



Universidad
Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Epidemiología de los pacientes de otras culturas ingresados en Psiquiatría. Programa de mejora de la competencia cultural en Unidad de Hospitalización y Medicina Interna

Epidemiology of transcultural inpatients admitted to Psychiatry. Cultural competence improvement program in the Hospitalization and Internal Medicine Unit

Autora:

Clara Mostalac Guiral

Director/es:

Ricardo Campos Ródenas

Índice

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
LA CULTURA, PUNTO DE PARTIDA	5
CULTURA Y PSIQUIATRÍA, UNA COMPLEJA ECUACIÓN	5
INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL, PRINCIPALES CONSECUENCIAS	6
ABORDAJE DEL PACIENTE CULTURAL, IDIOSINCRASIA	7
JUSTIFICACIÓN PERSONAL	10
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	11
DISEÑO DEL ESTUDIO	12
MUESTRA DE ESTUDIO	12
CLASIFICACIÓN POR GRUPOS ÉTNICOS	12
ÁREA DE ESTUDIO	12
FUENTE Y RECOGIDA DE DATOS	13
PLAN DE ANÁLISIS	14
ASPECTOS ÉTICOS.....	14
RESULTADOS	15
PERFIL GENERAL DE LA UHA	15
PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO	16
PERFIL CLÍNICO Y ASISTENCIAL.....	20
PERFIL DIAGNÓSTICO Y DE INTERCONSULTAS	25
PERFIL DE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS	29
PERFIL DEL TIPO DE COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA	30
DISCUSIÓN	34
1. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	34
2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	34
3. ESTUDIOS COMPARATIVOS SEGÚN LOS PRINCIPALES APARTADOS	35
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	50

Resumen

Objetivo: La inmigración es un fenómeno creciente, España cuenta con un 10% de población inmigrante. Su incursión en el sistema sanitario ha aumentado en la última década, la heterogeneidad que los define, así como las dificultades lingüísticas y culturales presentes en su atención, los convierte en un grupo complejo que requiere de estudio. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el perfil epidemiológico del paciente hospitalizado en la UHA y diseñar un programa de mejora e innovación asistencial.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en el que se estudian todos pacientes de otras culturas ingresados en la planta de psiquiatría del Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (N=158) en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2019.

Resultados: El 14,89% de la población atendida en la UHA pertenece a otras culturas, la mayoría proceden de Sudamérica (22,8%) y Rumanía (19,6%). Entre los inmigrantes, se ha observado una mayor asistencia en varones jóvenes (35,6 años) con un nivel de desempleo elevado, en estado de soltería y un soporte social limitado. El primer contacto con los servicios de salud mental es desde Urgencias (78,5%) y predominan los ingresos involuntarios (53,3%); existe una elevada prevalencia de diagnóstico de psicosis (59%) y de prescripción de antipsicóticos y benzodiacepinas (67,5%). La barrera idiomática está presente en el 27,3% de los inmigrantes ingresados, se requieren medidas de traducción en una cuarta parte de ellos y los familiares son los intermediarios lingüísticos más empleados. El análisis multivariante arroja como variables asociadas a la presencia de barrera idiomática la edad (>47 años), el estado civil (casado), el lugar de procedencia (países asiáticos y centroeuropeos) y la red social (parcial) y no observa correlación con el sexo.

Conclusiones: El presente estudio evidencia la necesidad de un programa de mejora centrado en la capacitación cultural que provea de un equipo de traducción sensibilizado con los problemas específicos de los inmigrantes. Su aplicación implementa la calidad de la asistencia y proporciona un nuevo sistema con líneas de investigación futuras.

Palabra clave: “inmigrante”, “psiquiatría”, “hospitalización”, “cultura”, “etnia”, “lenguaje”.

Abstract

Objective: Immigration is a growing event, Spain is represented by 10 per cent of immigrant population. In last decade their foray into the health system has increased. They are considered as a complex group because of their heterogeneity and linguistic and cultural difficulties present in their care so, as a complex group, it requires study. The objective is to describe the epidemiological profile of patients of other countries admitted in the UHA and design an innovation and improvement program of care.

Material and Methods: We analysed the whole inpatients from other cultures admitted to Lozano Blesa University Clinical Hospital Psychiatric Ward in Zaragoza (N = 158) between January 1st 2017 and December 31st 2019.

Results: Of the total of subjects, 14,89% were foreign national and most of them came from South America (22.8%) and Romania (19.6%). Among immigrants, the proportion of young male (35,6 years old) with a high level of unemployment, single status and limited social support was higher. ER was said to be the first contact with mental health services (78.5%) and we found predominance of involuntary admissions (53.3%). Immigrants were mainly diagnosed by psychosis (59%) and treated with antipsychotics and benzodiazepines (67.5%). Language barrier is present in 27.3% of the immigrants admitted, translation measures are required in a quarter of them and family members are the most widely language intermediaries used. The multivariate analysis shows age (>47 years), marital status (married), place of provenance (Asian and Central European countries) and social network (partial) as variables associated with the presence of language barrier and does not observe correlation with sex.

Conclusions: These data seem to confirm that there is needed an improvement program focused on cultural training that provides a sensitized translation team to the specific problems of immigrants. Its application would implement the quality of care system and will provide future researching lines.

Key words: "immigrant", "psychiatry", "hospitalization", "culture", "ethnicity", "language".

Introducción

Resultado de un proceso de globalización contemporáneo, España se ha convertido en una sociedad diversa. Los avances en el desarrollo y transporte han permitido el crecimiento de una comunidad compuesta por multitud de idiomas, costumbres y creencias y la combinación de estos factores en individuos multiculturales. Minorías étnicas y diferencias raciales, reflejan solo una parte de la diversidad cultural que la define¹.

Mientras la sociedad continúa ineludiblemente enriqueciéndose de las ideas, perspectivas y contribuciones de cada uno de los grupos que las componen, los profesionales de la salud mental se enfrentan a la desafiante tarea de proporcionar una atención culturalmente competente². De esta conciencia surge nuestro estudio, cuyo objetivo persigue analizar y actualizar la información disponible acerca de los pacientes de otras culturas y establecer un plan que mejore la capacidad de evaluar y tratar a una comunidad heterogénea cuya incorporación dentro del sistema resulta inevitable.

Migración y multiculturalidad, el reto actual

Desde que el primer homínido cruzara el continente africano, el ser humano ha estado en continuo movimiento desplazándose de un país a otro hasta configurar la demografía actual³. España ha formado parte de este proceso a largo de la historia como un país con alta tasa de emigración⁴; sin embargo esta tendencia ha revertido y actualmente somos el destino de aquellos que se desplazan en busca de nuevas posibilidades⁵. Según los últimos datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística la población española creció en 2019 un 0,8%; de los 47.100.396 habitantes registrados a 1 de julio de 2019, el 10,7% eran extranjeros⁶.

Más allá de ser una situación social aislada, este proceso ha tenido su repercusión en el ámbito de la salud mental. Atendiendo a los estudios epidemiológicos que han investigado sobre la asistencia de pacientes de otras culturas ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica, el índice de ingresos de la última década se sitúa entre 3,5%-16,5%⁷. Si analizamos los datos referentes al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en el año 2017 los inmigrantes representaron el 15% de los ingresos asistidos⁸. Estos datos ponen de manifiesto una situación cada día más frecuente en la práctica clínica, superándose la inquietud intelectual hasta plantear todo un desafío sanitario que requiere de nuestra atención.

La cultura, punto de partida

Para diseñar el retrato del paciente culturalmente diferente debemos entender, en primer lugar, que es la cultura. A la hora de adentrarse en la búsqueda del término, resulta sencillo perderse ya que cuenta con más de 200 definiciones y una multiplicidad de acepciones que varían según el contexto⁹. Se trata de un concepto abstracto que no podemos definir o cuantificar, que posee una esencia tan basta que resulta complicado englobarla en una frase. Por ello, y trasladándonos desde lo general hasta lo particular, incluiremos en este trabajo varias definiciones que facilitarán una visión completa del mismo.

El primer significado recae en manos de un organismo nacional, la Real Academia de la Lengua¹⁰, a través de la siguiente afirmación: “Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”. Sin embargo, la ambigüedad de esta definición dificulta su aplicación práctica.

Bajo la propuesta de fue Henry Murphy¹¹ y de acuerdo con la UNESCO, en el siglo XX aparece una de las definiciones más operantes de la actualidad: “compendio de ideas, valores, hábitos, creencias y otros modelos de comportamiento que un grupo humano transmite consciente o inconscientemente de una generación a otra”. En ella se incorpora la dimensión de la realidad humana y se incluyen atributos como la evolución temporal y generacional, quedando definida como un sistema heterogéneo y cambiante.

Esta tesis nos permite comprender que la conducta exhibida por el individuo, grupo o sociedad, es aquello que denominamos cultura y, consecuentemente, son los factores culturales los que modulan nuestra reflexión, expresión y conciencia¹². La cultura modela la forma en la que los individuos dan sentido a su mundo interior y abarca un conjunto de comportamientos y perspectivas aprendidas que sirven como plantilla para orientar la conducta futura.

Cultura y psiquiatría, una compleja ecuación

Hasta ahora hemos hablado de la cultura como un elemento determinante en el comportamiento del ser humano, pero ¿qué relación cabe encontrar con la patología mental? Para dar solución a esta cuestión recurrimos a la psiquiatría cultural, disciplina acuñada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin¹¹ a mediados del siglo XX que estudia las variaciones de la enfermedad mental dentro de naciones culturalmente diversas y trata de entender su impacto¹³.

Con origen en la clásica antropología psiquiátrica, esta ciencia ha evolucionado a lo largo de la historia hasta convertirse en lo que hoy conocemos como moderna psiquiatría transcultural. Aunque en ella subyace el debate entre el relativismo cultural etnológico y el universalismo biopsicológico, la primera postura ha quedado obsoleta¹². Los Síndromes Ligados a la Cultura, patologías “folclóricas” engendradas y exclusivas de ciertas culturas, han desaparecido abriendo camino a modelos menos reduccionistas⁹.

Las tendencias actuales describen los síndromes psiquiátricos como procesos mentales fenomenológicamente universales y atribuyen la variedad en la expresión clínica a las creencias culturales, sin tener que considerarlos cuadros locales aislados¹⁶. Fundamentándose en la ley de la diferenciación cultural⁹, estas teorías atribuyen a todas las poblaciones los mismos procesos perceptivos y cognitivos y son los factores culturales y ecológicos los que definen la patología a desarrollar¹⁴. Podemos afirmar que, más allá de ser meros elementos patoplásticos, los factores culturales influyen en la manera en la que los individuos perciben y expresan su salud de la misma manera que proporcionan mecanismos de escape para lidiar con las emociones¹⁵.

Bajo este enfoque, el psiquiatra trabaja con las mismas enfermedades conocidas en su entorno pero manifestadas de distinta manera, es decir, adapta las categorías médicas occidentales a las que está habituado y traduce las quejas al propio sistema médico². Además, defiende las similitudes en la expresión del malestar y acepta la cultura como un instrumento lo suficientemente poderoso como para crear formas sintomáticas características¹⁶.

A través de la afirmación “no hay locuras culturales sino posibilidades infinitas de comportamiento”¹³, la cultura se impone como elemento imprescindible para alcanzar la comprensión de los distintos síntomas, síndromes y trastornos mentales.

Inmigración y salud mental, principales consecuencias

El paciente culturalmente diferente es, en su mayoría, inmigrante y carga en su experiencia vital un proceso migratorio complejo. Se trata de individuos o colectivos que se desplazan de un lugar a otro, por razones económicas o bélicas, con intención de permanecer durante un periodo de tiempo prolongado¹⁵. Aunque se movilizan desde un proyecto vital, el acontecimiento trae consigo una disrupción personal y el esfuerzo de adaptación, viéndose obligados a asimilar comportamientos y creencias que difieren patrones del propios¹⁷.

