



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Trabajo de
Fin de Grado
de Medicina

**Aproximación á Saúde Mental entre a poboación
inmigrante en España: Medidas de adhesión ao
diagnóstico e tratamento**

**Abordaxe entre la población inmigrante en
España a la Salud Mental: Medidas a la adhesión
al diagnóstico y tratamiento**

**Approach in Spain between immigrant
population and mental health: Measures to
improve acceptance of diagnosis and treatment**

Autora: Lucina Mónica Liu Zhang

Tutor: Dr. Francisco Javier Vicente Alba

Tutora: Dra. Isabel Salazar Bernard

Departamento: Psiquiatría, Radiología,
Salud Pública, Enfermería y Medicina

5 de septiembre de 2024

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Medicina

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente el apoyo incondicional de mi familia, de mis padres, hermanas y hermano, durante todos estos arduos y longos años de la carrera universitaria, sin ellos no habría llegado a esta última etapa.

Agradezco a mis tutores de TFG, el Dr. Francisco Javier Vicente Alba y la Dra. Isabel Salazar Bernard, por su tiempo y soporte en la realización de este trabajo.

¡Gracias!

Resumen

La inmigración no constituye un factor patógeno de trastorno mental en sí mismo, pero puede ser apuntado como un factor de riesgo para la salud mental, especialmente en circunstancias adversas. El proceso migratorio abarca una pérdida de vínculos familiares, sociales y culturales y la adaptación a una nueva realidad con todo un conjunto de complicaciones y dificultades desde la integración en la nueva sociedad, el idioma, la inestabilidad laboral entre muchos otros elementos causantes de estrés migratorio que pueden culminar en un duelo migratorio extremo.

Este trabajo está enfocado en el duelo migratorio, cuáles las dificultades de los inmigrantes y cómo esta diversidad cultural afecta al acceso sanitario y las posibles estrategias de abordajes que se podrían implementar para mejorar la asistencia sanitaria a este grupo.

Palabras clave: Inmigración, salud mental, estrés migratorio, duelo migratorio, estrategia de abordaje.

Resumo

A inmigración non constitúe un factor patóxeno de trastorno mental en si, pero si pode sinalarse como un factor de risco para a saúde mental, especialmente en circunstancias adversas. O proceso migratorio engloba unha perda de vínculos familiares, sociais e culturais e a adaptación a unha nova realidade con todo un conxunto de complicacións e dificultades desde a integración na nova sociedade, a lingua, a inestabilidade laboral entre outros moitos elementos que provocan estrés migratorio que poden culminar nunha dor migratoria extrema.

Este traballo céntrase no duelo migratorio, as dificultades dos inmigrantes e como afecta esta diversidade cultural ao acceso á saúde e as posibles estratexias de abordaxe que se poderían poñer en marcha para mellorar a atención sanitaria deste colectivo.

Palabras clave: Inmigración, saúde mental, estrés migratorio, duelo migratorio, estratexia de abordaxe.

Abstract

Immigration does not constitute a pathogenic factor for mental disorder itself, but it can be pointed as a risk factor for mental health, especially in adverse circumstances. The migration process includes the loss of family, social and cultural bonds, and the adaptation to a new reality with all the problems and difficulties that come with it, such as integration in a new society, the language, job insecurity, among other elements that cause migratory stress that can end up in an extreme migratory grief.

This paper is focused on migratory grief, what difficulties immigrants face and how this cultural diversity affects the access to health care and the possible approach strategies that could be implemented to better the health care provided to this group.

Key words: *Immigration, mental health, migratory stress, migratory grief, approach strategy.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Epidemiología / Demografía	1
1.2 El Proceso migratorio	2
1.3 Psicología, psicopatología de la inmigración	3
1.4 Impacto en salud mental	6
1.5 Aflicción del inmigrante: Duelo migratorio	7
1.6 Marco cultural – Intersección de salud con cultura, diversidad cultural y creencias	11
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGÍA	16
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSIÓN	24
5.1 Población inmigrante y salud mental	24
5.2 Relevancia de la identificación del Síndrome de Ulises	28
5.3 Relevancia entre la diversidad cultural de los inmigrantes y la asistencia sanitaria	29
5.4 Problemas de la atención sanitaria a la población inmigrante	29
5.5 Consideraciones en una entrevista clínica	33
5.6 Protocolo de actuación de Andalucía	42
5.7 Ideas a destacar tras la revisión de los resultados y la discusión	44
6. CONCLUSIÓN	47
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
8. ANEXO	57

1. INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno complejo y multifacético y uno de los grandes temas de la actualidad que afecta a todo el mundo, no sólo a España, de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos (1), “*Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un estado*” (Art.13), y también tiene derecho al trabajo, libre para determinar el tipo de trabajo, en “condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo” (Art.23) (2).

El movimiento de la población inmigrante es ocasionado por varios motivos, como la búsqueda de mejores condiciones de vida, seguridad, mejoría de la calidad económica o debido a causas académicas, políticas, religiosas, violencia y conflictos o el cambio ambiental. En consecuencia, los individuos sufren una pérdida de lazos familiares, de vínculos afectivos, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus socioeconómico. Las personas que emigran pertenecen a un grupo colectivo en una situación de alta vulnerabilidad, en riesgo de exclusión social, presentando dificultades a la hora de incorporarse en la sociedad y profesionalmente. La afluencia a las costas españolas de embarcaciones, a lo largo de los últimos años, predominantemente de ascendencia subsahariana y magrebí, se han vuelto en un acontecimiento típico y corriente. Las zonas costeras de la Islas Canarias y del sur de la Península han constatado la aparición sistemática de pateras y cayucos del continente africano a procura de alcanzar territorio europeo (3–5).

1.1 Epidemiología / Demografía

Asimismo, España es un foco de flujo migratorio, hasta la década de los 60 del siglo pasado sus trabajadores tuvieron como destinos las Américas tanto el Norte como el Sur en distintas fases. Después de la Segunda Guerra Mundial y la consecuente reconstrucción de Europa, el desarrollo industrial hizo subir la demanda por mano de obra en países como Francia, Alemania, Suiza, Bélgica e Reino Unido que se convirtieron en destinos principales de la fuerza trabajadora española. Cambios a finales del siglo XX, convierten España en un país de acogida, debido al rápido crecimiento económico alcanzando su pico en 2010, donde los inmigrantes representaron el 12,2% de la población española, después de la crisis económica, se produjo un descenso significativo, pero se ha recuperado. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2022 se registraron en España 5 542 932 personas extranjera, lo que representa el 11,7% de la población nacional (4,6,7).

Una de las características de la inmigración en España radica en su diversidad. La mayoría de los migrantes provienen de África, específicamente de Marruecos, y de Sur América son principalmente procedentes de Colombia, Venezuela, Perú, Ecuador e Argentina. Europa Leste, esencialmente de Rumania, pero una gran cantidad de migración dentro de Europa a España proviene de países como Reino Unido y de la Unión Europea de Francia, Alemania e Italia. De América Central proceden de Honduras, República Dominicana e Cuba, y del continente asiático llegan de China. En el transcurso de los últimos años, se ha evidenciado un cambio significativo en el número de mujeres originadas de países en vías de desarrollo, una feminización paulatina de los flujos migratorios, especialmente de nacionalidades iberoamericanas. En cambios, los varones son más de ascendencia africana y asiática (6,8,9).

1.2 El Proceso migratorio

El proceso migratorio es secuencial, dinámico y prolongado en el tiempo, que comprende los niveles cognitivos y emocionales, tanto consciente como inconsciente y con una gran cantidad de etapas cruciales. La superación del proceso migratorio implica enfrentar a numerosas pérdidas emocionales, es relevante considerar que el ajuste de los migrantes y de los refugiados en este proceso oscila entre persona a persona, de grupo a grupo y de situaciones a situaciones. Además de la motivación que se genera debido a la necesidad económica, las esperanzas iniciales y el ansia de prosperar, “*Muchos llegan con unas expectativas exageradas de bienestar y deben adaptarse a una realidad más austera*” (10), se acrecienta una elevada incertidumbre, la presión por no regresar al país de origen sin lograr el éxito, los obstáculos de adaptación en la nueva sociedad, los problemas en la regularización legal de su situación y los prolongados periodos de alejamiento del grupo de referencia. El costo psicológico que conlleva las dificultades laborales y personales pueden ser considerablemente elevados. El proceso se puede distinguir en diferentes fases y, en cada una de ellas, se presentan varios potenciales estresores personales y sociolaborales a los que se enfrenta el inmigrante. En seguida se especifican las etapas (10–13).

Una vez que se mencionará la palabra estrés con bastante frecuencia a continuación en este trabajo, se incluirá su definición. Estrés es una respuesta fisiológica del organismo ante una presión física, mental o emocional, que implican diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se aprecia como amenazante. Provocando cambios químicos que elevan la frecuencia cardíaca, la presión arterial entre otros, asimismo, genera sentimientos de ansiedad, frustración y depresión. No sólo acontecimientos traumáticos o una enfermedad, como actividades cotidianas o determinadas situaciones causan estrés. Si esto es muy intenso o duradero, puede potencialmente causar problemas de salud física y mental. Además, se conocen como tensión nerviosa, tensión emocional y tensión psíquica (14).

1.2.1 Decisión de emigrar

Los mecanismos de adaptación se desarrollan incluso antes de empezar el trayecto migratorio. Desde el momento de la toma de decisión de emigrar, se ponen en marcha condiciones de estrés y ansiedad que, con mayor o menor éxito y dificultad, logran ser elaboradas por la persona. Se producen con los principales contactos, los familiares y redes informales de soporte en el lugar de destino y se toman decisiones cruciales sobre aspectos como la disposición de la nueva configuración familiar, como por ejemplo dejar los hijos en custodia de abuelos (2).

1.2.2 Llegada

“*La persona inmigrante, al llegar a la nueva sociedad, su modo de vida se hace distinto y esto le lleva a situaciones de inseguridad e inestabilidad, debido al cambio brusco y la búsqueda de un nuevo continente para sus emociones y de su identidad*” (2). Se caracteriza por la presencia de sentimientos de ambivalencia emocional (alegría por haber alcanzado llegar, tristeza por lo que termina de abandonar), confusión y miedo. Hoy en día, el modelo aceptado apunta a que el estrés se intensifica en el inmigrante a lo largo de los primeros dos años y que, más adelante en el transcurso del tiempo, se va atenuando hasta llegar los niveles normales anteriores (12,15).

En esta etapa es significativo considerar la relevancia de (2,11):

- La función de acomodador de los organismos públicos y privados de la sociedad receptora, la acción de emplearlo o no, podría contribuir en el avance del proceso de adaptación.
- La relevancia de la intervención de la colonia de inmigrantes de su propio país, debido a su positiva influencia en el inicio del asentamiento, para los individuos recién llegados, de los actos de acogida, apoyo, solidaridad y orientación.

1.2.3 Adaptación e integración

Se inicia una vez enderezados los problemas económicos y sociales, en particular relacionados con el trabajo y la vivienda, a modo de ejemplo. El procedimiento de adaptación es (2,11):

- **Heterogéneo**, determinado por la disimilitud cultural, religiosa, lingüística, de la edad, del género, de factores económicos, entre otros.
- **Bilateral** (interdependiente), se encuentra sujeto al intercambio entre inmigrantes y la sociedad receptora, así como entre los inmigrantes y su panorama sociofamiliar.

En resumen, tanto la persona como la sociedad deben adaptarse a la nueva circunstancia, enfrentar y criar el duelo debido a los cambios, pérdidas y beneficios que impulsan el hecho migratorio. El hombre posee la habilidad, que se encuentra en un proceso de transformación constante, para adaptarse, aclimatarse e integrarse en el ambiente cultural y físico (2). Conforme el autor Sayed-Ahmad Beiruti (2), se trata de un proceso bio-psico-social e incluye los tres niveles que conforman al sujeto:

- El ámbito **biológico**, el organismo y sus conexiones con el medio ambiente, los cambios alimentarios y climáticos, etc.
- El ámbito **psicológico**, las aptitudes de adaptación, las habilidades y emociones, el sentido de identidad, entre otros aspectos.
- El ámbito **sociocultural**, las relaciones interpersonales, el efecto de la cultura en el sentido de la identidad, el tipo de educación y en las experiencias, los valores y demás.

1.3 Psicología, psicopatología de la inmigración

La experiencia migratoria es un procedimiento dificultoso y dinámico que comienza en la sociedad natal y sigue adaptándose a la sociedad de acogida y que implica tanto continuidad como desvinculación con la sociedad anterior. La adaptación es una forma de crear una identidad étnica propia en comparación con los demás (12).

1.3.1 La identidad

Se elabora en cada individuo basándose de sus pertenencias o dependencias. El primer ámbito comprende el yo, el segundo, la familia con la que convive, y a continuación se encuentra de la familia extensa. Enseguida y con el objetivo de ampliar su influencia, tanto el

comunidad o grupos locales, como los compatriotas. Coinciden otros elementos que definen la identidad étnica, lingüística, cultural, historia, profesional, sexual o de género (12).

1.3.2 Ruptura

La transición de una cultura a una nueva, conocida como discontinuidad sociocultural, puede generar en la persona una ruptura entre las experiencias previas del individuo y las expectativas del entorno actual, lo que puede favorecer al desarrollo de trastornos somáticos y psicológicos. Cuanto más significativa la variabilidad entre las culturas, más probable es el efecto de riesgo psicopatológico, una vez que se generaría un mayor grado de impacto y alteración (12).

1.3.3 Adaptación

La migración es un traslado que afecta a la gente de su identidad territorial y cultural. Esto sucede en tres etapas partida, viaje y llegada. Se pueden experimentar cambios biológicos consecuencia de las uniones entre integrantes de los dos grupos en contacto; además, existe también posibilidades de establecer opiniones y pensamientos diferentes acerca de temas económicos, políticos, religiosos, lingüísticos y de cualquier tipo que afecten la vida de los seres humanos. La aclimatación psicológica a la inmigración se finaliza cuando se consigue una combinación de resultados psicológicos internos, que comprende el bienestar psicológico, la buena salud mental y la satisfacción personal en el entorno cultural nuevo. La interacción contante entre dos o más sociedades distintas produce un cambio cultural, lo cual implica que los colectivos minoritarios adquieren de forma gradual y adopten los nuevos rasgos de la cultura del país de acogida en un menor o mayor nivel, se denomina aculturación (Tabla 1). Sin embargo, es equitativo, una integración adecuada no se puede alcanzar solo de forma unidireccional. Se define por una adaptación y/o integración vincular la relación de integración y aceptación recíproca entre el inmigrante y la comunidad de acogida (12,13,16,17).

Tabla 1. Modelo teórico de aculturación de Berry y Kim, 1988 (18).

Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión (Modelo teórico de aculturación de Berry y Kim, 1988)		
Integración	El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona. Más frecuente en edades medias.	Es la adaptación más adecuada y que menos se asocia a patología psiquiátrica.
Asimilación	Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor. Más frecuente en jóvenes.	Va a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de "estar incompleto". Es, por definición, autodestructiva, particularmente en la esfera psicológica.
Separación	Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen. Más frecuente en adultos y mayores. Puede ser activa en el caso del fenómeno <i>contracultural</i> , con el rechazo de los valores culturales establecidos, caso no privativo de los inmigrantes.	Aislamiento en <i>ghettos</i> con escasa interacción con la cultura anfitriona.
Marginalización	Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense.	La patología psiquiátrica es máxima.

Las personas deben adquirir un gran conocimiento sobre la sociedad receptora. La carencia de conocimiento esencial para afrontar la cultura del país de acogida (desconocimiento cultural), tiene diversas repercusiones y amenaza la habilidad de los individuos para vivir de manera adecuada. La ausencia de información elemental dificulta las tareas más sencillas, como desplazarse en el nuevo ambiente o enterarse a dónde acercarse para los diversos objetivos (12,17).

El estrés derivado del proceso de aculturación y obtiene la designación de estrés aculturativo, una clase concreta de estrés donde los estresores tienen su principio en el transcurso de la aculturación, fruto así, de un conjunto de cambios en la conducta y psicológicos en el individuo inmigrante (13,19).

Estrés aculturativo

En la atención de una persona inmigrante, encontramos a una persona que, además de lidiar con las problemáticas del día a día, también ha experimentado adicionalmente a lo largo de un periodo de tiempo (y posiblemente, siga sufriendo) estrés aculturativo. Esta es la tensión que genera el enfrentamiento con una cultura nueva, *“cambios producidos en el individuo cuando abandona su estilo de vida, su cultura, su familia, su idioma y todo lo que le une a su país natal”* (19), la cual se expresa como problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación social. El desplazamiento induce estrés cuando el individuo posee la consciencia *“de que es incapaz de hacer frente a los acontecimientos angustiosos y factores crónicos de ansiedad de la vida diaria”* (19).

El estrés aculturativo está asociado a los tres próximos factores. Primero, la sobrecarga cognitiva, tener de proceder sistemáticamente de manera voluntaria y conscientemente. Desde la llegada, ninguna práctica se encuentra automatizada, no puede llevar a cabo en absoluto *“como lo hace siempre”*, una vez que está involucrado en una nueva cultura de la que no tienen idea de lo esencial. A pesar de adulto, las acciones las realiza como si fuera la primera ocasión, aparte del empeño por adaptarse a hábitos, actitudes o ritmos, la necesidad de acomodarse a un segundo idioma. La sobrecarga cognitiva se expresa en forma de descontento, irritabilidad y síntomas como ataques de pánico, ansiedad generalizada entre otros (20).

Segundo, la cultura de acogida para el individuo requiere una labor a fin de comprender claramente cuáles son los roles en esa cultura, la manera que se determina qué rol pertenece a cada persona y qué expectativa para cada persona. El rol se trata del colectivo de emociones, actitudes, conductas y pensamientos relacionados con el puesto que pensamos subjetivamente que cubrimos relativo a los demás. La cuestión del problema en ocupar el propio rol y el que ejercen los otros, sucede a menudo en inmigrante que ha sufrido trastornos psicossomáticos o depresión. Resulta arduo a adultos asimilar las normas sociales que usualmente se adquieren en la infancia, las normas sociales son modelos de comportamiento poco claros, inconscientes y no reglados, y consecuentemente complicado de impartir. Los individuos inmigrantes tienen de comprender que es aceptable o no y en que lugares o situaciones en la nueva realidad, asimismo, deben consentir que son adecuados para unas tareas específicas y no para otras, aunque sean por veces más capaces para los segundas (20).

Tercero, el sentimiento de impotencia, resultante de la imposibilidad de intervenir adecuadamente en la cultura de acogida. La sensación de incapacidad de responder a la nueva realidad y los sentimientos de incompetencia relacionados a este sentimiento son la principal razón referidas en los problemas en integración en la cultura del país receptor. La mayor magnitud de descontrol se denomina síndrome de indefensión. Esta es la sensación que los eventos ya no están sujetos a ningún tipo de acción propia y, por consiguiente, no compensa esforzarse para cambiarlos. Después el sujeto experimenta pérdida de control interno y empieza a sentirse indefensa, ante todo. Así que disminuye el incentivo para esforzarse para controlar la vida, a pesar de las posibilidades reales para cambiar la situación aversiva (20).

1.3.4 Resiliencia

La resiliencia correspondería que, a pesar de las condiciones de vida adversas, la capacidad y habilidad de una persona o de un régimen social para mantener un proceso de crecimiento y desarrollo suficientemente normal y saludable. Requiriendo dos aspectos, resiliencia ante la destrucción o la capacidad de preservar la propia integridad no obstante de la desacuerdos, presión, circunstancias extremas y crisis; y la capacidad de construir o reconstruir su propia vida pese a condiciones complejas (12,18,21).

1.4 Impacto en salud mental

La inmigración no constituye un factor patógeno de trastorno mental en sí mismo, no obstante, se puede considerar como un *Acontecimiento Vital Estresante*, ser señalado como un factor de riesgo para la salud mental, especialmente en circunstancias adversas. Lo cual podría generar enfermedades mentales habituales, pero agravadas por el estrés migratorio y la perspectiva del mundo cultural de la persona inmigrante, siendo más típico las somatizaciones¹, alteraciones adaptativas, efectivas y ansiosas. Debido a su amplia variedad la población inmigrante no es homogénea, sino heterogénea, existe una gran diversidad cultural que se asocian de variadas circunstancias económicas, sociales, y administrativas, además de la variación que surgen a partir del género y de la edad. Es importante destacar la influencia de la fluctuación cultural rápida y la modificación del sistema de referencias valorativos, que parecen ser elemento de inseguridad, puede generar junto al estrés y la crisis de identidad, la sensación de que se ha alcanzado el máximo de las propias habilidades (2,21,22).

