

Los tratamientos psiquiátricos en personas desplazadas que residen en Estados frágiles o que proceden de ellos

Verity Buckley

Un Estado frágil no constituye un entorno ideal de trabajo para ningún profesional, ya sea del ámbito de la psiquiatría, la medicina o cualquier otro. Los psiquiatras que trabajan para evaluar los desórdenes psicológicos y la salud mental en los Estados frágiles o en refugiados que proceden de ellos necesitan adoptar enfoques flexibles.

La inestabilidad y la incertidumbre que suelen hallarse en los Estados frágiles crean un caldo de cultivo que alimenta los problemas psicológicos y la salud mental, así como los riesgos de sufrir daños físicos. Los individuos que viven en dichos entornos son más propensos a padecer traumas a una escala que desconocida en el resto del mundo. A la hora de decidir cuál es el mejor modo de ajustar las prácticas y tratamientos cuando se trabaja con gente de Estados frágiles, la comunidad psiquiátrica debería ser capaz de examinar muchos aspectos del entorno que rodea a este colectivo social concreto.

Las circunstancias bajo las que opera el psiquiatra bien podrían dictar qué trabajo puede proporcionarse. Los equipos de investigadores y psiquiatras a menudo determinan los niveles de las enfermedades psicológicas y miran hacia cuestiones de salud mental y pueden enfrentarse a diversas restricciones, entre ellas las limitaciones en cuanto a tratamientos generales de salud, la incapacidad de adoptar un enfoque multidisciplinar y el reducido acceso a medicamentos psicotrópicos y otras medicinas. Las metodologías tradicionales por tanto necesitan adaptarse a este entorno, en primer lugar planteando qué planes de tratamiento pueden tenerse en consideración de manera realista. En los campos de refugiados o en las zonas de seguridad donde disponen de las condiciones

de vida básicas y aparentemente poco control o gobernanza, la violencia puede producirse sin previo aviso, los servicios pueden sufrir ataques o se les puede cortar la asistencia externa, se pueden dar situaciones de agitación política y económica y la política gubernamental podría cambiar en cualquier momento. Aunque las sesiones de terapia cognitiva basadas en los comportamientos que se realizan de manera intensiva y a corto plazo –empleadas normalmente una vez que se ha aliviado la aflicción inmediata del paciente– han tenido éxito entre las poblaciones de occidente y de refugiados, se desconoce si sus cuotas de éxito se podrían repetir en otros lugares. A pesar de ello, las intervenciones a corto plazo pueden ser el mejor modo de avanzar ya que dan poder al individuo y le ofrecen herramientas para la autoayuda en caso de que los psiquiatras no puedan seguir estando presentes.

Se han realizado muchos intentos de diseñar cuestionarios de evaluación psiquiátrica y gráficos que sean sensibles a las diferentes culturas y que incluyan terminología y expresiones coloquiales. Por desgracia, cuando a un equipo se le asigna una situación de emergencia, las probabilidades de conseguir una serie de herramientas de evaluación validadas son bajas. Esto constituye una importante barrera que los profesionales de la psiquiatría tienen que superar. Incluir a otra persona

julio 2013

más en las fases de evaluación o de tratamiento para que haga las funciones de traductor puede conllevar problemas de confidencialidad pero las alternativas son limitadas. El uso de profesionales y voluntarios autóctonos bilingües podría ayudar a los psiquiatras a evaluar qué herramientas de diagnóstico serán eficientes, e incluso podrían acabar involucrándose en el proceso de tratamiento.

Todos los psiquiatras deberían ser capaces de ofrecer cuidados exentos de discriminación de cualquier tipo. No obstante, la comunidad psiquiátrica puede tener ideas preconcebidas sobre determinados colectivos sociales. Por ejemplo, se ha observado que el papel de las mujeres en épocas de conflictos ha sido descrito casi exclusivamente con relación a su condición de víctimas. Aunque las mujeres sufren mayor peligro de ser objeto de persecución y actos de violencia, los psiquiatras podrían correr el riesgo de ver a todas las pacientes como víctimas y no, como fue el caso durante el genocidio ruandés de 1994 por ejemplo, como perpetradoras, instigadoras o espectadoras.

Interpretación y comprensión cultural

Puede que los psiquiatras no sean capaces de ver a tales colectivos vulnerables fuera de su propio punto de vista tradicional y a menudo occidental. La estructura de las unidades familiares, los roles basados en cuestiones de género y los sistemas de clases difieren en cada cultura y en los Estados frágiles son más propensos a estar en constante cambio. Todos estos factores pueden provocar que los psiquiatras malinterpreten síntomas o hagan suposiciones incorrectas con respecto a sus causas. Los métodos de tratamiento tradicionales deberían adaptarse. Por ejemplo, a los niños y adolescentes podría no beneficiarles una terapia diseñada para su grupo de edad dado que viven en situaciones que son tremendamente distintas de las de los niños occidentales y de los que viven en entornos estables.