La implicación de los procesos migratorios en la patología psiquiátrica es controvertida y si bien es conocida la influencia ejercida entre ellos, también lo es su complejidad¹⁸. La multiplicidad de variables implicadas no ha permitido, a los estudios llevados a cabo, alcanzar una conclusión certera y actualmente no se puede hablar de una relación directa¹⁹. La migración puede tener consecuencias negativas para la salud debido a los altos niveles de estrés físico y emocional experimentados pero no es en si misma causa de trastorno mental¹².

El movimiento migratorio se estipula, junto a las diferencias culturales, como un factor de riesgo potencial para el desarrollo de patología⁹. Su intensidad y repercusión dependen de la situación premórbida del individuo afecto y serán los antecedentes (las condiciones premigratorias, el proceso migratorio, las expectativas y habilidades personales, el grado de acogida, la red de apoyo social, el grado de estrés experimentado o los mecanismos de adaptación...) los que condicionarán y modularán el resultado final¹⁸.

Abordaje del paciente cultural, idiosincrasia

Las características particulares del paciente multicultural son un desafío para el profesional y es en el momento en el que la cultura se enfrenta a la clínica cuando aparecen las dificultades². Con el objetivo de establecer una intervención certera, los clínicos deben prestar atención a los factores que influyen en la identidad del paciente e identificar aquellos que ejercen un mayor impacto en la comunicación, destacando la lengua de origen y la concepción étnica de la enfermedad como los principales¹⁵.

Lenguaje

La barrera idiomática es el elemento que con mayor frecuencia incide sobre calidad del abordaje y, por lo tanto, el primer obstáculo a superar²⁰. La lengua define la interacción médico-paciente y lo podemos ver reflejado en situaciones clínicas cotidianas:

Un inmigrante asentado recientemente en el país de destino llega a la consulta al presentar malestar psíquico. Se comunica a través de su idioma materno pero no es el mismo que el del clínico y la entrevista se centra en descifrar las palabras si alcanzar la comprensión del mensaje. El mismo paciente intenta transmitir la angustia emocional y las dificultades sociales que experimentar sin conseguirlo, no dispone del elevado dominio del idioma que requiere la expresión de las emociones.

El conflicto comunicativo podría haberse evitado si se hubiera definido el conocimiento del que disponía el paciente de la lengua de destino y el profesional de la lengua originaria. En aquellos casos en los que la distancia entre ambas es muy amplia, se recomienda solicitar la presencia de un intérprete que estructure un diálogo rico y permita la exteriorización del mundo interior del paciente²¹.

La atención dedicada a los pacientes monolingües debe estar proporcionada por expertos entrenados en competencias lingüísticas²⁰. El uso de un intérprete sin formación, como un miembro de la familia o una persona del contexto vecinal que no dispone del vocabulario técnico o la fluidez dual necesaria, puede interferir en la transmisión del mensaje y ocasionar problemas de confidencialidad²².

Las limitaciones comunicativas no se reducen a la palabra. Existen ocasiones en las que a la comunicación verbal se le añaden barreras como los gestos, los hábitos, las tradiciones o los valores morales diametralmente opuestos²³. En estos casos se necesita al denominado mediador cultural, una figura que colabora para establecer un puente entre las culturas. Representa al colectivo inmigrante dentro del ámbito hospitalario asegurando su adaptación y ayuda al clínico a comprender la información obtenida a partir de la historia clínica actual¹⁵.

El lenguaje se trabaja mediante un equipo multidisciplinar⁹ y su presencia resulta imprescindible si se quieren evitar malentendidos, interpretaciones erróneas y actuaciones poco efectivas.

Competencia cultural

Los propios facultativos también deben estar preparados para, en primera línea, trabajar con pacientes de otras culturas²⁴. Existen personas como “el clínico astuto” que se esfuerzan por obtener conocimientos sobre aspectos étnicos de los grupos a los que pertenecen sus pacientes y adquieren de forma natural competencias culturales. Para aquellos en los que este proceso resulta impropio, se debe proporcionar una capacitación que incluya considerar los antecedentes culturales cuando se plantea una intervención¹⁵. Esta formación se estructura en torno a 3 esferas: el marco cultural propio, las dinámicas culturales del paciente y las herramientas de manejo institucionales¹⁴.

Se ha visto como los médicos que conocen con claridad sus propios prejuicios, actitudes y estereotipos, la idiosincrasia del paciente al que están tratando y sus roles en el tratamiento de la salud, están en mejor posición para anticipar las dinámicas culturales y facilitar la acomodación a la nueva cultura¹⁵. El desarrollo de habilidades que dan

respuesta a la problemática clínica es la herramienta que garantiza un cuidado culturalmente competente³.

Formulación cultural

En la idiosincrasia del paciente multicultural la entrevista clínica juega un papel indispensable, siendo el espacio donde se construye el discurso formulado en términos de su cultura de origen¹⁴. Si bien es cierto que no existe un método diagnóstico específico, la Asociación Americana de Psiquiatría ha intentado dar respuesta a través de la llamada “Formulación Cultural”²⁶. Este esquema brinda a los médicos un método sistemático de evaluación cultural de la enfermedad psiquiátrica y prioriza la fiabilidad sobre la validez del diagnóstico.

En la actualidad es la única formulación, con una buena base teórica, que trata de identificar y organizar los aspectos culturales clave pero su aplicación práctica presenta limitaciones¹. La falta de uniformidad en su aplicación, el foco excesivamente individual de su planteamiento, la reflexividad centrada en los clínicos, la univocalidad del paciente, la exclusión de la familia y del grupo social y el falso sentido de competencia que se deriva de su uso son algunos de los ejemplos. Estas limitaciones señalan la necesidad de nuevos desarrollos teóricos y empíricos para explorar su utilidad y analizar su eficacia, de la revisión sistémica dependerá su trascendencia final¹.

Justificación personal

Hasta donde mi memoria alcanza, las preguntas ¿quién soy? y ¿de dónde vengo? ha formado parte incansable de mi ser. Si bien a lo largo de mi vida he encontrado eslabones que me han permitido ir acotando la interrogación, no fue hasta 2014 cuando, en mi primer viaje como cooperante, hallé la respuesta esperada. Fue el momento en el que cultura y mi persona se confrontaron con una realidad tan diferente cuando descubrí qué rasgos me caracterizaban. Necesité experimentar de primera mano el día a día en un contexto cultural diferente para aceptar que, ciertos comportamientos y actitudes que yo tenía normalizados, no lo eran fuera de mi lugar de origen.

A partir de esta primera vivencia y en los sucesivos viajes de mi periplo cultural, la identificación de los rasgos que definen a cada una de las personas ha ido convirtiéndose en un pasatiempo personal. De forma casi egoísta, he perseguido la creación de situaciones en las que el compartir se convertía el centro de la experiencia y ver el mundo a través de otros ojos, el objetivo final. Estos encuentros me han permitido coleccionar la diversidad de los ciudadanos del mundo y alcanzar una comprensión profunda de mi realidad.

La elección de este trabajo no ha sido una mera coincidencia, poder acceder a contenido científico de una cuestión inicialmente personal, ha significado para mí aunar pasión e intelecto. Embarcarme en este itinerario ha permitido arrojar luz y datos a una cuestión a la que había llegado empíricamente para comprobar que, aquello que en su día fue causa de sorpresa y conflicto, es toda una ciencia objeto de interés de la psiquiatría.

Objetivos

Los datos aportados en el marco teórico reafirman el supuesto del que partíamos. El paciente inmigrante necesita una atención específica, sus niveles de exigencia son elevados y la evidencia de la que se dispone precisa ser revisada. Los profesionales comprometidos trabajan para disponer de formación actualizada del paciente inmigrante que ingresa en la unidad y en ese punto nos encontramos.

Este trabajo tiene como objetivo principal presentar el perfil epidemiológico de los pacientes de otras culturas ingresados en la Unidad de hospitalización de Adultos (UHA) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza así como desarrollar un plan de mejora en competencia cultural que pueda ser materializado en una intervención práctica.

Los objetivos específicos se centran en:

- Analizar las variables que caracterizan socio-demográficamente a la población inmigrante adulta atendida en la UHA.
- Estudiar la prevalencia de patología psiquiátrica de la población inmigrante adulta atendida en la UHA y las características del ingreso.
- Determinar la presencia de barrera idiomática de la población inmigrante adulta atendida en la UHA y su relación con las variables anteriormente descritas así como los métodos de traducción aplicados.
- Implantar un plan de mejora cultural derivado de las necesidades detectadas.

La tesis se engloba dentro de un Proyecto de Gestión Clínica que contribuye, a medio y largo plazo, a garantizar una plena atención e integración del inmigrante en el sistema salud, favoreciendo la equidad y el respeto a los derechos humanos.

Material y métodos

El presente estudio se divide en dos partes, una primera que contextualizada el problema a través de una revisión bibliográfica del contenido teórico y una segunda que describe las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de nuestros pacientes mediante estudio descriptivo observacional.

Revisión bibliográfica

En un primer momento se revisó la literatura científica publicada en los 30 últimos años, prestando especial atención a aquellos cuya fecha de publicación data de los 5 últimos (2015-2020). Se emplearon revistas del área de la salud y buscadores nacionales e internacionales como Alcorze y SCIELO y MEDLINE y PUBMED respectivamente. Entre las palabras clave de búsqueda se incluyeron “mental health”, “psychiatry hospitalization” AND “immigrant”.

También se utilizaron datos oficiales del INE así como Protocolos, Guías de actuación y textos legales referentes al paciente multicultural. En base a las referencias bibliográficas identificadas en los artículos de impacto, se realizó una búsqueda manual de trabajos publicados por investigadores reconocidos en el ámbito de la psiquiatría transcultural.

Diseño del estudio

En un segundo tiempo, debido a las características de la pregunta de investigación y los objetivos, se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional.

Se seleccionó la población en base a un criterio temporal, desde enero 2017 hasta diciembre del 2019 y se analizó un único grupo poblacional, pacientes de otras culturas asistidos la UHA de del HCU de Zaragoza en dichos años, utilizándose indistintamente los términos inmigrante, extranjero y paciente de otra cultura.

Muestra de estudio

Quedó definido como paciente de otra cultura a aquel ciudadano:

1. Nacido en un país distinto a España (independientemente de su posterior nacionalización)
2. Nacido en España con progenitores extranjeros desplazados resultado de un proceso migratorio.
3. Edad de 18 años o más.

Se revisaron los informes de alta existentes y se escogieron aquellos que cumplían los criterios de inclusión asignados, obteniendo un total de 158 sujetos. Se identificó a los pacientes gracias las características de su nombre y/o la información descrita en psicobiografía referida al lugar de origen. Se excluyeron los informes del alta correspondientes a reingresos, único criterio de exclusión, un total de 14.

Clasificación por Grupos étnicos

Para la agrupación de los inmigrantes en los diferentes grupos étnicos no se ha tenido en cuenta la Clasificación Americana del CDC de Atlanta (Centres for Disease Control, 1993)²⁷. Se ha desarrollado una clasificación más útil y adecuada al tipo de inmigración que experimenta España y los inmigrantes han quedado agrupados en 9 tipos: África del Norte, África subsahariana, Asia, Europa Centro-Norte, Europa del Este, Europa del Sur, Rumanía, Sudamérica y Otros.

Área de estudio

Este estudio se centra en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Lozano Blesa²⁸, uno de los hospitales de referencia de la Comunidad Autónoma de Aragón que presta asistencia al Sector Zaragoza 3. Se trata de una unidad que dispone

de 17 habitaciones con 20 camas y atiende a la media de 400 pacientes por año. Está ubicado en la 3º planta del ala B del Hospital y su diseño persigue alcanzar el equilibrio entre seguridad y clima terapéutico. El compromiso que asume está relacionado con la patología psiquiátrica aguda urgente, descompensaciones que requieren hospitalización por imposibilidad de abordaje ambulatorio.

