

B. Sifré
P. Rodríguez-Ramos
M. de T. De Lucas
A. Benito

Psiquiatría transcultural en niños y adolescentes

Servicio de Salud Mental de Tetuan

Cross-cultural Psychiatry in children and adolescents

Correspondencia:

B. Sifré Echevarría
Servicio de Salud Mental de Tetuan
Maudes, 32
28003 Madrid

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría transcultural se dedica al estudio de la influencia de la cultura en los diferentes trastornos mentales. La cultura, entendida como el modelo de creencias, sentimientos y conocimientos que guían la conducta de cada individuo, difiere tanto en las formas de definir la salud y la enfermedad como en la manera de comunicar entre el médico y el paciente. Algunas culturas facilitan la expresión de las quejas, mientras que otras pueden inhibir la comunicación de sentimientos interiores. Todo ello determina que las expresiones sintomáticas de los trastornos psiquiátricos puedan variar en función de la cultura del paciente, al igual que el diagnóstico, ya que síntomas comunes en diferentes sociedades pueden recibir diferentes etiquetas diagnósticas ¹.

La formación del psiquiatra debe incluir conocimientos sobre: a) las diferencias culturales en la expresión de los conflictos psíquicos y b) las tensiones adaptativas derivadas de la inmigración.

En España viven unos 800.000 extranjeros (el 2% de la población), aunque es el país de la Unión Europea con menor número de inmigrantes (en algunas ciudades europeas el porcentaje oscila entre el 15 y el 25%). Madrid es la Comunidad Autónoma con mayor número

de extranjeros (el 1,89% de los habitantes de la región proceden de otro país), de los que el 29,5% son de origen europeo, el 24% proceden de América del Sur y el 22% de África ².

El 85% de los inmigrantes latinoamericanos son mujeres que trabajan en el servicio doméstico, lo que explica el problema del desarraigo familiar. En el otro extremo, el 61,5% de los marroquíes son varones con hijos que dejan a sus esposas en Marruecos. La feminización de la población inmigrante y las reagrupaciones familiares han producido un aumento de las segundas generaciones ³.

El 2% de los escolares de la Comunidad de Madrid son extranjeros. Tres de cada cuatro proceden del Magreb, Latinoamérica o Europa del Este. Según el padrón de 1996, en la región hay 14.598 niños extranjeros de 5 a 14 años aunque sólo están escolarizados 11.714. El 77% acuden a centros públicos de enseñanza ².

En los últimos años se está incrementando el número de inmigrantes en España y la demanda de atención en Salud Mental para esta población supera el 7% del total y se incrementa año tras año, por lo que se requiere un estudio de los factores que influyen en su psicopatología y en las características particulares de su diagnóstico y tratamiento.

208 ANÁLISIS DE LOS CONFLICTOS ENTRE SISTEMAS CULTURALES DIFERENTES Y SUS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS

La migración es una transición que genera tensiones extremas, considerándose en Salud Mental como un factor de riesgo, con sintomatología dentro de la clínica depresiva, somática o de reacciones psicóticas, que pueden agravarse cuando las barreras culturales e idiomáticas se amplían¹. El proceso de duelo se establece con los sentimientos que se generan por la pérdida de los vínculos con el país de origen, familia, amigos, paisaje, lengua y costumbres.

Se define la "aculturación" como los cambios que se producen en la cultura original cuando diferentes culturas contactan y la "aculturación psicológica" como los cambios psicológicos producidos por la experiencia individual de la aculturación. En los últimos años se ha definido un modelo multidimensional de adquisición cultural, en el que existen cuatro tipos de aculturación^{2,4}:

- *Segregación o separación*. Los individuos mantienen su identidad cultural original, rechazando la cultura dominante.

- *Integración*. Interactúan con el grupo dominante, manteniendo la cultura original.

- *Asimilación*. Rechazan la cultura original y sólo se identifican con la dominante.

- *Marginación*. No existe identificación con la cultura original ni con la dominante.

En el proceso de aculturación psicológica influyen varios factores, entre los que se pueden destacar^{2,4}:

Causales

Voluntariedad del proceso migratorio. Cuanto menos voluntario sea (exilio), más intenso y complejo será el proceso de duelo.

