

MIGRACIÓN Las situaciones de estrés límite, el duelo migratorio y los obstáculos sociales y culturales a los que deben enfrentarse los inmigrantes constituyen un riesgo para su salud mental. Para prevenirlo, se requieren estrategias psicosociales específicas

La salud mental de los inmigrantes en el siglo XXI

JOSEBA ACHOTEGUI

La capacidad de emigrar constituye un recurso adaptativo muy importante de los seres vivos. En el caso de los humanos es, además, una de las características más relevantes de la especie y una de las mejores explicaciones de nuestro éxito evolutivo. En los poco más de 100.000 años que llevamos fuera de nuestra cuna africana, los *Homo sapiens sapiens* hemos sido capaces de adaptarnos a todos los hábitats de nuestro planeta, por extremos que fueran. Hoy, los humanos habitamos desde los desiertos más inhóspitos imaginables (pensemos en los tuaregs) hasta las zonas polares más extremas (inuits y siberianos), las selvas más impenetrables (los yanomanis del Amazonas) o las islas más remotas y aisladas (habitantes de la isla de Pascua). En apenas unas 7500 generaciones hemos demostrado nuestra gran capacidad para emigrar adaptándonos a todo tipo de entornos.

Dado que descendemos de seres que han emigrado con éxito a lo largo del proceso evolutivo y poseemos grandes capacidades de adaptación, se considera que la migración no es en sí misma una causa de trastorno psíquico, sino que es un factor de riesgo para la salud mental si se dan unas situaciones determinadas: la per-

Las personas que deciden o se ven obligadas a trasladarse a otro país para vivir se enfrentan cada vez más, en el mundo de hoy, a situaciones de estrés límite que ponen en riesgo su salud psíquica.

En síntesis: Riesgo para la psique

1 La migración no constituye *per se* una causa de trastorno psíquico, aunque se convierte en un factor de riesgo debido a dos variables principales: el estrés y el duelo migratorio.

2 En numerosos casos, la persona inmigrada que vive situaciones extremas desarrolla un cuadro reactivo de estrés. Destaca el síndrome de Ulises.

3 La intervención debe centrarse en la prevención sanitaria y psicosocial. Es imprescindible tener en cuenta las características culturales del sujeto.

sona que emigra presenta una vulnerabilidad psíquica o física (no está sana o padece discapacidades) o las situaciones estresantes en el país de acogida resultan elevadas (el medio es hostil); o ambas condiciones juntas. Si alguien cojea, y cada vez se le pone el listón más alto, presentará un gran riesgo de sufrir problemas.

Desde la perspectiva psicológica, la migración presenta una serie de ventajas (entre ellas, el acceso a nuevas oportunidades vitales), pero también posee un lado oscuro protagonizado por dos variables principales: el estrés y el duelo migratorio (*véase el recuadro* «El duelo migratorio»). Estos factores influyen en que la migración se relacione con la salud mental: si las circunstancias, sean de tipo personal o social, resultan problemáticas, los beneficios disminuyen y acaban predominando los aspectos negativos. De esta manera, el duelo migratorio que no puede elaborarse crece y supera las ventajas de la migración, lo que conduce al inmigrante a una situación de crisis permanente que afecta su salud psíquica.

Ahora bien, existen múltiples tipos de personas que emigran, por lo que las condiciones sociales y culturales varían mucho de unos a otros. Ello impide establecer una asociación simple entre la migración y el trastorno mental. Desde la perspectiva de la salud mental y la psicopatología se distinguen tres grandes áreas en relación con la inmigración: los trastornos mentales, los síndromes culturales y los cuadros clínicos relacionados con el estrés. Veámoslas más en detalle.

Trastornos mentales: ¿culturas distintas, psicopatologías diferentes?

Al contrario de lo que podría pensarse, los inmigrantes sufren los mismos trastornos mentales que el resto de la población, sean los habitantes del país de acogida o los compatriotas que deciden quedarse en su país de origen. Hoy sabemos que los trastornos mentales son universales: se dan en todas las culturas porque constituyen una mochila que nos ha legado la historia evolutiva. De este modo, existen casos de psicosis, trastorno obsesivo, depresión y un largo etcétera en todas las sociedades del planeta. No obstante, la expresión de la sintomatología de las enfermedades mentales se halla condicionada por las características culturales de la persona. La cultura ejerce como una suerte de filtro a través del cual se expresan los síntomas. En las sociedades occidentales, por ejemplo, la depresión se encuentra vinculada al sentimiento de culpa, mientras que en otras culturas, el estado depresivo se somatiza más: los casos de psicosis catatónica (pérdida de armonía al caminar y rigidez de cuello, cabeza y brazos) son más frecuentes en la India o el Senegal que en Occidente.

A partir de los años setenta del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo diversas investigaciones de forma simultánea con el fin de constatar la universalidad de los trastornos mentales. Cabe señalar que en esa época, las llamadas «culturas tradicionales» se mostraban ante el investigador de modo más genuino que en la actualidad —hoy, la globalización

en la que vivimos permite que todos compartamos, en gran medida, una cultura común—, por lo que los estudios durante ese período poseen un valor antropológico y clínico relevante. La OMS concluyó que los trastornos mentales se dan en todo el mundo.

En 1973 y bajo el título de «Estudio piloto de la esquizofrenia», se efectuó el primero de estas investigaciones. Se evaluó a 1202 pacientes distribuidos en nueve centros de asistencia psiquiátrica de diferentes lugares, a saber, la India, Nigeria, Colombia, Dinamarca, Reino Unido, la antigua Unión Soviética y Estados Unidos. Se volvió a evaluar a los sujetos dos y cinco años más tarde. En algunos centros, el seguimiento de los pacientes se alargó hasta diez años. Se usó el cuestionario Examen del Estado Actual (PSE, por sus siglas de *Present State Examination*), ideado para la valoración neuropsiquiátrica. Según señaló Arthur Kleinman, profesor de la Universidad Harvard y uno de los mayores expertos en la materia, el test se tradujo escrupulosamente a las lenguas de los distintos países para la ocasión. No obstante, criticó la metodología de estos trabajos, como veremos más adelante. Los resultados mostraron que la incidencia de la esquizofrenia por 10.000 habitantes oscilaba entre un 0,7 en Nottingham, un 0,8 en Chandigarj, un 0,5 en Århus y un 1,4 en Moscú.

En 1979 se llevó a cabo un segundo estudio, «Evaluación y reducción de la incapacidad psíquica», con una cohorte más reducida: 520 casos. A pesar del menor tamaño de la muestra, las conclusiones coincidieron con la investigación anterior. Finalmente, en 1983 se efectuó un tercer estudio, «Determinantes de la evolución de los trastornos mentales», el cual incluía el análisis de 1379 individuos de centros asistenciales psiquiátricos situados en Japón, Nigeria, Colombia, Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos y la India. Los resultados catalogaron la esquizofrenia paranoide como el trastorno más común en todo el planeta. Asimismo, se descubrieron diferencias geográficas relevantes en el diagnóstico de la catatonia: su baja incidencia en los países occidentales



EL AUTOR

Joseba Achotegui es secretario general de la sección de psiquiatría transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría. También es psicoterapeuta y profesor de la Universidad de Barcelona y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Berkeley.

contrastaba con el número elevado de pacientes en Nigeria y la India.

Aunque estos trabajos revelaron que los síntomas esquizofrénicos iniciales eran similares en todas las culturas, la cronificación de dicha psicopatología resultaba más acusada en las sociedades occidentales que en las tradicionales. Mientras que el 58 por ciento de los pacientes de Nigeria y el 54 por ciento de la India manifestaron un solo episodio psicótico, en Dinamarca solo el 6 por ciento de los probandos sufrió un único episodio psicótico y la tendencia era que la enfermedad mental se cronificara. Este dato resulta revelador desde un punto de vista transcultural, puesto que no es lo mismo sufrir un trastorno psicótico en el contexto de una sociedad tradicional que en el de una desarrollada. Mientras que en la primera la persona dispone de una familia amplia que la protege y vive en un entorno con un apoyo social fuerte y en el que realiza trabajos habituales (cuidar el ganado, ir a buscar agua, etcétera), en las sociedades modernas, las redes familiares y comunitarias se han debilitado de manera notable. Además, en ellas el enfermo se ve expuesto a un mundo de competitividad extrema que tiende a marginarle y a excluirle. Paradójicamente, la cronificación del trastorno resulta más usual en las sociedades occidentales, pese a que poseen más recursos para atender a estos pacientes en comparación con los países orientales. Esa tendencia ocurre también entre los inmigrantes con problemas de salud mental que viven en nuestras sociedades.