En cuanto al personal que atiende a la unidad, el equipo lo componen 3 psiquiatras, 12 enfermeros, 8 auxiliares de enfermería, 8 celadores, 1 secretaria y un Trabajador Social compartido con el Hospital de Día de Adultos. La exigencia profesional es máxima tanto por el alto número de horas que requiere el abordaje como por el índice de ocupación, que alcanza el 100%.

Fuente y recogida de datos

Para la recogida de la información, incluida en el CMBD y e, informe de alta, se desarrolló un instrumento (Anexo II) donde se incluyeron los principales elementos de información y su codificación:

1. *Perfil asistencial*: NHC, año del ingreso, origen del ingreso, tipo de ingreso, duración del ingreso, alta voluntaria llevada a término y derivación del paciente al alta.
2. *Dato sociodemográficos*: edad, sexo, estado civil, situación laboral y red social. País de origen y presencia de barrera idiomática.
3. *Datos clínicos*: motivo de ingreso, y antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos
4. *Datos diagnósticos*: diagnóstico principal y secundarios, solicitud de pruebas complementarias (tóxicos en orina), enfermedades médicas asociadas, hojas de interconsulta a Trabajo Social y Servicios Médicos-Quirúrgicos.
5. *Datos terapéuticos*: fármacos administrados, contención mecánica y métodos de traducción

Los informes de alta fueron procurados por los facultativos de la UHA y el trabajo de campo duró dos meses, abarcando febrero y marzo del presente año. Al realizar la toma de datos de los pacientes extranjeros se asoció un número código a cada uno de ellos con el fin de garantizar la confidencialidad de estos.

Plan de análisis

Inicialmente se confeccionó una base de datos en Excel 16.37 y se trasladó al paquete estadístico SPSS 20.0, ingresando en ella todos los datos obtenidos de los informes de alta. Se fijaron un total de 28 variables, de las cuales 25 eran cualitativas y 3 cuantitativas (año, edad y días de ingreso) y se extrajo la información relativa a las mismas.

En un segundo tiempo se empleó el análisis descriptivo para el tratamiento de las variables y la obtención de resultados interpretables. Para el desarrollo del perfil del paciente con barrera idiomática se empleó el análisis de regresión multivariante. Con el fin de proporcionar un modelo de tendencia, se estableció la relación matemática entre la variable dependiente (barrera idiomática) y un conjunto de covariantes o factores que podían influir en la misma.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) y sigue las normas de la Convención de Helsinki y sus posteriores modificaciones. Todos los datos recopilados en este estudio fueron tratados siguiendo las condiciones de confidencialidad y trazabilidad establecidas en la ley orgánica de protección de datos.

Resultados

Perfil general de la UHA

Distribución por años de ingresos de la población total

Obtuvimos un total de 1065 pacientes nacionales y de otras culturas ingresados en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre los años 2017 (n=396), 2018 (n=313) y 2019 (n=356). Se seleccionaron los pacientes inmigrantes/de otras culturas en base a los criterios de inclusión definidos y se extrajeron 158 sujetos. La distribución a lo largo de los tres años quedó definida en 53 pacientes en 2017, 49 pacientes en 2018 y 56 pacientes en 2019 (Gráfico 1).

Porcentaje de ingresos de pacientes inmigrantes con respecto al total de ingresos de ese año

La proporción anual de pacientes de otras culturas ingresados en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza oscila entre el 14,14% y el 15,65% (media 14,89%). La asistencia queda repartida de forma homogénea entre los sucesivos años, no se puede definir una tendencia creciente entre ellos (Gráfico 2).

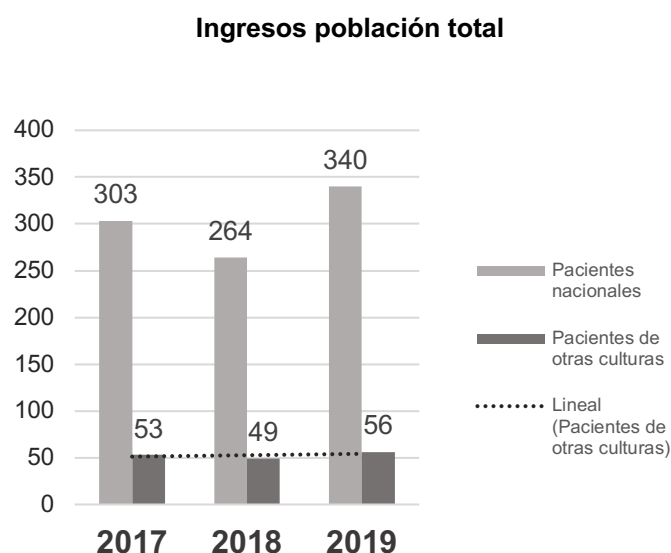


Gráfico 1. Número total de pacientes de otras culturas asistidos en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Lozano Blesa durante los años 2017, 2018 y 2019.
N=1065 (Anexo 3: Tabla 1)

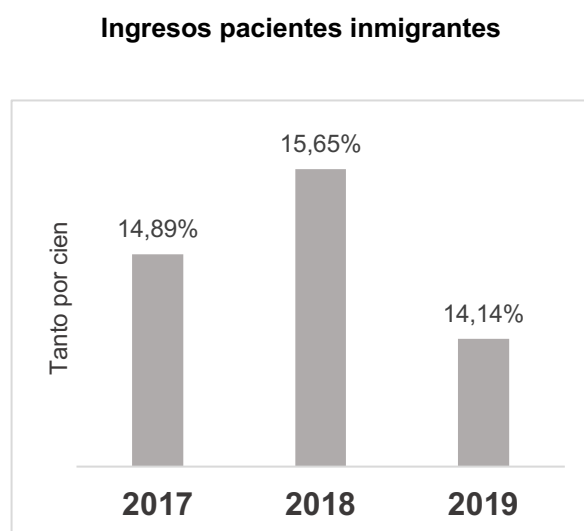


Gráfico 2. Porcentaje total de pacientes de otras culturas asistidos en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Lozano Blesa durante los años 2017, 2018 y 2019
N=1065 (Anexo 3: Tabla 1)

Perfil socio-demográfico

Distribución por grupos étnicos

Los pacientes provienen de 41 países diferentes. El Gráfico 3 refleja la distribución de los pacientes, siendo los más prevalentes los procedentes de Rumanía (20%), Marruecos (13%), Colombia (6%) y Bulgaria (4%). Para facilitar la interpretación de los datos, las nacionalidades se han agrupado en 9 grupos originando una nueva variable denominada grupo étnico representada en el Gráfico 4:

- África del Norte (Argelia, Egipto y Marruecos)
- África subsahariana (Cabo Verde, Camerún, Gambia, Ghana, Guinea Bisau, Guinea Ecuatorial y Nigeria)
- Asia (China, India, Pakistán y Siria)
- Europa Centro-Norte (Alemania y Austria)
- Europa del Este (Bulgaria, Eslovaquia, Polonia, Rusia, Serbia, Siberia y Ucrania)
- Europa del Sur (Andorra, Francia, Italia y Portugal)
- Rumanía
- Sudamérica (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela)
- Otros (EEUU y Nueva Caledonia)

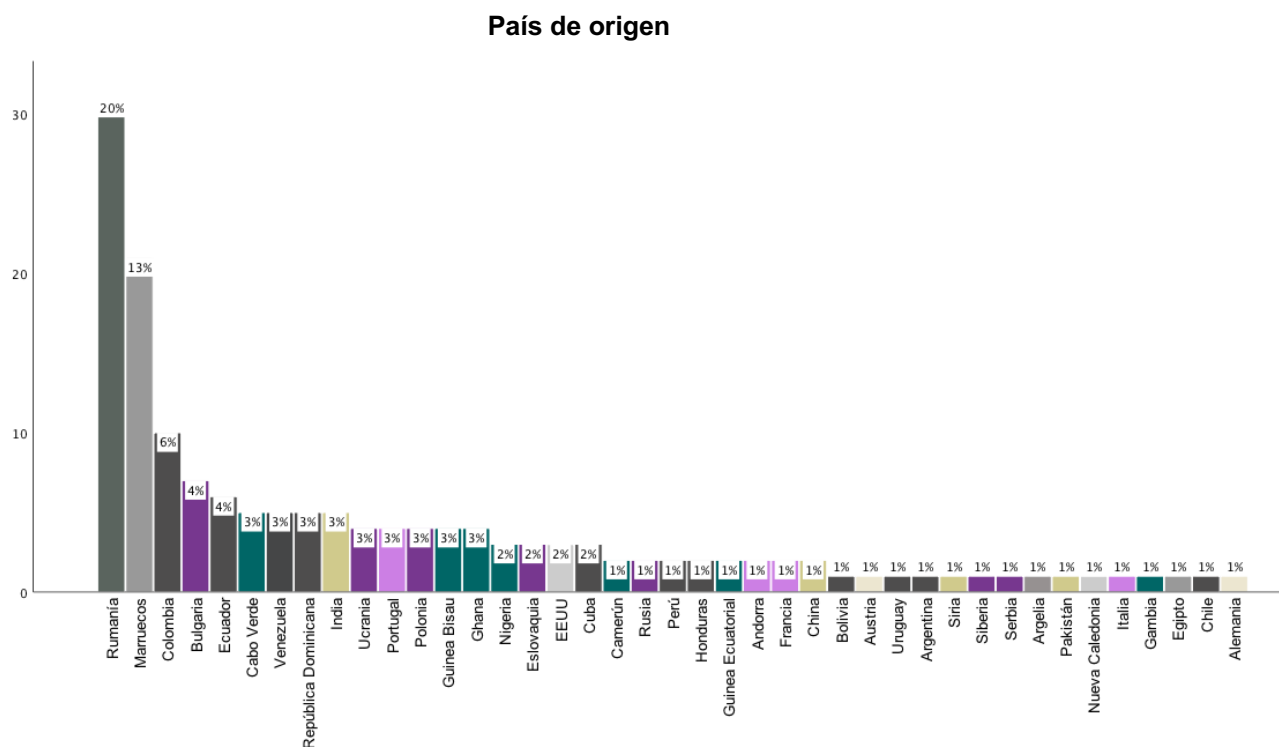


Gráfico 3. Porcentaje del número total de países de procedencia
N=158 (Anexo 3: Tabla 2)

Grupo étnico

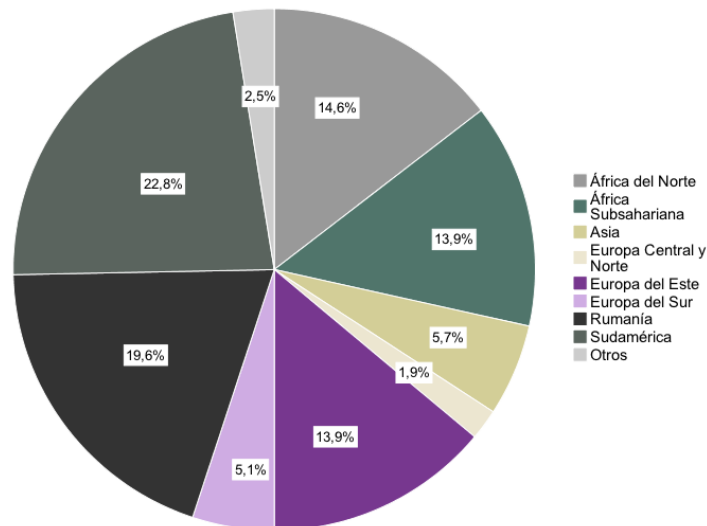


Gráfico 4. Porcentaje del número total de países agrupados por grupos étnicos/continentes.
N=158 (Anexo 3: Tabla 3)

Si analizamos la variable grupo étnico, la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio provienen en Sudamérica (22,8%); le siguen Rumanía (19,6%), África del Norte (14,6%), África Subsahariana (13,9%) y Europa del Este (13,9%). En menor proporción se encuentran Asia (5,7%), Europa del Sur (5,1%), Otros (2,5%) y Europa Central y del Norte (1,9%).