Ambientales

Los niños y adolescentes procedentes de familias multiétnicas (padres de diferentes culturas) tienen *mayor competencia para alternar entre dos culturas diferentes*, por lo que se cree que son menos vulnerables al estrés de la aculturación.

La *resolución del duelo* depende de lo favorecedor que pueda ser el nuevo medio.

Cobertura sanitaria.

Nivel socioeconómico.

Individuales

Edad. Los niños más pequeños (11-14 años), presentan menor grado de ajuste y mayor insatisfacción con las relaciones familiares, lo que tiende a desaparecer a medida que van cumpliendo años⁵.

Sexo. Se ha descrito una mayor psicopatología entre el sexo femenino (excepto actos de delincuencia), debido a que las diferencias entre las normas culturales entre el país de origen y el receptor suelen ser mayores en el caso de las mujeres¹.

Tiempo de estancia en el país receptor.

Variaciones en las pautas de crianza

Las formas de educación difieren entre las diferentes culturas. Mientras que los japoneses refuerzan la inhibición de los niños, educándolos en valores como la paz, comunidad y familia, los americanos refuerzan la competitividad, independencia y diferenciación con la familia. Los niños responden a las expectativas de los padres y ambos estilos son funcionales en ambas culturas.^{6,7}

Las pautas culturales de educación sexual pueden chocar con las habituales del país o las orientaciones de divulgación escolar y sanitaria. En ciertas culturas "represivas" la actividad sexual es peligrosa, castigándose el interés o actividad sexual. Las madres muestran una gran ansiedad respecto al sexo, que es transmitida a los hijos, lo que se refleja por un mayor número de disfunciones sexuales en la vida adulta. En el otro extremo, en zonas como África Ecuatorial o sur del Pacífico y Asia, se estimulan las experiencias sexuales precoces como parte del aprendizaje^{5,8}.

La utilización frecuente del castigo físico en algunas culturas puede contribuir a una consideración errónea de patología y maltrato por parte del terapeuta, aprovechamiento por parte de la familia para diluir el maltrato en el ámbito cultural y al choque cultural en el hijo (disciplinas distintas)⁷.

La atmósfera de doble cultura influye en la adaptación social y en la identidad personal (autoimagen), ya que los adolescentes asimilan las conductas y creencias de sus compañeros, que en ocasiones no coinciden con las de su familia de origen, por lo que se requiere un cierto grado de integración personal para evitar las consecuencias negativas de la situación bicultural^{6,13}.

CLÍNICA

Se han publicado estudios que señalan que los adolescentes de minorías étnicas presentan una mayor prevalen-

cia de disfunción psicológica (depresión, ansiedad, suicidio, abuso de sustancias, delincuencia y fracaso escolar) que aumenta con el proceso de asimilación (en comparación con el de integración y segregación)^{10,20}, aunque en otros estudios no se comprueba esta hipótesis^{5,9,11}.

Ciertos trastornos en la infancia son particularmente frecuentes en algunas culturas y no todas las minorías responden de la misma forma a los factores estresantes⁷; entre las culturas árabes es frecuente que los cuadros depresivos se manifiesten fundamentalmente con sintomatología somática (disminución de peso, anorexia, síntomas gastrointestinales, etc). Son raros los sentimientos de autodesprecio, la culpa y el suicidio. Entre la población africana la sintomatología es semejante a la de la población blanca, pero son más frecuentes los pensamientos negativos y pesimistas y la tendencia al suicidio y que la ansiedad se manifieste con síntomas psicóticos (alucinaciones o pseudoalucinaciones auditivas). La expresión "espiritual" de las neurosis refleja, pues, las creencias de una cultura¹². Un paciente chino puede sonreír cuando está triste o avergonzado, un japonés decir sí como forma de participar educadamente, pero no porque esté de acuerdo. En este tipo de culturas son más frecuentes los síntomas de somatización y los trastornos del sueño. En los hispanoamericanos son frecuentes los síntomas ansioso-depresivos, psicóticos y disociales¹. En las culturas occidentales como la americana son más frecuentes los trastornos de conducta.

