

José Leal
Rubio

Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental

Resumen

En los últimos años, muchos profesionales han centrado su interés en la lucha por el derecho de todas las personas, independientemente de su condición, a recibir atención sanitaria, conscientes de que entre los colectivos con más riesgo de desatención se encuentran los “sin papeles”. Las leyes restrictivas actuales transmiten la idea de que los migrantes irregulares son los principales responsables de su precaria situación, y permitirles el acceso a los servicios de salud se considera un acto de “generosidad” a cargo del Estado. Idea, sin embargo, que se opone a la ley de derechos humanos. Existe, pues, una brecha en la atención a la salud entre personas nativas e inmigrantes, que hay que eliminar con políticas de atención a las personas partiendo de sus particularidades culturales. En un sentido amplio, la vivencia de la salud y la enfermedad es una construcción social que depende de los valores de cada cultura, y que una práctica asistencial centrada en la persona debe tener en cuenta.

Palabras clave: Vulnerabilidad, Migración, Interculturalidad, Salud mental, Particularidad cultural, Práctica asistencial

Competències interculturals i relació assistencial en el camp de la salut mental

El seu darrer anys molts professionals han centrat el seu interès en la lluita pel dret de totes les persones, independentment de la seva condició, a rebre atenció sanitària, conscients que entre els col·lectius amb més risc de desatenció es troben els “sense papeles”. Les lleis restrictives actuals transmeten la idea que els migrants irregulars són els principals responsables de la seva precària situació, i permetre’ls l’accés als serveis de salut és considerat un acte de “generositat” a càrrec de l’Estat. Idea, tanmateix, que s’oposa a la llei de drets humans. Existeix, doncs, una bretxa en l’atenció a la salut entre persones nadiues i immigrants, que cal eliminar mitjançant polítiques d’atenció a les persones partint de les seves particularitats culturals. En un sentit ampli, la vivència de la salut i la malaltia és una construcció social que depèn dels valors de cada cultura, i que una pràctica assistencial centrada en la persona ha de tenir en compte.

Paraules clau: Vulnerabilitat, Migració, Interculturalitat, Salut mental, Particularitat cultural, Pràctica assistencial

Intercultural Skills and the Care Relationship in the Field of Mental Health

In recent years, many professionals have focused interest on the struggle for the right of all persons, regardless of their condition, to health care, in the knowledge that one of the groups most at risk of neglect are ‘illegal’ immigrants. The current restrictive legislation fosters the idea that irregular migrants are primarily responsible for their precarious situation, and allowing them access to health services is considered an act of ‘generosity’ by the State. However, this is clearly in contravention of human rights law. The currently existing discrimination in health care between natives and immigrants needs to be removed with care policies based on people’s cultural specificity. In a broad sense, the experience of health and illness is a social construct that reflects the values of a given culture, and a person-centred approach to healthcare practices should take this into consideration.

Keywords: Vulnerability, Migration, Interculturality, Mental health, Cultural specificity, Healthcare practice

Cómo citar este artículo:

Leal Rubio, J. (2013). “Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental”. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 142-149



▲ *Las fronteras reales de hoy no separan a las naciones sino al poderoso del desvalido, al libre del esclavizado, al privilegiado del humillado.*

Kofi Anann, ex secretario general de Naciones Unidas, en el discurso de recogida del Premio Nobel, 2001.

El interés y la lucha por los derechos de los desfavorecidos y de las personas con mayor nivel de vulnerabilidad en función de su condición ha ocupado a muchos profesionales e instituciones durante las últimas décadas. Los desarrollos legislativos han sido sumamente importantes y muy precisos al señalar el derecho de toda persona, sea cual sea su condición, a recibir atención sanitaria. Entre los colectivos con mayor riesgo de desatención y rechazo están las personas que migran; su grado de vulnerabilidad depende de todo un conjunto de factores que comienzan con su condición jurídica, en especial para los “indocumentados” o “sin papeles”.