Distribución por sexo

El 57% son hombres y el 43% son mujeres.

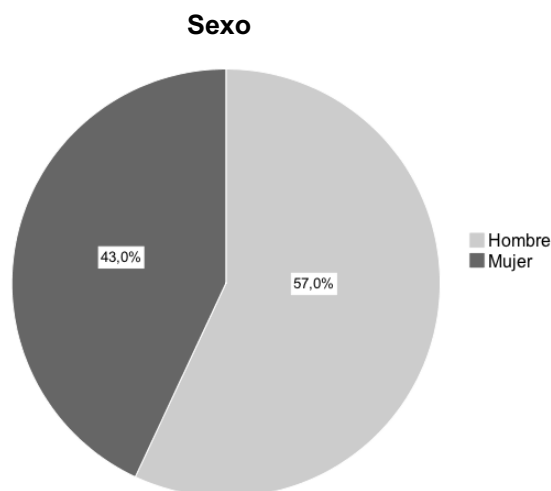


Gráfico 5. Porcentaje del número total de hombres y mujeres
N=158 (Anexo 3: Tabla 3)

Distribución por edad

- La media de edad total es de 35,6 años, reflejada en la gráfica a través del especificador cuadrangular, con un rango de 18-86 años.
- El 95% de los pacientes se encuentran entre los 18 y los 54 años.
- El 50% de los pacientes se encuentran entre los 28 y los 43 años.
- El 50% de los pacientes tienen menos 33 años.
- Existen dos valores fuera de rango, equivalentes al paciente 36 y 103 en la codificación, que reflejan una edad de 78 y 86 años respectivamente.
- La distribución de la gráfica es asimétrica negativa, la mayoría de los pacientes se concentran entre los 31 y 86 años.

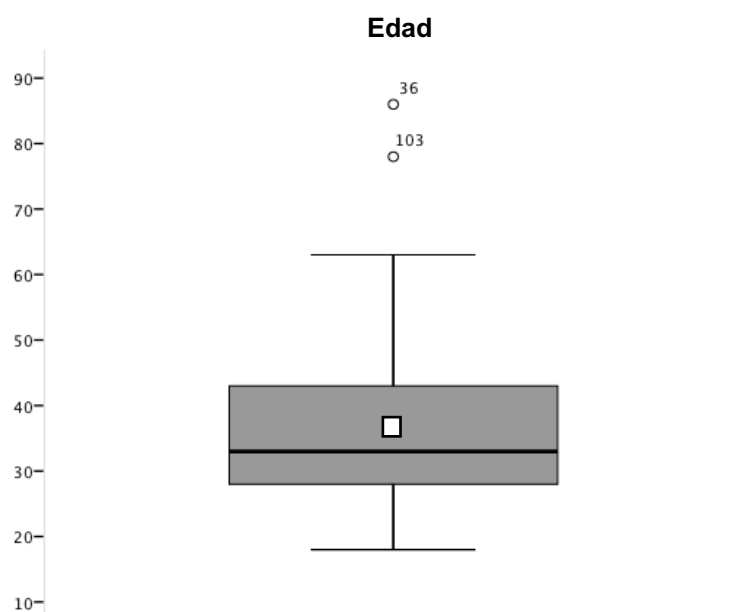


Gráfico 6. Edad de los pacientes agrupados en cuartiles
N=158 (Anexo 3: Tabla 4)

Distribución social

Respecto al estado civil, observamos que el 60,5% de pacientes son solteros y el 23% están casados. Existe una minoría representada por un 15,1% de divorciados y un 1% de viudos (Gráfico 7).

Aproximadamente la mitad de los pacientes, 53,2%, dispone de una red social parcial, el 34,2% presentan una red social adecuada y un pequeño porcentaje, el 12,7% carecen de ella (Gráfico 8).

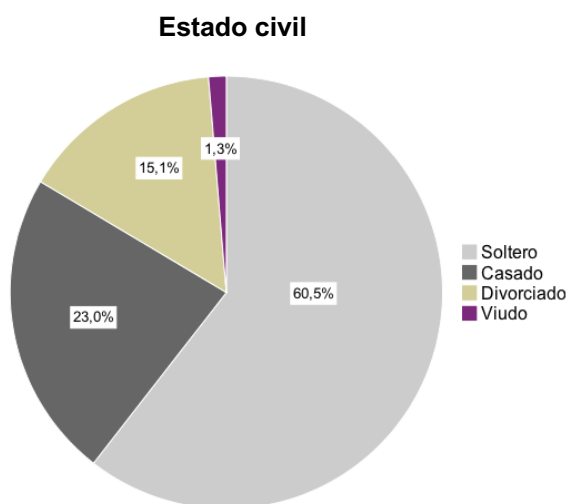


Gráfico 7. Porcentaje del número total solteros, casados, divorciados y viudos
N=158 (Anexo 3: Tabla 5)

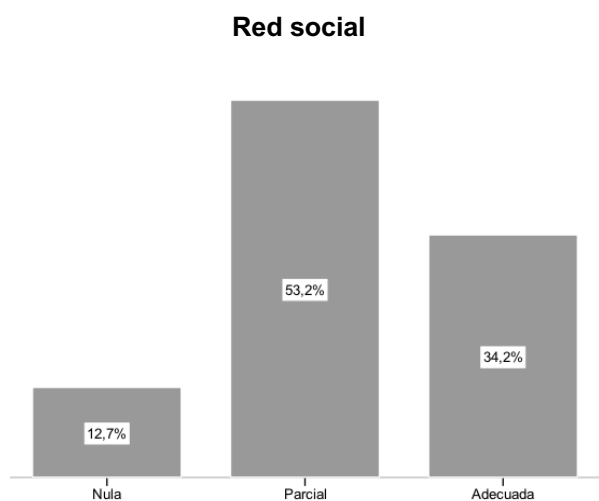


Gráfico 8. Porcentaje del número total pacientes con red nula, parcial y adecuada
N=158 (Anexo 3: Tabla 5)

La situación laboral es precaria, el mayor porcentaje se expresa a través de los pacientes inactivos, 62,8%. Un tercio están activos, 27,6%, mientras que el 9% están estudiando y el 0,7% estudia y trabaja (Gráfico 9).

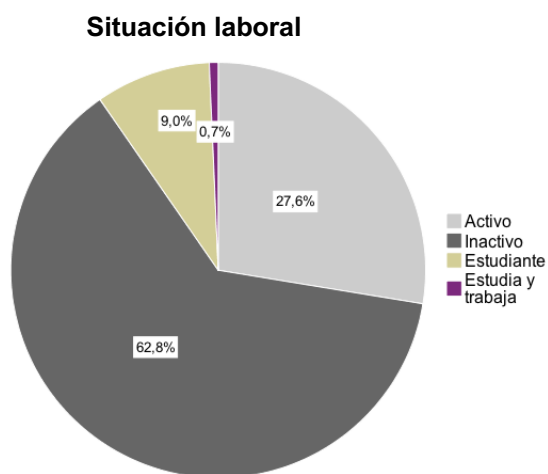


Gráfico 9. Porcentaje del número total pacientes activos, inactivos, estudiantes y que estudian y trabajan
N=158 (Anexo 3: Tabla 5)

Perfil clínico y asistencial

Características del ingreso

Origen del ingreso, motivo de ingreso y tipo de ingreso

La mayor parte de los pacientes, 78,5%, de los pacientes provienen de Urgencias. Los otros traslados que más representación tienen son desde otros Hospitales, el 8,2%, y desde una planta de ingreso distinta a la de Psiquiatría, el 6,3%. En menor porcentaje se encuentra los ingresos desde CCEE o CSM con un 4,4%, los ingresos programados con un 1,3% y los ingresos desde Otros dispositivos con un 1,3% (Gráfico 10).

De los pacientes ingresados en la UHA, en el 38% está motivado por una descompensación psicótica, en el 31,6% por una alteración de conducta o agitación y en el 21,5% por ideas o intento autolítico. Los pacientes que ingresan por otros motivos, desintoxicación y problemática social representan un porcentaje mucho menor siendo 6,3%, 1,3% y 1,3% respectivamente (Gráfico 11).

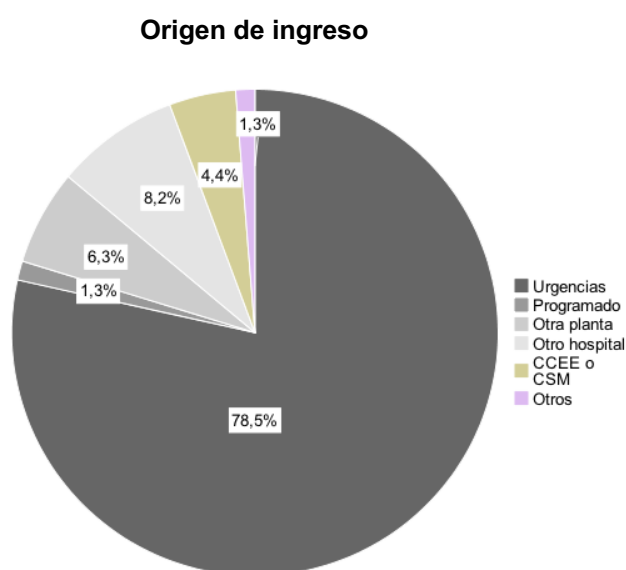


Gráfico 10. Porcentaje del número total pacientes que ingresan a través de Urgencias, Programado, Otra planta, Otros hospital, CCEE o CSM y Otros
N=158 (Anexo 3: Tabla 6)

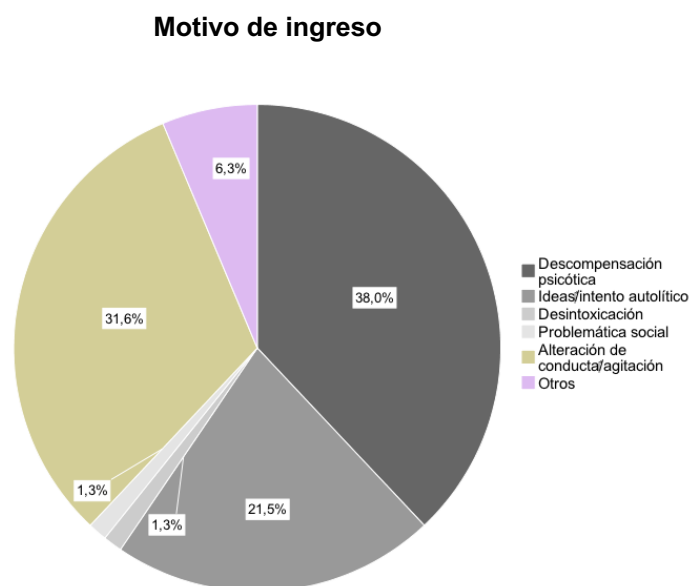


Gráfico 11. Porcentaje del número total pacientes que ingresan por una descompensación psicótica, ideas/intento autolítico, desintoxicación, problemática social, alteración de conducta/agitación y otros
N=158 (Anexo 3: Tabla 6)

El tipo de ingreso está repartido de forma equitativa si bien los ingresos involuntarios superan en números a los voluntarios (53,3% VS 46,8%).