Los pacientes inmigrantes en salud mental constituyen un grupo que podemos denominar como *grupo de doble riesgo*, con probabilidad de sufrir estigmatización y exclusión asimismo por su circunstancia de inmigrantes como por la calificación de enfermos mentales. Dado que coinciden las dos particularidades es imprescindible un planteamiento integral y un mayor compromiso adecuado a sus necesidades con el objeto de optimizar la calidad de la atención. Los factores de riesgo para la salud mental del inmigrante son la nacionalidad, el contexto de salida, el estatus legal, el enfrentamiento a la nueva cultura, las preocupaciones sobre la identidad, el tiempo de residencia o el tiempo desde que ocurrió el traslado, la existencia de redes sociales y servicios accesibles para el emigrante en el país de acogida, el racismo, la

¹ Las molestias somáticas donde no se consigue o difícil de encontrar una patología física. Presentan frecuentemente una gran variedad de síntomas, o son muy indefinidos. Por veces se identifica una patología leve que no está correlacionados con los síntomas de queja (20).

discriminación y su circunstancia social (10,21).

1.5 Aflicción del inmigrante: Duelo migratorio

La Organización Mundial de Salud (23) considera la salud como un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, no sólo a la ausencia de afecciones o enfermedades. En realidad, la salud no se limita a mantener las condiciones fundamentales para desempeñar labores, sino a disfrutar de las condiciones suficientes para vivir. La noción de salud mental está asociado al fomento del bienestar físico y psíquico, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y recuperación de las personas con problemas de salud mental. Por lo tanto, la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional. Como sentirse bien, estar motivado, tener fuerzas y enfrentarse los problemas con actitud (24–27).

Entre la población inmigrante, los trastornos mentales se han demostrado como el segundo motivo de consulta en España, con unas tasas más elevadas que la población autóctona. El estrés ocasionado por la transición radical de cultura y hogar, el sentimiento de discriminación y la supervivencia en condiciones precarias, ante la falta de apoyo familiar, social, inestabilidad laboral, marginación social y políticas de exclusión, influyen adversamente la salud mental. Las patologías más frecuentes están relacionadas con trastornos de ansiedad y depresivo, resultantes de los procesos de adaptación y a los problemas asociados a la migración (17,28). El síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises es la patología psiquiátrica más abundante entre los inmigrantes extracomunitarios no regularizados en España. En un estudio por Achotegui Loizate et al. (29), se sospecha que este cuadro emerge al poco tiempo de la venida al nuevo país y que con los años va atenuando a medida que se adapta en el país de acogida y su situación se regularizando.

Duelo

Tizón define la elaboración del duelo como *“una serie de procesos psicológicos y mentales que, comenzando con la pérdida y su impacto afectivo y cognitivo, concluyen con la aceptación de la nueva realidad externa, la adaptación a la misma, la reorientación de la actividad mental y la organización del mundo interno”* (11). Se puede comprender como duelo, el proceso de reorganización de la personalidad que ocurre al perder o separar alguien o algo que es importante para el individuo, es la manera de hacer frente a las pérdidas. Esa forma de enfrentamiento implica una labor psicológica de reconciliarse con una circunstancia inmodificable y sobre la cual se dispone de escaso o ningún dominio (12,20).

Duelo migratorio

Esta situación se debe a la despedida del país originario y distanciamiento de todo lo afectivamente significativo, existencia de 7 duelos en la migración tales como: familia, hijos, seres queridos, amigos, religión, costumbres, forma de ser y de relacionarse, músicas, fiestas, sentido del tiempo, conexión con la lengua, *“aspectos relacionados con la tierra (como el paisaje, los olores o el clima), estatus social, nivel económico, dinámica laboral, sentido de pertenencia a un grupo étnico y pérdida de su seguridad física”* (12). Se trata de un severo proceso de reestructuración de los vínculos que la persona ha creado durante las primeras fases de la vida en el país nativo y que han desempeñado un papel crucial en la estructuración

de su personalidad e identidad como individuo (12,30). Según Achotegui Loizate (30), estos duelos ocurren en menor o mayor magnitud “*en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas*” y en función de la dificultad en la elaboración del duelo, y por consiguiente su potencialidad psicopatológica, existen tres tipos de duelo migratorio (30):

1. Duelo simple: es aquello que se produce en buen estado y que puede ser elaborado.
2. Duelo complicado: cuando se presentan verdaderas dificultades para elaborar el duelo.
3. Duelo extremo: el duelo es tan complejo que no es concebible, ya que supera las capacidades de adaptación del individuo, “*este sería el duelo del propio Síndrome de Ulises*” (30).

1.5.1 Características

El duelo migratorio presenta un conjunto de características generales que comprenden cualquier escenario migratorio y que a su vez nos posibilita distinguirlo de otros duelos (31). Las características según la búsqueda realizada (12,17,19,30,31):

Separación: asociado a la soledad y pérdida de seres queridos, la pérdida es meramente parcial (temporoespacial) puesto que la referencia, el país de origen no desaparece, es posible conectar con él y todo lo que este simboliza. No por ello es menos significativo o intenso. Elementos que hacen parte de la separación son el espacio (lejanía física que divide el inmigrante del origen) y el tiempo (periodo en el extranjero, dónde ocurren muchos cambios en el individuo y en el país natal, tanto que los coterráneos ya no les reconocen como uno de los suyos).

Recurrente y prolongado: al no ser una pérdida decisiva, los lazos son fácilmente reavivados de manera recurrente, beneficiado actualmente por la globalización que proporciona una conexión más rápida, próxima y con mayor frecuencia comparado a las generaciones anteriores. Así que propicia al duelo migratorio se vuelva en algo incompleto y muy complicado de elaborar.

Múltiple: quizás ninguno otro contexto presente tantos cambios como la migración, inclusive el fallecimiento de un ser querido. En la práctica, “*tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración*” (31), a lo largo del proceso de migración se llevan a cabo siete duelos, la familia y los amigos, la cultura (tradiciones, principios, visión del mundo), la lengua, la tierra (paisajes, olores, colores), el estatus social, el contacto con el grupo étnico y/o nacional y los riesgos físicos asociado a la migración.

Ambivalente: el migrante presenta emociones mixtas, de afecto hacia el país natal con el que mantiene vínculos fuertes, pero del que tuvo que abandonar porque no ofrecía lo que precisaba, y de odio hacia el país receptor que le proporciona alternativa, pero que, a su vez, requerirá un gran esfuerzo de adaptación.

Interrelacionado: “*con otros duelos y problemas del inmigrante*” (12).

Trascendental: “supone la reelaboración de toda una serie de aspectos muy arraigado que se ha interiorizado en la infancia” (12). “La infancia nos moldea” (31), durante esta etapa se constituyen una cantidad de lazos con las personas cercanas, la cultura, el idioma y el entorno, el interactuar con todos esos factores establecen la forma como se desarrolla la personalidad. En los adultos la arquitectura de la personalidad se encuentra establecida y los eventos que ocurren en la vida sólo la cambian en parte. Así que los adultos una vez emigren ya están condicionados por sus experiencias de la infancia y naturalmente tendrán problemas para ajustarse totalmente en el novedoso ambiente.

Participativo: “La migración es un hecho social. Y como todo hecho social tiene repercusiones sobre el conjunto de la sociedad” (31). Los cambios en la vida del migrante afectan, tanto a los individuos autóctonos mediante sus vínculos con los inmigrantes, como de los familiares que permanecen en el origen y que sufren ese distanciamiento.

Transgeneracional: tiene un impacto significativo no solo en aquellos que se marchan, sino también a sus hijos, estos modulan su personalidad mediante las identificaciones que llevan a cabo con las figuras paternas. A menudo se observa que los descendientes de los migrantes experimentan un duelo migratorio más complicado que el de sus progenitores, son individuos que pueden haber nacido en el nuevo país y relativo a la educación tienen este último como referencia cultural. Pero a la vez, a través de los lazos familiares y del contacto con el país de origen de los padres han adquirido también la cultura de los progenitores. El índice de trastorno mentales de la nueva generación es más elevado que en los inmigrantes de la primera generación. Asimismo, el nivel de elaboración del duelo migratorio de los progenitores tiene un gran impacto en las actitudes que adopten acerca del país de recepción por los integrantes de la siguiente generación.

1.5.2 Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Patología relacionada a un estrés crónico muy intenso que prevalecen sobre la capacidad de adaptación de los individuos, y es característico que los afectados experimenten determinados estresores o duelo y presenten un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos, los más típicos serían la tristeza, el llanto, la ansiedad, culpa (como por ejemplo dejar a mayores e hijos en sus países de procedencia), cefalea, insomnio, desorientación y falta de memoria. Síndrome descrito en el año 2002 por Joseba Achotegui (psiquiatra y profesor de la Universidad de Barcelona), nombrado como Síndrome de Ulises, haciendo referencia a la gran cantidad de adversidades, peligros, obstáculos y la separación prolongada de la familia que sufrió el héroe griego (12,17,19,30,31).

Se establece como el estrés crónico y múltiple que sufren los inmigrantes al fijarse en el nuevo país, abarcando una sintomatología ansioso-depresiva, a caballo entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, sin embargo, no se adecua a ningún de ellos, incluye áreas depresiva, ansiosa, somatomorfa y disociativa (17,28,29). A continuación, se pormenorizarán cada apartado de los estresores y sintomatología del Síndrome de Ulises.

Desencadenantes (12,19,31)

- Soledad por separación de familia y nostalgia.

- Dificultades para reagrupación familiar debido a falta de papeles.
- Lucha por la supervivencia (principalmente vivienda y alimentación).
- Dificultad acceso a la vivienda.
- Sensación de fracaso (no logran encontrar trabajo).
- Peligro físico del viaje migratorio (por la ilegalidad o el uso de camiones, pateras, etc.).
- Sujeción a mafias de tráfico de personas.
- Dificultad de regularización – angustia de los inmigrantes irregulares o en riesgo de convertirse en ello.
- Finalización del permiso de residencia o el visado (detención y expulsión).
- Asedio policial.
- Racismo, discriminación, agitación social, xenofobia.
- Precariedad laboral o inestabilidad económica.
- Discapacidad por siniestralidad laboral (proyecto migratorio revocado).

Características (12,17,21,31)

A los estresores anteriores se suman un conjunto de aspectos como:

- Emigración en situación de máxima dificultad (dejando cónyuge, hijos o progenitores enfermos, no pueden trasladarlos ni volver, sin documentación o trabajo, residencia en condiciones malas).
- Múltiples tipos de duelo por ejemplo duelo por la familia o duelo por los riesgos físicos de la migración.
- Intervención de varios estresores de alta intensidad y evolución crónica, de meses o años. El estrés es acumulativo.
- Cansancio cognitivo y emocional (sentimientos de impotencia y falta de esperanzas; sensación subjetiva de frialdad, desinterés y /o carencia de respuesta emocional; demasiada irritabilidad, enfado y/o resentimiento con relación al proceso migratorio).
- Dificultad en asumir el hecho migratorio.
- Falta de control (si uno, aunque sobre estrés, tiene un objetivo y sabe cómo llegar a ello, actúa de manera más tranquiliza de que si no lo conoce).
- Sensibilizaciones previas por problemas y circunstancias semejantes de desilusión y pérdidas no sobrepasadas con triunfo, y/o coexistencia de enfermedades mentales o físicas.
- Apoyo social bajo (los inmigrantes poseen una menor red social que los nativos), aislamiento, demasiado traslado.
- En la sintomatología según la cultura, la nacionalidad o el género, se distinguen escasas divergencias, salvo las que adicionan una interpretación cultural de la sintomatología.
- Por veces la carencia de atendimento adecuado por parte del sistema sanitario, o porque los profesionales por falta de conocimiento, prejuicios, inclusivamente racismo, minimizan la sintomatología de los afectados. O en otras ocasiones por diagnósticos equivocados tolerando así pruebas y tratamientos incorrectos, con los riesgos que eso conlleva.
- Transición en el modo de ver y comprender el mundo.
- Niños, adolescente y ancianos.

Sintomatología (12,30,31)

Área depresiva: tristeza, llanto, sentimiento de culpa, tendencia al aislamiento, baja autoestima, bajo libido, fluctuación del peso o apetito (cambio de dieta dificultan la apreciación). Algunos síntomas habituales de la depresión, como la apatía o pensamientos sobre la muerte no aparecen. Sentimientos se deben a todo lo que se dejó en el país de origen y por las dificultades que encuentran en el país de acogida.

Área de la ansiedad: intenso nerviosismo, ansiedad, tensión, pensamientos recurrentes e intrusivos, demasiadas preocupaciones, pensamientos obsesivos, irritabilidad (fluctúan entre estado de tristeza y euforia), insomnio, pérdida de apetito y fobias (viaje en patera – miedo al agua).

Área confusional: síntomas de tipo disociativo tal como miedo, sentimientos de soledad, déficit de memoria y concentración, desorientación y confusión temporoespacial, alucinaciones e ideaciones de tipo delirante. Este trastorno en los niños les hace parecer más agresivos.

Perspectiva cultural: interpretación desde su cultura de lo que les sucede (supersticiones como brujería, hechicería, mala suerte, mal de ojo), principalmente asociado con la adversidad que enfrentan los inmigrantes.

Síntomas conductuales: dificultades en el sueño, variaciones del apetito, conductas de búsqueda e hiperactividad.

Síntomas de tipo somatomorfo: insomnio, jaquecas, cefaleas, agotamiento crónico, fatiga intensa son los más frecuentes, menos habituales son vómitos, estreñimiento, dolores abdominales, amenorrea, hipertensión y, en último lugar, las molestias torácicas y neurovegetativas (palpitaciones y diarrea). En las dorsalgias y otros malestares osteoarticulares, las contracturas son provocadas por el estrés, denominado como *las coyunturas* por algunos hispanoamericanos.

1.6 Marco cultural – Intersección de salud con cultura, diversidad cultural y creencias

“Los valores y las normas que constituyen la cultura de un grupo étnico influyen en su peculiar forma de adaptación, en la manera de elaboración del duelo y en su modo de interacción, por ello es muy importante el conocimiento y comprensión de la cultura religiosa de los inmigrantes por la comunidad receptora” (11). Se pueden hallar muchas definiciones para la cultura y su concepto, ambos han sufrido muchas variaciones a lo largo de los siglos, según quien cuestionamos, sí un antropólogo, un sociológico, un psicólogo, un historiador, entre otros. La definición de cultura a continuación es la que mejor se adapta en este estudio, teniendo en cuenta de cómo esta influye en la salud mental, por su pérdida y distancia con la cultura anterior y el cambio a la nueva realidad y consecuente adaptación (32–34).

Según UNESCO (35), cultura es el conjunto de bienes materiales y espirituales, afectivos e intelectuales de un grupo social. Modelos explícitos o implícitos y de lo que se percibe a través de ello, el comportamiento, símbolos, instrumentos, conductas, ideas y valores, que son transmitido de generación a generación con el propósito de guiar las prácticas individuales y

colectivas. Engloba el núcleo esencial de la cultura lo conforman las ideas tradicionales y especialmente los valores adscriptos a ellas, como el lenguaje, procesos, modos de vida, tradiciones, costumbres, valores, hábitos, patrones y conocimiento. *“Los sistemas culturales pueden ser considerados, en un aspecto, como productos de la acción, y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras”* (34). La cultura material, se caracteriza por forma material, tales como los bienes de consumo natural, la tecnología y el patrimonio tangible. A modo de ilustración: arquitectura, vestimenta, artes plásticas, cocina, armas, herramientas, etc. y la cultura inmaterial o espiritual se refiere a la cultura que se transmite a través de la tradición oral, como el sistema de creencias, valores, lenguaje, música, leyes, entre otros. El papel de la cultura radica en asegurar la supervivencia y fomentar la adaptación de los individuos al entorno. Cada cultura posee una perspectiva global como reacción a la realidad de la sociedad. En consecuencia, no existe ningún grupo social que carezca de cultura o inculto. La existencia de diversas culturas y, en ellas, diversos grupos culturales, aun relativo a la cultura dominante (33,36). La cultura se caracteriza por una serie de elementos, las principales son (33,36):

- Elementos cognitivos: hace referencia al conocimiento que se acumula dentro de una cultura determinada para la supervivencia ante la naturaleza y la adaptación dentro del grupo social.
- Creencias: comprende una serie de ideas que el colectivo cultural formula con relación a lo que es legítimo o falso. Se encuentra asociado al sistema de valores.
- Valores: son los parámetros relevantes en la vida que se utilizan como modelos de evaluación de la conducta, los cuales se enfocan en las normas y actitudes admisibles o inadmisibles para asegurar la sostenibilidad del grupo.
- Normas: son reglas y expectativas que gobiernan la interacción entre individuos en función de los valores compartidos, moldeando la conducta social. Integra el sistema de sanciones y existen dos categorías de normas, las que detallan los deberes y obligaciones y el segundo grupo indican lo que no se debe realizar.
- Sistema de signos y símbolos: se trata de todos los medios comunicativos arbitrarios y convencionales que emplea el grupo social para enviar mensajes. Los métodos incluyen el habla, la redacción, símbolos y signos gráficos.
- Formas no normativas de conducta: particularidad de comportamiento que distinguen un grupo social de otro, inclusive dentro de una cultura común.

Diversidad cultural, consiste en las similitudes y las diferencias entre culturas. Dado a la globalización, así como las sociedades son cada vez más complejas, a la diversidad cultural se añade otro término la interculturalidad, que es la relación e intercambio y comunicaciones igualitarias entre culturas, a la vez que multiculturalidad se refiere únicamente a la coexistencia de diversos modelos y no en sus relaciones (32).

1.6.1 Discrepancias culturales referente a la manifestación y expresión de la sintomatología psicopatológica

“La cultura en la que como individuos nos hayamos inmersos, determina no sólo nuestra interpretación respecto a la relevancia clínica y gravedad de los síntomas y trastornos psicopatológicos, sino también el modo en que dicha sintomatología se expresa o manifiesta” (13). Cabe mencionar a respecto de los factores culturales, como las creencias, actitudes y prejuicios de los individuos inmigrantes, se considera que desempeñan un papel importante en

la vida diaria, en la forma de vivir y, de manera consecuente influir en la sintomatología clínica presentada, diagnóstico, comprensión y tratamiento de numerosas patologías médicas orgánicas o psíquicas. Es importante recordar las opiniones y de lo que han aprendido los inmigrantes acerca del sistema de salud, incluyendo cómo funciona, los tratamientos, para qué sirven las pruebas diagnósticas. A pesar de que estas creencias puedan variar en función de la cultura de origen, no es, factible establecer directrices generalizadas sobre ellas en función de su origen, tales como Latinoamérica, África, Europa de este, asimismo, debido a la consideración de múltiples factores, tales como el uso previo del sistema de salud y sus resultados, el tiempo de estancia en el país y la comprensión y aceptación de las normas, la calidad de las relaciones sociales e institucionales. La única forma de obtener la información es interrogando y, tras examinar las respuestas de cada individuo en particular (34,37).

La perspectiva intercultural envuelve “*la interacción entre dos culturas, entre dos sistemas de valores, de cuidados, de diagnóstico, etc., sin caer en la tentación por parte de los profesionales, de que ellos actúan sin prejuicios culturales y como si no tuvieran sus referencias culturales personales y profesionales*” (21). Al inmigrante su diversidad tanto lingüística como cultural y sus dificultades no impiden a priori la autonomía moral. Además, tienen el derecho a tener opiniones acerca de salud, de enfermar, sanar y curar distintas a las locales. Es necesario tener en mente, que a los individuos extranjeros su actitud hacia la enfermedad y los medios empleados para enfrentarla pueden diferir de una sociedad o cultura a otra (27,38).