La gente que vive en un Estado frágil puede tener sus propias explicaciones –a menudo sobrenaturales– acerca de síntomas comunes. Pueden ser similares a los experimentados por las poblaciones civiles occidentales (por ej.: dolores de cabeza, dolor de pecho o patrones de interrupción del sueño) pero estar asociados a enfermedades que no están reconocidas oficialmente por los profesionales de la psiquiatría. A los pacientes no se les debería animar a que dejasen de utilizar más tratamientos alternativos y tradicionales locales si así lo desean siempre y cuando éstos no choquen con el tratamiento proporcionado por el psiquiatra. Esto les ayudará a preservar su identidad y sus vínculos culturales además de levantarles la moral.

Los psiquiatras también podrían volver a teorías psicológicas básicas como la jerarquía de las necesidades, de Maslow, que exige que antes de que el psiquiatra empiece a tratar problemas como las depresión, la ansiedad y posibles trastorno de estrés postraumático, debe ser capaz primero de asegurarse de que las necesidades básicas del paciente se están satisfaciendo.¹

La comunidad psiquiátrica debería ser sensible a estas complicadas condiciones de trabajo. Las maneras tradicionales de operar y de llevar a cabo los tratamientos podrían no ser eficientes. Se debería hacer énfasis en los enfoques multidisciplinares aun cuando conseguir esto en el seno de una sociedad fragmentada pueda resultar complicado. El llevar a cabo un seguimiento de los pacientes podría resultar imposible y los individuos podrían obtener sólo una ayuda limitada por parte de los profesionales de la psiquiatría o incluso nada.

En vez de limitarse a proporcionar tratamientos, la comunidad psiquiátrica debería buscar enfoques alternativos. Aunque los estudios actuales piden enfoques basados en tratamientos a largo plazo en estos entornos, tal vez éstos no se los deberían proporcionar psiquiatras internacionales. En vez de eso, las ONG y los profesionales autóctonos podrían recibir formación en cuidados psicológicos. Así, cuando las organizaciones externas se marchasen se podrían seguir ofreciendo tratamientos y cuidados psiquiátricos en los lugares en que fuera necesario.

Trabajar con personas desplazadas procedentes de Estados frágiles

Aunque muchos de los factores descritos anteriormente siguen siendo cuestiones relevantes para los psiquiatras que operan fuera de un Estado frágil, surgen nuevos obstáculos cuando los desplazados buscan refugio y tratamiento psiquiátrico en un país diferente.

Tras haber experimentado trayectos tal vez largos y con frecuencia peligrosos hasta llegar a un lugar de refugio, los individuos tienden entonces a entrar en procesos de asilo en los que se enfrentan a más ansiedad e incertidumbre sobre su futuro. El psiquiatra que trata a pacientes que se hallan en esta fase se enfrenta a muchas cuestiones prácticas antes incluso de que pueda empezar la evaluación. Sus historiales médicos pueden ser inaccesibles o inexistentes. Es muy probable que existan barreras sociales entre el psiquiatra y el paciente, incluso más que si el psiquiatra operara en el mismo Estado frágil. Es menos probable que el psiquiatra hable el idioma del paciente y puede que tenga unos

conocimientos limitados acerca del historial y la cultura del Estado frágil del que el paciente ha huido y que además no sea fácil encontrarlo. Esto le causará dificultades a la hora de intentar construirse una imagen del historial del paciente y de sus experiencias pasadas, y también a la hora de analizar los síntomas y de realizar diagnósticos oficiales.

Este período de incertidumbre para el paciente podría coincidir con dificultades para cubrir las necesidades físicas primordiales que Maslow sitúa en la base de su pirámide jerárquica y que por tanto siguen siendo prioritarias. El paciente también podría estar experimentando problemas psicológicos como resultado de acontecimientos externos de los que el psiquiatra es menos consciente o tiene menos conocimientos y que no pueden abordarse con facilidad en el transcurso del tratamiento que se le está proporcionando. Por ejemplo, algunos solicitantes de asilo y refugiados no están seguros de qué suerte han corrido sus seres queridos y podrían temer que sus familias hayan sufrido daños o sido heridas en su país de origen. Puede que tengan la presión de tener que enviar dinero a los que han dejado atrás y también que no estén enterados de los actuales acontecimientos que hayan sucedido en el país del que proceden. El que no tenga control sobre su retorno a su país de origen, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, puede hacer que la persona se sienta como si se encontrara en un limbo sin control sobre su propio destino.

También puede que a los psiquiatras no se les conceda un período de tiempo determinado para trabajar con sus pacientes y en vez de eso tengan que adoptar modelos de tratamiento más intensivos. Aunque es difícil prepararse para tales cambios, una comunicación mejor entre las múltiples disciplinas y organizaciones que gestionan cada caso podría reducir el riesgo de que en el futuro aumenten los problemas psicológicos. Por ejemplo, si un psiquiatra trabaja con un refugiado durante el proceso de asilo puede crear un extenso historial médico del paciente así como realizar un diagnóstico oficial y un plan de tratamiento, y si la solicitud del paciente tiene éxito, pasar estas notas a autoridades adecuadas como los proveedores de servicios de salud mental y generales, así como a las autoridades locales encargadas de la vivienda o de los servicios sociales.

Una vez que el desplazado haya encontrado un lugar de refugio estable y haya comenzado a reasentarse, los cuidados psiquiátricos pueden pasar a una fase diferente. Los problemas que afectan a la población general empezarán a afectar ahora al desplazado. Estos problemas estarán por encima de otros como

integrarse en la sociedad, aprender un nuevo idioma, lidiar con los acontecimientos traumáticos pasados, la incertidumbre acerca de la seguridad de los seres queridos que se encuentran en su lugar de origen y conseguir un estatus social similar al que habían alcanzado en su país de origen. Se ha descubierto que todas estas cuestiones provocan a la población refugiada problemas psicológicos adicionales.

No todos los psiquiatras dispondrán de las herramientas sociales o prácticas para tratar dichos problemas. En su lugar, se les debería animar a que desvíen al paciente hacia organizaciones y proveedores de servicios asociados como servicios sociales, centros comunitarios y grupos de ayuda. Sin embargo, lo que la comunidad psiquiátrica más amplia puede ofrecer es formación y destrezas básicas que puedan utilizarse para evaluar y tratar a los individuos con antecedentes como éstos. La gente que procede de Estados frágiles es más propensa a haber experimentado o sido testigo de actos de violencia o de acontecimientos traumáticos. Los pacientes son reacios a difundir información acerca de semejantes acontecimientos. Por tanto, las observaciones que cubren todas estas áreas creadas por otros profesionales como parte de enfoques multidisciplinares y colaborativos podrían resultar extremadamente útiles.

Conclusión

Sea cual sea el contexto, la decisión sobre si abordar las necesidades a corto o a largo plazo de aquellos que proceden de Estados frágiles o que se encuentran en situación de desplazamiento dentro de ellos, puede que sea la más difícil para el psiquiatra a título individual. Aunque tanto las organizaciones de países con ingresos medios-bajos y los contextos de los países occidentales-desarrollados ofrecen cuidados psicológicos a gran escala, resulta esencial disponer de un enfoque más estructurado y a medida cuando se trabaja con pacientes procedentes de Estados frágiles.

Justo en medio de la inestabilidad la comunidad psiquiátrica internacional más amplia encuentra una oportunidad de aprender y crecer. La investigación psiquiátrica en occidente tiene un alcance muy limitado y sólo debería ser aplicable para aquellos que viven en los contextos de los que se derivan dichas teorías. Al trabajar con individuos que se hallan fuera de estos contextos, los psiquiatras deben ser capaces de desarrollar un punto de vista acerca de cuán fuertes son realmente estas teorías y si pueden o no generalizarse a otras comunidades.

Se están adquiriendo conocimientos acerca de las enfermedades tradicionales, diferencias en la

julio 2013

sintomatología, métodos de tratamiento y en el efecto que la cultura tiene sobre la percepción de las enfermedades psiquiátricas. Estos conocimientos están permitiendo que el campo de la psiquiatría se vuelva más relevante y fiable, a la vez que destaca lo maleables que son los actuales modelos y las creencias comúnmente aceptadas sobre la naturaleza de la psique humana. Si adoptamos un enfoque más colaborativo, la comunidad psiquiátrica internacional podrá llevar más lejos estos avances y eso le permitirá

proporcionar asistencia a aquellos afectados por la realidad de vivir en Estados frágiles que se encuentran en situación de conflicto o proceden de dichos lugares.

Verity Buckley *veritybuckley@gmail.com* es estudiante de doctorando en el King's College de Londres.

1. Véase http://es.wikipedia.org/wiki/Piramide_de_Maslow