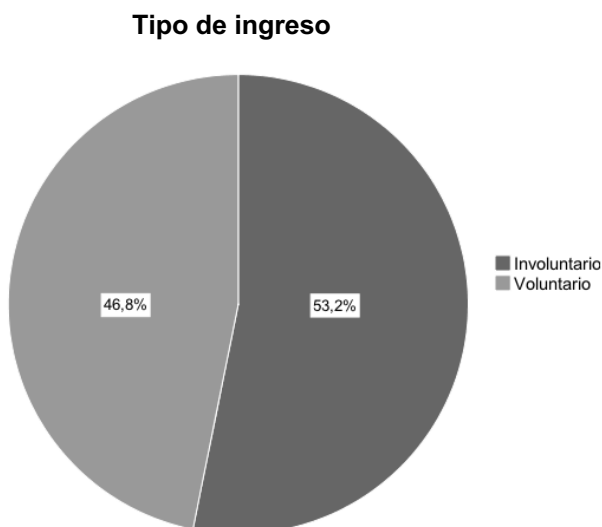


Gráfico 12. Porcentaje del número total pacientes que ingresan de forma voluntaria e involuntaria
N=158 (Anexo 3: Tabla 6)

Distribución de los días de ingreso

- La media de la duración del ingreso es de 18,89 días, reflejada en la gráfica a través del especificador cuadrangular, con un rango de 1-46 días.
- El 50% de los pacientes han estado ingresados entre 12 y 28 días.
- El 50% de los pacientes están ingresados menos de 18 días.
- La distribución de la gráfica es asimétrica negativa, lo que indica que la mayoría de los pacientes ingresan entre 18 y 46 días.

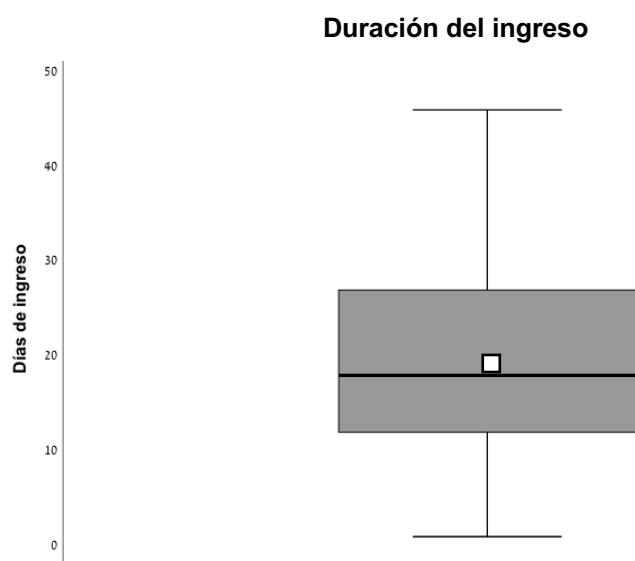


Gráfico 13. Días de ingreso de los pacientes agrupados en cuartiles
N=158 (Anexo 3: Tabla 7)

Derivación del paciente al alta y alta voluntaria llevada a término

Una vez dados de alta, el 54,4% de los pacientes acuden a Centro de Salud Mental de referencia mientras que el 11,4% es derivado al Hospital de día. Un 5,7% de los pacientes se derivada al Centro de Salud Mental y Centro de desintoxicación y otro 5,7% a Otros Hospitales. Las derivaciones a múltiples a Centro de Salud Mental, Hospital de día, Consultas Externas, Unidad de Media Estancia, Centro de desintoxicación y se agrupan en la categoría Otros y reciben al 18,4% de los pacientes (Gráfico 14a).

Derivación al alta

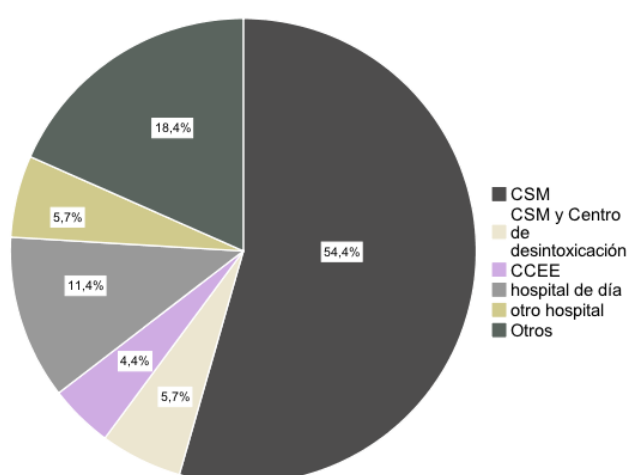


Gráfico 14. Porcentaje del número total pacientes que son derivados al CSM, CSM y Centro de desintoxicación, CCEE, Hospital de día, Otro hospital y Otros
N=158 (Anexo 3: Tabla 8)

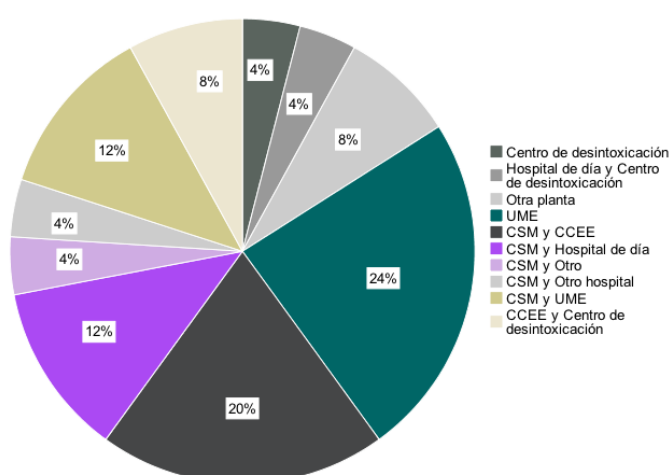


Gráfico 14a. Porcentaje del número total pacientes que son derivados al grupo Otros
N=29 (Anexo 3: Tabla 8)

El 5,1% de los pacientes fue dado de alta tras solicitarla de forma voluntaria mientras que en el 94,9% no se dispuso dicho procedimiento.

Alta voluntaria llevada a término

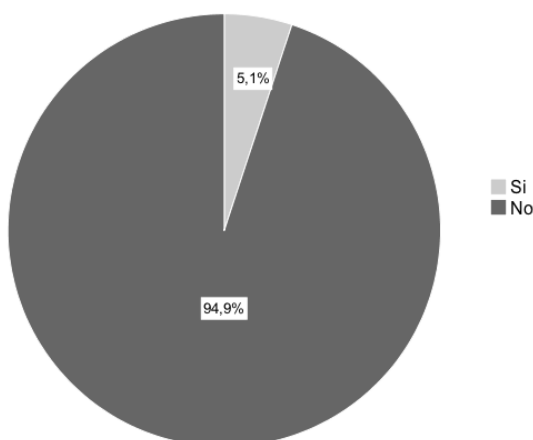


Gráfico 15. Porcentaje del número total pacientes que son dados de alta cuando lo solicitan de forma voluntaria
N=158 (Anexo 3: Tabla 8)

Antecedentes psiquiátricos

El 83% de los pacientes afirman tener antecedentes psiquiátricos personales pero solo el 39% son conocidos en la Unidad de Hospitalización de Agudos y tienen ingresos previos en planta. El 61% de los pacientes no son conocidos en la Unidad de Hospitalización de Agudos ni tienen ingresos previos en planta.

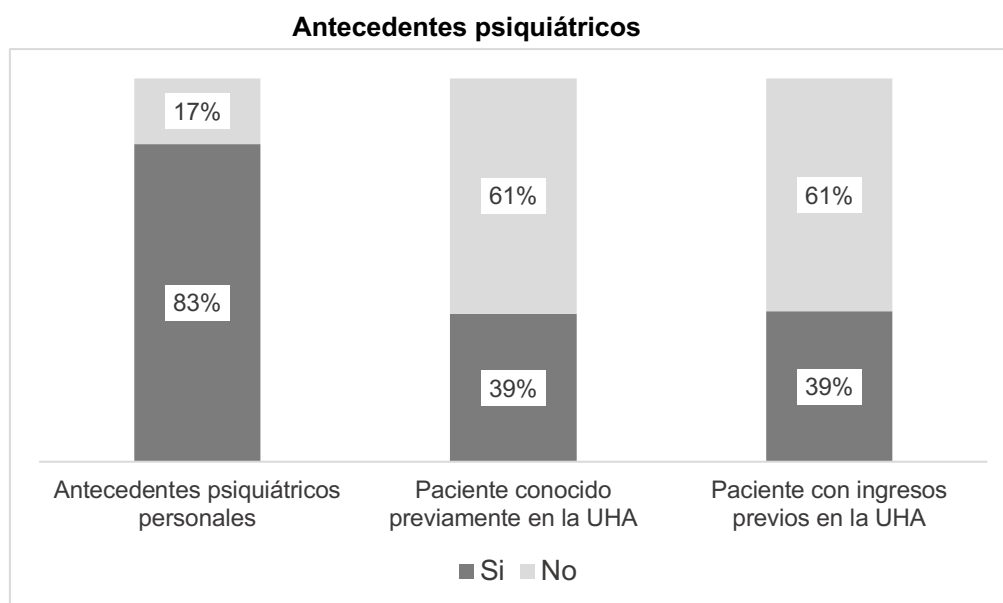


Gráfico 16. Porcentaje del número total de pacientes que tienen antecedentes psiquiátricos y hospitalarios previos
N=158 (Anexo 3: Tabla 9)

Consumo de tóxicos

El 47,4% de los pacientes ingresados en la UHA presentan consumo de tóxicos mientras que el 52,6% reflejan no hacer uso de ellas.

Entre los tóxicos más consumidos se encuentran el cannabis (28,9%) y el alcohol (18,4%). El consumo conjunto de alcohol y cannabis está presente en el 17,1% de los pacientes y el de cannabis y otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas en el 14,5% de los pacientes. El triple consumo de alcohol, cannabis y otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas se produce en el 7,9% de la población. El tóxico menos consumido, con un 6,6%, son otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas, este valor se reproduce cuando se simultanea con alcohol.

Consumo de tóxicos y tipo de tóxicos

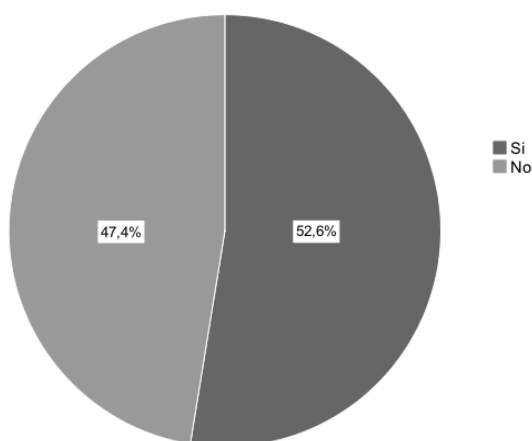


Gráfico 17. Porcentaje del número total de pacientes que consumen tóxicos
N=158 (Anexo 3: Tabla 10)

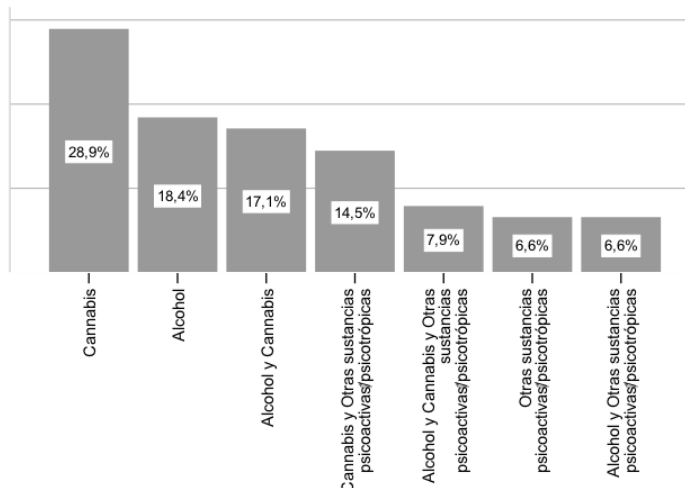


Gráfico 17a. Porcentaje del número total de tóxicos consumidos
N=76 (Anexo 3: Tabla 10)

Enfermedades médicas asociadas

El 49,6% de los pacientes presentan comorbilidad médica durante el ingreso (Gráfico 18). De entre las patologías afectas, la enfermedad digestiva es la más prevalente apareciendo en el 19,6% de los pacientes. Le sigue la enfermedad cardiaca presentándose en el 11,8% de la población. La enfermedad pulmonar junto a la enfermedad neurológica, la dislipemia y el aborto presentan la misma prevalencia, el 8,8%. En menor proporción están las ETS y la enfermedad reumática, ambas con un 2,9%, y la diabetes mellitus con un 2,0%. El resto de enfermedades distintas a las mencionadas están codificadas como Otros y se presentan en el 18,6% (Gráfico 18a).