La evolución económica y la deriva ética en la que están cayendo las decisiones políticas en estos tiempos de crisis ha llevado a decisiones y leyes que dificultan, cuando no impiden, a los emigrantes acceder a los servicios sociales (incluida la atención médica) en función de su condición de inmigración. Dichas leyes restrictivas tienen como base y transmiten la idea de que los migrantes irregulares son los principales responsables de su precaria situación, de que a los contribuyentes les saldría muy caro pagar por sus servicios de salud y de que excluirles de las prestaciones sociales serviría para disuadir a futuros migrantes irregulares. Por tanto, permitir a los migrantes irregulares el acceso a los servicios de salud suele considerarse un acto de caridad o “generosidad” por cuenta del Estado.

Sin embargo, de acuerdo con las leyes de derechos humanos, los gobiernos tienen obligaciones jurídicas con respecto a la salud de toda persona que se encuentre en el ámbito de su jurisdicción. Estas afirmaciones vienen recogidas en el documento *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos* (OMS, 2005). En la sección 4 de dicho documento, sobre “Salud y Derechos Humanos de los inmigrantes en el país de acogida”, se expresa un reconocimiento de derechos como son la accesibilidad a los servicios no determinada por la condición jurídica; a una alimentación y vivienda adecuadas; a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias; a la vida familiar; a solicitar, recibir y difundir información y a disponer de servicios de salud culturalmente apropiados y de buena calidad.

La preocupación por unos servicios culturalmente apropiados presente en la literatura y el interés de los profesionales e instituciones concienciados de la necesidad de una atención a las personas centrada en su singularidad y en valores vinculados a los derechos humanos, se debe a la clara percepción



Entre los colectivos con mayor riesgo de desatención y rechazo están las personas que migran

de que hay una brecha importante en la atención a la salud entre personas nativas e inmigrantes. Y de que dicha brecha debe resolverse mediante políticas de apoyo y atención a la salud de las personas teniendo en cuenta sus particularidades culturales.

La inmigración en la UE ha sido aceptada hasta muy recientemente por políticos y por profesionales como un fenómeno necesario e inevitable. En este contexto, la protección a la salud del inmigrante es un derecho, esencial para su integración, para reducir la pobreza y contribuir al desarrollo de los países tanto de destino como de origen, y es esencial para el bienestar y la salud pública de todos.

Los inmigrantes experimentan riesgos aumentados de salud, comparables a otros grupos poblacionales de riesgo, debido principalmente a factores sociales de vulnerabilidad. Son, además, susceptibles de no recibir una adecuada atención sanitaria.

Los sistemas sanitarios actuales no responden adecuadamente a las necesidades específicas de los inmigrantes porque no tienen en cuenta suficientemente sus características y valores culturales.

Dentro de las dificultades de salud sufridas por las personas migrantes, las referidas a la salud mental y al sufrimiento psíquico son especialmente relevantes. En esta misma publicación, el texto del Dr. Nabil Sayed muestra magníficamente los avatares que rodean a los procesos migratorios y los sufrimientos psíquicos que conllevan. La intensidad de dichos sufrimientos puede, en ocasiones, desencadenar procesos psicopatológicos de mayor o menor intensidad. Es más que evidente que no es posible unir trastorno mental con migración o, mejor dicho, que el evidente sufrimiento psíquico que puede desencadenar el proceso migratorio no es de índole psicopatológico y que patologizarlo o darle un valor sindrómico es inadecuado. Pero hay que decir también que las personas que migran, además de por el factor precipitante que tenga como traumático el hecho de emigrar, enferman por el hecho de ser personas. Los dispositivos asistenciales están insuficientemente preparados para una atención que tenga en consideración la singularidad de cada persona en base a sus referentes culturales.

El U.S. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health elaboró en el año 2001 el *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* (CLAS), un informe donde recomienda un conjunto de normas para servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) en la atención sanitaria con el objetivo de corregir las desigualdades existentes en la disposición de servicios de salud y para hacer esos servicios más sensibles a las necesidades individuales de todos los pacientes.

