tratamiento.

En los casos de pacientes indocumentados: miedo a ser denunciados a la Policía por parte del personal sanitario. En algunos casos utilizan las TIS de otros compatriotas. Un gran número de usuarios chinos (sobre todo de aquellos que llevan menos de 3 años en España) dependen de otra persona (compatriotas ya familiarizados con el sistema y que hablan español) a la hora de acudir a la consulta de un médico.

La prioridad para todos ellos es la mejora de su situación económica y administrativa.

El colectivo chino no es demandante habitual de los servicios de Salud Pública y en muchos casos desconocen cuales son los procedimientos e itinerarios de atención sanitaria en Aragón.

Su experiencia de atención sanitaria directa y urgente en China, provoca que una vez aquí hagan un mal uso de los recursos, recurriendo como vía de atención a urgencias de un hospital.

Existe una gran diferencia cultural y de procedimiento en relación con la asistencia sanitaria y sus protocolos de atención.

En caso de pequeños síntomas o malestar, utilizan tratamientos y técnicas de la MTC existiendo una preferencia generalizada a la automedicación. Normalmente la hospitalización sustituye a las consultas externas: esto es debido a que en muchos casos dejan que el proceso o enfermedad evolucione sin atención sanitaria hasta que el paciente “ya no puede más”.

Las experiencias previas en el país de origen respecto a la asistencia sanitaria pueden influir negativamente.

Muchas veces no cumplen el tratamiento o indicaciones médicas por problemas de comprensión lingüística. Generalmente no siguen los tratamientos hasta el final. Cuando el paciente siente mejoría suele abandonar la medicación. Del mismo modo, si el tratamiento no alivia rápidamente la dolencia, lo abandonan para probar nuevas técnicas de sanación o tratamientos.

Se mantiene la tradición de seguir utilizando métodos medicinales tradicionales, o cualquiera de las diferentes técnicas de la Medicina Tradicional China.

Es habitual que recurran antes que al médico a los remedios tradicionales y/o automedicarse. Incluso se puede dar el caso de que alternen simultáneamente las indicaciones del médico con otros tratamientos (yerbas tradicionales, medicamentos traídos de China,...)

Es muy difícil que los pacientes chinos sigan estrictamente la dieta que se les insta. El principal motivo es el peso de la tradición. Especialmente la gente de mayor edad se guía por su cultura alimenticia y tiene la creencia de que los alimentos son “calentadores” o “enfriadores”.

Colectivo del Magreb

➤ Concepto de Salud Mental

En la mayoría de los países musulmanes y del Magreb se cree en la existencia de seres llamados “djinn” (o “jnouns” en Marruecos) que conviven con nosotros y que se apoderan de las personas. Reconocidos en el Corán, tienen cuerpo y son mortales. Son generalmente invisibles, pero pueden tomar muchas formas en condiciones particulares. Popularmente se cree que su intención es la obtención de una compensación de la

persona poseída en forma de una ofrenda, un sacrificio. A nivel popular las enfermedades mentales, el estrés... siempre están relacionados o son debidas a la acción de un genio o “djinn” que posee el cuerpo de la persona.

Igualmente se cree que la medicina actual no puede curar las enfermedades provocadas por ellos. La curación varía dependiendo de la zonas y de la enfermedad causada por la posesión:

Por ejemplo, citando algunas partes del Corán por un “Fquih”, o a través de prácticas rituales por las cofradías “Gnaoua” donde la danza es el ritual más importante para sacar el “djinn” y curar las enfermedades causadas por él. Estas prácticas rituales están prohibidas por la religión islámica.

➤ La sanación espiritual

Los sufíes consideran que el dolor puede ser aliviado mediante la meditación, que usa siete diferentes puntos focales, conocidos en su terminología como “lata’if”. Cada uno de estos “lata’if” tiene un color diferente y un efecto diferente sobre una enfermedad específica. Dependiendo de la enfermedad, el sanador activa el “latifa” apropiado para curarla (se aplican masajes con aceites específicos de hierbas o flores sobre las áreas afectadas y una combinación del color desde las manos y de luz desde la frente inician el proceso curativo).

Los métodos curativos sufíes se centran en la respiración. Nuestra vida está marcada entre el primer y el último aliento. En el sufismo este aliento tiene un origen divino: es la fuerza viva del mismo creador y el regulador de nuestras emociones internas. Su calidad y cantidad afectan la salud humana.