Como contraposición a las variaciones anteriormente señaladas, se han publicado estudios que determinan que la clínica de ciertos trastornos en niños de culturas no occidentales es comparable a la de los occidentales (síndrome de hiperactividad^{13,14}, síndrome de Gilles de la Tourette¹⁵, etc).

Los elementos de interés que deben tenerse en cuenta en las tensiones de adaptación en inmigrantes de primera generación son:

Choque cultural: *adaptación a una nueva cultura.* Lingüístico, escolar, costumbres, creencias.

Nicho social: *creación de nuevas relaciones.* Génesis de grupo, propia ubicación, condiciones económicas, discriminación.

Pérdidas afectivas: *separación, añoranza, duelo.* Familia, amistades, Cultura, Estatus, propio concepto.

Conflicto cultural. *vivir entre dos culturas.* Yo intercultural, asimilar la nueva cultura, conservar la anterior, aceptar el conflicto con los padres.

En los inmigrantes de segunda generación, la importancia recae en el conflicto cultural

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Las minorías étnicas recurren con menor frecuencia a los recursos ambulatorios de Salud Mental (no suelen acudir a las consultas tras la primera entrevista), con independencia de su nivel socioeconómico, cobertura sanitaria y grado de salud mental, acudiendo en casos de crisis a los servicios de urgencias. Las posibles causas de este hecho pueden ser un diagnóstico inapropiado basado en un estereotipo cultural, la baja sensibilidad cultural del terapeuta, las diferencias culturales de la actitud frente a los síntomas y el tratamiento y la desconfianza en los métodos de atención para la Salud Mental^{7,10,16}.

Una solución a este problema sería la contratación en los servicios de Salud Mental de paraprofesionales bilingües y biculturales que trabajen como intérpretes, con el fin de aumentar la utilización de los servicios^{7,10}.

DIAGNÓSTICO

Los niños criados según pautas de maternaje y vínculo de algunas culturas hispanoamericanas suelen alcanzar más tarde hitos de desarrollo psicomotor y social, pudiendo ser diagnosticados erróneamente de retrasos en el desarrollo y sometidos a medidas terapéuticas innecesarias que además pueden perturbar las formas de educación de la familia¹⁷.

Aunque la última edición de la CIE 10 realiza un esfuerzo para reflejar los problemas relacionados con la cultura, son necesarios más estudios para aumentar la validez de sus criterios diagnósticos. En su última edición de los Trastornos Mentales en la Infancia y la Adolescencia, se definen en el Eje V (situaciones psicosociales anómalas asociadas), códigos para reflejar el diagnóstico de los posibles trastornos en situaciones de migración.

Respecto a los tests diagnósticos, es necesaria su validación para las diferentes culturas con el fin de realizar un diagnóstico correcto^{2,9,7,19}. Se debe tener en cuenta que los tests completados por profesores que pertenecen a una cultura diferente a la del niño, suelen reflejar una mayor psicopatología que los correspondientes a los padres y al propio niño, lo que puede influir en el resultado de algunos estudios y debe con-

210 siderarse a la hora de planificar un tratamiento (con la finalidad de armonizar las expectativas del colegio y los padres) ^{5,18}.

TRATAMIENTO

Los terapeutas no suelen estar familiarizados con los estilos de vida y creencias de las minorías étnicas, por lo que los pacientes encuentran los servicios de salud mental extraños y con limitaciones para prestarles la ayuda que necesitan, ya que las pautas culturales determinan las decisiones y conducta del terapeuta y la empatía durante el tratamiento.

La "hipótesis de la compatibilidad cultural" está definida por el hecho de que el tratamiento es más efectivo cuando es compatible con las características culturales del paciente por lo que la intervención debe ser específica para cada cultura ⁷.

Pueden existir tres tipos de expresión de racismo por parte de los terapeutas que interfieren en el tratamiento ⁷:

- Los "blancos" son superiores a los "negros", por lo que los problemas de estos últimos son secundarios a su inferioridad.

- Una postura paternalista, en la que se piensa que todos los problemas son de la sociedad y del efecto del racismo.

- Sentimientos de culpa, con imposibilidad para poner límites.