La interpretación y la expresión de los síntomas o las ramificaciones sociales son distintas para cada uno, dependiendo de sus creencias (tradiciones, mitos, tabúes) y valores. La enfermedad, en nuestro medio, se centra en un problema biológico-físico, sin embargo, en otras desempeña un rol social fundamental, en algunas se presentan “enfermedades culturales” mayoritariamente en el ámbito de la psiquiatría, enfermedades o patrones patológicos en ocasiones sin una conexión evidente en la biomedicina. Estas categorías diagnósticas están entrañadas y son aceptadas y extensamente difundidas en determinadas sociedades o áreas culturales, ejemplificado por Balbo Ambrosolio et al. (34) en su artículo. Incorporando nociones populares de causalidad y no responden a los tratamientos biomédicos, causando sufrimiento o hasta la muerte en la población o etnia afectadas. Síndromes basados en la cultura como “ataque de nervios” o el “susto” en latino americanos, o “mal de ojo” en algunas poblaciones mediterráneas (38,39).

“*Desde el momento en que existen diferencias culturales en cuanto a la expresión de las emociones, es esperable que dichas divergencias se extrapolen al ámbito del malestar emocional*” (13). Las variaciones culturales son significativas a respecto de la manifestación de emociones, en todas las culturas los sentimientos básicos como la tristeza, la alegría o el miedo, se expresan semejantemente. No obstante, en la expresión verbal esto no sucede igual, la manera de actuar (cuándo y en qué contexto se las deja “salir”) o cómo se afrontan. En las culturas colectivistas², los individuos por lo general solicitan soporte de la comunidad, para

² “*Las culturas colectivistas fomentan la perspectiva de que las personas pertenecen a grupos que exigen una lealtad duradera de la que los miembros no pueden librarse fácilmente. A cambio, las personas reciben protección del grupo*” (20). El grupo como un todo más relevante que el individuo sólo. Se favorecen las normas predominantes y modas, la concordancia y obediencia. Características: empatía mutua, apoyo social, contacto frecuente con familia y estas son extensas, las tradiciones son significativas y se valoriza el respecto al pasado. Geográficamente de región mediterránea, América latina y Asia (40,41).

ellos algunas actividades sociales particulares tienen una mayor relevancia, y porque están solos y lejos de la familia, pasan peor las fechas conmemorativas (17,20,39).

Según Delgado Ríos (13) es aparente que *“existe una importante base para defender las variaciones culturales en cuanto a la expresión de la psicopatología, siendo estas variaciones clínicamente relevantes. Por tanto, conocer la psicopatología tal y como es en la cultura de origen puede ayudarnos a no magnificar ciertos síntomas o a interpretarlos en sintonía con las creencias o factores socioculturales del paciente”*. La aflicción psíquica, en determinadas culturas, se valora como vergonzoso o despreciable, así que sólo se consulta por síntomas físicos. En realidad, el individuo afectado llega a ocultar o aminorar sus propias reacciones. Asimismo, para algunos si consultan por malestar físico, es más liviano de acceder a los profesionales de la salud, puesto que han aprendido a dirigirse a los médicos exclusivamente si tienen molestias físicas. Todos estos detalles son importantes en su sutileza en relación a los antecedentes personales de los individuos en consulta. *“Las diferencias culturales se dan en muchas dimensiones y sería útil tener en cuenta el mayor número posible de ellas...”* (20). Para terminar, algunas reflexiones:

Necesidad de tomar en consideración influencia de ciertos tabúes sociales o culturales al hacer las entrevistas clínicas y en la exploración, como ejemplo mujeres de origen musulmán. Prevenir la perpetuación de la aplicación de estereotipo y generalización. Cada persona es una combinación única de conductas, valores y creencias derivadas de su cultura original y la del país de acogida. Ejemplo de un trabajo *“Ciertos comportamientos como el silencio de las mujeres cuando acuden a la consulta con sus parejas, son interpretados por los profesionales en base a prejuicios y estereotipos adquiridos, interpretándolo como un acto de sumisión, cuando puede tratarse simplemente de una falta de comprensión del idioma”* (9). Por último, la cultura no es equiparable a una nación, raza, etnia o lenguaje y no debe ser confundida ni limitada, como a menudo se utiliza. En este contexto, no se deberá cometer el error de comparar una cultura determinada con una nación, porque pueden coexistir diversas culturas, y tampoco, se refiere únicamente a etnias o grupo étnicos y geográficos o a localidades. La etnia es frecuentemente un grupo distinto geográfica, política y socialmente dentro de una unidad política mayor (33,38).

Señalamos anteriormente que la población inmigrante puede tener su salud mental afectada al igual que la población general, además que poseen patologías derivadas de su estatus de migrantes haciendo les un grupo de doble riesgo. Su condición de inmigrantes empeora el acceso y la búsqueda por apoyo para mejorar su salud mental. La finalidad de este trabajo no sería tanto orientada a la detección de los síntomas o los tratamientos más adecuados, pero el enfoque se centraría en cómo mejorar el abordaje entre la población inmigrante para que acepten y/o busquen ayuda, asimismo hay estigmas culturales y sociales en todo lo asociado al ámbito mental, por lo que la necesidad de apoyo mental es ignorada por diversos motivos. Así que en este trabajo demostraremos los motivos por los que este grupo necesita una atención especial en relación con el ámbito mental y como los asistentes del área de salud podrán detectar, abordar estos temas y que se acepten por parte de los individuos la ayuda.

2. OBJETIVOS

Los objetivos para este trabajo son:

- Revisión de la literatura científica referente a los diversos programas de atención a la población migrante en cuanto a la salud mental.
- Descripción de los principales problemas psicopatológicos que surgen en este grupo poblacional.
- Descripción de la problemática identificada que obstaculiza la población inmigrante a una asistencia sanitaria equitativa a la recibida por la población autóctona.
- Revisión de propuestas con el fin de mejorar la detección de problemas psicopatológicos en este grupo poblacional.

3. METODOLOGÍA

Empezando de los objetivos referidos anteriormente en áreas de estudio que incluyen disciplinas como la psiquiatría, medicina familiar y comunitaria, psicología, antropología, epidemiología y enfermería. Se han utilizado libros, manuales, artículos de revistas, tesis, guías prácticas y revisiones (sistemáticas, bibliográficas y teóricas). Elección de artículos siguiendo la metodología PRISMA (42).

Búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos Dialnet, IBECS utilizando la combinación de: salud AND mental AND inmigrantes AND intervención y en Scielo se utiliza la misma terminología, pero en inglés. Para la base de dato PubMed se utiliza la combinación de: mental AND health AND immigrants AND intervention AND Spain. Se añadió el termino Spain para refinar la búsqueda. Criterios de exclusión utilizados:

- Texto completo no accesible.
- Artículos fuera de la zona geográfica de interés, España.
- Idioma: español e inglés.
- Artículos que no se ajustan a los criterios anteriores.

Tabla 2: Bases de datos y artículos seleccionados.

Base de datos	Resultado	Recuperado	Elegibilidad	Inclusión
Dialnet	54	14	10	8
IBECS	8	4	4	3
Scielo	5	1	0	0
PubMed	101*	11	9	4

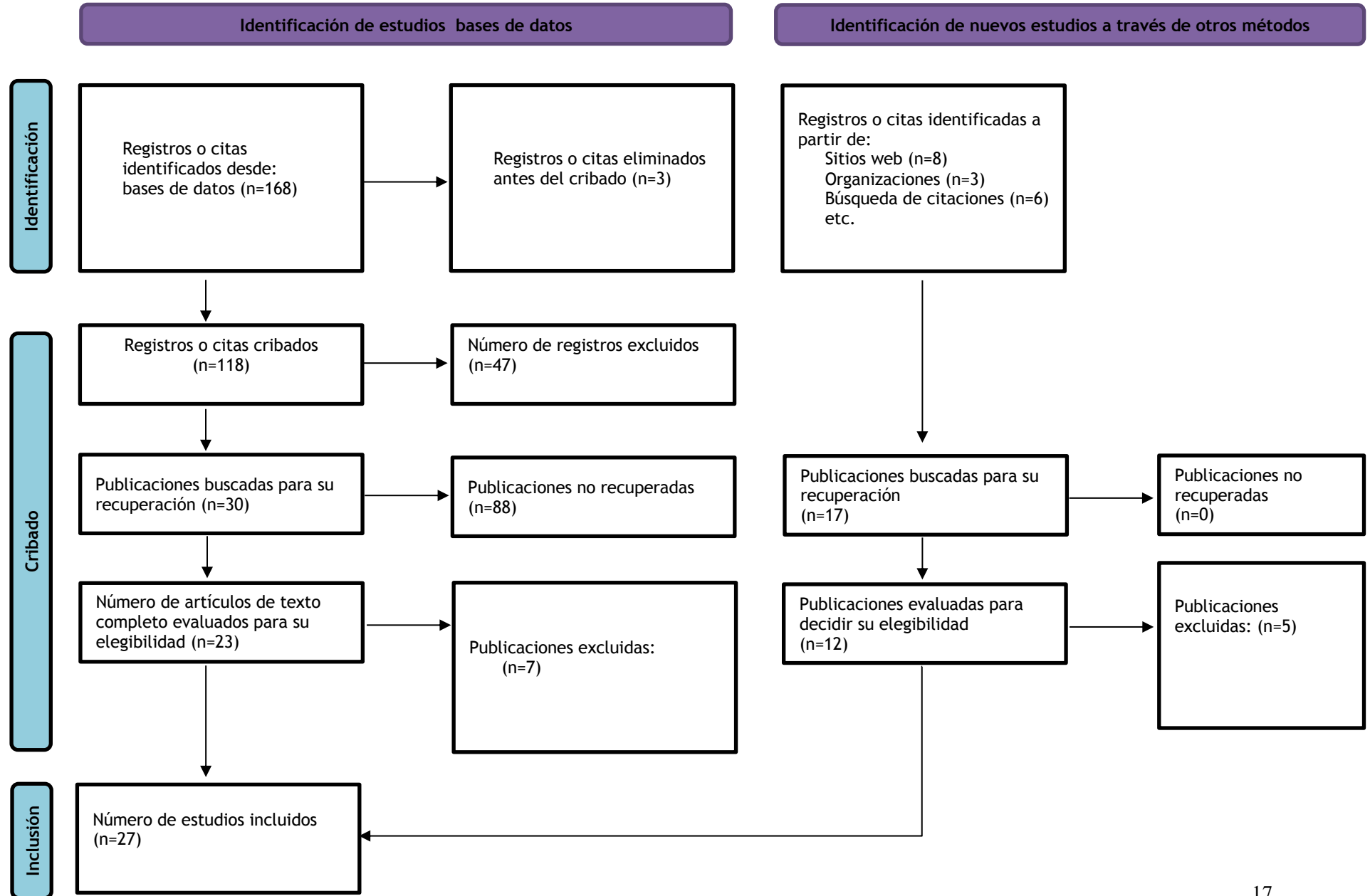
Nota: * Se aplicó un filtro más, para texto completo disponible (free full text), los resultados después del cribado pasan de 101 a 54.

Otras fuentes:

Búsqueda de manuales acerca de la relación entre inmigración y salud. Investigación con enfoque cualitativo en se utiliza la Escuela Andaluza de Salud Pública, énfasis en cuales son los motivos que expliquen los problemas en la atención a la población inmigrante y las posibles propuestas en cómo mejorar y aproximar la asistencia sanitaria y la población inmigrante, como base, particularmente los recursos de la Red isir (43).

En este trabajo se empieza la introducción con el proceso migratorio, sus etapas, la psicología y psicopatología de la inmigración, importante para explicar en el siguiente apartado un duelo particular a este grupo poblacional que sería el duelo migratorio y sus características. Una forma más extrema del duelo migratorio es conocido como Síndrome de Ulises el cual se expone los desencadenantes, características y síntomas asociados y la relevancia de su diagnóstico. En todo proceso de la migración hay que tener en cuenta los antecedentes culturales, las creencias y las barreras comunicativas que acarrear consigo los migrantes y como estos aspectos afectan a la asistencia sanitaria. Se termina con posibles medidas y cambios que se podrían implementar para una asistencia de calidad y equitativa para toda la población incluido a los inmigrantes.

Figura 1. PRISMA 2020. Diagrama de Flujo (versión española) (42).



4. RESULTADOS

Tabla 3: Artículos de revisión seleccionados.

Autores	Diseño	Objetivos	Resultados
Achotegui, J. (30)	Revista	Se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven los inmigrantes y la aparición de su sintomatología.	El Síndrome de Ulises se caracteriza por la presencia de unos determinados estresores o duelos -soledad forzada, indefensión, miedo, etc.- de modo crónico y sin apoyo social y, también, por la aparición de un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental, en el límite de la psicopatología, sería conveniente la intervención de otros profesionales -trabajadores y educadores sociales, enfermería- no tan sólo de psicólogos o psiquiatra. Plantear la delimitación y denominación del Síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos, etc. al no existir una denominación a su padecimiento.
Achotegui Loizate, J; et al. (28)	Revisión sistemática	Analizar los estudios realizados en España desde el año 2000 hasta el 2008 dirigidos determinar la prevalencia de patologías mentales en los inmigrantes afincados en este país.	La búsqueda produjo 5 artículos que cumplieran los criterios de inclusión, los cuales muestran prevalencias muy diversas de las patologías mentales en inmigrantes. El número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de patologías mentales es muy escaso. Es necesaria la realización de nuevos estudios al respecto.
Achotegui, J; et al. (29)	Se trata de un estudio observacional, transversal de tres meses de duración.	Determinar la prevalencia de Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y describir sus características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiares, comparándolas con las de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria sin este cuadro.	La prevalencia total de Síndrome de Ulises fue del 17,02%. 17,65% en hombres y 15,38% en mujeres sin diferencias estadísticamente significativas. La principal procedencia fue subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres y las lenguas maternas mayoritarias las subsaharianas en hombres y el castellano en mujeres. Los inmigrantes con Síndrome de Ulises resultaron ser mayoritariamente casados, recientemente llegados a España en patera y un número significativo de ellos sin vivienda. Los que no presentan el Síndrome fueron mayoritariamente solteros, con larga residencia en España (6 años o más) y con vivienda de alquiler.
Alda Díez, M; et al. (15)	Estudio controlado	Evaluar si, en España, existen diferencias entre pacientes psiquiátricos inmigrantes y nacionales ingresados en un hospital general, en relación a su manejo diagnóstico o terapéutico.	La estancia media hospitalaria es significativamente más baja en inmigrantes (8,1 días) que en nacionales (12,6). Existe una mayor utilización de los servicios de seguridad (OR= 5,13) y de sujeción mecánica (OR= 2,68) en inmigrantes. Para estas tres variables, los análisis de regresión demuestran que el factor que más varianza explica es el tiempo de estancia del inmigrante en España. A los 3 años de estancia se equiparan las diferencias en estas tres variables entre inmigrantes y nacionales. A los inmigrantes se les solicita significativamente menos pruebas complementarias complejas como EEG o

			TAC/RNM. En cuanto al tratamiento, los inmigrantes reciben significativamente mas neurolépticos depot (OR= 4,7), pero menos clozapina o terapia electroconvulsiva.
Balbo Ambrosolio, E; Pis-Diez Pretti, G. (34)	Revista	Aproximación general a las nuevas problemáticas que se registran en el ámbito de la salud mental, y en especial a las que se originan en la creciente demanda que uno de los colectivos de inmigrantes, el que proviene de Marruecos.	La nueva situación requiere una preparación profesional para un contacto intercultural específico. Abordaremos algunos problemas que surgen en la intersección de la psiquiatría y la antropología, y que giran alrededor de los distintos marcos culturales desde los que se ordena la comparecencia de psiquiatra y paciente a un nuevo escenario clínico. Tales cuestiones son el concepto popular de enfermedad y algunos de los recursos terapéuticos con los que se la intenta solventar en Marruecos, como la voluntad divina, la magia y la hechicería. Algo diremos, también, del modo en que se articulan estos conceptos y conductas –en el nivel etiológico– en patologías populares como la posesión, el mal de ojo o la depresión.
Collazos Sánchez, F. (44)	Estudio de casos instrumental	Determinar si está justificada la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.	Los resultados de la tesis apoyan claramente la necesidad de la adaptación sociocultural de las intervenciones en la salud mental y adicciones basadas en la evidencia. Para ello, resulta aconsejable el trabajo en equipos interdisciplinarios que faciliten dicha adaptación cultural, de tal manera que se consiga su implementación real en la práctica clínica.
Collazos Sánchez, F; et al. (22)	Revisión bibliográfica	Describir el estado de la salud mental de la población inmigrante de España.	Gran parte de los estudios revisados tienen un enfoque social y epidemiológico, con referencia a las condiciones socio-económicas del colectivo inmigrante. Factores laborales y psicosociales son determinantes en su salud mental.
Cruz, I; et al. (45)	Estudio transversal	Comparación del consumo de antidepresivos entre inmigrantes y población nativa de una región en España.	Prescripción de antidepresivos de 11% a la población nativa y de 2.6% a inmigrantes. Dependiendo de la edad, se prescribe a mujeres nativas 1.9 a 2.7 veces más que mujeres inmigrantes y entre los varones nativos 2.5 a 3.1 veces más que los varones inmigrantes. Entre mujeres inmigrantes las tasas más elevadas, prescritas a latino americanas (6.6%) y más bajas de origen África subsahariana (1,4%). Entre varones los latinos americanos (1,6%) y África subsahariana (0,7%). El porcentaje de inmigrantes al que se prescriben los antidepresivos aumentan significativamente en relación con el número de años registrados en el sistema de salud local. Diferencias significativas en la prescripción de los antidepresivos nuevos, se prescriben 8% más a la población nativa que inmigrantes, tanto varones como mujeres.
Cruz, I; et al. (46)	Estudio descriptivo	Duración y cumplimiento de tratamiento con antidepresivos entre inmigrantes y población nativa en España, seguimiento de cuatro años.	5334 pacientes (8.5% son inmigrantes) empezaron tratamiento con antidepresivos. La mitad de los inmigrantes abandonaron el tratamiento durante el segundo mes (media para los nativos = 3 meses). De los inmigrantes que continúan con el tratamiento, solo 29.5% presentan buen cumplimiento (comparado con 38.8% de los nativos). Riego estimado de

			abandono/fin de tratamiento en el grupo de inmigrantes comparado con el grupo nativo, ajustado por edad y género, fue de 1.28 (95%CI 1.16-1.42).
Delgado Ríos, P.(13)	Revisión teórica	Relación entre psicopatología e inmigración, se tratan las variables que influyen en dicha relación (género, idioma y aculturación, condiciones y etapas de la migración, diferencias culturales en cuanto a la manifestación de sintomatología psiquiátrica, etc.). Se analiza la interacción entre las etapas de la migración y una serie de factores de riesgo y protectores.	Los resultados más significativos que la investigación ha ofrecido sobre trastornos psicopatológicos concretos, de entre ellos, quizás los que más interés han suscitado hayan sido los trastornos por estrés, sobre todo desde nuestro país con la formulación del Síndrome de Ulises por Joseba Achotegui, y los trastornos psicóticos. Resulta imprescindible situar todo este abordaje en un marco cultural, haciendo hincapié en la modulación que el entorno cultural ejerce sobre las manifestaciones psicopatológicas, y nombrando algunos de los síndromes dependientes de la cultura tal y como los contempla el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Se completa este análisis con la descripción de las variables que ejercen un papel protector en cuanto a la influencia negativa de la migración sobre la salud mental, así como se mencionan los principales problemas metodológicos con los que se enfrentan los investigadores interesados en este tema.
Gil Estevan, MD. (9)	Estudio cualitativo etnográfico	El objetivo de este estudio es describir las experiencias, percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería del Departamento de Salud de Elda en la prestación de cuidados a mujeres en riesgo de vulnerabilidad social, con el propósito de diseñar estrategias de mejora que contribuyan a la prestación de cuidados desde la competencia cultural y con perspectiva de género, proporcionando herramientas y apoyo a los profesionales en el manejo de desigualdades sociales en salud.	Los aspectos relacionados con la herencia cultural influyen en los comportamientos, uso y forma de acceso a los servicios sanitarios de la población a estudio. El aspecto físico y la forma de vestir relacionadas con la ecología biocultural son considerados por los profesionales como un signo de identidad que les permite identificar a cada mujer con el grupo cultural al que pertenecen. Los estereotipos y prejuicios heredados sobre ciertos colectivos y etnias minoritarias siguen siendo patentes en nuestro contexto. La principal dificultad con la que se encuentran los y las profesionales a la hora de interactuar con las mujeres es la idiomática y la relacionada con la comprensión de la información. El respeto a las costumbres relacionadas con las creencias religiosas está muy presente en todos los ámbitos de atención, sobre todo en lo concerniente al Ramadán en la prestación de cuidados a mujeres musulmanas.
Grupo de trabajo "Inmigración y Salud Mental". (21)	Programa de Atención a la Población Inmigrante	Introducir la perspectiva intercultural en la atención a la Salud Mental. Facilitar acceso de pacientes inmigrantes a la red de salud mental. Proporcionar una atención integral, intersectorial, transversal, coordinada y participativa. Realiza diagnóstico precoz, culturalmente sensible y dar respuesta ágil y coordinada. Proponer y colaborar en la creación de otros recursos/programas que se	Las intervenciones que componen el programa se basan en cuatro protocolos: protocolo de duelo migratorio, intervención social y trabajo en red, primer episodio psicótico y TMG, y patología dual. No se requiere la implementación de todos los protocolos una vez que cada uno está formado para que se ajusten a las demandas de los pacientes inmigrantes. El protocolo de trabajo sobre la red social si es necesario implantarlo porque es la base donde los demás protocolos se sustentan y descansan, por ser el pilar básico para el colectivo inmigrante. Por tanto, habrá que desarrollar siempre dos protocolos. En necesario que este programa se lleve a cabo por un subequipo a tiempo parcial, estaría