Los sonidos fonéticos básicos árabes son descritos en las primeras líneas del Corán. Cada letra del alfabeto árabe tiene asignada una relación entre el reino divino y el mundo terrenal humano. La combinación de vocales y consonantes sirven para estimular los atributos divinos, a través del cuerpo del recitador.

El “shoykh”, médico sufí, prescribe que el paciente se siente solo y relajado durante unas horas al día y recite ininterrumpidamente, en voz alta o en silencio, una fórmula específica (combinación de abreviaturas basadas en un sistema numérico propio del Corán), siguiendo un formato especial que dependerá del tipo de enfermedad y de la duración prevista del tratamiento.

➤ Determinantes de salud/Cultura sanitaria

Desconocimiento generalizado de nuestro sistema sanitario. Influencia de la experiencia en la atención sanitaria de origen. Sólo se recurre al médico en caso de necesidad urgente. La salud no es algo prioritario. Diferencias en el modo de exteriorizar los síntomas, las enfermedades, la interpretación y focalización del dolor. Falta de interés hacia la utilización de los servicios médicos durante el embarazo por la percepción de que ésta es una situación que no requiere atención médica. Influencia de la religión islámica y las creencias populares. “El Ramadán”. Tendencia a la auto-medicación, uso de recetas y plantas tradicionales traídas del pueblo de origen. Algunos casos de circuncisión en menores. La comida Halal.

➤ El encuentro con el sistema sanitario español, factores culturales que influyen

En general el marido es el primero que emigra, y la mujer asume la responsabilidad de los hijos en el país de origen, a la espera de la reagrupación familiar. Los inmigrantes magrebíes acuden al médico sólo en casos en los que una enfermedad dificulte su trabajo. Buscan y demandan soluciones rápidas (urgencias, sin cita previa...).

Las experiencias negativas previas en el país de origen respecto a la asistencia sanitaria pueden influir en su manera de tratar con el sanitario aquí.

La prioridad en la mejora de su situación económica y administrativa, hacen que el inmigrante magrebí tarde mucho en tener un primer contacto con los centros de salud. No se acostumbra a seguir los tratamientos hasta el final. Cuando la persona se encuentra mejor, tiene la costumbre de abandonar la medicación.

Se mantiene la tradición de seguir utilizando métodos medicinales tradicionales, traídos del país de origen.

Es habitual que una persona recurra antes que al médico a los remedios caseros y a automedicarse con productos/fármacos que le hacen llegar de su país de origen.

➤ Salud mental

La salud mental en la cultura magrebí siempre se relaciona con el fenómeno de posesión o el hechizo. Es muy raro que un magrebí vaya a consulta por problemas psíquicos. Lo que suele hacer es buscar la curación milagrosa (visitar a los santos, peregrinar...).

En la cultura Magrebí, la mayoría de las personas creen que la enfermedad mental no tiene cura con medicamentos, siempre esta relacionada con el fenómeno del hechizo y la posesión.

Hay curanderos que atienden en caso de crisis de histeria y neurosis, bien en su propia casa (prefieren la privacidad familiar) o en oratorios y santuarios. Es muy raro que consulten un médico por estos motivos, lo hacen sólo en el caso de que el enfermo se vuelva agresivo.

El origen de los problemas se encuentra siempre situado fuera de las personas. El enfermo no es responsable, es una víctima de un “hechizo”.

En los tres dialectos del Magreb no existe ninguna palabra propia para expresar de forma directa y clara un estado emocional depresivo.

Existen centros especializados en trata enfermos con problemas psíquicos, pero poca gente acude a estos centros.

Colectivo subsahariano (Senegal, Gambia, Ghana)

Las personas del África Subsahariana, independientemente de sus lugares de origen y la heterogeneidad de sus culturas, comparten cinco elementos culturales muy característicos y comunes:

- Una estrecha vinculación y contacto con la naturaleza. Viven en armonía con ella.
- Supremacía del bien común frente al interés individual.
- Expresión oral, que tiene como instrumento principal la palabra y por biblioteca y archivo, la memoria.
- Sentido de lo sacro. Todas las tradiciones reflejan una visión religiosa del mundo. Mantienen una relación con el universo con un gran sentido de sacralidad.
- Concepto de la familia extensa: el núcleo familiar comprende no solo el núcleo de la unidad familiar, también se considera familia a los sobrinos, tíos, primos, hermanastros, ahijados, abuelos, descendientes de la misma tribu, clan, linaje o comunidad, los muertos vivientes...