A medida que la población de un país se hace más diversa, los servicios asistenciales entran lógicamente en contacto con personas que tienen refer-

encias lingüísticas y culturales diferentes. La planificación de los servicios sanitarios en poblaciones con altos niveles de diversidad cultural no siempre tiene en cuenta el hecho de que la salud y la enfermedad, así como la vivencia de las mismas, están condicionadas por la cultura. Y el modo en que dichos servicios ofrecen sus prestaciones, incluida la atención de los profesionales, no tiene en cuenta suficientemente ni es sensible a las necesidades y prioridades que los pacientes con culturas y referencias culturales distintas llevan a las consultas.

Los conceptos de salud, así como la prestación de intervenciones que de dicha concepción se derivan, son construcciones sociales y dependen de los valores de cada cultura. Además de cada cultura, cada persona tiene su modo particular de vivir su salud y su enfermedad y, por ello, la atención a las personas debe contar con las características propias de cada sujeto. En un sentido amplio podríamos definir dicho hecho como cultural. De hecho, la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de sus circunstancias es un valor inherente a una práctica asistencial o de cuidados centrada en la persona. Y, por ello, formar y aumentar la capacidad de los profesionales y servicios en la escucha particular de cada sujeto es una obligación para una práctica adecuada.

En un sentido amplio puede describirse la competencia intercultural como “un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas armónicas que convergen en un sistema o entre profesionales que les permiten trabajar efectivamente en situaciones transculturales” e implica tener la facultad de funcionar efectivamente como individuo y como organización dentro del contexto de las creencias culturales y necesidades manifestadas por los usuarios y sus comunidades ajustando a ellas su actitud. Una capacidad cultural adecuada implica esforzarse para superar barreras culturales, del lenguaje y de las comunicaciones, generando una atmósfera en la que los usuarios de diferentes referentes culturales se sientan cómodos exponiendo sus creencias y prácticas culturales de salud en el contexto de la negociación de las opciones de tratamiento.

Asimismo, según las normas emanadas del informe CLAS, “cultura” se refiere a las pautas integradas de comportamiento humano, las cuales incluyen lenguaje, pensamiento, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones de grupos étnicos, religiosos o sociales. Desde esa perspectiva la atención y el cuidado debe producirse desde la consideración de los valores, preferencias y necesidades indicadas por el paciente.

El tratamiento de las diferencias, de cualquier diferencia, es una cuestión extremadamente compleja. Y lo es más en sociedades de composición multicultural, cada vez más frecuentes, y de desarrollo intercultural. Las tendencias a la exclusión del “diferente”, por las razones que fuere, siempre están presentes. La diferencia en el otro, lo extraño en el otro, remite a la propia extrañeza de lo que en nosotros mismos nos es extraño porque, como dice Julia Kristeva, “somos extranjeros para nosotros mismos”. Los pacientes que tienen referencias étnicas, culturales, religiosas o lingüísticas diferentes



Los pacientes que tienen referencias étnicas diferentes a las propias del servicio y a las de los profesionales a quienes consultan son particularmente vulnerables a experimentar situaciones de incompreensión

a las propias del servicio y a las de los profesionales a quienes consultan son particularmente vulnerables a experimentar situaciones de incomprensión, rechazo o desatención por parte de las mismas. Tales situaciones pueden expresarse como diferencias relacionadas con la información recibida, con el consentimiento y las posibles intervenciones, con la dificultad de acceder a los servicios o con la negación de los mismos o incluso con un tratamiento completamente discriminatorio.

En nuestro contexto ha habido diferentes proyectos basados en la preocupación por alcanzar una formación y una concienciación de los profesionales, los servicios y las instituciones respecto a los valores culturales presentes en los procesos de salud y enfermedad. Esa preocupación, como se ha señalado anteriormente, está vinculada a la defensa de los derechos humanos y a una concepción ética del valor singular de cada sujeto.