		crean necesarios.	formado por: psiquiatra o psicólogo, enfermero y trabajador social.
Junyent, M; et al. (47)	Revisión teórica	Características sociodemográficas de la población inmigrante que consulta en urgencias.	Las particularidades que diferencian los inmigrantes de la población autóctona, entre las médicas son: neurocisticercosis, tuberculosis, infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida, hepatitis, paludismo, parasitosis, síndrome de Ulises y en las paramédicas: conocimiento de la tarjeta sanitaria, concepto de la medicina, barrera idiomática.
Martínez, M; Martínez García, J. (7)	Revista	Abordaje del fenómeno de las migraciones humanas desde la perspectiva de la persona que emigra y poniendo especial énfasis en aquellos constructos y teorías psicológicas que pueden ayudarnos a una mejor comprensión del fenómeno y que orientan la intervención psicosocial.	Factores contextuales del propio proceso migratorio colocan a las personas que emigran en riesgo psicosocial. La perspectiva psicosocial implica un acercamiento comprensivo a personas, grupos, organizaciones y comunidades (y a los problemas asociados) desde las distintas teorías y/o modelos que la Psicología como ciencia ha ido sustanciando y validando a través de la evidencia y de los resultados de la investigación, y que tiene en cuenta la importancia de la interacción dialéctica sujeto- contexto.
Niño Fuentes, M. (19)	Análisis documental	Analizar la relación entre salud e inmigración en CEAR Sevilla (Primera Fase de Acogida Temporal).	Los trastornos específicos propios de las personas inmigrantes como son, el estrés aculturativo, el Síndrome de Ulises y el duelo migratorio, y por otro lado las alteraciones generales de cualquier persona de la población, pero frecuentes a desarrollar dentro de la población inmigrante, así como, el Trastorno por Estrés Postraumático y la ansiedad y, la depresión. Las personas usuarias de la Primera Fase de CEAR, presentan alteraciones/trastornos relacionados con el proceso migratorio y que, en lugar de trabajarlos/as con los/as profesionales con los que tienen un contacto diario y directo (depositando más confianza en éstos/as), son derivados a servicios médicos o psicológicos, con el objetivo de cubrir una necesidad, pero que en vistas al presente trabajo de investigación, queda muy lejos de paliarse.
Plaza Baquedano, B; et al. (10)	Estudio descriptivo transversal retrospectivo	Analizar las características socio demográficas de la población inmigrante ingresada en una unidad de corta estancia psiquiátrica. Evaluar las necesidades sociales más prevalentes en esta población, el tipo de intervención social realizada y los recursos más frecuentemente demandados.	Diferencias de Diagnóstico Psiquiátrico muy significativas con respecto al país de origen. Alta Incidencia de problemática social en comparación del resto de los pacientes de la Unidad y por tanto, mayor intervención de la Unidad de Trabajo Social. Problemática social propia de la población inmigrante como la carencia de Tarjeta Sanitaria, escasez de recursos y dificultades para la ubicación al alta por carecer de domicilio. Prevalen intervenciones de información y coordinación por encima de la gestión de recursos. Destaca en la gestión de recursos la tramitación de Centros Terapéuticos. La intervención familiar, que es clave en el trabajo social en salud mental, apenas puede realizarse dado el aislamiento social de estos pacientes. Se realiza en mayor medida con pacientes de América Latina y Europa del Este. Diferencias significativas entre el país de procedencia y el tipo de intervención social realizada. Es posible

			que esto se deba a la influencia de distintos motivos culturales.
Pertíñez Mena J; et al. (48)	Estudio descriptivo	Observar diferencias entre población étnica y autóctona en la frecuencia de trastornos mentales. Estudiar datos epidemiológicos y su nivel de registro.	No hay diferencias en el porcentaje de trastornos mentales en inmigrantes, aunque sí tendencia a la depresión y trastorno por somatización. Las características de la población de referencia y el bajo nivel de registro de datos observado podrían sesgar el resultado, influenciado por las dificultades comunicativas de los inmigrantes que dificultan el diagnóstico. Es necesario formar a los profesionales para mejorar su calidad asistencial.
Pollos Amores, S; Vargas Martín MA. (39)	Análisis cuantitativo y cualitativos	Análisis de datos recogido de las historias personales de las personas inmigrantes atendidas en el CRPS desde los años 2013 al 2017 incluidos.	Se recomiendan unas propuestas de intervención.
Regata Cuesta, C. (49)	Estudio transversal y descriptivo	Evaluar los factores psicosociales y sanitarios que afectan a las pacientes de origen inmigrante que son atendidas en la atención primaria.	La mayoría de las pacientes procedían de Marruecos y Sudamérica. Entre los problemas sociales más prevalentes encontramos: la dificultad idiomática (afecta a un 13% de los pacientes), el desempleo (10%) y el estrés laboral (9%). En la salud física: la patología traumatológica (un 32%), las enfermedades crónicas (28%) y las enfermedades autoinmunes (22%). En cuanto a la salud mental destacar una prevalencia del 15% en los trastornos por ansiedad y un 14% en trastorno adaptativo. El 8% cumplieron criterios de depresión.
Sirur-Flores Bates, MA; et al. (50)	Revista	Atendiendo a pacientes de otras culturas	Parecería que atender a pacientes de otras culturas es una tarea que presenta muchos más problemas que soluciones; pero la realidad es que, en la mayoría de las ocasiones, podemos desarrollar la consulta con bastante naturalidad. Lo que nos une con esas otras personas es mucho más que lo que nos separa; nuestras similitudes como seres humanos que sienten miedo, dolor o alegría, son mucho mayores que las diferencias a la hora de expresar esas emociones. Existen barreras y dificultades, sí, pero también herramientas para superarlas. La primera de todas: nuestra actitud. En tanto que pacientes nuestros, su atención nos puede demandar más tiempo, mejor formación, más profesionalidad y paciencia si cabe. En tanto que pacientes nuestros, lo merecen.
Zarza, MJ; Sobrino Prados, MI. (17)	Revisión bibliográfica	Objeto principal reunir el conocimiento teórico, metodológico y tecnológico (p.e., herramientas de evaluación) del que se dispone sobre estrés de adaptación sociocultural (acculturation stress) en Estados Unidos, país con una larga historia de inmigración procedente de Latinoamérica, y compararlo con la situación en España.	España aún está a tiempo para la prevención primaria en salud física y mental, pandillas, crimen, abuso de sustancias, etc., enfocada a los inmigrantes y en particular a los hijos de éstos, en caso de que este fenómeno se produjera de manera similar. En caso contrario, sería interesante estudiar los factores de riesgo y de protección que diferencian la cultura y ambiente españoles en comparación con el americano y su poder explicativo de los problemas de salud del inmigrante latino. La creciente demanda de servicios clínicos y programas preventivos para la población inmigrante en España debe

			motivar el desarrollo de estudios que ayuden a responder a las causas de los problemas de adaptación sociocultural y sus consecuencias en la salud mental y física de los inmigrantes.
--	--	--	--

Libros, manuales y guías prácticas:

- Escuela Andaluza de Salud Pública: Elena González Rojo, Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes (51).
- Martincano Gómez, JL; García Campayo, J. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante (52).
- Martincano Gómez, JL; et al. Cuadernos de actualización para médicos de atención primaria. Depresión e Inmigración (18).
- Morena Montes, J; et al. Manual de Atención al Inmigrante (53).
- Sayed-Ahmad Beiruti, N; et al. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración (54).
- Sayed-Ahmad Beiruti, N. Cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: Inmigración y salud mental (55).

5.1 Población inmigrante y salud mental

En opinión de Pertíñez Mena et al. (48), *“se observan mayores porcentajes de somatización, con elevado número de consultas por este motivo, y de depresión en inmigrantes, aunque éstos se encuentran infratratados y probablemente infradiagnosticados”*. Ocurre una infrarrepresentación de la demografía inmigrante en los dispositivos normalizados del sistema de salud (centros de atención primaria, centros de salud mental y unidades de hospitalización de agudos), por veces la vía acceso ocurre a través de los servicios sociales. El seguimiento después del alta es más irregular, con elevados índices de abandono. Unos cuantos hallazgos indican que la demanda de la población oculta (grupo al cual la ley niega la documentación), entre 500.000 y 700.000 personas, se encuentran todavía más infrarrepresentados en la red de salud mental³ españoles. Señalado por datos sociológicos es el conjunto que afrontan el volumen más elevado de estresores psicosociales y con indicios de tasas de ansiedad y problemas afectivos hasta dos veces más que el resto de la población. Algunos grupos, especialmente no hispanohablantes como la población subsahariana (Nigeria, Sudan, Mali, Sierra Leona,...) debido a la persecución y exclusión laboral, policial y social, pueden alcanzar condiciones críticas (39,48,57).

De acuerdo a Delgado Ríos (13), varios autores han demostrado que hay entre inmigrantes y salud mental, una relación negativa a cuanto menor la densidad étnica existente de su grupo en su entorno. *“Esto podría ser debido a que en situaciones de aislamiento y menor apoyo social la discriminación es mayor y esto puede actuar como un factor estresante que aumente la posibilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico”* (13).

Según Niño Fuentes (19), los trastornos que padecen la población inmigrantes se pueden dividir en dos grupos, los trastornos específicos y las alteraciones generales. Dentro de los trastornos específicos se encuentran el estrés aculturativo, el duelo migratorio y el síndrome de Ulises y dentro de las alteraciones generales están el trastorno por estrés postraumático y la depresión y ansiedad. De modo que, los trastornos *“son específicos de la población inmigrante mientras que, las alteraciones expuestas son generales a toda la población, pero tienen un interés especial en la población inmigrante”* (19). En los inmigrantes ocurre con frecuencia el desarrollo de emociones tales como la angustia, la soledad, el miedo y los trastornos psicósomáticos. El estrés aculturativo aparece previamente al Síndrome de Ulises, donde el *“estrés es tan intenso que supera la capacidad de la persona, éste se convierte en patológico”* (19).

Citado en algunos artículos (17,19), a propósito del Trastorno por Estrés Postraumático que este afecta particularmente al colectivo de refugiados y es *“debido a las circunstancias de represión y tortura que llevan asociadas guerras y conflictos políticos en sus países de origen”* (13). En los individuos inmigrantes, con apareamiento frecuente de somatizaciones y una mayor probabilidad de sufrir trastornos adaptativos, las dificultades psicológicas y los trastornos pueden surgir tras muchos meses o años después de la llegada a sus nuevas

³ Red de Salud Mental: se define *“como aquel conjunto de instituciones, profesionales y sus prácticas que, dentro del Sistema Sanitario, atienden los problemas de salud mental”* (56).

condiciones. “De esta manera, de problemas aparentemente insignificantes relacionados con la adaptación, se vuelven detonantes para provocar crisis y hacer que renazcan trastornos psicológicos propios de las personas refugiadas, ligados con sus anteriores experiencias traumáticas no superadas” (19).

En el estudio de Alda Díez (15), los inmigrantes más frecuentemente se van voluntariamente de alta de la planta de psiquiatría y en mayor proporción comparado con la población autóctona, que son utilizadas más restricciones mecánicas o servicios de seguridad en pacientes inmigrantes, y que estos no son referidos para seguimiento con especialistas. Este hallazgo último se postula, sería debido a que los profesionales tienen la percepción que la condición de los pacientes inmigrantes no es grave o simplemente por discriminación étnica, conllevando a un peor tratamiento y seguimiento, además de que los reingresos de este grupo son menores que el de los nativos, explicado por la movilidad (17) de los inmigrantes entre localidades debido al empleo o condiciones financieras. Los resultados más importantes de este estudio fue que la “*estancia media hospitalaria es significativamente más baja en inmigrantes (8,1 días) que en nacionales (12,6)*”, y que a “*los inmigrantes se les solicita significativamente menos pruebas complementarias complejas como EEG o TAC/RNM*” (15).

En el estudio de Cruz et al. (45), donde se realiza una comparación del consumo de antidepresivos entre inmigrantes y población nativa de una región en España, se llegó a la conclusión que a los inmigrantes independientemente de cuál su origen, todos tenían menor tasas de consumo de antidepresivos que la población nativa de la misma edad y género, tasas de 11% a la población nativa y de 2.6% a la inmigrantes. Las mujeres de latino América presentan las tasas más elevadas de consumo y los varones de África subsahariana las menores. Los perfiles de las prescripciones también son distintos, una vez que los inmigrantes consumen más genéricos y menos antidepresivos nuevos, el porcentaje de inmigrantes al que se prescriben los antidepresivos aumentan significativamente en relación a cuanto más número de años que se encuentran registrados en el sistema de salud local.

En otro estudio de Cruz et al. (46), acerca de la duración y cumplimiento del tratamiento con antidepresivos, se obtuvo en los resultados que la mitad de los inmigrantes abandonaron el tratamiento durante el segundo mes (media en los nativos fue de tres meses) y que de los inmigrantes que siguieron con el tratamiento, sólo 29.5% presentaron un buen cumplimiento (comparado con 38.8% de los nativos). Aunque existen factores que afectan la adherencia al tratamiento tanto la población nativa como la inmigrante, las circunstancias del segundo grupo por norma es menos favorable a nivel familiar, social y económico. En relación a factores asociados a la condición de ser inmigrante, se sospecha que la duración más corta de los tratamientos y las tasas menores del cumplimiento terapéutico sería debido en parte a sesgos en el diagnóstico y que este error conlleva a prescripciones ineficaces y abandono al tratamiento por falta de mejoría. La falta de competencia intercultural de los profesionales de salud afectará la capacidad para proporcionar un plan de tratamiento ideal para los pacientes inmigrantes. El desconocimiento de la cultura de estos pacientes, presentan un gran obstáculo para la elaboración de un diagnóstico temprano y un plan terapéutico efectivo, ambos necesarios para un resultado positivo, además la identidad cultural de los pacientes inmigrantes afectara la habilidad de entender, aceptar y creer en los beneficios del tratamiento, algo que también se observó en otros estudio (39,44,48).

De forma que, en la opinión de estos autores (46), medidas para incrementar la adherencia van más allá del sistema de salud, se necesitará además un abordaje a nivel de las

políticas económicas y sociales. Los resultados obtenidos tienen unas cuantas implicaciones, en el uso y prestación de asistencia sanitaria a los pacientes inmigrantes (la necesidad de acercar a los grupos de migrantes, considerando la especificidad cultural de cada uno de ellos, especialmente en las primeras etapas del tratamiento de enfermedades mentales), implicaciones en las políticas de salud (identificación de factores que limitan el acceso a servicios de salud mental) e implicaciones en futuras investigaciones (análisis detallada de las causas de las discrepancias observadas).

“El desconocimiento de las mujeres inmigrantes del funcionamiento de los servicios sanitarios, las barreras culturales e idiomáticas, hacen que sus necesidades sanitarias sean mal atendidas o que directamente no tengan acceso a los servicios sanitarios” (49). La aparición de psicopatologías (como la depresión) se manifiestan con mayor frecuencia en las mujeres inmigrantes, según Collazos Sánchez et al. (22) las mujeres presentan *“una peor condición de salud mental”* y una *“peor calidad de vida y salud mental que los hombres”*. Basándose en el estudio de Regata Cuesta (49), las mujeres inmigrantes exhiben una carga sociofamiliar significativa, de forma a que están más predispuesta a sufrir de problemas de salud mental y de trastornos adaptativos. De los resultados sobresalió que 60% de las pacientes tenían problemas psicosociales y un 38% con problemas del ámbito psicológico/psiquiátrico. Debido a su vulnerabilidad de este grupo además de la necesidad de averiguar el punto de vista de los pacientes, de sus problemas y perfeccionar la comunicación, se propone la implementación de *“modelos competenciales que ayuden a los profesionales de la salud que atienden a esta población, para realizar diagnósticos precoces y desarrollar modelos preventivos y de diagnóstico precoz que mejoren su salud”* (49). Por parte de los profesionales de salud es fundamental la obtención de competencias, la auto-transparencia, determinar los límites propios, al igual que información de los elementos socioculturales y sanitarios de forma a optimizar el abordaje de las necesidades de las mujeres inmigrantes.

En el estudio de Plaza Baquedano et al. (10), se halló que la población inmigrante tenían alta incidencia de problemática social (como carencia de recursos, falta de tarjeta sanitaria y problemas al alta por ausencia de residencia), requiriendo una mayor intervención de la Unidad de Trabajo social comparado con los nativos. Predominaron las actuaciones de información y coordinación más allá que la gestión de recursos (tramite a centros terapéuticos). *“La intervención familiar, que es clave en el trabajo social en salud mental, apenas puede realizarse dado el aislamiento social de estos pacientes. Se realiza en mayor medida con pacientes de América Latina y Europa del Este. Diferencias significativas entre el país de procedencia y el tipo de intervención social realizada”* (10).

Se ha corroborado que el paciente de la minoría experimenta disparidades en su salud en comparación con la población autóctona, lo cual implica una desigualdad indebida y evitable, postura compartida por Alda Díez (15), donde sus datos parecen confirmar la existencia de un sesgo racial discriminativo de los profesionales sanitarios hacia los inmigrantes, conforme al observado en otros países. Los pacientes inmigrantes son infradiagnosticados y infratratados, los profesionales y centros sanitarios no adecuan su asistencia a la diversidad de culturas que se enfrentan en su día a día. Existe una real necesidad de suministrar una atención culturalmente apropiada (con el requerimiento de conocimientos para garantizar la ideal asistencia sanitaria a individuos de diversas culturas) y culturalmente competente (comprende y atiende al estado en que se encuentra el paciente en relación con situaciones como la emigración, las diferencias culturales y los motivos de estrés) (15,58).

En conclusión, los individuos inmigrantes tienen la propensión a utilizar los servicios de salud mental con menos frecuencia que la población nativa. Desventaja clara de este grupo poblacional con problemas en el acceso debido a barreras culturales y lingüísticas y el miedo a ser estigmatizados. Así que no es raro la ocurrencia de inmigrantes regresen a su país natal tras desarrollar un trastorno psiquiátrico y desaparecer de los datos estadísticos y también es importante señalar que los migrantes asiáticos están infrarrepresentados en estos servicios (15,39,47,59).

“Asimismo, al menos la mitad de las personas inmigrantes desarrolla enfermedades mentales, como la depresión o la ansiedad, a la fecha aproximada de tres años después de llegar a España. Así pues, duplica la cifra de personas españolas que sufren estas patologías” (19), justificando por lo tanto la necesidad de trabajar con este grupo poblacional en el ámbito de la salud mental. Se ha evidenciado una incidencia elevada de síntomas depresivos y de ansiedad en individuos inmigrante, vinculado en ocasiones a síntomas de somatización, irritación o hipervigilancia. Se presentan frecuentemente síndromes psicopatológicos agudos (síndromes confusionales) o crónicos (drogodependencia, alcoholismo, trastornos adaptativos) (59).