➤ Concepto de salud/Enfermedad

En África la enfermedad va unida a la desgracia. Según esta visión, las enfermedades son causadas generalmente por la mala voluntad y las malas artes de una persona contra otra. Por ejemplo si me pica un mosquito portador de parásitos sufro paludismo, como africano mi realidad me dice, si es que este mosquito me ha picado a mí precisamente y no a otra persona, es porque algún enemigo mediante manipulaciones mágicas lo ha enviado.

Muchos africanos consideran que las enfermedades nunca vienen solas, detrás hay siempre un “actor malévolo”. Los factores causantes pueden deberse a un castigo de los dioses, espíritus o de la naturaleza por quebrantar algún tabú, cometer un acto inmoral (por ejemplo adulterio, el incesto...).

Mientras que en nuestra sociedad se individualiza la enfermedad (lo que equivale a responsabilizar al individuo de la causa y del tratamiento de la misma), en las culturas africanas la enfermedad se “hace” colectiva.

Una vez declarada la causa de la enfermedad, el tratamiento se lleva a cabo con la totalidad de la comunidad, aunque ésta se manifieste en un único individuo. En estas poblaciones no se da un aislamiento del individuo como portador de la enfermedad.

➤ Los transmisores del mal de ojo y demás enfermedades

Una gran mayoría de subsaharianos creen que hay personas (brujos, hechiceros...) capaces de transmitir la mala suerte mediante lo que se llama un “mal de ojo”. Igualmente tienen poder para hacer llegar todo tipo de males y enfermedades mortales a sus enemigos.

Se cree que los brujos y los hechiceros manejan a su antojo muchos poderes y espíritus. Tienen a su disposición animales como golondrinas, serpientes, marmotas, hormigas, mosquitos... para llevar enfermedades de una parte a otra, pudiendo traspasar continentes, destruir la cosecha del enemigo, provocar abortos e infertilidades... Ante estos peligros, todas las familias procuran a sus recién nacidos una protección adecuada contra los brujos y los hechiceros.

➤ Los poseídos de los espíritus

Las relaciones humanas con los espíritus varían de una sociedad a otra, pero suelen ser consideradas en cualquier caso relaciones reales, activas y fuertes, sobre todo cuando se trata del espíritu de los que ya han muerto.

El contacto se desarrolla mediante ritos como el ofrecimiento de la comida, bebidas, leche, agua. Los espíritus se manifiestan en las grandes celebraciones rituales del VUDÚ O MIBILI, cuya finalidad es, a veces, de sanación. En otras ocasiones estos rituales persiguen otros fines negativos para la comunidad.

Hay diferentes interpretaciones de la posesión: algunas personas poseídas por los espíritus son consideradas enfermas, otras por el contrario, son consideradas como mensajeras de la voluntad del espíritu a los vivos.

Una enfermedad del espíritu es una alteración del alma o del espíritu. Una fuerza espiritual externa penetra en el cuerpo, una parte del alma es robada o se pierde (susto) o la enfermedad es el justo castigo a un quebranto de un tabú determinado.

Entre los síntomas biomédicos típicos se incluyen convulsiones, estados de trance, amenorreas, fiebre, letargia y malestar ... Los síntomas populares son miedo, indolencia y desventura.

➤ Determinantes de salud/Cultura sanitaria

- Desconocimiento generalizado de nuestro sistema sanitario. Influencia de la experiencia en la atención sanitaria del país de origen. Solo se recurre al médico en caso de necesidad urgente.
- Diferencias en el modo de exteriorizar los síntomas, las enfermedades, la interpretación y focalización del dolor.
- Influencias de las creencias populares y causas sobrenaturales.
- Tendencia a la auto-medicación, uso de recetas, cremas estéticas y plantas tradicionales traídas del pueblo de origen. Circuncisión y ablación en menores. La comida tradicional y el desconocimiento de la dieta mediterránea.