Migración y salud mental, una polémica persistente

Desde los trabajos ya clásicos que el psiquiatra de Noruega Ørnuld Ødegård, director del Hospital Psiquiátrico de Gaustad, en Oslo, llevó a cabo en los años treinta del pasado siglo, ha existido polémica en torno a la incidencia del trastorno mental entre la inmigración. Este autor encontró un porcentaje elevado de inmigrantes no ruegos en los hospitales psiquiátricos públicos de Minnesota, en Estados Unidos, hallazgo que le llevó a plan-

tear que la población inmigrada presentaba una incidencia de trastorno mental mayor que los ciudadanos autóctonos. A lo largo de los años, su conclusión ha provocado gran controversia, puesto que no todos los sectores sociales acceden a los hospitales psiquiátricos públicos por diversas razones: económicas, sociales, culturales, etcétera.

I-Chao Liu y A. Cheng, de la Universidad de Taiwán, señalaron en

2007 que otros factores inciden en la relación entre migración y salud mental. Estos autores advierten que no puede establecerse una correlación simple, ya que, por un lado, existen numerosos tipos de personas que deciden emigrar y, por otro, sus circunstancias sociales y culturales son muy diversas. En todo caso, los factores que parecen aumentar el riesgo de sufrir un trastorno mental se encuentran relacionados con una infancia

problemática y unas actitudes culturales que dificultan el contacto con el país de acogida.

En 2010, James Kirlbride y Peter Jones, de la Universidad de Cambridge, afirmaron que en algunos países los inmigrantes presentan mayores índices de trastorno mental que los autóctonos, sobre todo, psicosis. Un ejemplo serían los afrocaribeños emigrados al Reino Unido en comparación con la población local. Otros estudios señalan que la tasa de trastorno mental de los inmigrantes es superior a la de

sus compatriotas que no han emigrado, es decir, que han permanecido en su país. Por otro lado, se ha planteado que los hijos de los inmigrantes tienen un índice mayor de trastorno mental que sus padres, dado que crecen entre dos culturas (la de sus progenitores y la del país de acogida), las cuales muchas veces se hallan en conflicto. También sufren las consecuencias del estrés que viven sus padres y de la ausencia de la familia extensa.

Estas conclusiones han sido cuestionadas desde sectores de la psiquia-

tría transcultural. Estos atribuyen la mayor incidencia de trastornos en las comunidades foráneas a los factores sociales negativos que les afectan. En el caso de los refugiados, una problemática especialmente dramática en estos momentos por la llegada de más de un millón de personas a Europa, el trastorno por estrés post-traumático es una patología muy relevante que se calcula que afecta a más de un 15 por ciento de las personas que han vivido torturas o situaciones de violencia.

Sin embargo, los datos sobre las diferencias culturales en relación con la incidencia de los trastornos mentales deben matizarse. Desde la perspectiva transcultural, se ha señalado que los estudios de la OMS presentan problemas metodológicos a causa de los sesgos en las muestras empleadas. Kleinman argumenta que se descartó la participación de numerosos pacientes porque no se los consideraba adecuados para el estudio. Esos sujetos eran, en gran parte, los que diferían más en el ámbito cultural. Además, los datos se recogieron e interpretaron de modo inadecuado, afirma el psiquiatra. Si se utilizan criterios estadísticos más amplios, se observan diferencias mayores. De este modo, el análisis de los resultados por sexos muestra que la incidencia de la esquizofrenia supone un 1,8 y un 1,2 por 10.000 casos de hombres y mujeres, respectivamente, en la ciudad danesa de Århus, frente a un 3,7 de varones y un 4,8 en mujeres registrados en Chandigarh, ciudad india. Según concluye Kleinman, si bien es cierto que los trastornos mentales son universales, resulta discutible que acontezcan en proporciones similares en todas las culturas.