En un estudio a partir del Hospital Clínic de Barcelona (47) en el servicio de urgencias, la población inmigrante acude en un tercio de los casos por síntomas inespecíficos (malestar general, mareo, dolor mal definido y astenia), *“los síntomas respiratorios en el 18%, el dolor abdominal inespecífico en el 11% o las lesiones dermatológicas en un 10%”*, comprobando que mucha de la sintomatología de consulta de la población inmigrante es de tipo somatomorfo.

“Se sabe que los síndromes psiquiátricos mayores son, desde el punto de vista fenomenológico, comunes a toda la población, pero su expresión clínica está en primer lugar determinada por factores culturales” (60). Entonces, enfermedades familiares y conocidas, pero de presentación distinta. Con relación a aspectos de divergencia de las manifestaciones clínicas entre la población inmigrante y autóctona, cabe destacar la elevada incidencia de diagnósticos equivocados en la población extranjera, con propensión de sobre diagnóstico de psicosis, en particular la población hispana. Uno de los motivos que justifique el fallo diagnóstico podría ser la distinción entre la expresión sintomática en función del marco cultural (39,60). Explicaría también *“que muchas de las consultas médicas sean interpretadas por los médicos como síntomas somáticos sin un diagnóstico ni un tratamiento más específico, conduciendo a un infradiagnóstico de los trastornos mentales y a un infratratamiento por falta de comprensión o de adaptación de éste a sus culturas diferenciadas con el consiguiente abandono”* (48). De acuerdo con Collazos Sánchez et al. (22), faltan más estudios a cerca de las *“divergencias sintomáticas en las presentaciones clínicas de los trastornos mentales como, por ejemplo, los de depresión y ansiedad que puedan facilitar el diagnóstico diferencial con inmigrantes”*.

En un estudio (19), profesionales que trabajan dentro de la Primera Fase de Acogida de CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), sobre los técnicos de acogida y técnicos de integración social, se destaca la existencia de un déficit profesional, donde estos no sabían identificar que trastornos exhibían los individuos inmigrantes y que no estaban formados para tratarlos, de forma que su único camino *“en lugar de trabajarlos/as con los/as profesionales con los que tienen un contacto diario y directo (depositando más confianza en éstos/as)”*, sería derivar al servicio de psicología. *“Así, una vez que las personas inician el itinerario*

establecido por sus profesionales y acuden al servicio psicológico, establecen que éste no les sirve de mucho y que en ocasiones sienten que están comunicando sus problemas a un/a desconocido/a, y de manera obligada” (19). Esto se podría extrapolar como algo que igualmente ocurre en el ámbito sanitario, la falta de formación en la detección de los trastornos y que, al no explicar la razón de la derivación a los pacientes, se generan malentendidos y frustración en torno a la asistencia proporcionada.

5.2 Relevancia de la identificación del Síndrome de Ulises

Entre la población inmigrante, los problemas de salud mental más habituales están relacionados con el duelo migratorio, los trastornos adaptativos, y los psicósomáticos. Si contemplamos el duelo migratorio como un problema de salud mental más que una enfermedad mental de por sí pese a que puede ser el punto de partida del desarrollo de enfermedades mentales graves, igual que la depresión (60).

La prevalencia del Síndrome de Ulises entre los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria en un estudio (29) fue del 17,02%, algo superior en hombres que en mujeres (17,65% versus 15,38%). Síndrome caracterizado por sintomatología depresiva (tristeza y el llanto) y la presencia de varios estresores como la cronicidad (>3 meses), potencial por parte del inmigrante de interpretación cultural (mágica), pero se distingue de la depresión estándar por la falta de la apatía (sin ganas de seguir adelante), en cuanto que los inmigrantes quieren hacer cosas, quieren luchar pero que no saben cómo (29,30).

Promover la descripción del Síndrome de Ulises, no como una enfermedad sino como un cuadro de estrés que se ubica en un ámbito más amplio de la psicopatología, se evitan diagnósticos incorrectos de individuos como depresivos, psicóticos, entre otros. Esto significa que las equivocaciones diagnósticas pueden convertirse en nuevos estresores para los migrantes, al que se añaden los efectos adversos de los tratamientos. Además, no se debería afirmar que a estas personas no les sucede nada a nivel psicológico, apoyar este hecho conlleva a no creer en la veracidad de los abundantes síntomas y reiterar en la discriminación. Se debería trabajar en el Síndrome de Ulises como intervención terapéutica multidisciplinar preventiva, en área sanitaria y psicosocial, con el fin de impedir que individuos que padezcan de este, terminen empeorando y alcanzar a un trastorno mental. Se alcanza este objetivo manejando los estresores de forma adecuada, lidiar con el duelo migratorio y prevalecer ante su circunstancia con la colaboración de médicos, psicólogos, se necesitarán la labor de los trabajadores sociales, personal de enfermería y de asistencia primaria, educadores sociales, entre otros (30,31).

Fomentar la resiliencia del inmigrante empoderarle, enseñar técnicas de enfrentamiento de estrés, involucrar en plataformas de apoyo conformada por migrantes. La sintomatología mejora o empeora de acuerdo con la resiliencia que desarrolle el paciente y su capacidad para gestionar el estrés y elaborar adecuadamente el duelo migratorio. La prevención es esencial en individuos que padecen de situaciones extremas y expuestos a un mayor riesgo de sufrir de alcoholismo, abuso de sustancias ilegales, psicosis, etc. Una vez que, a modo de ejemplo, es mucho más difícil tratar a un paciente inmigrante psicótico, con carencias de soporte social y dificultades de comunicación debido al lenguaje y la cultura (30).

5.3 Relevancia entre la diversidad cultural de los inmigrantes y la asistencia sanitaria

“Es básico el fomento de la actitud intercultural y promover la competencia cultural, entre los profesionales que atienden a los inmigrantes, entre ellos los sanitarios” (11). La globalización actual exige a los profesionales de salud a obtener competencias culturales⁴ para aprender como impacta en la salud y en la vida de los individuos, así como en las diversas culturas de las que provienen. A los individuos inmigrantes, en su asistencia se presentan problemas de persuasión, entendimiento, diagnóstico, desarrollo de regímenes de tratamiento y cuidados, además de adherencia a los mismos (22,61).

En opinión de Balbo Ambrosolio et al. (34), “Se sabe que los pacientes no occidentales, en general, tienden a conservar en secreto sus referentes culturales: por vergüenza o por deseo de salvaguardar lo que consideran esencial”. La prestación de servicios sanitarios requiere la aplicación de principios fundamentales a todos los pacientes, sin importar su contexto cultural o lingüístico. Todo sistema sanitario está inspirado en la cultura y el modelo de salud predominante, y todos los individuos, incluso los profesionales de salud, hacen afirmaciones y suposiciones, a menudo de forma inconsciente, fundamentadas en la cultura inherente. Estos supuestos repercuten en la práctica y relación con los pacientes. Para los profesionales sanitarios es crucial ser conscientes de los propios sesgos en relación a valores, expectativas, creencias y prácticas culturales hacia los exogrupos, y considerar como pueden tener un impacto en la respuesta al interactuar con pacientes de cultura distinta a la nuestra, además de tener conocimientos de la cultura del paciente y saber llevar a cabo una evaluación y plan de tratamiento culturalmente sensible (7,9,39,50).

En el punto de vista de Martincano Gómez et al. (18), “Un médico poco familiarizado con los matices del marco cultural de referencia de un individuo puede juzgar incorrectamente, como psicopatológico, esas variaciones normales en la conducta, creencias o experiencia que son particulares a la cultura del individuo y no considerados patológicos”.

Según la búsqueda realizada son diversos los motivos por la cual los inmigrantes reciben una prestación sanitaria distintas a la población autóctona. A continuación, se exponen los problemas existentes tanto por parte de los pacientes como del sistema sanitario y sus profesionales.

5.4 Problemas de la atención sanitaria a la población inmigrante

En relación con los inmigrantes (59,61):

- Problema de comunicación por el lenguaje.
- Panorama administrativo: falta de comprensión del sistema sanitario y su coste.
- Discrepancias culturales con relación al que es salud o enfermedad.
- Consideración de la enfermedad mental como estigma social.

⁴ Competencia cultural: “un conjunto de comportamientos, prácticas, actitudes y políticas, reunidos en un sistema o aplicados por sus profesionales, que permiten realizar un trabajo eficaz en escenarios transculturales^{22,23}. Aplicado a la consulta diaria: hacer las preguntas adecuadas dirigidas a entender la perspectiva del paciente” (50).

- Dificultades laborales y socioeconómicas.
- La discriminación social y el racismo repercuten en la salud mental y favorecen a su bajo estatus social, económico y político.

Relacionado con los profesionales (59,61):

- Los profesionales no tienen suficiente conocimiento sobre la cultura de los pacientes de minoría étnicas.
- La falta de capacidad de los profesionales de la salud para comunicar el idioma de los pacientes de las minorías y los prejuicios.
- La tendencia a confiar exclusivamente en conceptos y en tradiciones diagnósticas de la cultura occidental.
- Sospecha de las minorías a tratamientos “oficiales”.
- Actitudes xenófobas o hiperprotectoras.

Dificultades derivadas por la organización del sistema sanitario (59,61):

- Complicaciones legislativas.
- Organización de los servicios: excesivamente burocratizada y fragmentada.
- Problemas de articulación con la red social.
- Estructural, en que los horarios o programas no están culturalmente adaptados/sensibilizados para acoger determinados grupos étnicos de inmigrantes.

Derivan los próximos problemas de relación entre inmigrantes con los profesionales o con la organización sanitaria (61):

- Captación.
- Falta o deficiente red de apoyo social y familiar.
- Asistencia:
 - Barrera lingüística por falta de comprensión de normas de comunicación, lenguaje no verbal y conversación circular, implicando entrevistas más largas y arduas.
 - Patologías no habituales en nuestro entorno dificultan los diagnósticos.
 - Problemas en la elaboración de estrategias de tratamiento y de asistencia y cumplimiento a los mismos.
 - Carencia de competencia cultural:
 - Actitudes xenófobas o hiperprotectoras.
 - Ausencia de entendimiento sobre la relevancia cultural de algunas conductas y síntomas.
 - Ignorancia del sistema de valores.
 - Formación insuficiente en los puntos de vista socioculturales de los procesos patológicos.

Dentro del factor que afecta a los profesionales, se encuentran las actitudes hiperprotectoras o xenófobas. La postura de los profesionales, los prejuicios negativos a respecto de los hábitos de cuidado de otras culturas, desestimado como no apropiados, dañinos o únicamente diferentes, originando actitudes no deseadas como actitudes hiperprotectoras (compasivas y cariñosas que obstaculizan el proceso de maduración

personal) o “*actitudes de rechazo, xenofobia y racismo, que provocan sentimientos de miedo, de aislamiento social, así como dificultades de captación*” (61).

Dentro de los factores que afectan a ambas partes de esta dinámica, se encuentran por un lado las barreras idiomáticas y de comunicación, y por otros las barreras culturales y religiosas, enseguida se profundizarán estos factores.

5.4.1 Barrera lingüística y de comunicación

Este tipo de barrera se manifiesta particularmente en inmigrantes de idioma distinto al español. El lenguaje introduce complejidad a la asistencia de los inmigrantes a respecto a la manifestación de sus necesidades y preocupaciones y, a su vez el entendimiento por parte de los profesionales (15,17,62). De acuerdo a Balbo Ambrosolio et al. (34) “*la necesidad de aprender a utilizar de forma cotidiana una segunda lengua puede dar origen, en ocasiones, a un discurso de apariencia incoherente, disgregado, vago o poco claro, que hace extremadamente difícil una presentación clara —en el código autóctono, habitual para el profesional médico— de la demanda asistencial*”.

“*También se hace imprecisa la descripción de los síntomas y vivencias relacionadas, por lo que puede llegar a confundirse con un discurso patológico, más atribuible a un problema psiquiátrico, que a ser reconocido como forma de expresión de un malestar somático*” (34). Comprensión de ambas partes es la base para el suceso de la una actuación del sistema de salud. Hay lenguas que emplean una gran variedad de términos abstractos, mientras que otras confieren estas características a aspectos y objetos concretos. Esto hace que sea difícil identificar correctamente el motivo de la consulta y presentar un plan diagnóstico-terapéutico, la ambigüedad y pérdida de matices relevantes generan una sensación de incertidumbre a cada lado, por parte del médico la desconfianza en cuanto al cumplimiento terapéutico o la comprensión correcta de la información y el enfoque del problema, y por el otro lado, el paciente puede sentir inseguridad frente a guías que no entiende o conoce (9,38,39,47,48).

Más del 70% de la información en todo acto comunicativo es de expresión no verbal, asimismo, es importante señalar las variaciones existentes en cómo los pacientes aplican el lenguaje no verbal (expresión gestual, actitudes y mímica). Las expresiones y gestos asociados a emociones básicas que son universales (tristeza, alegría y miedo), pero otras están moldeadas por la cultura al que están incorporadas. Esto se aprecia en la diversa aplicación de la mímica (excesiva en latinoamericanos, aunque escasa en los asiáticos), del espacio (más lejano los asiáticos) y de la mirada (más directa en árabes y latinos) (38,50) con la percepción de “*le escucho, le estoy prestando atención*”, o “*como una intromisión o intimidación en culturas orientales, donde se considera una señal de respeto mantener baja la mirada*” (50). Existen discrepancias culturales en la expresión de las emociones que afectan la utilización del lenguaje no verbal, lo cual resulta más complejo de interpretar al no tener conocimiento de sus orígenes. En la cultura oriental, se piensa que la expresión de emociones implica imponer las propias emociones a los demás, lo cual se traduce en la hipomímica en el momento de expresar una reacción emocional (38).

El contacto físico dentro de la cultura mediterránea o latinoamericana, como tocar el hombro del paciente posteriormente a la revelación de un preocupación personal o familiar se interpreta a manera de “*estoy con usted, si hay algo en lo que pueda serle de ayuda, aquí me tiene*” (50), favoreciendo la comunicación profesional-paciente o perjudicarla en caso de

pacientes asiáticos, que pueden interpretarlo como una invasión de su área personal. Los gestos son útiles para comunicarnos cuando el idioma no es común, pero algunos pueden generar malentendidos. Por ejemplo, el movimiento de izquierda y derecha de la cabeza que representa un “no” para nosotros, para los hindúes puede equivaler tanto “sí” como “no” (50).

Barrera en la comunicación con pacientes de otras culturas, en el momento de llevar a cabo una entrevista clínica, se constata que la comunicación puede ser obstaculizada por diversos factores. Pese al uso de los términos indistintamente, énfasis en pacientes de otras culturas más que en inmigrantes, una vez que las diferencias en el momento al contactar con ellos se relacionan más con su origen que con su circunstancia social. Uno puede hablar el mismo idioma o similar, pero los significados, las expresiones, la génesis de cada uno, los parámetros y valores son distintas dependiendo de la visión y de la cultura (39,50).

5.4.2 Barrera cultural y religiosas

Asociado principalmente a inmigrantes de países islámicos o de países con un sistema de seguridad social y salud bastante distinto al español. El segundo grupo se encuentra en riesgo de exclusión, debido fundamentalmente a la ausencia de conocimiento de nuestro sistema, de los derechos y obligaciones, rutas de acceso y procedimiento. El peligro procedente de la gama cultural y religiosa es definido por la divergencia en la manera de comprender la salud y la enfermedad en sus culturas nativas y la sospecha que pueden experimentar con relación a sus creencias. Las mujeres inmigrantes merecen una especial atención dentro de este colectivo, una vez que los condicionantes de índole cultural o religioso de los que derivan, son probablemente bastante distintos a los de aquí (47,62).

Cada cultura ha establecido sus sistemas de creencias distinto sobre la salud, donde encajan la propia definición de salud y enfermedad. El contexto específico en el que intervienen los profesionales de salud, los modelos explicativos de la enfermedad fundamentados en la relación existente entre la causa y efecto de una perturbación de la salud, y los potenciales tratamientos. En la tradición médica occidental, se da relevancia a diversos conceptos como el activismo, la estandarización, la agresividad terapéutica, entre otros (Tabla 4), con enfoque hacia al futuro, otorgando mayor importancia a la planificación, prevención, y comprensión de los más innovador es el más apropiado (50).

Tabla 4. Principios culturales sanitarios occidentales (50).

Activismo: <i>hacer algo es mejor que no hacer nada</i>
Estandarización: <i>tratar igual lo similar</i>
Agresividad terapéutica: <i>cuanto más fuerte mejor</i>
Oportunidad-oportunismo: <i>mejor antes que después</i>
Control sobre la naturaleza: <i>hoy todo, o casi todo, se puede curar</i>
Prevención: <i>más vale prevenir, que curar</i>
Innovación: <i>lo más nuevo es lo mejor</i>

A parte de los obstáculos mencionados anteriormente existe una otra barrera que afecta a la inclusión social de la población inmigrante, esta se centra en el terreno del conjunto de leyes y normativas del nuevo país que regularizan los derechos y las condiciones de este grupo poblacional. Si un individuo no posee estatus de ciudadano y a los derechos correspondientes de ciudadanía, entonces no existe para la sociedad y como resultado de no ser un ciudadano oficial, una imposibilidad de acceso “a los sistemas de protección social

(educativos, sanitarios, de prestaciones, etc.), lo que puede derivar en una situación de exclusión social” (7).

5.4.3 Recursos para facilitar relación médico-paciente (50)

Recursos como:

- Utilización de material traducido en otros idiomas, guías o cuestionarios.
- Informar sobre opciones en el entorno para facilitar el acceso al aprendizaje de idioma.
- Uso de traductores: informáticos, telefónicos o teletraducción o presenciales, en estos últimos se pueden clasificar en profesionales, o el más común en consulta del día a día, el paciente acude acompañado de un familiar o conocido. Con sus problemas añadidos si el acompañante es menor de edad con sus connotaciones éticas y morales y posibilidad de sesgos.

Sugerencias de recursos adicionales como herramientas para ayudar en la comunicación y para una correcta utilización de los traductores en una entrevista clínica consultar Anexo 1.

Balbo Ambrosolio et al. (34) expresa en su artículo de la necesidad creciente de recurrir a un traductor *“para llevar a cabo entrevistas con pacientes de origen árabe o asiático en psiquiatría, donde la necesidad de estructurar un diálogo rico en todas las posibilidades de expresión de un idioma es fundamental para la exteriorización del mundo emocional del paciente”*. La utilización de intérpretes con un mayor conocimiento del lenguaje y las simbolizaciones que establecen el núcleo de la cultura del paciente aportará *“al menos las metáforas en las que el profesional podrá traducir el ordenamiento técnico de la enfermedad —etiología, diagnóstico, pronóstico y terapéutica, como mínimo— en una narración que posibilite comprender la dolencia que sufre”* (34).

5.5 Consideraciones en una entrevista clínica

Relación médico-paciente, en la entrevista clínica es importancia dominar las habilidades como escucha activa, la asertividad, manejo del espacio y visión bio-psico-social. Para que los profesionales de salud sean culturalmente competentes están sujetos en parte a la capacidad que tienen cada uno para desarrollar las habilidades de comunicación (63).

5.5.1 Valoración cultural

Según Vázquez Villegas et al. (61), en el modelo teórico de Dula Pacquiaio, una recopilación de ideas de varios autores, establece tres características la competencia cultural:

- Ajustable a diversos niveles, no solo se encuentra limitado al profesional sino también a la organización sanitaria y la comunidad.
- Cada persona tiene el derecho de optar a decisiones éticas culturales y competentes.
- Requiere tres niveles de apoyo cultural: paciente/familia, organizacional y comunitarios.

Esta definición proporciona dos conceptos a la competencia cultural: la perspectiva ética y nivel institucional. La competencia cultural no sólo ayuda a mejorar el proceso de atención

médica y una mayor satisfacción del paciente, igualmente puede ser coste-eficiente y eficaz dado que (61):

- El profesional puede obtener una información más precisa y completa para hacer un diagnóstico más adecuado.
- Ayuda a crear regímenes de tratamiento seguidos por los pacientes y apoyado por la familia.
- La disminución de los retrasos en la prestación sanitaria posibilita una mayor y mejor utilización de los servicios sanitarios.
- Se enfoca en la compatibilidad entre la medicina alternativa y la medicina occidental.
- Se enfoca en la comunicación y la interacción clínica entre paciente y el profesional.