Enfermedades médicas

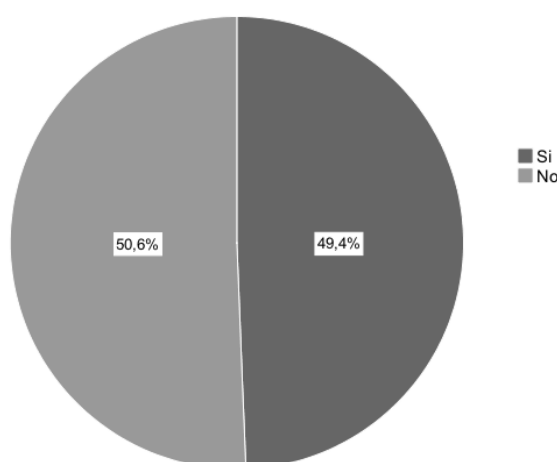


Gráfico 18. Porcentaje del número total de pacientes con enfermedades médicas
N=158 (Anexo 3: Tabla 11)

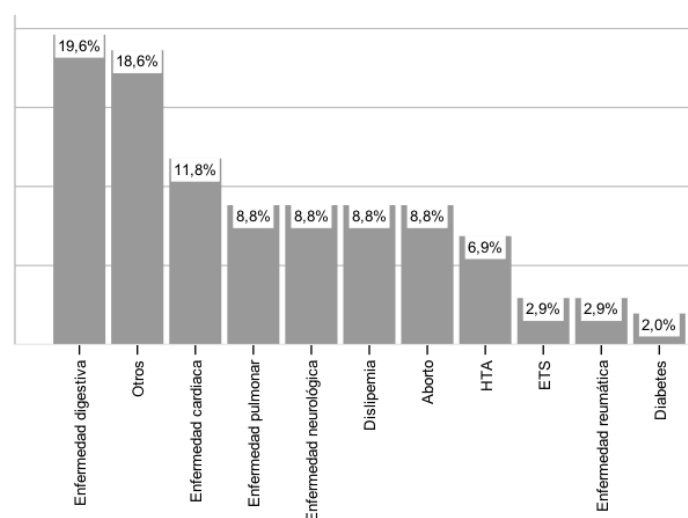


Gráfico 18a. Porcentaje del número total de enfermedades médicas que padecen los pacientes
N=102 (Anexo 3: Tabla 11)

Perfil diagnóstico y de interconsultas

Diagnóstico principal y otros diagnósticos

En cuanto al diagnóstico principal (Gráfico 19), observamos que prevalece el consumo de tóxicos (13,2%), el trastorno psicótico agudo (12,3%), la esquizofrenia/esquizofreniforme (11,8%), el episodio psicótico agudo (9,8%) y el trastorno por ideas delirantes (8,8%), englobando al 63,1% de los pacientes. Los diagnósticos relativos a depresión (7,4%), trastorno de la personalidad (4,9%), trastorno adaptativo (4,4%), reacción vivencial anómala (3,9%) y trastorno bipolar (3,4%) recogen al 24% de los pacientes. El 13% de los pacientes presentan diagnósticos con una prevalencia ínfima en el cómputo global, entre ellos se incluyen episodio maniaco y autolítico (2,9% cada uno), trastorno psicótico crónico (2,5%), trastorno esquizoafectivo (2%), trastorno generalizado del desarrollo (1%), trastorno de ansiedad (1%), trastorno ansioso depresivo (1%), TOC (1%), trastorno disociativo (1%) trastorno depresivo (1%). Con un 0,5% de prevalencia se encuentran el resto: transformación persistente en la realidad, distimia, trastorno neurocognoscitivo, dependencia comportamental, trastorno mental grave, trastorno del comportamiento social, trastorno del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral y trastorno disociativo.

El 51% de los pacientes presentan otro diagnóstico, secundario al principal. Prevalece el consumo de tóxicos (32,1%), trastorno de la personalidad (27,2%) y problemática psicosocial (11,1%), Gráfico 20.

Otros diagnósticos

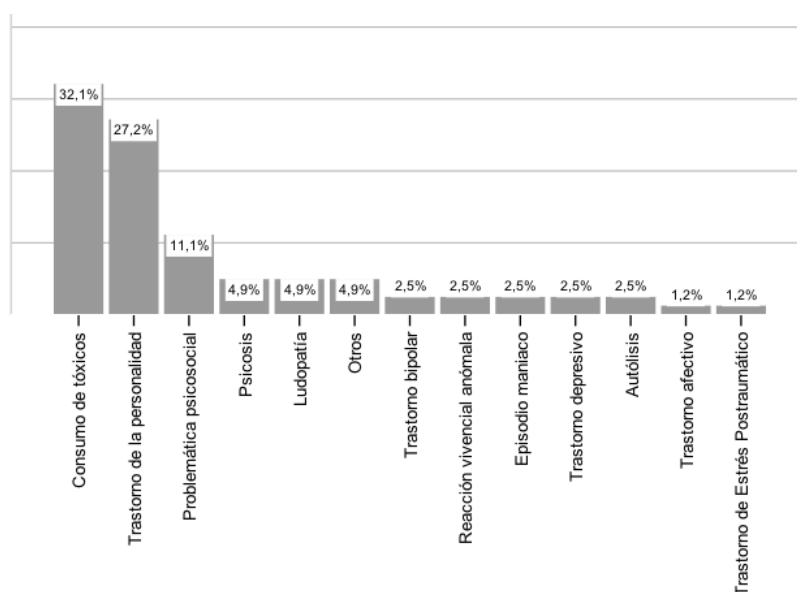


Gráfico 20. Porcentaje total de diagnósticos secundarios asignados
N=81 (Anexo 3: Tabla 13)

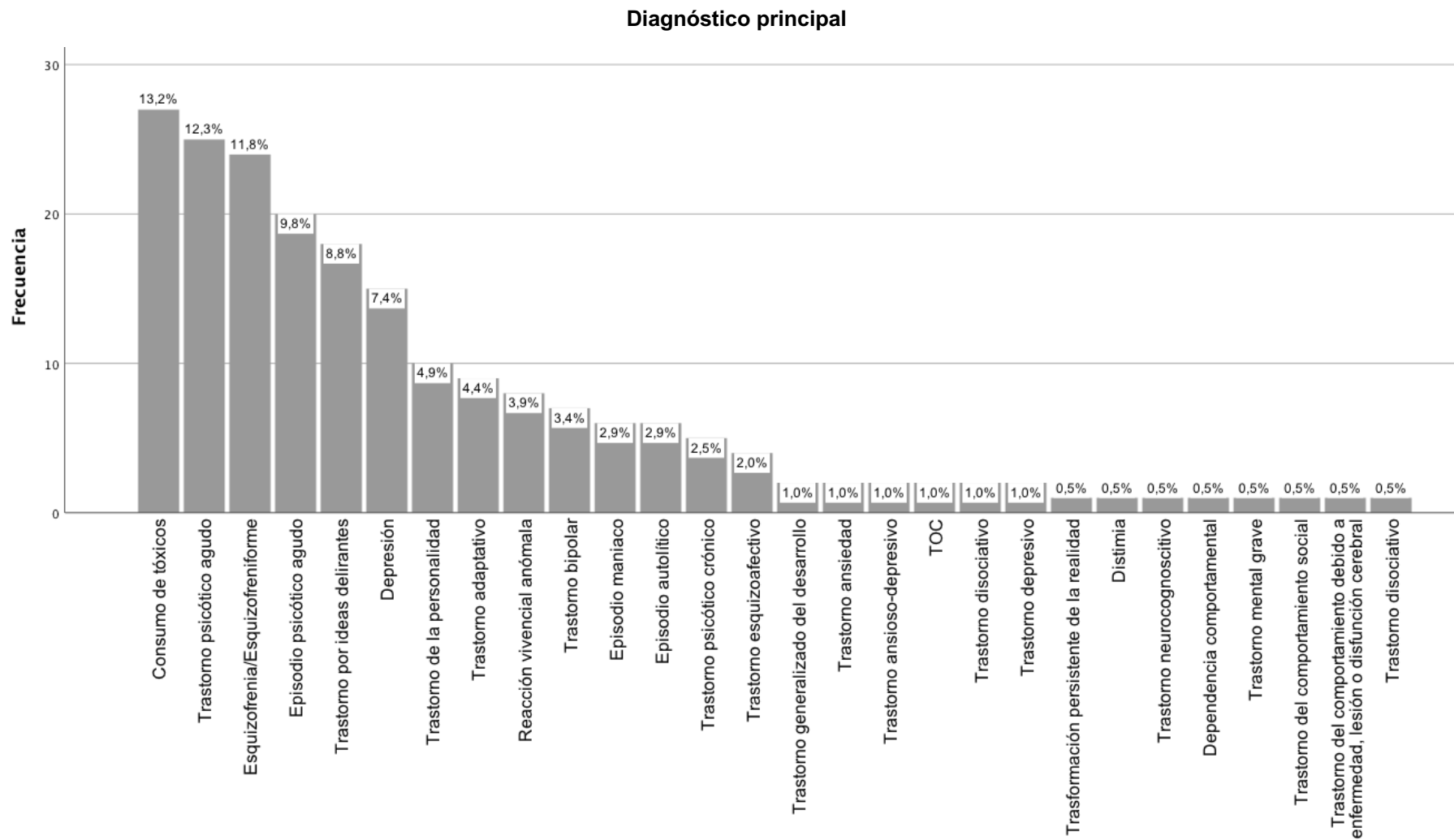


Gráfico 19. Porcentaje total de diagnósticos asignados
N=204 (Anexo 3: Tabla 12)

Pruebas complementarias: tóxicos en orina

El 70,3% de los pacientes resultaron negativos en la prueba de tóxicos en orina mientras que en el 29,7% dio positivo para dicha prueba.

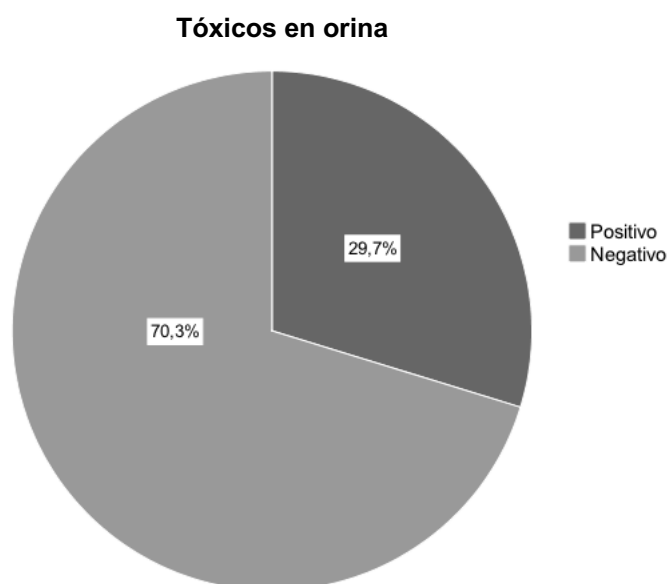


Gráfico 21. Porcentaje total de resultados positivos y negativos tras análisis de tóxicos en orina
N=158 (Anexo 3: Tabla 14)

Interconsultas a Trabajo Social

En el 33,5% de los pacientes se cursó un volante de colaboración a Trabajo Social mientras en el 66,5% no requirieron de su servicio.