Los síndromes culturales

A pesar de la controversia en torno a la correlación entre salud mental e inmigración, se han descrito algunos trastornos, los denominados síndromes culturales, que engloban un conjunto de cuadros sintomatológicos característicos de algunas culturas. Se han hallado más de 180 tipos, aunque siempre bajo un acalorado debate. ¿Hasta qué punto son originales de determinadas culturas o variantes de trastornos universales? ¿Se trata quizá de «artefactos conceptuales» creados por los investiga-

dores occidentales estudiosos de otras culturas? A grandes rasgos, consisten en situaciones psicológicas difíciles de clasificar y que, por lo general, pertenecen al área de la histeria (enfermedad nerviosa que comprende una variedad de síntomas, sobre todo funcionales, y a veces ataques convulsivos) y de los trastornos disociativos (se caracterizan por fallos en la memoria, la consciencia, la identidad o la percepción). Muchos autores consideran que estos síndromes también pueden detectarse en las poblaciones occidentales.

En España, desde la llegada de las migraciones extracomunitarias, el síndrome cultural que más hemos atendido en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPPIR), del Hospital de San Pedro Claver de Barcelona, es el denominado Dhat. Se trata de un cuadro sintomático habitual en las culturas asiáticas y que se caracteriza por síntomas depresivos e hipocondríacos relacionados con la pérdida de semen, fundamentalmente con la masturbación. Hay que tener en cuenta que ya en el ayurveda, sistema de medicina tradicional de la India con más de 2000 años de antigüedad, se describe el semen como uno de los máximos reservorios de energía existentes, por lo que su pérdida comporta fatiga, tristeza y postración. Podría objetarse que también en la cultura occidental, hasta no hace tanto tiempo, se ha considerado que la masturbación daba origen a trastornos mentales, tal como recogen muchos manuales clásicos de psiquiatría.

Otro síndrome ligado con la cultura sería el Amok. El afectado presenta accesos de ira y de furia contra las personas y las cosas que le rodean. Antes experimenta una etapa de tristeza. Tras el ataque, la persona no re-

cuerda nada y se muestra exhausta. Se ha señalado la poca especificidad cultural de este trastorno. De hecho, casos así pueden encontrarse con solo abrir las páginas de un periódico en Estados Unidos o Europa.

En el síndrome Koro, el paciente sufre la desagradable y temible sensación de que su pene se hunde en el vientre hasta que desaparece. Las mujeres que sufren este trastorno manifiestan el mismo temor, pero en relación a la vulva, la vagina y los pechos. Cabría señalar, no obstante, que pocas fantasías y ansiedades son tan universales como las referentes al tamaño de los genitales.

Estos cuadros sintomáticos continúan generando un gran debate. La edición más actual del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM-5, sistema de clasificación con merecida fama de incrementar el número de psicopatologías, ha eliminado los síndromes culturales de su lista.

Alteraciones por estrés: el síndrome de Ulises

Alexis, de 40 años, proviene de Adjasia, una república exsoviética. Hace un año que vive en Barcelona. En su país de origen era un músico conocido: dirigía la orquesta nacional y había compuesto el himno del país. Un día decidió acudir al SAPPPIR. Se sentía triste y nervioso; padecía insomnio, fatiga, falta de concentración y palpitaciones; también sufría molestias digestivas y osteomusculares. A veces la cara se le enrojecía de manera exagerada. Cuando vivía en su tierra se encontraba bien; gozaba de una vida plena y plácida.

Tuvo que abandonar su hogar como consecuencia de la persecución política que sufría y bajo la amenaza de que, si no se iba del país, matarían a su hija de 4 años. Allí dejó también a su mujer. Se acuerda mucho de ellas. Sueña con traerlas y vivir juntos de nuevo. Explica que en su viaje a España, de varios días en autobús, la mafia rusa le rodeó en la estación de Berlín. Le robaron todo el dinero que poseía. Ahora se encuentra solo, sin papeles, sin trabajo, sin vivienda, no puede volver con su familia ni traerla; no ve salida a su situación. Pero continúa luchando para seguir adelante. Ha contactado con músicos de Barcelona y ya canta en una coral; también se esmera por encontrar trabajo como profesor de música.

Alexis no tiene antecedentes de trastorno mental. Aunque experimenta desencadenantes de estrés extremos, sus síntomas no son compatibles con los criterios de trastorno psicológico. En otras palabras, no es un enfermo mental, sino un hombre sano muy estresado: se mantiene activo socialmente (busca empleo; trabaja en lo que puede), no muestra apatía y desea vivir (quiere volver a estar con su mujer y su hija). La imagen de Alexis recuerda a la de Ulises: un príncipe destronado que, sin ver el final a su situación, mantiene viva la lucha por salir adelante y reencontrarse con sus seres queridos.

Actualmente, emigrar se está convirtiendo para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad

La confusión en el diagnóstico convierte al sistema sanitario en otro desencadenante de estrés para el inmigrante

de adaptación de los humanos. Estas personas sufren, como Alexis, el riesgo de padecer el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, o síndrome de Ulises.

En este síndrome, los principales factores de estrés son la separación forzada de los seres queridos (la ruptura del instinto del apego), el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio, la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse o encontrar un techo para dormir), el miedo y el terror que se vive en los viajes migratorios (embarcado en una patera o escondido en camiones), la amenaza de las mafias o de la detención y la expulsión por parte de las autoridades, y la indefensión por carecer de derechos, entre otros.

Estos factores estresantes, que van mucho más allá del clásico estrés aculturativo (estrés relacionado con el cambio de cultura, lengua, costumbres, etcétera), se ven reforzados a su vez por una serie de circunstancias: la multiplicidad (a más detonantes de estrés, mayor riesgo para la salud mental, pues se potencian mutuamente); la cronicidad (las condiciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años); el sentimiento de que, se haga lo que se haga, no se puede modificar la situación (indefensión aprendida de Seligman o ausencia de autoeficacia de Bandura), y las fuertes carencias de redes de apoyo social (el capital social de Coleman). A todos estos problemas se suma que el sistema sanitario y asistencial, con frecuencia, no atiende adecuadamente esta problemática de la salud mental. Estos inmigrantes son tratados a menudo de enfermos depresivos, psicóticos o somáticos, cuando su malestar se debe a un cuadro reactivo de estrés. De esta manera, el sistema sanitario se convierte en un nuevo desencadenante de estrés para el inmigrante.

La vivencia prolongada de situaciones estresantes tan intensas afecta a la personalidad del sujeto y a su homeostasis, al eje hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal, al sistema hormonal y muscular. Todo ello se refleja en una amplia sintomatología: síntomas relacionados con la depresión (sobre todo, tristeza y llanto), con la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes, irritabilidad), con la somatización (fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, etcétera) y con el área confusional (fallos de memoria y de atención, desorientación y fabulación). En su conjunto, pueden vincularse a un incremento del

El duelo migratorio

El fenómeno del duelo migratorio se diferencia de otros tipos de duelo, sobre todo, del relacionado con la muerte de un ser querido. Principalmente, se distingue por cuatro características:

Es parcial: No existe una desaparición del objeto (el país de origen), sino una separación temporo-espacial (cuando alguien muere hay una desaparición del objeto, ya no volvemos a contactar con él). Es decir, es parcial.

Es recurrente: Aunque la persona no mantenga un contacto directo con su país de origen (viaje de vez

en cuando allí, por ejemplo), el duelo migratorio vuelve a aparecer, ya que el lugar de procedencia forma parte de su vida diaria. En una ocasión, un inmigrante vino a la consulta luciendo dos relojes de pulsera: uno marcaba la hora de su país; el otro, el horario local. Estaba viviendo en dos mundos a la vez. Las nuevas tecnologías de comunicación (redes sociales digitales y aplicaciones de mensajería instantánea para móviles, entre otras) y la globalización actual facilitan todavía más esa dualidad.

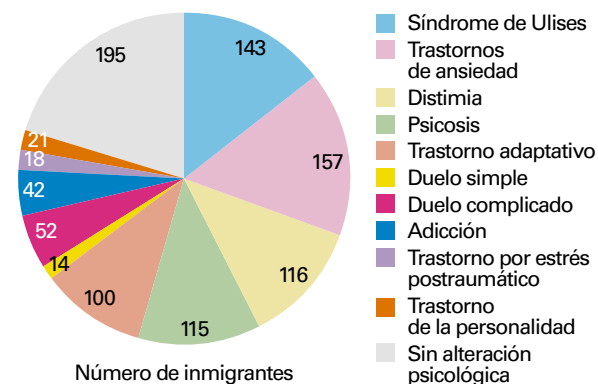
Es múltiple: Se distinguen siete clases de duelo migratorio en relación

con otros tantos ámbitos vitales: la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. Estos duelos afectan a todas las esferas de la vida (psicológica y psicosocial).

Es de intensidad variable: No es lo mismo vivir el proceso de migración en buenas condiciones (duelo simple) que experimentarlo en circunstancias difíciles, aunque los problemas para salir adelante se vayan superando poco a poco(duelo complicado). En condiciones muy duras, la adaptación puede resultar incluso imposible (duelo extremo).

Inmigrantes atendidos en el centro de salud mental

Los datos del estudio de más de 1100 casos atendidos en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados de Barcelona nos muestran que un 15,6 por ciento de los inmigrantes que acuden a los centros de salud mental padecen el síndrome de Ulises, un cuadro de estrés crónico que no constituye un trastorno mental, sino una situación de duelo migratorio extremo que precisa de ayuda psicosocial y psicoeducativa. También reflejan que se han detectado numerosos casos de ansiedad y distimia (baja autoestima, estado de ánimo triste y melancólico), así como alteraciones psicológicas vinculadas a la vulnerabilidad ante la situación estresante y de desarraigo que viven muchas de estas personas. Por otro lado, se han registrado trastornos mentales que se pueden encontrar en la población general (psicosis, adicción, trastorno de personalidad, etcétera).



Norte de Salud Mental, vol. 13, n.º 52, págs. 70-78, 2015

cortisol, y de manera errónea, se acaba diagnosticando un trastorno psicótico.

A esta confusión se suma que, en numerosas ocasiones, los afectados exhiben una interpretación subjetiva de su malestar a partir de las creencias de la propia cultura. Son frecuentes lamentaciones como: «No puede ser que tenga tan mala suerte», «Me han echado mal de ojo» o «Me han hecho brujería». Ello dificulta aún más intervenir de manera adecuada.

Aspectos fundamentales de la intervención

Varios estudios epidemiológicos, entre ellos el trabajo basado en 1110 inmigrantes llevado a cabo en SAPPRI en 2015, revelan que en torno a un 15 por ciento de los inmigrantes que acuden a las consultas de salud mental presenta el síndrome de Ulises. Pero ¿si no se considera un trastorno mental, cómo debe tratarse? Primeramente, hay que enmarcarlo en el área de la prevención sanitaria y psicosocial, antes que en el ámbito clínico, pues, como se ha comentado, no consiste en un trastorno mental sino en un cuadro de estrés muy intenso. La intervención debe ser, sobre todo, de tipo psicosocial, psicoeducativa y de contención emocional, de manera que atañe no solo a psicólogos, médicos o psiquiatras, sino también a trabajadores y educadores sociales, enfermeros y otros profesionales asistenciales. Aun así, asistir a estos colectivos no resulta tarea sencilla: las poblaciones de inmigrantes y minorías registran los índices más elevados de incumplimiento terapéutico y de abandono del tratamiento en el área de la atención en salud mental. Esta realidad, aparte de mostrar las dificultades que comporta la atención a estos grupos, revela los graves déficits que existen en nuestro modelo asistencial para ofrecerles una atención de calidad.

Un aspecto básico que debe tenerse en cuenta para establecer una relación terapéutica óptima, y así su efec-

tividad, consiste en poner énfasis en los detalles que denoten proximidad, respeto y aceptación hacia estas personas, dadas las dificultades de comunicación y las barreras culturales y sociales que existen. Con frecuencia, estos individuos se sienten rechazados y discriminados por sectores de la sociedad de acogida, lo que les genera un sentimiento de desconfianza. Una muestra de respeto por parte del terapeuta consiste en anotar los nombres y apellidos de los pacientes en el orden preciso en que ellos lo escriben, e intentar pronunciarlos correctamente. También puede ser positivo dirigirse a estas personas como «señor» o «señora», ya que tienden a sentirse excluidas y a ver al profesional como alguien que forma parte de las instancias de poder de la sociedad de acogida. Cuando aumenta la confianza en la relación terapéutica, puede utilizarse el nombre de pila (como es sabido, nuestro nombre es la palabra más hermosa, la que más nos gusta oír).

Asimismo, es importante dedicar tiempo a la primera visita para crear un mayor vínculo entre paciente y terapeuta, conocer mejor la realidad que vive el afectado (tan diferente a la del profesional que le atiende), ayudar a aminorar los prejuicios culturales e incluso prever la posibilidad de que el inmigrante no vuelva a visitarse, dado el elevado abandono terapéutico que se registra en estas comunidades.

La importancia de la cultura

En relación con el abordaje de las diferencias culturales, hemos de partir de la base de que existe una distancia que no se debe menospreciar. Es importante mantener una actitud de «descentramiento» de la propia cultura, ya que esta actúa como una especie de gafas graduadas con las que observamos el mundo. La cultura autóctona debe considerarse como una más, no como *la cultura* con mayúscula. Por otra parte, actuar como si no pasara nada

crea una situación de falsedad, de mantenerse fuera de la realidad. Esta actitud es totalmente opuesta al trabajo terapéutico que se basa, sobre todo, en conectar al individuo con la realidad, incluida la de la relación asistencial. Tampoco debe resaltarse la distancia cultural, considerando como algo insalvable, ya que ello supondría pensar que la comunicación es imposible, cuando todos provenimos de una historia evolutiva muy próxima.

Otro error que se debe evitar es caer en el exotismo, es decir, en una visión esnob y «colorista» de las diferencias culturales. Las culturas tradicionales consideran que quien enferma ha incumplido alguna norma del grupo (ha dado envidia, no ha tratado bien a los padres, a sus antepasados, etcétera) y, con frecuencia, el paciente teme que el damnificado haya recurrido a la brujería para que enferme. En estos casos no se trata de hacer «chamanismo de ambulatorio» ni de actuar como aprendices de brujo. La identidad cultural del sujeto es un proceso de construcción y deconstrucción personal permanente que debe respetarse; no se necesita echar mano de los estereotipos.

Asimismo, la participación de intérpretes y mediadores desempeña un papel esencial en la intervención, aunque no por ello exento de dificultades. Se trata de un trabajo complejo para el que se ha de preparar bien a estos profesionales. La formación resulta necesaria, puesto que, si los traductores no están bien entrenados, la presencia de esta tercera persona puede interferir en el proceso terapéutico. Además, es frecuente que el intérprete se vea afectado por lo que explica el paciente, porque puede hacerle revivir su propio duelo migratorio.

En conclusión, no respetar la cultura del inmigrante, dentro de los límites marcados por las leyes, es una forma de desvalorizarle. Esta desvalorización cultural refuerza

el sentimiento de exclusión social que, con frecuencia, afecta a estos grupos poblacionales.

Factores sociales y comunitarios

Desde la perspectiva cognitiva y psicosocial, existen dos grandes formas de intervención en el afrontamiento de las situaciones estresantes. Por un lado, la intervención directa, que consiste en intentar cambiar las causas que originan los problemas o las circunstancias que provocan estrés. Ello no resulta sencillo en el contexto de los inmigrantes y los refugiados, pues se trata de factores sociales estructurales. Por otro lado, existe la intervención indirecta, en la que el sujeto intenta amoldarse a la situación con el fin de tolerar mejor el estrés. Se utiliza la ayuda psicológica, la psicofarmacológica o los métodos de relajación, por ejemplo.

A la hora de tratar la salud mental de los inmigrantes es importante tener en cuenta su capital social, es decir, los contactos que tiene la persona y el apoyo social con el que cuenta para superar las dificultades. En este sentido, se debe facilitar que incremente sus redes sociales y que disponga de un asesoramiento legal para que pueda ejercer todos sus derechos.

Algunos países, como Estados Unidos, cuentan con los llamados promotores de salud. Se trata de personas capaces de identificar la problemática comunal, de atender y prevenir las enfermedades más usuales en la comunidad y, finalmente, de gestionar su funcionamiento. Este recurso humano se halla formado, en gran parte, por inmigrantes. En los programas de salud mental comunitaria que organiza la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Berkeley, en los que participo desde 2007, he tenido la oportunidad de comprobar la gran ayuda que supone el trabajo de estas personas en la

El duelo que sufren las personas inmigrantes afecta a diversos aspectos de su vida, entre ellos la familia, la lengua, la cultura y el estatus social. Los jóvenes suelen soportar mejor esos cambios.



Psicofármacos y metabolismo

En general, el organismo de los pacientes occidentales metaboliza rápido los psicofármacos. Sin embargo, esta característica metabólica no puede identificarse a escala individual, sino tan solo desde una perspectiva estadística. Como señala Chee Hong Ng, director del servicio de psiquiatría de la Universidad de Melbourne, sabemos que los ciudadanos orientales y africanos son metabolizadores más lentos, pero desconocemos si el paciente que se encuentra en la consulta pertenece a ese grupo. En todo caso, se aconseja prudencia a la hora de recetar las dosis. Esta norma siempre debería tenerse presente, ya que el individuo autóctono también podría pertenecer al grupo de los «metabolizadores lentos».

«Metabolic differences between Asian and Caucasian patients on clozapine treatment». Mythily Subramaiam et al. en *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, vol. 22, n.º 4, págs 217-222, 2007

comunidad latina de California. Los promotores de salud conocen de primera mano las necesidades de los inmigrantes y logran, a través de sus intervenciones en las familias, las asociaciones de estos grupos y las instituciones estatales, mejorar la calidad de la salud mental de los miembros de la comunidad. En España, esta figura es de más reciente creación y recibe el nombre de agentes de salud.

Las variables éticas

Los inmigrantes tienen derecho a una atención sanitaria de calidad. Son los servicios asistenciales los que deben entender y adaptarse a sus usuarios. De la misma manera que un médico no puede alegar que no sabe cómo tratar una diabetes o una hepatitis, un profesional de la salud mental no puede manifestar que no sabe cómo ayudar a una persona que posee patrones culturales diferentes a los suyos. No basta con que diga que ya hace lo que se puede. Esta actitud, que denota paternalismo y se observa con frecuencia entre los profesionales asistenciales, favorece la dependencia, y en consecuencia, la infantilización de los inmigrantes. Crea una relación sadomasoquista, ya que inferioriza al otro, impide que se desarrolle y ataca su dignidad.

También es importante ocuparse de los prejuicios relativos a la atención sanitaria a los inmigrantes y las minorías. Existen numerosos mitos al respecto, entre ellos, que estos pacientes consumen muchos recursos clínicos y suponen un gran gasto asistencial. Diversos estudios han demostrado la falsedad de tales afirmaciones: los inmigrantes son en su mayoría personas jóvenes que, con su trabajo (por lo general, en los empleos más duros y mal pagados), aportan a la sociedad de acogida más beneficios de los que reciben.

Intervención psicoeducativa

En los últimos años, cada vez se presta más atención al campo de las actividades psicoeducativas y de desarrollo de las capacidades de autonomía del sujeto (empoderamiento). Aprender técnicas de higiene del sueño (un hábito que se aprende de niño y se pierde en situaciones de estrés) así como habilidades sociales (tan importantes para mejorar el capital social del inmigrante) contribuye al mantenimiento de la salud mental.

En conclusión, muchas de las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social no están enfermas, sino que atraviesan situaciones de crisis, por lo que este tipo de intervenciones se hallan particularmente indicadas para la prevención sanitaria y psicosocial en estados emocionales como el síndrome de Ulises.

Si bien en el caso del héroe griego se trataba de un semidiós que a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, los inmigrantes que llegan hoy a nuestras fronteras solo son personas de carne y hueso que, sin embargo, viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea y protagonizados por la soledad, el miedo, la desesperanza, entre otras muchas condiciones estresantes. Si para sobrevivir se ha de ser nadie, como Ulises ante Polifemo en la Odisea, es decir, permanentemente invisible, no habrá identidad, ni autoestima, ni integración social, y consecuentemente, tampoco podrá haber salud mental. ★

PARA SABER MÁS

Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. A. Kleinman. University of California Press, 1980.

Emigrar en el siglo XXI: Estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Síndrome de Ulises. Joseba Achotegui. Ediciones El Mundo de la Mente, Gerona. 2009.

Migration and mental health. A. I-Chao Liu et al. Cambridge University Press, 2010.

Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1110 inmigrantes atendidos en el SAPPRI en Barcelona. Joseba Achotegui et al. en *Norte de Salud Mental*, vol. 13, n.º 52, págs. 70-78, 2015.

Intervención psicológica y psicosocial con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. Joseba Achotegui. Ediciones El Mundo de la Mente, Gerona. 2015.

EN NUESTRO ARCHIVO

Inmigración y rechazo social. M. Moya y S. Puertas en *MyC* n.º 15, 2005.

La sobrecarga de la extranjería. J. Marschall en *MyC* n.º 24, 2007.

Estrés límite y salud mental. J. Achotegui en *MyC* n.º 38, 2009.