Valoración cultural del médico

El médico tiene la responsabilidad llevar a cabo un autoexamen acerca de sus ideas y valores y forma de pensar en torno al tema étnico y sus actitudes a respecto al pluralismo cultural y reconsiderar cuando proceda para disuadir el etnocentrismo, de forma a evitar controversia y establecer buenas conexiones con los pacientes extranjeros (18,39). *“El etnocentrismo se refiere a la creencia de que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores, o superiores a otras”* (61).

Es importante aceptar y respetar las diferencias y tener la sensibilidad para comprender cómo estas impactan en las relaciones con los individuos y la habilidad para aportar perspectivas que mejoren los encuentros culturales. De esta forma, cuando los profesionales contacten con culturas extrañas y que emplean valores distintos en relación con la asistencia o las expectativas de cuidados, esto podría causar conflictos, tensiones y choque culturales entre ambas partes. No obstante, tampoco es necesario aceptar todo lo ajeno como cierto, el entendimiento entre las culturas no limita el pensamiento crítico y autocrítico enfocado en todos aquellos aspectos que afectan la integridad humana, como la mutilación genital femenina, aunque esta materia no hace parte de la temática de este trabajo, es una práctica que afecta a una parte de la población femenina inmigrante proveniente de África y medio oriente (61,64).

Valoración cultural del paciente

Dado que el paciente es un inmigrante y posee prácticas y creencias distintas en cuanto a la salud, la manera de enfermar y de curar y algunas, en contraposición con las propias del médico, este choque de ideas genera cambios en la atención con la consecuencia de consultas disfuncionales y tensas. Una mala praxis por disonancia cultural con bloqueos y malentendidos en la relación médico y paciente (18,47,58). Limitar la disonancia cultural: las disparidades culturales pueden obstaculizar la concordancia entre médico y paciente en cuanto a la existencia de una enfermedad o, en la elección del método de tratamiento. Concebida por Berlin y Fowkes, la sistemática **LEARN**, se enfoca en simplificar la resolución de estas discrepancias en las entrevistas, a continuación se presenta la sistemática (38):

Listen – Escuchar: se manifiesta empatía y discernimiento, ubicando al médico en el marco cultural del paciente.

Explain – Explicar: el esclarecimiento del médico es basada en la medicina occidental.

Acknowledge – Reconocer: se admite la existencia de un conflicto explicativo entre los dos modelos.

Recommend – Recomendar: se propone un plan de actuación que intente incluir ambos modelos explicativos.

Negotiate – Negociar: integrar los conocimientos y planes del médico y del paciente. El paso final puede ser una combinación de los dos sistemas de creencias que pueden ser mutuamente tolerados.

Como profesional de salud que cuida en primera mano a los expatriados, el médico de familia halla su labor obstaculizada por el escaso tiempo y la poca oportunidad para una intervención y el amplio espectro que abarca la especialidad tampoco juega a favor debido a la cantidad de variables, y una de ellas es la salud mental (20).

5.5.2 Recomendaciones al atender individuos extranjeros

Las primeras consultas serán más prolongadas, dentro del posible. En el caso de barrera idiomática, se recomienda la utilización de un mediador transcultural o intérprete bilingüe o bicultural que tenga una comprensión de las simbolizaciones de ambas culturas y aporte un modelo de identificación más cercano. No obstante, en comunidades pequeñas en que sus integrantes se conocen, el traductor puede despertar en algunos casos recelos, una vez que el paciente no desea que se sepa de sus dificultades o porque tienen desconfianza sobre la profesionalidad del intérprete. Tener en cuenta que afirmaciones que normalmente se consideran evidentes, muchas veces, sólo cuando integradas en nuestro medio, y pueden no serlo en otros. Normalizar la ambivalencia generada por identificarse con dos culturas, esto posiblemente es una causa de choque para los inmigrantes y hacerles reconocer que hace parte del proceso de aculturación, les tranquilizará (18,48,59).

En vista de cómo se llaman y actúan los síntomas psicológicos en la cultura de origen, usar terminología considerándolo, a modo de ejemplo, donde en algunas culturas no existe una diferencia obvia entre cuerpo y mente. Así que es esencial en atención primaria, individuos en consulta se quejen de sintomatología psicósomática y malestar inespecífico (mareos, dolor de cabeza, debilidad, entre otros). Sería una gran ayuda la utilización de un lenguaje más sencillo y ajustado. Importante saber para el paciente el sentido cultural, religiosos y del género que tiene nuestro léxico. Describir *“la enfermedad y su tratamiento en función de la cultura de la que proviene el paciente es un reto de la medicina transcultural. Para afrontarlo, necesitamos entender la cultura de la que proviene el paciente y sus modos de explicar el mundo”* (20). Esclarecer junto de estos pacientes cuales las expectativas desde el inicio, nuestro sistema de salud occidental con sus esquemas y categorización pueden originar malentendidos, así que fundamental no suscitar falsas perspectivas. Imperativo dar espacio a que cuenten sus problemas o temores, una vez que hacerlo junto de profesionales de la salud puede no ser usual en la cultura de origen (20).

Ayudar a normalizar las reacciones propias del paciente, que asimilen y consideren común en su situación la reacción de lloro, miedo y soledad. Para que se sientan comprendidos, podríamos concluir los relatos de los sentimientos, como *“ya me imagino: seguro que sentirás que...”* de esta forma les prestamos apoyo a compartir las experiencias. Recaltar la condición transitoria de la situación y de los síntomas, hacer entender que la aflicción psíquica es temporaria, una reacción a un contexto difícil. Contextualizar qué es diferente en los días que fueron mejores, forzar una revisión les hace ver que dentro de los

problemas hay aspectos o momentos buenos, y recurrir a estos momentos para enfrentar el entorno. Dirigir la mirada hacia el futuro, con la localización de una resolución. En el curso del sufrimiento mental los individuos están centrados en un razonamiento circular y reiterativo, donde no se llega a una decisión, orientarles hacia la resolución de problemas leves de la vida diaria sería una buena respuesta (20).

Restituir sensación de control interno, mediante gestión de la vida, empezando por lo más simple, promoviendo en cuidar de uno mismo para fortalecer su salud, fomentar la comunicación con otros en vista de mejorar las relaciones. Posteriormente, los cambios graduales extraer de la experiencia la relación entre conducta y resultados y así con la restitución del control, enfrentar decisiones más complejas (59).

Garantizar el entendimiento de la información proporcionada y al verificar en nivel de la captura hacer cuestiones abiertas de forma a inviabilizar “sí” o “no” como respuestas, hacerles reiterar en palabras propias la información que consideren más significativa de conservar y se debería explicar en motivo por el cual se piden pruebas de laboratorio y si no se prescribe una medicación dar el razonamiento por esto (18,50).

Para facilitar las entrevistas a pacientes inmigrantes que no hablan o entienden el idioma, se propone la formación de un servicio telefónico de contacto de apoyo al sistema sanitario, disponible 24 horas al día con un traductor, igual a una iniciativa existente en Cataluña, Sanitat Respon. El modo como funciona este sistema allí, las llamadas son derivadas por vía telefónica a un servicio de traductores a distancia, dotados de más de 60 idiomas, donde según Junyent et al. (47) en *“pocos minutos, una conversación telefónica triple entre paciente, intérprete y médico, y en la experiencia de los profesionales que hemos podido utilizarlo creemos que se trata de una herramienta de una inestimable ayuda para llegar al diagnóstico clínico”*.

5.5.3 Interconsulta y derivaciones

En el ámbito de atención primaria, resulta de gran ayuda abordar con un psiquiatra la situación puntual de un paciente y su caso antes de remitirlo, se posible para obviar la derivación o bien para hacerla de manera más adecuada. En el momento de planificar la remisión, se requiere que el médico sea abierto y cuidadoso con el paciente y explicar el motivo de la necesidad de la actuación (18,65).

5.5.4 Referente a los tratamientos

La cultura y las creencias de las pacientes inmigrantes pueden influir en el asentimiento de estos a las intervenciones relacionadas con la salud mental. En realidad, se observan numerosos abandonos y bajas tasas de remisión a los servicios especializados en atención mental de los pacientes que pertenecen a diversas etnias. Circunstancias que induce un tratamiento subóptimo de problemas mentales y un riesgo asociado a cronicidad (59).

Adherencia al tratamiento

El motivo por el cuál en muchas ocasiones recaen los paciente ansiosos y depresivos es el mal cumplimiento terapéutico. Se puede lograr la realización del plan terapéutico si sabemos cuál es la perspectiva del paciente, proporcionando una justificación sencilla y didáctica a

respecto del problema de salud al que sufre, adecuación de la indicación de los fármacos, la relevancia del horario de las tomas, la duración del tratamiento, sus potenciales efectos adversos y todas otras cuestiones o temores que tenga el paciente. Plantear el establecimiento de eventos especiales para crear ligaciones culturales entre profesionales de la salud y los pacientes mejoran la adherencia a los tratamientos y por consiguiente el pronóstico de la enfermedad. Otra ocasión para intervenir es tranquilizar de cómo se va a costear el tratamiento (18,65).

Psicoterapia

Además de las dificultades comunicativas debido a las diferencias culturales y la lengua, es importante considerar que los migrantes en muchos casos experimentan situaciones de supervivencia más prioritarias que la atención psicoterapéutica y pueden tener problemas para acudir al tratamiento. Asimismo, individuos de culturas distintas poseen otro sentido del tiempo con poco empeño para solucionar cuestiones personales y a menudo creen que el tratamiento se realiza en sesión única, igual que la medicina tradicional que están acostumbrados. En parejas mixtas, cuidado con el salto cultural y la lengua, una vez que está compuesto por tres elementos el terapeuta, y los antecedentes culturales de cada parte del matrimonio (18,65).

5.5.5 Servicios de salud mental – accesibilidad y continuidad asistencial

De acuerdo con Gil Estevan (9), “*De las experiencias relatadas por los profesionales, al igual que en otros estudios, se deduce que la cultura de origen y el tiempo de estancia en el país de acogida influyen en la forma de acceder a los servicios sanitarios*”. En el ámbito de la atención a los problemas de salud mental de los pacientes extranjeros, se presentan dificultades en el proceso abarcando desde la captación hasta alta. Lo que ocasiona dificultades en la adecuada adherencia al tratamiento y cuidados. Se pueden atribuir los motivos de los problemas mentales en las creencias de varias culturas, a eventos externos (brujería, mal de ojo, etc.) o a elementos internos (mala acción, que los propios son la fuente de la enfermedad). Asimismo, debido a la carencia de comprensión de enfermedad en trastornos mentales graves, la duración prolongada y elevada frecuencia de los tratamientos y cuidados. Las dificultades pueden ser divididas de la siguiente manera (56):

- Estructura del sistema de atención a salud mental: dificultades de acceso vinculado al modelo y orientación de los dispositivos. Asimismo, en cuanto a los espacios sociosanitarios.
- Contexto profesional: postura de rechazo y paternalistas, ideas preconcebidas. Además de las dificultades en la comunicación, escaso tiempo y falta de competencia cultural. Esto ocasiona problemas en el diagnóstico y el acceso de este grupo poblacional a programas de tratamiento, de cuidados o de promoción de la salud, reduciéndose en la mayoría a intervención con psicofármacos.
- Medio de los individuos inmigrantes: falta de comprensión del funcionamiento del sistema de salud (15), variaciones entre la cultura sanitaria y de cuidados entre país de procedencia y España. Barreras idiomática y del sistema de valores. La opinión que la salud viene detrás de la inestabilidad económica y laboral.
- Entorno sociolaboral: circunstancia administrativo-legal, empleo incierto y no cualificado, carencia de vivienda (17). Circunstancia que engendran estrés, y miedo,

conduciendo a vivir al margen de la sociedad y como consecuencia la falta de procura activa de atención sanitaria.

A la población inmigrante le falta conocimiento referente de los medios sanitarios disponibles. En su artículo Junyent et al. (47), refiere un estudio donde hasta 25% de los pacientes desconocían cuál era su centro de referencia o mencionaban no tener atribuido, mientras un porcentaje más elevado no tenía conocimiento de cómo se configura la atención médica urgente en España. Uno de los objetivos de iniciativas de difusión de información junto de la población inmigrante, sería aumentar el conocimiento del sistema sanitario.

Con el propósito de optimizar la accesibilidad a los pacientes con trastorno mental grave en las unidades de salud mental (USM) en el “Plan de Mejora de la Accesibilidad” de Andalucía, se propuso equipar los profesionales de enfermería de los USM con teléfonos móviles y una línea telefónica clínico asistencial con el fin de asegurar una conexión más directa entre los pacientes y familiares con el equipo de los USM (56). La previamente referida problemática del acceso de los individuos inmigrantes al sistema de salud, particularmente red de salud mental explicaría la discriminación positiva de la incorporación “del grupo que padece trastorno mental grave entre aquellos con acceso más directo a los profesionales de su equipo de referencia”, de esta forma se facilitarían la adherencia al tratamiento y asegurar la continuidad de cuidados (56).

5.5.6 Promoción y prevención de la salud mental

Necesidad de promoción del empoderamiento y respeto a la autonomía de los individuos y su entorno relativo a toma de decisiones acerca de “*las intervenciones, y también para el diseño de las actividades de prevención y promoción de la salud mental de la población inmigrante. Entendemos el empoderamiento como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud y al conjunto de su vida*” (21), con esto en mente se presentan algunas acciones para apoyar a la población inmigrante.

En gran medida si se abordan de forma precoz, es posible anticiparse en mayor o menor magnitud a la patología mental, conductual y de los conflictos psicosociales crónicos. Las acciones están enfocadas en evitar la aparición de problemas emocionales iniciales y a actuaciones tempranas. Desde la atención primaria instituir (18,65):

Iniciativa asistencial cotidiana general: en atención primaria uno de cada cuatro pacientes padece depresión o ansiedad. Como a veces estos síndromes no se presentan de manera evidente durante la entrevista, es mejor buscarlos.

Consulta específica con trastorno mental: en un cribado bien dirigido es posible excluir rápidamente la presencia de síndromes psiquiátricos, particularmente ante la presencia de un paciente que relate escenarios muy adversos como duelo, migración, cese laboral o de quejas físicas por ejemplo cefaleas, el profesional puede descubrir la cronificación de las condiciones en forma de trastorno mental.

Actividades de otros planes preventivos o de fomento de la salud: en la mayoría de las veces, se pueden encontrar riesgos para la salud mental a través de las crisis psicosociales, que son un acumulado de acontecimientos vitales que generan una reacción psicológica y

trastornos por los cuales se consulta al médico de familia o que se hallan a partir de la entrevista clínica cuando el paciente acude por otros motivos.

Programas específicos: la población inmigrante ha obtenido buenos resultados en programas como:

- Taller cognitivo-conductual en persona que tienen ingresos bajos.
- Fomentar la autosuficiencia y herramientas para disminuir el estrés.
- Divulgación acerca de la eficacia de los tratamientos.
- Inserción laboral, apoyo a inmigrantes desempleados.
- Erradicar barreras estructurales y funcionales con el fin de aumentar la accesibilidad (celeridad del contacto inicial para el tratamiento y facilitación del contacto inicial temprano, usos de los servicios y mentalización de la necesidad de ayuda exterior).
- Cambio de opinión sobre la naturaleza de la enfermedad mental y la noción de esta como un estigma.
- Se proporciona información acerca de la depresión (depresión grave o distimia), la ansiedad generalizada, el pánico, la fobia (social, específica o agorafobia) y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias.
- Formación continuada acerca de la salud mental por los profesionales médicos en atención primaria.
- Incremento de las cifras de tratamiento desde atención primaria (tratamiento de las patologías mentales más habituales se han comprobado tanto inocuas como eficaces).
- Programas de diagnóstico e intervención precoz para individuos que padecen trastornos mentales de comienzo temprano.
- Proporcionar de estrategias culturalmente accesibles y aceptables tales como la medicina alternativa y complementaria, la utilización de redes informales de soporte social, desplazamientos facilitados.

Abordaje social y comunitario

“Pero el apoyo social es también un amortiguador de los efectos negativos del estrés por aculturación, previniendo los trastornos del estado de ánimo como la depresión (Martínez et al., 2001). Al favorecer la satisfacción de necesidades básicas, reducir la soledad y la desesperación, contribuye a mejorar la salud mental” (7). De acuerdo a Martínez et al. (7), es importante implementar programas de intervención psicológica basadas en el apoyo social y que las actividades de intervención psicosocial puestas en marcha en España, deben ayudar a respetar la cultura, dignidad y capacidad del individuo y considerando cómo afectan los factores personales y ambientales. Están basadas “en las teorías del estrés, el empoderamiento psicológico, el apoyo social, etc. las metas de estas experiencias” se concentran en aumentar la resiliencia de los individuos para afrontar a las complicadas circunstancias y prevalecer ante estas, además “de empoderarlas para que de forma activa vuelvan a tomar el control de sus vidas: incrementar su conciencia crítica, mejorar el control emocional y la toma de decisiones en relación a la búsqueda de soluciones a sus problemas” (7). La modalidad de taller psico-educativo se ha demostrado muy eficaz una vez que puede alcanzar a un mayor número de personas y se basa “en el paradigma de la autoayuda (personas con similares circunstancias reciben y proporcionan ayuda en el mismo contexto) y posibilitan el aprendizaje grupal en conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a los problemas que le son comunes” (7).

Una opinión compartida por Collazos Sánchez (44), *“enfoque comunitario basado en un conocimiento social y cultural del grupo de estudio, que pone el énfasis en los determinantes sociales de la salud mental y la imperativa necesidad de dar voz a las narrativas locales, reforzando los recursos comunitarios y aprovechando las fortalezas de la comunidad en el desarrollo de soluciones”*.

La población inmigrante no solo enfrenta necesidades específicas con relación al trabajo, la vivienda o la formación. No es suficiente tener un trabajo y unas condiciones materiales adecuadas para vivir, algo complicado de conseguir frente a las políticas de explotación laboral, exclusión y marginalización social, sino que también es necesario disponer de espacios para elaborar de manera apropiada, los cambios psíquicos forzados por su nueva circunstancia, para que pueda comprender y hacer uso de los servicios de apoyo y soporte psicológico en un entorno seguro y que tiene en consideración su concepción de salud, enfermedad, creencias, cultura y valores (18,65). La adversidad social: la salud mental está estrechamente afectada por las circunstancias sociales crónicas, estresores como la discriminación, el racismo, la violencia, y principalmente la pobreza, de la población con bajos recursos, particularmente los inmigrantes y minoría étnica y racial (18,22).

En la práctica la intervención bio-psico-social es confrontada con problemas complejos y difíciles una vez que involucra el manejo de una gran cantidad de personas y organizaciones dificultando el abordaje y a solución de los problemas. La red intersectorial se establece en función de los diversos sectores involucrados en la salud mental y, en función del grupo de personas a quien se aplicará la intervención, impactando el sector adecuado como salud, empleo, educación, justicia, organismos sociales y municipales y comunitarios, vivienda, voluntariado social, ONGs, así como otros receptivos de ser incluidos en la red intersectorial en función de su capacidad para abordar y resolver la problemática detectada (56).

5.5.7 Papel del Agente Comunitario de Salud

“Por esto es importante tener en cuenta la labor de “cuidador cultural” que prestan estas redes, y crear los puentes de comunicación entre las mismas y la red de atención de salud mental, para asegurar de este modo la continuidad de cuidados desde una perspectiva intercultural” (21). Se pueden simplificar las acciones de promoción de la salud mediante la figura del Agente Comunitario de Salud. Se trata de un intermediario o representante debidamente acreditado en la comunidad donde actúa con comprensión global del área de asentamiento y su población, proporcionando conocimientos sobre técnicas y principios grupales en educación para la salud, comunicación y relaciones humanas, técnicas de entrevista y cumplimentación de los registros, para que proceda como educador y mediador transcultural entre los profesionales de salud y la minoría con objetivo de ofrecer una atención de calidad. (18,39,48,65).