➤ El encuentro con el sistema sanitario español, factores culturales

- En general el marido es el primero que emigra, y la mujer asume la responsabilidad de los hijos en el país de origen, a la espera de la reagrupación familiar.
- Los inmigrantes subsaharianos acuden al médico solo en casos en los que una enfermedad dificulta su trabajo. Buscan y demandan soluciones rápidas (urgencias, sin cita previa...).
- Las experiencias previas en el país de origen respecto a la medicina tradicional y sus practicantes pueden influir en su manera de relacionarse con el personal sanitario español.
- La prioridad en la mejora de su situación económica y administrativa, hacen que el inmigrante tarde mucho en tener un primer contacto. No se acostumbra a seguir los tratamientos hasta el final. Cuando la persona se encuentra mejor, se tiende a abandonar la medicación.
- En otros casos tienden a combinar la prescripción médica con métodos y medicina tradicionales traídas del país de origen.
- Algunas veces aceleran la ingesta de los medicamentos, pensando que de esta manera se curan más rápido. Por ejemplo si tiene que tomar catorce comprimidos en siete días, decide consumir toda la medicación en tres o cuatro días.

Colectivo Rumano

El número de Europeos del Este ha crecido de forma espectacular: duplica la media de crecimiento de todos los colectivos en Aragón y supera la media nacional de crecimiento de Europeos del Este (Aragón es un polo de atracción).

➤ Determinantes de salud/Cultura sanitaria

Generalmente los rumanos que llegan a España son jóvenes (la mayoría entre 25-35 años) y gozan de una buena salud física y mental. Se familiarizan pronto con el sistema español de salud, que es muy parecido al rumano (elección del médico de cabecera, diferenciación público-privado, necesidad del seguro médico...). Desconocen a menudo las oportunidades y las facilidades del sistema público de salud de España y solicitan atención más personalizada por parte del personal sanitario. Por esto, a veces reproducen esquemas del país de cultura origen: intentan ofrecer regalos propinas.

➤ El encuentro con el sistema sanitario español, factores culturales

- Los hombres acuden al médico sólo en caso de urgencia.
- Las mujeres acuden regularmente al médico, sobre todo en caso de embarazo.

- La mujer es la que se responsabiliza de la salud en la familia: lleva los niños al médico para revisiones o problemas corrientes, aconseja al marido hacerse revisiones y análisis.
- Los hábitos de higiene son iguales que los de España, pero su aplicación efectiva depende de la educación de las personas.

➤ Salud mental

Las enfermedades mentales son consideradas motivo de vergüenza social y crean rechazo por parte de la sociedad. La mentalidad general es que a los enfermos mentales se les deben aislar porque representan un peligro inminente.

Colectivo Latinoamericano

➤ Concepto de salud/enfermedad

El concepto de la salud y enfermedad popular se basa en el enfoque de representaciones sociales (creencias), las mismas que llevan a la persona a tomar una postura ante su enfermedad, y con ello a la forma como debe ser manejada y atendida (interpretación popular).

Por ejemplo, el significado de los nervios se asocia con problemas físicos y emocionales relacionados con problemas familiares, sobre todo cuando existen dificultades para cumplir con el rol de cada persona, establecido culturalmente. En algunas zonas los factores causales del cáncer en la mujer se asocia a la conducta inapropiada y peligrosa de la enferma, las agresiones interpersonales, y la conducta reproductiva impropia. La recuperación (del cáncer en general) la asocian con el valor de la suerte.

Se entremezclan aspectos culturales con otros provenientes de diversas fuentes (sobretudo en el medio urbano), dando lugar a un abanico de manifestaciones culturales, religiosas y rituales, que llegan a distorsionar su significado original, o a verlo simplemente de una forma diferente.

Las explicaciones causales de las enfermedades, ya sean físicas, emocionales o mentales, son atribuidas a una variedad de desequilibrios sufridos por el cuerpo: medio ambiente, comunidad, creencias, modo de alimentación, cansancio/descanso, funcionamiento del organismo, tiempo atmosférico, hora del día, grado de conciencia de influencias diversas... El exceso de unos implicaría la deficiencia de otros, lo que llevará al desequilibrio y consiguientemente a la enfermedad. Los vínculos entre enfermedad y clase social son innumerables: los niños nacidos en hogares pobres se desarrollan en condiciones desfavorables en materia de nutrición y atención, cuidados de salud y educación en tal forma que al llegar a adultos están en malas condiciones para acceder a ocupaciones de alta productividad con mejores ingresos y pasan a ser adultos pobres, repitiendo el ciclo. Los hogares pobres también presentan una mayor incidencia de la fecundidad temprana y altos índices de fecundidad.