Entre las modalidades de tratamiento específicas para cada cultura suelen tenerse en cuenta las de orientación grupal (incluir a los miembros de la familia, de la comunidad, etc), ya que de esta forma se aumenta el conocimiento del terapeuta de la cultura del niño, se facilita la información y se aumenta la motivación del niño para continuar con el tratamiento.

Las modalidades de tratamiento específicas son, en orden de consideración ^{7,10}:

Intervención en la comunidad

- Programas específicos que faciliten la integración en los colegios y que incluyan clases de compensatoria, cursos de la cultura de origen y de aprendizaje del idioma. En España ya funcionan en algunos colegios programas de "aprendizaje cooperativo", en los que se valora el trabajo en equipo y a cada niño de acuerdo con sus progresos y no al promedio de la clase.

- Visitas a domicilio, con programas de información para las madres.

- Entrenamiento de capacidades sociales, relajación, asertividad y competencia social.

Tratamiento de la red social

Se incluye a la familia nuclear, familiares lejanos y amigos. Se realiza en el domicilio y puede incluir hasta 50 personas.

Terapia de familia

El terapeuta explora la importancia de los valores étnicos y tradicionales de la familia, su incompatibilidad con la cultura huésped, los conflictos intergeneracionales y apoyo de la familia por instituciones.

Se debe tener en cuenta que en algunas culturas la familia es más extensa que la occidental, por lo que se deben incluir a todos los miembros significativos del mundo social del niño ⁶.

Terapia de modelado

- En la terapia con niños se emplean cuentos tradicionales adaptados a su cultura en los que se reflejan las dificultades de la inmigración. Los personajes son modelos terapéuticos a los que el niño puede imitar. El cuento se discute entre el niño, el terapeuta y la madre. El terapeuta debe tener en cuenta las variaciones en la forma de contar las historias entre los niños de diferentes culturas.

- Con adolescentes se emplean personajes adultos que sirvan de modelo de identidad (bicultural e intergeneracional). Los personajes son héroes que resuelven conflictos culturales.

Para determinar cuál es la modalidad de tratamiento más adecuada en cada caso, se debe realizar un cribado del nivel de aculturación, de tal forma que los pacientes con mayor grado de aculturación podrían recibir terapias específicas para su cultura, y los que presenten un menor grado terapias no específicas.

CONSIDERACIONES FINALES

En la actualidad el estudio de las influencias recíprocas entre los sistemas de promoción de la Salud Mental y las características culturales es una cuestión motivo de controversias y estudios.

Están reconocidas la necesidad de mantener unas identidades culturales que contribuyan a la armonía fami-

liar y la adaptación paulatina a la cultura huésped, pero aún no están bien evaluados los métodos para conseguirlo, ni las estrategias terapéuticas más adecuadas para la promoción de la Salud Mental en los grupos etnoculturales minoritarios.

Las características de los cuidados y sus personas responsables, la diferente tendencia a la promoción de la independencia/sumisión, la aprobación o rechazo de expresiones afectivas positivas o negativas, el fomento de las tendencias individuales o prosociales, el énfasis y las formas de comunicación verbal y no verbal, los métodos de disciplina y estilos parentales o los comportamientos aceptados y rechazados, son unos pocos ejemplos de variaciones culturales a tener en cuenta en cada caso para promover un desarrollo armónico de integración entre la cultura de origen y la de residencia, así como para prevenir conflictos derivados de esas disonancias culturales.

En los adolescentes nacidos en el país huésped de padres emigrados el conflicto cultural es un factor crucial que requiere ser digerido por padres e hijos para llegar a posturas flexibles y compromisos asumibles por unos y otros. Ello permite mantener y reforzar las buenas relaciones familiares. Además contribuye al afianzamiento de la propia identidad intercultural de los hijos mediante la comprensión de sus sentimientos e ideales y exigencias muchas veces confusas y ambivalentes.

Los padres han emigrado cuando su personalidad estaba ya impregnada de los principios, costumbres y normas derivados de su cultura de origen. Los hijos han crecido entre dos escenarios a veces contradictorios, opuestos o incompatibles: el familiar y el huésped. Incorporan normas y expectativas de la sociedad huésped a la vez que estilos de conducta indígenas mantenidos por los padres, y en ocasiones la congruencia entre unos y otros puede ser muy escasa o las exigencias de identidad con la nueva cultura suponer un atractivo irresistible y excluyente.