En el estudio de Alda Díez (15) en vista de algunos de los resultados que obtuvo acerca de ingreso de paciente inmigrantes en planta de psiquiatría, plantea que los grupos étnicos que han inmigrado hacia más tiempo a España y que en estas poblaciones poseen compatriotas en etapas más avanzadas en la aculturación, estos individuos sirven como puente culturales, con el efecto que de estos grupos étnico hay menos ingresos, demostrado la importancia de agentes comunitarios como puentes.

5.5.8 Formación médica continuada

Basándose en Gil Estevan (9), *“Para poner en marcha programas que se adapten a colectivos con necesidades especiales, es necesario ser respetuosos con la diferencia y la diversidad, desde la competencia cultural”*. En la actualidad, existen escasos profesionales, que pertenecientes a las minorías, que enfocan su atención en la salud, salud mental y la asistencia social. A pesar de equivocada la percepción que solo desde la cultura común, se pueda comprender o tratar los pacientes, en otros países estos profesionales abarcan una mayor proporción de pacientes de las culturas minoritarias que los profesionales de la cultura predominante, con una mayor eficacia, adhesión y cumplimiento de los tratamientos. Se requiere, para una actividad profesional competente, involucrada y coherente, fomentar el conocimiento práctico y crítico de metodologías, modelos y proyectos de actuación en el terreno de la salud mental cuando se atiende a la población inmigrante, grupos raciales y étnicos (18).

Práctica culturalmente competente: las variaciones culturales son favorecidas y estimadas y no deben ser causadoras de disparidades en la atención médica. Por esta razón es importante aprender y desarrollar y consolidar conocimientos, habilidades y técnicas específicas con la función de la edad, raza, género, cultura y etnicidad en la atención, tratamiento e investigación sanitaria, con el objetivo de que la relación entre médico y paciente sea efectiva, permitiendo que la gente pueda elegir y expresar sus preferencias personales y superar sus propios prejuicios sobre el cuidado médico (18,44,58).

El cuidado interculturalmente competente: es una modalidad que ajusta las actuaciones a la diversidad cultural, una vez que reconoce la relevancia *“de los cuidados culturales y tradicionales, los incorpora al plan de cuidados y favorece la complementariedad de los dos modos de cuidados, el tradicional y el profesional, manteniendo el diálogo fluido y necesario entre ambos sistemas de cuidados”* (21).

“La herencia cultural es determinante a la hora de interpretar el proceso de salud enfermedad, que va a ser vivido de diferentes formas dependiendo del contexto cultural, de pacientes y profesionales” (9), así que indispensable la adquisición de conocimientos cultural comenzando al principio de la formación académica, en estudios postgrado y de formación continua, con el objetivo *“de adquirir actitudes libres de prejuicios culturales para que sean capaces de gestionarlas y adaptarlas cuando sea preciso”* (9).

Los aspectos formativos serían (18):

- Estar al corriente la cultura de estos pacientes, con su religión, sus costumbres e idiosincrasia.
- Cómo desarrollar el diagnóstico de modo a que sea culturalmente entendido.
- Posibles estrategias para gestión interpersonal de problemas.
- Como negociar efectivamente el tratamiento.
- Proporcionar un conocimiento práctico y crítico sobre metodología, modelos y proyectos de actuación en el terreno de la salud mental.
- Se valora como acercamiento involucrarse en las iniciativas de ONG que promueva y preste su voz y mecanismos de gestión para los inmigrantes, minorías raciales y étnicas.

5.6 Protocolo de actuación de Andalucía

Valoración del paciente y su entorno mediante (21):

Entrevista clínica, adicionalmente varios tipos de entrevista social, familiar y con la enfermera además de la posibilidad de visita al domicilio. Utilización de tests y escalas de valoración: como el Apgar Familiar, Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (o de riesgo social), Apoyo Social Funcional de DUKE-UNC, Escala de Evaluación de Reajuste Social (modificada de Holmes y Rahe), Escala de ansiedad de Hamilton, entre otros. Para valorar el duelo migratorio utilizar *“La escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio”* de Achotegui. Están disponibles ejemplares de los tests mencionados en anexos 2-6.

Hay que tener en cuenta acerca de la capacidad para atenuar los efectos adversos de los acontecimientos vitales estresantes, de la red de soporte familiar y social del paciente (relaciones íntimas, involucramiento en la comunidad, nivel de inserción social, tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos). En caso de que sea necesario, conocer los recursos disponibles en el área que reside el inmigrante, lo que facilita el acceso y orientación a los recursos de la sociedad, así como dependiendo de su mentalidad cuál el nivel de asentimiento a esos medios. La ausencia de asistencia social podría generar un efecto adverso en las personas depresivas, dado que la carencia de asistencia social efectiva puede ser tanto la causa de la enfermedad efectiva como resultado de ésta (18,58).

5.6.1 Duelo migratorio – protocolo de actuación

En el duelo migratorio es necesario considerar sus características, incluido ante la mínima expresión el diagnóstico temprano, ayudará a intervenir con rapidez, efectividad y eficacia. Detectar agravantes de los factores de riesgos u otros elementos que ayudan a una buena elaboración, facilita en la elección de medidas que fomenten la promoción de la salud y anticiparse a las complicaciones de la salud mental de los individuos. El momento actuar (21):

- Ante petición clara del individuo.
- Cuando profesional de sanitario considerar pertinente.
- Identificación de conjunta varios factores de riesgo.
- En la identificación de signos de duelo migratorio complicado o extremo.

En función del tipo de duelo:

Duelo simple: No es patológico, necesita de una actitud de empatía, normalización y contención emocional, orientación y acompañamiento – no se asume el caso, actuación singular con posible incorporación en grupos de apoyo. Características: emigración en buenas condiciones; presencia reducida de estresores de poca gravedad y duración, adecuada capacidad resolutive y de enfrentamiento; no presenta vulnerabilidad; buen apoyo sociofamiliar (21).

Duelo complicado: encargarse del caso o dirigir hacia dispositivo apropiado, como remitir a grupos de autoayuda. Características: emigración en situación complicada (se dejó cónyuge, hijos o progenitores enfermos); ideas recurrentes e intrusivas acerca de las circunstancias migratorias; conexión emocional con circunstancia semejantes en el pasado

superada de manera aceptable; red social inestable y una situación difícil con relación al trabajo y vivienda; sentimiento de soledad; añoranza con pena; existen diversos estresores y de larga duración; niños, adolescente y ancianos (21).

Duelo extremo: asumir el caso o remitir para evaluación por salud mental, posibilidad de colaboración de otros dispositivos y niveles. En el supuesto de la asociación de psicopatología, tener en cuenta la intensidad y complejidad de esta, igual que si es necesaria la atención en programas determinados (21). Esquema del protocolo ante el duelo migratorio, Anexo 8.

5.6.2 Referente a la red social – protocolo de actuación

“Si no existe un familiar, un conocido, una asociación... ‘alguien’ que se preocupe y se ocupe de procurarles el apoyo necesario, puede que no reciban esta atención con la celeridad y prevención necesarias” (21).

En el caso que un individuo extranjero requiera asistencia y no tiene idea de cómo acceder en el país de acogida, recurre a ayuda de la colonia de inmigrantes de su país donde tienen en común costumbres, valores, idioma, entre otros. Las organizaciones de inmigrantes juegan un papel fundamental y, por consiguiente, constituyen el primer pilar para llevar a cabo acciones de promoción y prevención en la salud mental de la población inmigrante. Los sistemas de salud mental proporcionan la ayuda y la información para que puedan las asociaciones actuar en la detección, acompañamiento, cuidado y soporte. Todos los asistentes sociales privados o públicos, deberían enterarse de los recursos de salud mental y las vías de acceso y así orientar e informar cuando preciso, esto es evidente con individuos en falta de red familiar o social suficiente y, en estas circunstancias las organizaciones ejercen la función de “cuidador cultural”, idea también propuesta por Pollos Amores et al. (21,39).

Creación de una guía de los medios sociales especializado

Una grande parte de los profesionales de salud no saben que recursos están disponibles en su zona de trabajo, en materia sociales y sociosanitarios que podrían asistir al abordaje a la diversidad cultural. La existencia de una guía de recursos determinados les proporcionaría una mayor comprensión del área que trabajan y de las oportunidades de asistencia que pueden contactar de beneficio a los pacientes inmigrantes tanto para remitirlos como para adquisición de información para abordaje de los casos a tratar. La guía necesita de ser de la zona, de manera a que sea más funcional y aplicable los datos tienen de corresponder al área. Recolección de los elementos específicos existentes separados en cada localidad, por las siguientes áreas de interés (21,39):

- Oficinas municipales de atención al inmigrante.
- Servicios consulares de los países con más presencia en el área.
- Instituciones privada y ONGs que dan apoyo a la población inmigrante.
- Organismos de traducción y mediación cultural.
- Asociaciones de inmigrantes.
- Especial referencia de grupos de apoyo, clases de español, inserción laboral, gestión de documentación, asistencia a la vivienda.

Se solicitará la colaboración de personal de Trabajo Social de los centros de salud, Servicios sociales comunitarios y de otros organismos involucrados para elaborar la guía. La guía una vez creada debe ser actualizada constantemente (21).

5.7 Ideas a destacar tras la revisión de los resultados y la discusión

En este trabajo se pone en foco la problemática que afecta a la población inmigrante y que el traslado de un país a otro conlleva a varias ramificaciones. La migración implica un conjunto de transiciones y desafíos que consisten un factor de riesgo, una vez que representan una situación promotora de estrés, en el desarrollo de patología mental. Factor mediado por determinantes culturales o étnicos y predominantemente económicos y sociales. La repercusión del estrés está sujeto en buena parte de cómo se sitúa el inmigrante ante su cultura nativa y ante la de recepción, y como el grupo de acogida responde al inmigrante (22,49,60). *“La prevención de estos riesgos excede la capacidad de los sistemas sanitarios y recae en medidas de tipo político y de carácter social, económico, laboral, sanitario, etc.”* (60).

Según Santiago Molita et al. (60), *“La necesidad y demanda de atención sanitaria general, y de salud mental en particular, por la población inmigrante está experimentando un aumento correlativo al aumento que este sector de la población está experimentando en el territorio español en las últimas décadas”*. La dimensión que ha alcanzado la necesidad, por los aspectos propios de las patologías que se manejan, de la atención médica en Salud Mental de este grupo poblacional, resulta esencial reflexionar sobre la urgencia de una formación específica de los profesionales del ámbito. *“De este modo se podría mejorar la asistencia y evitar una estigmatización innecesaria. No podemos obviar que la enfermedad mental se manifiesta de forma diferente en determinados grupos poblacionales, estando ello muy influido por la cultura del individuo enfermo”* (60).

En el artículo de Balbo Ambrosolio et al. (34) este concluyo que el aumento particularmente en el ámbito de la salud mental por parte de la población inmigrante, que *“la realidad clínica es compleja y, tal vez, no siempre podamos hallar presente en la demanda de los pacientes componentes psicopatológicos como los que hemos referido. Pero, aún así, nuestra obligación es conocer dichas posibilidades del enfermar, ya que de otra forma será muy difícil el intento de realizar un adecuado tratamiento”*.

Según Achotegui Loizate et al. (66), en la migración la vulnerabilidad sería el agregado *“de las limitaciones, hándicaps, que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental. La vulnerabilidad sería en relación a la elaboración del duelo migratorio, el ‘bagage’ de limitaciones con las que la persona deja su casa, ‘cierra la puerta’ y marcha, inicia la migración”* (66).

La aparición de patología psicológica debido a la migración está sujeto a factores individuales y a factores estresantes que el entorno ejerce sobre el individuo. Factores individuales: perfil psicológico, resiliencia al cambio, respaldo de la familia en el país natal, soporte social en el destino y el realismo o la idealización del proyecto migratorio. Factores ambientales: previos a la migración como conflictos bélicos, políticos o religiosos o posteriores como la falta de apoyo social, el paro, la discriminación y vivencia al margen de la sociedad. El consumo elevado de drogas como el tabaco y alcohol son consecuencia de los problemas mentales de los inmigrantes, desencadenado por el estrés, la soledad y estados depresivos (22,59).

La promoción de la salud es un punto fundamental a partir de la perspectiva sanitaria que nos asiste en la inclusión de la población inmigrante. La finalidad de atender a los inmigrantes es proporcionar una atención sanitaria culturalmente adecuada, así como una eficacia clínica culturalmente competente, respetuosa, sensible y flexible. Se pueden apreciar la existencia de diversas interpretaciones del concepto de salud y enfermedad y de sano o enfermo (dentro de esta categoría en esto dos últimos, según el tipo de enfermedad) con respecto a la nuestra y, cómo estas interpretaciones pueden tener consecuencias muy diversas tanto a nivel personal como social o laboral, de acuerdo con la cultura a que nos referimos y también es importante recordar que las divergencias en la salud y enfermedad pueden ser significativas entre personas de idénticos antecedentes culturales (5,17,38,39,47,61).

Gil Estevan (9) en su estudio una de sus conclusiones: *“Por otro lado la empatía y la adaptación de los cuidados al contexto socio cultural de cada mujer, el sentir que son comprendidas y escuchadas, el respeto de sus valores y creencias, y el establecimiento de objetivos pactados y consensuados, van a favorecer su implicación y participación en los distintos procesos relacionados con su salud”*.

La entrevista clínica de un paciente de cultura distinta especialmente en salud mental, se recomienda hacerla en idioma nativo y se necesario recurrir a un traductor, con la recomendación que este sea ajeno a la familia y que puedan comprender las características culturales de la etnia, creencias sobre la enfermedad del paciente, una vez que esos aspectos son importante a la hora de cómo se expresan los síntomas (59).

Varios autores a lo largo de este trabajo han apuntado a que uno de los mayores entres para la asistencia sanitaria a la población inmigrante son las barreras lingüísticas y de comunicación. El lenguaje es uno de los elementos fundamentales de la comunicación entre culturas. Los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, el lenguaje utilizado complica e impide que fluya la empatía y confianza en la relación con los inmigrantes. Estos últimos además obtienen poca información acerca de la finalidad y la urgencia de algunas intervenciones, a pesar de la propia dedicación de los profesionales para que esto no suceda (56).

Es necesario prestar atención al lenguaje corporal y buscar “señales”. La conducta de un individuo proporcionará las claves más importantes a respecto si algo va mal o bien. Todos los aspectos referidos sobre las barreras lingüísticas y de comunicación son relevantes a la hora de hacer una entrevista clínica, puesto que malentendido pueden originar diagnósticos erróneos (38,50).

Los profesionales sanitarios a menudo, desestiman las prácticas tradicionales y populares de asistencia de salud y enfermedades de los individuos extranjeros. Además, se debe añadir el estigma, la precariedad, la marginación como consecuencia de histórica y constante enajenación social que padecen los inmigrantes. Los aspectos mencionados pueden ser resueltos a través de la inclusión de una perspectiva intercultural de la salud como un planteamiento pertinente con el propósito de cambiar la percepción, los valores y particularmente las prácticas del trabajo en la atención a la salud mental. La interculturalidad implica reconocer y respetar las creencias, principios y valores de los individuos inmigrantes, con el propósito de ofrecer la mejor asistencia posible en conformidad de los requerimientos y la necesaria adaptación de los recursos a disposición (56).

Con el objetivo de evitar esta discordancia entre culturas, especialmente en la asistencia de la salud mental, es fundamental la competencia técnica y la formación profesional de los equipos médicos. La formación médica continuada con enfoque intercultural tiene impacto en el respecto y trato más apropiado, aceptación de las tradiciones, oposición a la marginación social y la atención e igualdad en salud de los diferentes grupos de inmigrantes que pertenecen a nuestra comunidad (56).

Importante de saber cuál es la condición social y laboral, de vivienda y red social de los individuos inmigrantes y que conocimientos posee sobre el sistema sanitario español, destacando en cómo usarlo correctamente. La evaluación social del paciente es relevante para una adecuada actitud terapéutica. El éxito terapéutico se apoya de la colaboración de los diversos recursos sociales que les están atendiendo (5,47).

“Es muy evidente que los factores socio-familiares influyen en nuestro nivel general de salud. En el caso de inmigrantes que pueden padecer un trastorno mental grave o un duelo migratorio moderado-extremo, contar con un soporte y apoyo sociofamiliar adecuado puede marcar la diferencia que ayude a un pronóstico favorable y un abordaje adecuado” (21).

La colaboración entre la atención primaria y salud mental es necesaria para asegurar la continuidad asistencial y el seguimiento de los pacientes. También es significativo entre los individuos inmigrantes fomentar e impulsar los grupos de autoayuda, una vez que tienen dificultades en forjar redes de apoyo sociofamiliar y por lo tanto desafíos a la hora de integrarse en el país de acogida. Además, importante que cada sector involucrado considere que el foco del problema es la ciudadanía y su atención integral y no sólo se centren exclusivamente en las funciones y objetivo que cada organismo o sector desarrolla (56).

En el estudio de Zarza et al. (17), se enfatiza la necesidad de más estudios preventivos sobre la salud orientados a disminuir los factores de riesgo y aumentar los protectores y que *“España aún está a tiempo para la prevención primaria en salud física y mental, pandillas, crimen, abuso de sustancias, etc., enfocada a los inmigrantes y en particular a los hijos de éstos”* (17). El aumento por parte de la población inmigrante del uso de servicios clínicos y programas preventivos obliga al *“desarrollo de estudios que ayuden a responder a las causas de los problemas de adaptación sociocultural y sus consecuencias en la salud mental y física de los inmigrantes”* (17).

Para finalizar, en el proceso migratorio si el duelo o que la adaptación y la integración en el nuevo entorno no es bien elaborado, se puede cronificar el duelo con sus consecuencias para la salud mental. Asimismo, el inmigrante se enfrenta a bastantes dificultades debido a su cultura, creencias, idiomas que causan impedimentos para acceder al sistema sanitario, que dificultan la comunicación y relación médico paciente durante las entrevistas clínicas y que es necesario el dialogo para superar los temores para la adherencia de los tratamientos. Para amenorar la divergencia entre la población inmigrante y el sistema sanitario, se pueden tomar medidas para mejorar el atendimiento. Por ejemplo, dando más formación al personal sanitario, educación y perspectiva intercultural, disposición de recursos en la consulta a modo de facilitar la comunicación, involucrar más a los grupos de apoyo social haciendo de puente a fin de trabajar con los inmigrantes en su integración y mejorar sus condiciones de vida, combatiendo los variados factores que favorecen el estrés migratorio y la consecuente cronificación del duelo.