En este marco, en el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica el documento *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en Salud Mental. Hacia la equidad en Salud*, elaborado por un amplio grupo de profesionales de amplia experiencia en el campo de la formación y la asistencia en salud mental, convocados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de la Salud Mental (AEN-PSM). Como se señala en la introducción del proyecto, la AEN-PSM es una asociación, fundada en 1924, que reúne socios de las distintas profesiones que trabajan en la atención a la salud y a los trastornos mentales y que tiene entre sus objetivos prioritarios contribuir a la mejora del sistema público de atención a la salud mental.

El proyecto responde a la iniciativa del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, de elaborar unos instrumentos capaces de evaluar la competencia cultural de instituciones y profesionales y que puedan servir de base para la obtención de un sello de calidad o acreditación de las buenas prácticas existentes en este campo. Destacan entre sus objetivos principales “definir o identificar procesos de formación dirigidos, más que a aspectos técnicos de la interculturalidad, a la *actitud* del profesional, a sus *creencias* y nivel de *implicación*, a la capacidad para manejarse en su puesto de trabajo dentro de la sanidad en general desde marcos interculturales, así como servir para propiciar la creación dentro de cada centro sanitario de comisiones que puedan elaborar un plan de desarrollo en competencia cultural, como indicador de excelencia”.

En dicho texto se hacen importantes aportaciones en temas como accesibilidad, planificación y programación de la actividad, adaptación de necesidades de usuarios y pacientes, actividad clínica, psicosocial y comunitaria, participación de los usuarios, formación e investigación. Se utiliza el término “competencia intercultural” en lugar del más habitual, “competencia cultural”, para reforzar el hecho de que no existen sujetos sin cultura, y que lo que sucede en toda relación es la interacción, que no contraposición, entre

lecturas de la realidad en base a claves culturales. En este documento se define la cultura como el conjunto de valores, significados y estilos de vida compartidos por un grupo humano que es transmitido intergeneracionalmente mediante un proceso de socialización y aprendizaje.

La evolución traumática y el deterioro al que los nuevos planteamientos políticos y las restricciones están llevando a la sanidad pública hace que muchas de las líneas de desarrollo comprometido con las personas y con sus sufrimientos estén siendo dejados de lado. Y que consecuente con ello se estén dejando de favorecer la reflexión y el debate sobre las prácticas y su necesario ajuste a las características culturales de las personas con los altos riesgos que ello supone. El mayor de ellos es el abandono de la atención a los más frágiles y vulnerables, aunque en realidad deberíamos hablar no de vulnerables, que es una condición inherente a todo ser vivo, sino de personas vulneradas. Vulneración que procede, a menudo, de condicionantes históricos, de marginación, explotación e injusticias, muchas veces históricas. De manera que la lucha contra la estigmatización y la victimización deviene una tarea cada vez más importante y necesaria. La atención a la salud mental ha de ser de una muy alta prioridad porque en la enfermedad está el peligro de derrumbe de vínculos y caída en la marginalidad. Asimismo ha de ser una prioridad la atención en salud a las personas migradas que presentan especial riesgo de sufrimiento psíquico y de desencadenar una patología mental, hecho que, muchas veces, está asociado a las inadecuadas condiciones en que son tratadas.



La formación de los profesionales desde una perspectiva intercultural debe dirigirse a la adquisición de habilidades, conocimiento y actitudes sensibles con los factores culturales. Confiando en que el contacto con los otros, diferentes, esté basado no solo en la idea de que son receptores de nuestra atención profesional sino que también pueden aportar miradas hacia la salud y los valores que regeneren y enriquezcan nuestras prácticas.

En toda práctica asistencial, el sujeto es lo más importante. Acercarse al mismo con disponibilidad, receptividad y cooperación se convierte en una condición indispensable para la búsqueda de cualquier objetivo que favorezca una mejora de sus capacidades y de sus circunstancias. Para ello hace falta poner en juego el interés y la curiosidad por el otro y dotar a la práctica de un profundo aliento ético, convencidos de que “la dignidad es una cualidad ontológica por la cual la persona humana siempre será un fin en sí misma, debiendo prevalecer los principios de autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia”. Esa dignidad en las prácticas profesionales pasa por el reconocimiento de los valores particulares del usuario/paciente.