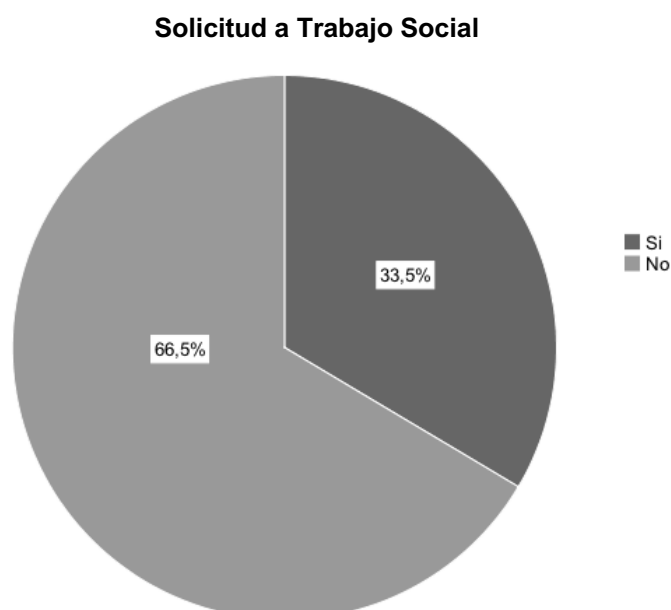


Gráfico 22. Porcentaje total de solicitudes de colaboración realizadas a Trabajo Social
N=158 (Anexo 3: Tabla 14)

Interconsultas con Servicios Médicos-Quirúrgicos

La mayoría de los pacientes no necesitó de atención médico-quirúrgica complementaria a la atención psiquiátrica recibida (66%). Para el 34% restante se dispuso de algún tipo de atención complementaria (Gráfico 23). Los servicios que más han visitado a los apacientes ingresados en la plata de agudos han sido Medicina Interna (30%), Neurología (17%), Traumatología (11%) y Dermatología (11%). Servicios como infecciosas (1%), Urología (1%) o Rehabilitación (1%) destacan por su escasa colaboración (Gráfico 23a).

Interconsulta a otros servicios

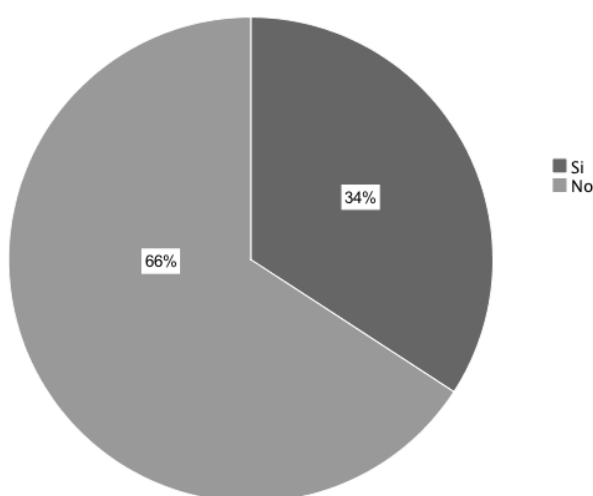


Gráfico 23. Porcentaje total de solicitudes de colaboración a otros Servicios Médico-Quirúrgicos
N=158 (Anexo 3: Tabla 14)

Servicios Medico-Quirúrgicos

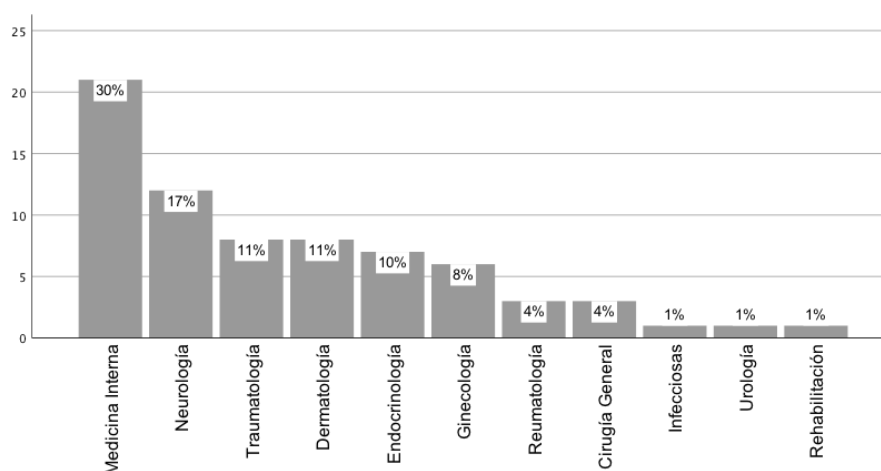


Gráfico 23a. Porcentaje total de Servicios Médico-Quirúrgicos que han realizado colaboraciones
N=71 (Anexo 3: Tabla 15)

Perfil de recomendaciones terapéuticas

Psicofármacos administrados

Los fármacos más empleados durante el ingreso fueron los antipsicóticos orales (34%) seguidos estrechamente por las benzodiacepinas (33,5%). En un segundo plano, con porcentajes de uso muy similar, se encuentran los antipsicóticos depot (13,5%) y los antidepresivos (13,2%). Los fármacos estabilizadores (4,7%), la pregabalina (0,8%) y el TEC (0,3%) fueron los grupos farmacológicos menos empleados para el control sintomático y tratamiento de la patología (Gráfico 24).

Contención mecánica

El 82,3% de los pacientes no necesitó contención mecánica mientras que un 17,7% requirió algún tipo de método físico que limitase sus movimientos.

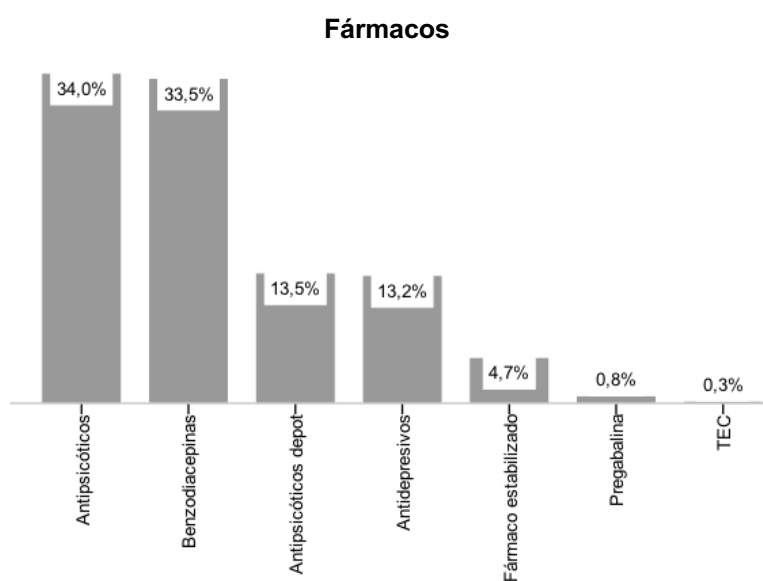


Gráfico 24. Porcentaje total de fármacos administrados
N=379 (Anexo 3: Tabla 16)

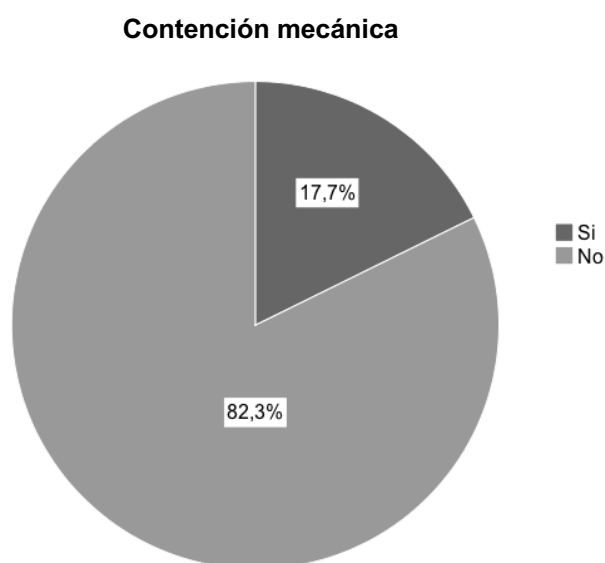


Gráfico 25. Porcentaje total de pacientes contenidos mecánicamente
N=158 (Anexo 3: Tabla 17)

Perfil del tipo de comunicación lingüística

Presencia de barrera idiomática y métodos de traducción

De los 158 pacientes de otras culturas, 26 presentaba barrera idiomática, lo que significa el 16,5% del total (Gráfico 26). De entre los pacientes con barrera idiomática, únicamente se empleó algún sistema de traducción en 8 de ellos, el 26,9%, y se hizo un uso de diferentes metodologías (Gráfico 27). La solicitud de un traductor oficial se llevó a cabo en el 25% de los pacientes; otros sistemas de tipo telemático fueron empleados en el 12,5%. Para el resto de pacientes fueron los familiares (Hermano 25%, Cónyuge 12,5%, Hijo 12,5%) y los amigos (12,5%) los que ejercieron de intermediarios lingüísticos (Gráfico 28).

Barrera idiomática

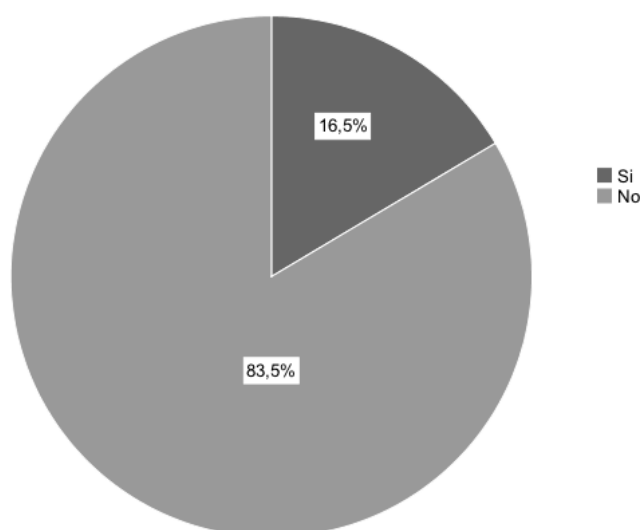


Gráfico 26. Porcentaje total de pacientes que presentan barrera idiomática
N=158 (Anexo 3: Tabla 18)

Empleo de traducción

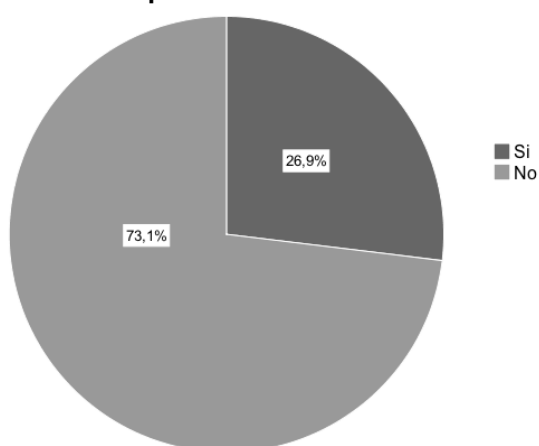


Gráfico 27. Porcentaje total de pacientes en los que se empleó método de traducción
N=26 (Anexo 3: Tabla 18)

Método de traducción empleado

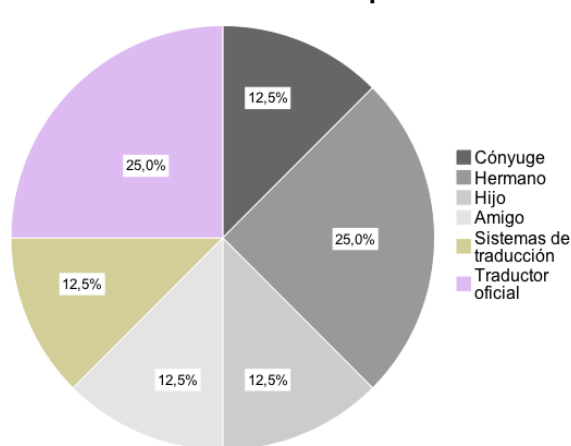


Gráfico 28. Porcentaje total de métodos de traducción empleados
N=8 (Anexo 3: Tabla 18)

Análisis Multivariante

La segunda parte del estudio estadístico se basa en el análisis multivariante, un método que permite establecer la distribución real de las variables y describir su relación²⁹. La justificación de su empleo recae en las características de las variables implicadas. Se trata de variables aleatorias relacionadas de tal forma, que el efecto producido no se puede interpretar individualmente. Dentro de los procedimientos de análisis disponibles, hemos escogido el Análisis de Componentes Principales para datos categóricos o CATPCA que cuantifica las variables categóricas y reduce simultáneamente la dimensionalidad de los datos. El producto final es un conjunto más pequeño que representa la mayor parte de la información de las variables originales y facilita la interpretación de las relaciones existentes³⁰. Como resultado obtenemos un modelo explicativo que habla de la tendencia sociodemográfica de los pacientes con barrera idiomática.