6. CONCLUSIÓN

1. Existe una carencia generalizada en el sistema de salud español para cubrir las crecientes necesidades de asistencia en el ámbito de la salud mental a un grupo cada vez mayor, la población inmigrante, con sus características particulares que les diferencian de la población autóctona. Existe una verdadera necesidad de más investigaciones, propuestas e implementación de medidas para mejorar la prestación sanitaria, aumentar y mejorar la formación de los profesionales de salud para afrontar esta nueva realidad.
2. Dentro de los trastornos específicos que afectan a la población inmigrante se encuentran el estrés aculturativo, el duelo migratorio y el síndrome de Ulises. En el proceso migratorio, ocurre en parte un duelo denominado como duelo migratorio y es señalado como un factor de riesgo para la salud mental, especialmente en circunstancias adversas. Este es un agregado de procesos psicológicos, psicosociales y pérdida generalizada y múltiple de vínculos, y por el dolor y frustración de las expectativas. Los problemas de salud mental más habituales están relacionados con el duelo migratorio, los trastornos adaptativos (como el estrés aculturativo), y los psicómicos. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, conocido como síndrome de Ulises corresponde al duelo migratorio extremo, con la expresión de una sintomatología depresiva de características atípicas donde los síntomas de tipo depresivo se combinan con los de tipo ansioso, disociativo y somatomorfo.
3. En cuanto a la dificultad a que se enfrenta la población inmigrante en relación a la asistencia sanitaria, las causas son multifactoriales y variadas. Entre las más importante se encuentran las barreras lingüísticas y de comunicación afectando tanto al paciente inmigrante como el profesional de salud. El otro gran factor son las ideas preconcebidas y la falta de competencia cultural de los médicos (muchas veces no intencionadas o inconscientes) y por parte de los pacientes debido a su cultura y creencias, sus preconceptos acerca de la salud, enfermedad y tratamiento.
4. Se ha corroborado que la población inmigrante experimenta disparidades en la atención sanitaria en comparación con la población autóctona, debido a una variedad de factores en el cual se podría actuar. Explicada así la necesita de una atención especial enfocada en el ámbito mental y sus redes de apoyo de la población inmigrante e intervenciones asociadas a los profesionales de la salud para incrementar su competencial cultural. Es una necesidad extender el concepto de salud, no solamente dirigida la atención hacia la enfermedad, pero también al funcionamiento social del individuo, a que redes de apoyo tiene acceso y que le darán soporte y cuál su calidad de vida. Se aconseja actuar sobre el Síndrome de Ulises como medida preventiva con objetivo de impedir que individuos que padezcan de este terminen empeorando y alcancen un trastorno mental grave, igual que la depresión. Además de la colaboración de psicólogos, psiquiatras, se necesitarán la labor de los trabajadores sociales, personal de enfermería y de asistencia primaria, educadores sociales, entre otros.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nations U. United Nations. United Nations; [citado 29 de febrero de 2024]. La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Sayed-Ahmad Beiruti N. 2. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 21-31. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
3. Martincano Gómez JL, García Campayo J. 2. Epidemiología. En: Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Madrid: IM&C; 2004 [citado 2 de marzo de 2024]. p. 6-8. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf
4. Díaz Olalla JM. 1. Situación actual de la inmigración en España. Desigualdad en salud. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 11-30. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
5. Gómez Pastor AM, de Miguel Tarancón MT. 16. Atención al inmigrante recién llegado. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 275-86. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
6. INE [Internet]. 2024 [citado 29 de febrero de 2024]. Población extranjera por Nacionalidad, Sexo y Año. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=01005.px>
7. Martínez MFco, Martínez García J. Procesos migratorios e intervención psicosocial. Papeles Psicólogo - Psychol Pap [Internet]. 2018 [citado 28 de junio de 2024];39(2):96-103. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2865>
8. Oliver Reche MI, Baraza Cano P, Martínez García E. V. La salud y la mujer inmigrante. En: Galán RG, editor. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Conserjería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. p. 77-106. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariainmigrantes_2007.pdf

9. Gil Estevan MD. Experiencia de los profesionales de enfermería en la aplicación de cuidados culturalmente competentes en mujeres en riesgo de vulnerabilidad social: un estudio etnográfico [Internet] [Tesis Doctoral]. Universidad de Alicante; 2019 [citado 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/97628>
10. Plaza Baquedano B, Moles Arcos B, Vázquez Rodríguez MD. Intervención social con pacientes inmigrantes en una psiquiátrica de unidad de corta estancia. Trab Soc Salud [Internet]. 2007 [citado 4 de julio de 2024];(57):9-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2299181>
11. Sayed-Ahmad Beiruti N, Río Benito MJ, Fernández Regidor G. VII. Salud mental. En: Galán RG, editor. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. p. 125-44. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariaInmigrantes_2007.pdf
12. Martincano Gómez JL, García Campayo J. Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración. En: Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Madrid: IM&C; 2004 [citado 2 de marzo de 2024]. p. 9-43. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf
13. Delgado Ríos P. Emigración y psicopatología. Anu Psicol Salud Annuary Clin Health Psychol [Internet]. 2008 [citado 27 de junio de 2024];4:15-25. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132632/APCS_4_esp_15-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Definición de estrés - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estres>
15. Alda Díez M, García Campayo J, Sobradie N. Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2010;38(5):262-9. Disponible en: https://web.archive.org/web/20200709183121id_/https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ENG/11-67-ENG-262-269-278756.pdf
16. Sayed-Ahmad Beiruti N. Inmigración: adaptación y duelo. En: Cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: Inmigración y salud mental [Internet]. Cádiz: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría; 2006 [citado 10 de junio de 2024]. p. 9-28. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>

17. Zarza MJ, Sobrino Prados MI. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *An Psicol* [Internet]. 2007 [citado 27 de junio de 2024];23:72-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2312611&orden=121147&info=link>
18. Martincano Gómez JL, González Corrales R, Martincano González MC. Cuadernos de actualización para médicos de atención primaria. *Depresión e Inmigración*. [Internet]. Madrid: Grupo Saned; 2007 [citado 7 de junio de 2024]. 28 p. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/salud%20mental/depre_inmig.pdf
19. Niño Fuentes M. Salud y duelo en el proceso migratorio. *ESAMEC Educ J Health Environ Citizsh* [Internet]. 29 de noviembre de 2020 [citado 29 de junio de 2024];(1):47-55. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/ESAMEC/article/view/11739>
20. Muiño Martínez L. 8. Salud mental e inmigración. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. *Manual de Atención al Inmigrante* [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 117-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
21. Grupo de trabajo «Inmigración y Salud Mental». Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM) [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012 [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/programa_de_an_a_pobn_inmigrante_en_salud_mental.pdf
22. Collazos Sánchez F, Ghali Bada K, Ramos Gascón M, Qureshi Burckhardt A. Mental health in the immigrant population in Spain. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 19 de julio de 2024];88(6):755-61. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272014000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Preguntas más frecuentes [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
24. Con-Naturalidad.pdf [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2019/10/Con-Naturalidad.pdf>
25. Guia-familiar-salud-mental.pdf [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-familiar-salud-mental.pdf>
26. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

27. Barbero Gutiérrez J. 3. Inmigración, salud y bioética. Consideraciones éticas en la atención al inmigrante. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 39-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
28. Achotegui Loizte J, Suárez-Varela MMM, Cerveda Boada P, Quirós Bauset C, Pérez Fuster JV, Gimeno Clemente N, et al. Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. Norte Salud Ment [Internet]. 2009 [citado 23 de junio de 2024];35:50-5. Disponible en: <http://www.panelserv.net/laredatenea/documentos/ulises2010.pdf>
29. Achotegui Loizate J, Morales MM, Cervera P, Quirós C, Vicente Pérez J, Gimeno N, et al. Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. Norte Salud Ment [Internet]. 2010 [citado 23 de junio de 2024];8(37):23-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830370.pdf>
30. Achotegui J. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Psicopatol Salud Ment [Internet]. 2008 [citado 10 de junio de 2024];15-25. Disponible en: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Achotegui-Joseba-11.pdf>
31. Achotegui Loizate J. 5. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 63-86. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
32. Enguix B. Cultura, Culturas, Antropología [Internet]. FUOC. Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya; 2012 [citado 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308226681_Cultura_Culturas_Antropologia
33. Páez D, Zubieta E. Capítulo II. Cultura y psicología social. En: Psicología social, cultura y educación [Internet]. 2004 [citado 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283716383_Definicion_de_cultura_Cap_II_Psicologia_social_cultura_y_educacion
34. Balbo Ambrosolio E, Pis-Díez Pretti G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. Arch Psiquiatr [Internet]. 2007 [citado 29 de junio de 2024];70(3):173-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2777498.pdf>

35. El Sector de la Cultura | UNESCO [Internet]. [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/culture/about>
36. Imaginario A. Enciclopedia Significados. [citado 6 de junio de 2024]. Qué es la Cultura (Concepto, Ejemplos, Características y Tipos). Disponible en: <https://www.significados.com/cultura/>
37. García de Sola Márquez A, Soto Peña O. 4. Creencias e inmigración. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
38. Sirur-Flores Bates MA, Álvarez Herrero MC. 6. Entrevista clínica con el inmigrante. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 89-98. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
39. Pollos Amores S, Vargas Martín MT. Estudio sobre la población inmigrante en el centro de rehabilitación psicosocial (C.R.P.S) Martínez Campos. Trab Soc Hoy [Internet]. 30 de septiembre de 2018 [citado 18 de julio de 2024];85(Tercer cuatrimestre):87-100. Disponible en: <http://www.trabajosocialhoy.com/articulo/212/estudio-sobre-la-poblacion-inmigrante-en-el-centro-de-rehabilitacion-psicosocial-crps-martinez-campos/>
40. Cienfuegos-Martínez YI, Saldívar-Garduño A, Díaz-Loving R, Avalos-Montoya AD. Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. Acta Investig Psicológica [Internet]. 2016 [citado 11 de junio de 2024];6(3):2534-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-48322016000302534&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. CIPSIA Psicólogos Madrid: Irene Serrano. Culturas colectivistas vs. culturas individualistas [Internet]. Cipsia Psicólogos. 2019 [citado 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cipsiapsicologos.com/psicologia-social/culturas-colectivistas-vs-culturas-individualistas/>
42. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 28 de junio de 2024];74(9):790-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>
43. Quienes somos - Red Isir: inmigración y salud [Internet]. 2022 [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.redisir.net/quienes-somos/>

44. Collazos Sánchez F. Pertinença de l'adaptació soci- cultural a la pràctica clínica en salut mental [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2021 [citado 18 de julio de 2024]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=309501>
45. Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study. BMC Public Health [Internet]. 17 de mayo de 2010 [citado 29 de junio de 2024];10(1):255. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-255>
46. Cruz I, Serna C, Rué M, Real J, Soler-Gonzalez J, Galván L. Duration and compliance with antidepressant treatment in immigrant and native-born populations in Spain: a four year follow-up descriptive study. BMC Public Health [Internet]. 2 de abril de 2012 [citado 29 de junio de 2024];12(1):256. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-256>
47. Junyent M, Nuñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006 [citado 26 de junio de 2024];27-34. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2165>
48. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Aten Primaria [Internet]. 1 de enero de 2002 [citado 18 de julio de 2024];29(1):6-13. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-descriptivo-trastornos-mentales-minorias-etnicas-residentes-13025579>
49. Regata Cuesta C. La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes. Psicosomàtica Psiquiatr [Internet]. 2019 [citado 29 de junio de 2024];(10):13-9. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/391521>
50. Sirur-Flores Bates MÁ, García Sacristán G, Álvarez Herrero MC. Atendiendo a pacientes de otras culturas. AMF [Internet]. 2011 [citado 10 de junio de 2024];7(7):375-82. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/materiales/casos-clinicos?num=25&year=all&bodysystem=0&page=18>
51. Escuela Andaluza de Salud Pública: Elena González Rojo. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Guía para profesionales de la salud [Internet]. Galán RG, editor. Sevilla: Junta de Andalucía-Conserjería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariaInmigrantes_2007.pdf
52. Martincano Gómez JL, García Campayo J. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Madrid: IM&C; 2004 [citado 2 de marzo de 2024].

Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf

53. Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
54. Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. (Colección Inmigración y Salud). Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
55. Sayed-Ahmad Beiruti N, editor. Cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: Inmigración y salud mental [Internet]. Cádiz: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría; 2006 [citado 10 de junio de 2024]. 79 p. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
56. Fernández Regidor G, Rodríguez González N, Colombo Olbiol V. 8. Organización de la atención a la salud mental en Andalucía. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 123-40. (Colección Inmigración y Salud). Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
57. Pérez-Sales P. 9. Patología psiquiátrica en población inmigrante. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 133-46. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
58. 4. Abordaje diagnóstico. En: Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Madrid: IM&C; 2004 [citado 2 de marzo de 2024]. p. 44-66. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf
59. Vázquez Villegas J. 10. Atención Primaria a la Salud Mental en la población inmigrante. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R, González Rojo E, editores. Monografía I - Salud Mental en la Inmigración [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 161-74. (Colección Inmigración y Salud). Disponible en:

<https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>

60. Santiago Molina E, Chinchilla Rodríguez Á, Vázquez Arjona CI, García García J, Ibáñez Allera P. Ingresos de la población inmigrante en la unidad de salud mental. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, editor. Cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: Inmigración y salud mental [Internet]. Cádiz: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría; 2006 [citado 10 de junio de 2024]. p. 49-79. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/app/download/6376582752/EASP+2008+-SM+en+la+Inmigracion-.pdf?t=1355156152>
61. Vázquez Villegas J, Baraza Cano P, Sayed-Ahmad Beiruti N. IV. Orientación a los servicios sanitarios de la diversidad cultural A) Conceptos. En: Galán RG, editor. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Conserjería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. p. 53-63. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariainmigrantes_2007.pdf
62. Ortega Córdoba S, Izquierdo Díaz T. III. Aspectos normativos de la atención sanitaria a inmigrantes. En: Galán RG, editor. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Conserjería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. p. 43-52. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariainmigrantes_2007.pdf
63. Gimeno Feliu LA. 24. Africa Sunsaariana. En: Morena Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H, editores. Manual de Atención al Inmigrante [Internet]. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2009 [citado 1 de marzo de 2024]. p. 395-410. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264230993_Manual_de_Atencion_al_Inmigrante
64. Casilda Velasco Juez M, Oliver Reche MI. X. Vulnerabilidad del hecho migratorio C) Mutilaciones genitales femeninas. En: Galán RG, editor. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Conserjería de Salud; 2007 [citado 12 de abril de 2024]. p. 365-73. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1457/5/ManualAtencionSanitariainmigrantes_2007.pdf
65. 5. Abordaje terapéutico. En: Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Madrid: IM&C; 2004 [citado 2 de marzo de 2024]. p. 67-77. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf
66. Achotegui Loizate J, Solanas A, Fajardo Y, Espinosa M, Bonilla I, Espeso D. Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. Norte Salud Ment [Internet]. 2017 [citado 20

- de junio de 2024];15(57):13-23. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381257>
67. PT8_Apgar_familiar.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PT8_Apgar_familiar.pdf
68. Salud_5af1956d99647_10_anexos_2018.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2024].
Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d99647_10_anexos_2018.pdf
69. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Salud mental.
Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/09/cuestionarios-ayuda-a-la-valoracion-del-SAS.pdf>
70. Bienestarivj3.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2024]. Disponible en:
https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarivj3.pdf
71. Escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf [Internet]. [citado 2 de junio de 2024].
Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-2/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

Anexo 1: Páginas web que facilitan la comunicación con pacientes que no hablan el mismo idioma que el profesional de salud.

Direcciones web para obtener material sanitario traducido
<p>http://www.saludycultura.uji.es/material.php Página del grupo CRIT (Comunicación y relaciones interculturales y transculturales) con documentos (pdf) descargables sobre entrevista clínica básica en distintos idiomas, o cuestionarios previos a consulta con información clínica</p>
<p>http://www.saludsinidiomas.co Página de la empresa Pierre Fabré Ibérica con información sobre pruebas diagnósticas, atlas anatómico, entrevista clínica básica, y algunas especialidades concretas (cardiología, ginecología, urología, etc.) tanto en formato escrito (documentos) como hablado (audio, vídeos). Necesita registro previo del usuario (gratis)</p>
<p>http://www.riec.es/ Página de la EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública) que permite buscar por país de origen, recurso, temas, población objetivo, formato del documento, o palabras clave, sobre temática diversa: problemas de salud, actividades preventivas, salud por grupos de edad</p>
<p>http://www.redisir.net/documentacion/cat_view/49-personas-que-ejercen-la-prostitucion?start=5 Página también de la EASP con información sobre anticoncepción en varios idiomas</p>
<p>http://www.redisir.net/documentacion/cat_view/45-materiales-inmigracion-y-salud/75-guias-salud-mujeres-progresistas-en-varios-idiomas En la misma página documento de la Asociación de mujeres progresistas Victoria Kent, con recursos disponibles en Andalucía y una sección sobre ETS y salud reproductiva, en varios idiomas</p>
<p>http://www.juntadeandalucia.es/salud/materialesinmigrantes Portal de la Junta de Andalucía con documentos (pdf) sobre salud reproductiva, tabaquismo, entrevista clínica básica en distintas lenguas</p>
<p>http://www.redgdps.org/index.php?idseccion=214 Página de la Red GDPS con información en diversas lenguas sobre diabetes. Precisa darse de alta como usuario, es gratuito</p>
<p>http://www.healthinfotranslations.com Página en inglés (USA) con información sobre problemas de salud, alimentación, tests diagnósticos, preparación para desastres. Ofrece documentos en inglés y otro idioma. La búsqueda se realiza por idioma o por palabra clave</p>
<p>http://www.health.qld.gov.au/multicultural/public/language.asp#language Portal australiano con información sobre problemas de salud, actividades preventivas y educación para la salud que se puede buscar por temas o por lenguaje</p>
<p>http://www.healthtranslations.vic.gov.au/ Página australiana con información sobre problemas de salud y búsqueda por palabra clave y idioma deseado</p>

Tabla 5. Recomendaciones para entrevistas médicas con teletraductores (50).

Asegurar la confidencialidad: asegurar confidencialidad del entorno, explicar al paciente que el traductor tiene obligación de mantener el secreto médico igual que nosotros

Presentar el escenario al traductor: «Buenos días, soy el Dr.... Y estoy en la consulta con Layla, paciente marroquí que acaba de saber que está embarazada... »

Preparar las preguntas antes de llamar

Pedir al paciente que repita nuestras instrucciones y preguntarle si quiere preguntar o añadir algo antes de colgar

Tabla 6. Recomendaciones para entrevistas médicas con traductores (50).

Idealmente, el traductor no debería ser miembro de la familia

Los traductores deben ser entrenados para respetar la confidencialidad del paciente

El médico debe orientar al traductor en el proceso de encuentro clínico, y solicitar una traducción literal, palabra a palabra

El médico debe pedir al traductor que le pregunte acerca de términos que le resulten extraños o poco claros

Tras completar cada parte de su exposición, el médico realizará una pausa para la traducción

El médico debe mirar directamente al paciente, no al traductor, tanto cuando él habla como cuando lo haga el paciente

El médico debería hablar en segunda persona. Debería preguntar: «¿Le duele?», antes que «pregúntele si le duele»

Anexo 2: Cuestionario Apgar Familiar del Servicio de Andaluz de Salud (67).



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Anexo 3: Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (68).

ANEXO 4: VALORACIÓN DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR

Anexo 4.A ESCALA DE GIJÓN

Descripción:

- La Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.
- Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal o ausencia de problemática a la evidencia de alguna circunstancia o problema social.
- Población diana: Población mayor de 65 años.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior (“4”).	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5

APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Valoración:

Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

PUNTUACIÓN	GRADO DE DETERIORO
<9	Normal o riesgo social bajo
10-15	Riesgo social intermedio
Mayor 16	Problema social establecido

Anexo 4: Cuestionario Duke-UNC (69).

ROL
RELACIONES

APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1: mucho menos de lo que deseo
- 2: menos de lo que deseo
- 3: ni mucho ni poco
- 4: casi como deseo
- 5: tanto como deseo

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

Anexo 5: Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe (70).

Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe

Esta escala de reajuste social investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona normal.

Instrucciones

Anote el valor que corresponde con cada una de las situaciones enumeradas a continuación si se han presentado durante el último año y sume el total obtenido..

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación	65
4. Privación de la libertad	63
5. Muerte de un familiar próximo	63
6. Enfermedad o incapacidad, graves	53
7. Matrimonio	50
8. Perder el empleo	47
9. Reconciliación de la pareja	45
10. Jubilación	45
11. Enfermedad de un pariente cercano	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15. Cambios importantes en el trabajo	39
16. Cambios importantes a nivel económico	38
17. Muerte de un amigo íntimo	37
18. Cambiar de empleo	36
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20. Pedir una hipoteca de alto valor	31
21. Hacer efectivo un préstamo	30
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24. Problemas con la ley	29
25. Logros personales excepcionales	28
26. La pareja comienza o deja de trabajar	26
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28. Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29. Cambio en los hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio a una escuela nueva	20
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambios en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	15
42. Navidades	12
43. Infracciones menores de la ley	11

Valoración

La unidad de puntuación se denomina “unidad de cambio vital” (UCV). La persona está en riesgo de experimentar trastornos psicosomáticos si la suma es de 200 o más unidades en un solo año, estos valores aumentan la incidencia de trastornos Psicosomáticos.

Anexo 6: Escala de ansiedad de Hamilton del Servicio de Andaluz de Salud (71).



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

Anexo 7: “Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises” (66).

Gráfico 4				
	Vulnerabilidad		Estresores	
Duelo por la familia	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la lengua	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la cultura	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por la tierra	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por el estatus social	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simples	
	Complicada		Complicados	
	Extrema		Extremos	

Recuento			
	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

Observaciones	
Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	
Factores subjetivos	
Otros factores	
Comentarios generales	

Anexo 8: Esquema del protocolo ante el duelo migratorio (21).