La concepción de salud está ligada a lo estrictamente curativo. Prevalece una cultura sintomática: sólo se acude al médico en presencia de dolor. Si bien el dolor es el motivo que los mueve a la consulta, sólo cuando este síntoma se manifiesta en umbrales extremos se opta por la asistencia médica. Esto provoca que las intervenciones se produzcan en estados muy avanzados de la enfermedad.

La resignación que se evidencia con respecto a la enfermedad los lleva a asumir una actitud naturalista hacia la misma. Se toma a la enfermedad como una especie de designio que no puede evitarse.

Los pacientes se acostumbran a convivir con las enfermedades que se han complicado, cronificado y/o dejado una serie de secuelas importantes en su salud.

Una vez se ha logrado salir de la fase aguda de la enfermedad, el paciente considera que “está bien” y no vuelven a la consulta, ni mantiene los cuidados específicos necesarios.

➤ El encuentro con el sistema sanitario español/Factores que influyen

En muchos casos uno de los cónyuges es el primero que emigra, y el otro asume la responsabilidad de los hijos en el país de origen, a la espera de la reagrupación familiar. Se dan casos en los que, como causa de la migración, se rompe el matrimonio o se generan estructuras familiares paralelas.

La prioridad en la mejora de su situación económica y administrativa, hacen que el trabajador inmigrante de origen latino tarde en tener un primer contacto con los centros de salud.

Los inmigrantes de origen latinoamericano acuden al médico solo en casos en los que los síntomas dificultan el desempeño de su trabajo, o en la fase aguda de una enfermedad. Buscan y demandan soluciones rápidas (urgencias, sin cita previa...).

Las experiencias negativas previas en el país de origen respecto a la asistencia sanitaria pueden influir inicialmente en su manera de tratar con el sanitario aquí.

En general la valoración que hacen del sistema y la asistencia sanitaria española es muy positiva.

➤ Salud Mental

Muestran una gran preocupación por las enfermedades de tipo psicológico y emocional.

Bibliografía:

1. López JM Capítulo 5. La inmigración en España: El abordaje del inmigrante en atención primaria. En: Achotegui J Depresión y ansiedad en al Inmigrante Ed Mayo Madrid 2003. pag 34-41.
2. Izquierdo P, Zarco J Capítulo 6. Psicopatología del emigrante En: Achotegui J Depresión y ansiedad en al Inmigrante Ed Mayo Madrid 2003. pag 42-50.
3. Cuellar I Chapter 3. Acculturation and Mental Helath: Ecological transactional relations of adjustment. En: Cuellar I, Paniagua FA. Handbook of multicultural mental health. Assessment and treatment of diverse populations. Academic Press 2000.
4. Bhugra D, Bhui K. Cross-cultural psychiatry“A practical Guide. Ed Arnold London 2001.
5. Tseng W. Chapter 44. Migration, refuge and adjustment. Handbook of cultural psychiatry. Academic press London, 2001.
6. Achotegui J Capítulo 7. Epidemiología clínica de la depresión en los inmigrantes. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). En: Achotegui J Depresión y ansiedad en al Inmigrante Ed Mayo Madrid 2003. pag 34-41.
7. Arranz FJ “Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida” En:Ros S “La conducta suicida” Ed ELA Madrid 1997 pag81-98.
8. Villas E, Mabry SE, Calvo D et al. Conducta autolítica en pacientes inmigrantes atendidos en urgencias. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Vol 1, nº especial congreso, 2008; pag 41.
9. Saiz PJ, Gonzalez MP, Cocaña I, Bobes J. Capítulo 4: Epidemiología. En: Bobes J, Gonzalez JP, Saiz PJ. “Prevención de las conductas suicidas y para suicidas” Ed Masson barcelona 1997.pag 21-23.
10. Soto A, Ruiz A. Epidemiología del suicidio en España. En: De la Gándara JJ “Aproximación al suicidio” Monografías de Psiquiatría Año VII, Nº1, 1995, pag. 14-20.
11. Gonzalez MP, Saiz PA, Bousoño M, Bobes J. Capítulo 9.5 Programas para grupos de alto riesgo. En: Bobes J, Gonzalez JP, Saiz PJ. “Prevención de las conductas suicidas y para suicidas” Ed Masson barcelona 1997.pag 171-178.
12. Factores culturales que influyen en la atención especializada a los usuarios de origen extranjero. Ed: Fundación Adunare Zaragoza 2007.