El trabajo de los servicios para la Salud Mental requiere conocer las implicaciones derivadas de esta diversidad etnocultural y de sus consecuencias a todas las edades, siendo su responsabilidad el estudio de esta cuestión y el desarrollo de estrategias preventivas, curativas y paliativas.

Tales medidas han de cubrir aspectos generales como la actitud pública respecto a esos grupos, y también aspectos más particulares relacionados con los elementos de estrés o los riesgos de patología mental que se derivan de la adaptación de los inmigrantes a su nuevo ambiente y a las actitudes sociales hacia ellos (particulares y generales), las diferencias físicas de raza y de condiciones ambientales, o los conflictos intrapsíquicos relacionados con las interferencias de dos sistemas culturales interactivos y muchas veces contradictorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutter M: Classification and categorization in child psychiatry. *J. Clin. Psychol. Psychiatry*, 1965; 6: 71-83.
2. Lebovici S, Sadoun R: L' enregistrement du diagnostic au centre de santé mentale Alfred Binet. *Psychiatr. Infant*, 1968; 11: 533-550.
3. Tarjan MD, Tizard J, Rutter M et al.: Classification and mental retardation; issues arising in the Fifth WHO Seminar on Psychiatric diagnosis, Classification and Statistics. *Am. J. Psychiatry*, 1972; 128 (Suppl.): 34-45.
4. Mises R: Problemes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant. *Psychiatr. Infant*, 1968; 11: 493-512.
5. Rutter M, Shaffer D, Sturge C: A Guide to Multiaxial Classification Scheme for Psychiatric Disorders on Childhood and Adolescence. Institute of Psychiatry, London; 1975.
6. Sirol F: Etude statistique des diagnostics cliniques en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatry*, London; 1975.
7. Trammer M.: Manual de Psiquiatría Infantil. Edición española: Madrid: Morata; 1946.
8. Witmer HL.: Psychiatric Interviews with Children. Commonwealth Foundation, New York, 1946; pgs. 17-23.
9. Kanner L: Tratado de Psiquiatría Infantil. 2ª ed. en Castellano: Zig-Zag S.A., Santiago de Chile, 1951; pgs. 211-216.
10. Lecomte M, Damey A, Delage E, Marty P. Essai d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique. *Tech. Hospitaliers*, 1947; 18: 5.
11. Essen-Moller E, Wohlfahrt S: Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. *Acta Psych. Scand.*, 1947; 47: 551.
12. Bilikiewick T: Proba ukladu nozograficzefno etioepigenetycznego w psychiatrii. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 1951; 1: 68.
13. Leme Lopes J: As Dimensões do Diagnóstico Psiquiátrico. Agir, Rio de Janeiro, 1954.

B. Sifre
P. Rodríguez-Ramos
M. de T. De Lucas
A. Benito

14. Rutter M, Shaffer D, Shepherd M: A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders. W.H.O., Ginebra, 1975.
15. Am. Psych. Ass.: Diagnostic and Statistics Manual 3th ed. (DSM-III). Completar.
16. Mises R, Fortineau J, Jeammet Ph et al.: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, 1988; XXXI, 1: 67-134.
17. Gould MS, Shaffer D, Rutter M, Sturge C: UK/WHO Study of ICD-9. En *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, Eds. M Rutter, A Hussain Tuma, IS Lann. Guilford Press, New York, 1988. pgs. 37-65.
18. Renschmidt H: German Study of ICD-9. En *Assessment and Diagnostic in Child Psychopathology*. Eds. M Rutter, A Hussain Tuma, IS Lann. Guilford Press, New York, 1988. pgs. 66-86.
19. Cantwell DP: DSM-III Studies. En *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Eds. M Rutter, A Hussain Tuna, IS Lann, Guilford Press, New York, 1988; pgs: 3-36.
20. W.H.O: Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatry: Disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorder in children and adolescents. Cambridge Univ. Press, 1996.