La complejidad de las situaciones a las que hemos de confrontarnos en nuestra tarea, así como los permanentes descubrimientos respecto a las causas de las dificultades y los modos de atenderlas nos obligan a un permanente reconocimiento del otro, de su saber y de sus límites, al igual que hemos

de hacer respecto a nosotros mismos. Nuestras intervenciones han de huir de la creencia de completud, y desde el reconocimiento de los límites debemos acercarnos a los demás en búsqueda de complementariedad porque el saber y la ayuda al otro no es posible sin su cooperación. El éxito de las intervenciones de ayuda depende de la calidad y modo en que se configura la relación del cuidado. Esta tarea, en cualquier campo y desde luego en el de la salud mental, es una tarea de acompañamiento desde la posición de humildad que nos da el sabernos, en alguna medida, en manos del paciente/usuario o dependiendo de él para hacer posible la ayuda. Éste es el “receptor” de nuestros cuidados pero, a la vez, quien posibilita el desarrollo de nuestro deseo de ayuda, de nuestra realización profesional, que es también una realización personal. Pero la búsqueda de esas legítimas realizaciones está siempre necesariamente condicionada por el reconocimiento del otro, de sus necesidades, de sus ritmos, de sus temores, de sus deseos, lo que en sentido amplio podemos llamar su cultura y sus valores. Del otro y de los otros que conviven con él o de cuyo entorno forman parte y cuyos valores comparte. Toda acción profesional que se aleja del sujeto que la recibe y que ignora su singularidad está destinada al fracaso porque sabemos que todo fin legítimo debe estar asentado en medios adecuados. El reconocimiento del otro en su singularidad es imprescindible para el desarrollo saludable de cualquier recurso de ayuda, soporte o apoyo.

La atención a la salud y a la salud mental desde una perspectiva intercultural implica un descentramiento de nuestra propia cultura originaria

La atención a la salud y a la salud mental desde una perspectiva intercultural implica un descentramiento de nuestra propia cultura originaria; implica también soportar la incertidumbre y la revisión de nuestros valores pero también confiar en la esperanza de aprender del otro. El sujeto, el paciente, se muestra con sus necesidades y carencias, pero también con sus posibilidades; es una síntesis personal de factores biológicos, psicológicos y sociales que condiciona la mejor teoría propuesta. Esa síntesis es tan extremadamente singular que podemos afirmar que cada sujeto es único y lo es como producto de identificaciones que se producen tempranamente, pero también a lo largo de la vida porque la identidad es pasado pero también presente y proyecto sobre el futuro. Ello lleva necesariamente a tratar a cada sujeto en su particularidad, huyendo de generalizaciones que de nada sirven porque aunque dos sujetos tengan similares niveles de limitación, de déficits o de necesidades, la vivencia de ello para cada uno es diferente y también lo son los efectos que se deriven sobre su vivir.

José Leal Rubio
 Psicólogo clínico y psicoanalista
 Miembro fundador de Atlántida - profesionales por la interculturalidad
 joseleal@copc.cat

Bibliografía

Bennegadi R.; Mitic-Gutiérrez Y. *Training of Health Professionals* [background paper for the AMAC Project]. Minkowska Center.

Cohen-Emerique M. *La négociation/médiation interculturelle, phase essentielle dans l'intégration des migrants et dans la modification des attitudes des acteurs sociaux chargés de leur intégration*. París: Via sociale, 1999.

Leal Rubio J. "Salud mental y diversidad(es): trabajar en red". En: *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 2005, XVI, p. 114-122.

OMS. *Migración Internacional, Salud y derechos Humanos*. OMS, 2005.

Sayed-Ahmad Beiruti N.; García Galán R.; González Rojo E. (coords). Monografía I *Salud Mental en la inmigración*. Granada: Editado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

U.S. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* [Executive Summary. En castellà]. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health; 2001.

VV. AA. *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en Salud Mental. Hacia la equidad en Salud*. Madrid, 2012.

http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf

https://www.aen.es/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf

