

L'expressió del malestar psíquic en població culturalment diversa

SATMI

Servei d'atenció en Salut Mental de
l'immigrat

Parc Sanitari San Joan de Déu

Dra. Yolanda Osorio

- * Cuando camina tiene la sensación de que su cuerpo está vacío. Si está sentado, al respirar le parece no tener conexión con el cuerpo ni con las piernas. Como si su cuerpo estuviera vacío, solo ropa,
- * La cabeza se le ha estropeado, le desvían de su religión. Por el mal de ojo se le cayeron los dientes y se le cerraron los ojos
- * Tiene fuego en el pecho, le sube y le baja. Dolor punzante en una zona concreta de la cabeza que le baja por el cuello
- * Algo malo le entró, como un susto, un soplo de aire
- * Pierde líquido blanco al orinar , por las mañanas... ahora está muy débil, no tiene fuerzas
- * “allí me sentía más débil por fuera y más fuerte por dentro. Aquí me encuentro más fuerte por fuera y más débil por dentro”.

Dificultades en el diagnóstico y tratamiento


- * Expresión patoplástica de la enfermedad influida por la cultura
- * Riesgo de patologización de la cultura
- * Aplicabilidad del DSM
- * Uso de instrumentos etics
- * Inadecuación de los tratamientos
- * Adherencia y cumplimentación

Dificultades en la comunicación

- * Idioma
- * Estilo de comunicación
- * Lenguaje no verbal
- * Tipo de demandas planteadas
- * Percepción de la salud y la enfermedad
- * Modelo Explicativo

Influencia de la cultura

- * Define la normalidad y la anormalidad
- * Determina la concepción etiológica de la enfermedad
- * Presentación clínica y comunicación del malestar psicológico
- * Tasas y distribución de la enfermedad
- * Determina el reconocimiento , etiquetado y los modelos explicativos
- * Opciones de tto. y vías de acceso
- * Resultado de las intervenciones terapéuticas

- 
- * Cual es el papel de la cultura en los trastornos psiquiátricos?
 - * Son aplicables transculturalmente los diagnósticos psiquiátricos biomédicos?

* DSM-IV

* **Culture bound syndrome**

La cultura da el nombre y también la explicación etiológica

Categorías criticadas

* **Guía para la formulación cultural OCF**

1- identidad cultural del individuo

2- explicación cultural de la enfermedad

3- nivel de apoyo psicosocial y funcionamiento

4- elementos culturales en la relación terapéutica

DSM V

Todas las formas de estrés psicológico están ligados a la cultura

- * **Cultural Concept of Distres**

Permite identificar población vulnerable

Se asocia a trastornos mentales

- * **Entrevista de formulación cultural CFI**

Herramienta útil para mejorar la comunicación entre paciente y clínico

Que hay que saber para un correcto diagnóstico

- * Considerar la “queja” como la unidad de análisis de nuestra escucha
- * La cultura influye en la configuración del síntoma (**idioms of distress**)
- * El relato de la enfermedad es una narración construida
- * Valorar conocimiento del lenguaje
- * Recoger la narración de la sintomatología (cronología, cambios, repercusión)
- * Explorar la causalidad ,atribuciones (**modelo explicativo**)

Que hay que saber II

- * Recoger ttos. Previos, búsqueda de ayuda
- * Explorar expectativas
- * Explorar el proceso migratorio; expectativas, valoración de los resultados
- * Explorar factores que influyen en el desarrollo del proceso migratorio, individuales (personalidad, edad) , condiciones del viaje,..
- * Cambios de vida en relación a la migración; condiciones laborales, de vivienda
- * Explorar la familia ; la que esta aquí y la que esta allá



* Paciente interpreta el distress de forma narrativa para el clínico

* El clínico interpreta la experiencia del paciente dentro de un conjunto de síntomas

Migración y psicopatología

1. La migración implica estresores que asociados a una situación de vulnerabilidad pueden dar lugar a un trastorno psiquiátrico
2. Mejor indicador de psicopatología son los
 - Estresores (el estrés de la migración, el estrés general, estrés aculturativo y el estrés por la discriminación percibida)
 - Mecanismos psicológicos adaptativos

Qué presentación clínica nos podemos encontrar

- * Tendencia a aparición de cuadros psicóticos breves
- * Diferencia entre neurosis y psicosis difícil
- * Síntomas psiquiátricos mas dramáticos y espectaculares para observador occidental
- * Expresión somática de las emociones o estados de ánimo predomina sobre la puramente cognitiva (“no me puedo concentrar” versus “no tengo energía”)
- * Lo somático y lo psicológico se presentan desde visión unificada
- * Reacciones de miedo y pánico frecuentes, con matiz paranoide

- Lenguaje del cuerpo mucho más rico, con descripciones detalladas de la sintomatología « el cuerpo habla»
- La somatización no necesariamente implica que el paciente es alexitímico y que no puede conectar su emoción con el síntoma (idea etnocéntrica).
 - Diferenciar incapacidad para mentaltzar vs. Expresión del malestar.
- Separación cuerpo-mente, concepto cartesiano, occidental. A veces se ha de aclarar que a se han hecho pruebas y que se descarta enfermedad “en su cuerpo”, tal y com lo entendemos nosotros.
- Tranquilizar, no se morirán por lo que les pasa. Idea de la enfermedad mental como algo muy grave

- Los síntomas defectuales son los peor tolerados (empobrecimiento, debilidad).. Diferencias con la idea de curación
- Mayor presencia de elementos visuales, miedos en forma de ilusiones o alucinaciones.
- Síntomas conversivos; ceguera, parálisis faciales, de las extremidades,...
- A veces hay síntomas “occidentales” (miedo, crisis de ansiedad, depresión...)

T. Afectivos en inmigrados

- * En la cultura “Occidental”: contiene componentes somáticos (alteración peso, sueño, llanto) y psicológicos (humor disfórico, ideas de culpa, ideas de suicidio)
- * En la cultura “No Occidental”: sólo se presenta el componente somático. El suicidio, los sentimientos de culpa y el autodesprecio son raros

Depresión

- * Síntomas vegetativos (hiporexia , insomnio, disminución de la libido) se observan en todas las culturas
- * Síntomas afectivos (ánimo depresivo, anhedonia) exigen cierto grado de occidentalización
- * Síntomas cognitivos (ideación de inferioridad, culpa o suicidio) específicos de los países desarrollados

- * Depresión en pacientes de culturas latinas (Centro y Sur América) expresada con síntomas ansiosos, (nervios), cefalea. A veces también pueden manifestar síntomas psicóticos o disociativos
- * Depresión en pacientes marroquíes expresada en forma de quejas somáticas (cefalea, vértigo)
- * Depresión en paquistaníes expresada en forma de quejas sexuales (sdme. Dhat)
- * Depresión en cultura china o asiáticos en forma de debilidad, cansancio o falta de equilibrio

Somatización

- * Índice somatizador/ psicologizador

España 3.2/1 Canadá 1,6/1

- * Porcentaje de solapamiento entre las dos formas clínicas
Conforme aumenta el grado de desarrollo de un país los índices SMZ/PSC y porcentaje de solapamiento de las 2 formas clínicas disminuye
- * Estudio en Barcelona 2002 ppal. Motivo de consulta en inmigrantes era la somatización (40%)

- * Corea: cada órgano tiene atribuidas funciones simbólicas (hígado-enfado, riñón – miedo, pulmones- preocupaciones o dolor y pesar).
- * Islam prohíbe expresamente el llanto ante la pérdida de un ser querido
- * Neurastenia en asiáticos
- * Insomnio- cefalea-fatiga
- * Disociación; fugas disociativas, desorientación, despersonalización.

Población refugiada

- * Traumas

1. Premigración (tortura, guerra, persecución)
2. Trayectoria de reasentamiento
3. Postmigración (aculturación, racismo,)

- * Enfermedad psiquiátrica (ansiedad, depresión TEPT)

- * Múltiples estudios sobre TEPT en población refugiada; 10 veces más frecuente que en población general.
- * Campos refugiados en Líbano, Turquía; 40% hombres, 61% mujeres y 65% niños TEPT
- * Campos de refugiados en Jordania; frecuentes las emociones de temor, ira, falta de interés, desesperanza, fatiga
- * TEPT más relacionado con estresores previos y ansiedad y depresión con factores post migración
- * Causas:
 - Experiencia traumática en país de origen (tortura, prisión)
 - Por el proceso de asilo en sí (viaje, trámites burocráticos). Estancia en el campo de refugiados (falta de seguridad, violaciones)
 - Estrés al contacto con la nueva cultura (aislamiento, pobreza, intolerancia, racismo, retraumatización) , dificultades en reintegración económica

- * TEPT somatizada **Bodily Distres Syndrome** (Buhman) 3 o más síntomas de al menos 3 grupos (músculo- esquelético, GI, CV) alteración del eje hipotalamo hipofisario
- * Se ha observado esta presentación somatizada en refugiados (somalis en Suiza), en personas sometidas a tortura (dolor crónico)
- * Somatización en población refugiada como “idiom of distrés” que acompaña al TEPT (T^a somatización)

CONCLUSIONES

- * Importante que el paciente se pueda expresar, creando un entorno seguro y de confianza. Uso de traductores-mediadores
- * Explicitar diferencias pero también similitudes entre nosotros como profesionales también adscritos a una cultura y el paciente
- * Reconocer y validar el modelo explicativo de la enfermedad.
- * Rol de médico occidental válido para aliviar el síntoma . La curación quizás incluya otros profesionales..

Algunos conocimientos antropologicos

Paciente sud-sahariano:

- * Concepto de salud- enfermedad diferente (lecki).
- * Concepción del tiempo diferente
- * Importancia de la tradición
- * Muy presente la espiritualidad
- * La realidad se divide entre lo visible y lo no visible
- * Concepción de la persona en función de sus relaciones
- * Dan legitimidad a la medicina occidental para curar el síntoma pero no para realizar el diagnostico o la curación

Paciente magrebí (imazighen)

- * La enfermedad ha de ser visible y/o sentida
- * Causas de la enfermedad; alhaila(susto), posesión (djim), por voluntad de Dios, mal de ojo, brujería, frio
- * Tres sistemas de curación: biomédico, coránico y el domestico (Adwa)

Paciente Chino

- * Modelo de comunicación diferente (saludo largo, evitar solapamientos)
- * Lenguaje no verbal distinto (sonríen para evitar tensiones)
- * Enfermedad por desequilibrio entre yin/yang
- * Jerarquización de la relación médico-paciente



*GRACIAS