Inicialmente el Análisis CATPCA arrojó como resultado el Modelo 1. En este primer diseño se incluyeron variables cualitativas (la barrera idiomática, el continente, el estado civil y el sexo) y cuantitativas (la edad), asignándose una escala nominal u ordinal según los requerimientos y se obtuvo una varianza total o grado de fiabilidad del 62,02% (Tabla A). Tras el análisis de los resultados, las variables que mostraron mayor correlación con la presencia de barrera idiomática fueron la edad y el estado civil mientras que la variable continente se correlacionó débilmente. El Modelo 1 se descartó porque la variable sexo no mostraba asociación con la barrera idiomática y no era significativa en el modelo de regresión (Anexo 3: Figura1).

Tabla A				
MODELOS	DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH	VARIANZA CONTABILIZADA PARA	
			Total (autovalor)	Porcentaje
Modelo 1	1	0,531	1,738	34,76%
	2	0,333	1,363	27,26%
	Total	0,847 ^a	3,101	62,02%
Modelo 2	1	0,515	1,753	29,21%
	2	0,356	1,422	23,70%
	Total	0,822 ^a	3,175	52,91%
Modelo 3	1	0,498	1,662	33,24%
	2	0,299	1,315	26,30%
	Total	0,830 ^a	2,976	59,52%

El segundo modelo se aplicaron las modificaciones extraídas del Modelo 1 y se añadieron dos nuevas variables cualitativas, red social y situación laboral. La variable situación laboral se recodificó frente a la original quedando dividida en dos grupos: activos (trabajan o trabajan y estudian) e inactivos (pacientes que estudian o están desempleados).

Resumido en la tabla A, el Modelo 2 recogió el 52,91% de fiabilidad de la varianza total. Las variables se situaron en el espacio de tal forma que la barrera idiomática quedó en la bisectriz, sin asociarse específicamente con alguna de las dos dimensiones. Al no poder localizarla en un único eje, todas las variables explicaron por igual la presencia de barrera idiomática (Anexo 3: Figura2). Como característica específica del Modelo 2, las variables situación laboral y red social presentaron colinealidad, quedando explicada la una por la otra, y se descartó la variable situación laboral para el diseño de un tercer modelo.

El Modelo 3 incluyó las 5 variables que mejor se ajustaban a los objetivos. Suprimió la variable red social y obtuvo una varianza total del 59,52% que, si bien es un ligeramente inferior al Modelo 1, es superior a la del modelo 2 y recoge una más de la mitad de los datos (Tabla A). La aplicación del Análisis Multivariado logró identificar tendencia que siguen los pacientes de otras culturas en relación a la barrera idiomática (Figura 3):

- La barrera idiomática va a poder ser explicada por todas las variables. La probabilidad de presentar barrera lingüística es la misma independientemente de la variable que tomes.
- Contra mayor es la edad, mayor barrera idiomática presentan los pacientes. Aquellos que se encuentran por encima de los 47 años tienen mayor asociación.
- La tendencia a presentar barrera idiomática es mayor en pacientes casados.
- La ausencia de red social se asocia con mayor barrera idiomática.
- Los individuos que provienen de Europa Central y Norte, Asia, Otros (EEUU y Nueva Caledonia) y Europa del Este presentan mayor barrera idiomática que los que proviene de otras localizaciones geográficas.
- Se extrapola de los modelos anteriores que:
 - La situación laboral, al presentar colinealidad con la red social, se asocia con mayor presencia de barrera idiomática. El paciente que está activo tendrá una red social adecuada y a la inversa.
 - La variable sexo no muestra asociación, la probabilidad de presentar dificultades en la lengua es la misma tanto si eres hombre como si eres mujer.

Modelo 3

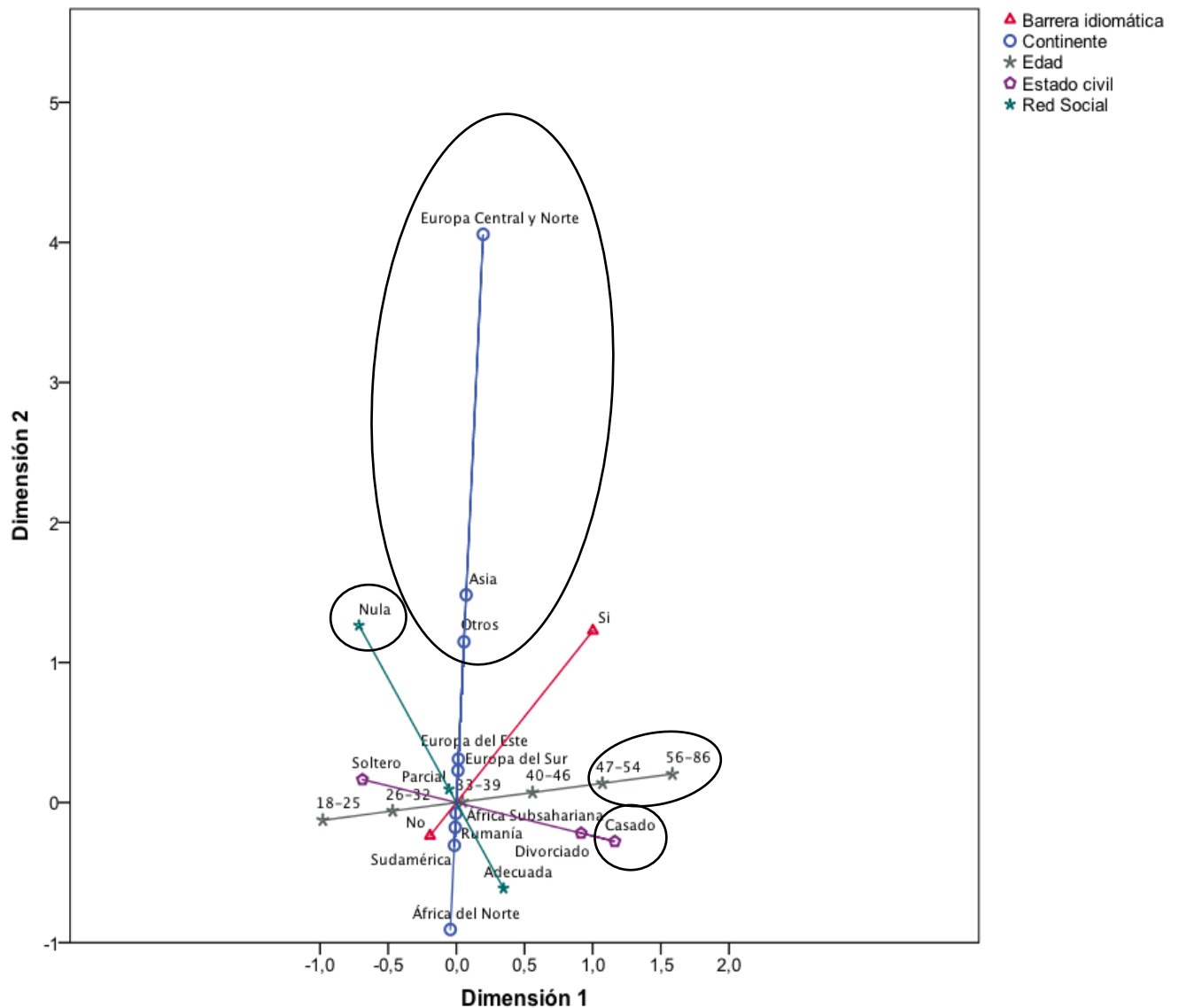


Figura 3: Gráfico resultante de la correlación de las variables incluidas en el Modelo 3 y su distribución en el espacio.

El modelo 3 es el modelo de elección. Explica que todas las variables se correlacionan por igual con la barrera idiomática y no existe ninguna que presente un peso superior a otra. Esto quiere decir que aquel paciente, sea hombre o mujer, mayor de 47 años, casado, activo, con una red social limitada y original de Europa Central y Norte, Asia, Otros (EEUU y Nueva Caledonia) y Europa del Este, dispondrá de una mayor tendencia a presentar barrera idiomática. Por el contrario, aquel paciente menor de 32 años, soltero, inactivo, con una red social adecuada y procedentes de África, Sudamérica y Rumanía, tendrá menos dificultades con el idioma y a la hora de comunicarse.

Discusión

1. Fortalezas del estudio

Los fines expuestos no podrían haberse definido si la pregunta de investigación partiese de un planteamiento equívoco. Sin embargo, en base a las recomendaciones Cummings³², nuestro estudio cumple los requisitos necesarios y añade valor al conocimiento previo:

1. **Original.** La pregunta ha sido formulada a lo largo de la historia en numerosas ocasiones, pero la evidencia no está actualizada y los resultados no se corresponden con la sociedad actual, en continuo cambio y bajo los efectos de la globalización. Los trabajos previos incluyen como variables recurrentes de estudios el diagnóstico de psicosis, el sexo y la edad, en el nuestro se han incluido 28 variables más allá de las clásicas que justifican la originalidad.
2. **Ético.** Dentro de las posibilidades del estudio, los riesgos de los sujetos son mínimos y los beneficios máximos; se ha mantenido en todo momento las máximas garantías de confidencialidad.
3. **Relevante y pertinente.** Existe una reflexión previa sobre la asistencia y abordaje los pacientes de otras culturas iniciada empíricamente por los facultativos y reforzada por los estudios posteriores, que requiere de actualización constante. El conocimiento generado favorecerá la promoción y mejora de la salud de pacientes seleccionados.
4. **Factible.** Esta pregunta no arroja únicamente datos numéricos sino que tiene como último fin transformarse en un plan válido. Se dispone de los recursos humanos, materiales y organizativos necesarios y el apoyo institucional que garantiza su puesta en marcha.

2. Limitaciones del estudio

El tipo de estudio

No es un estudio multicéntrico, se trata de un estudio descriptivo basado en el análisis de un único servicio de psiquiatría hospitalaria y esto puede afectar la representatividad de los resultados, dificultándose la extrapolación a otros centros sanitarios.

Recogida de datos

La validez interna del estudio se puede ver afectada por el modo de recogida de información. Al tratarse de un estudio retrospectivo y no poder disponer de la

información en tiempo real, los datos fueron extraídos de informes previos. A este hecho se le suma otra limitación metodológica, la información recogida formaba parte de los informes de alta y no de las Historias Clínicas, lo que puede haber afectado a la calidad/cantidad de información al verse visto omitidos los datos o no quedar reflejados en la fuente de documentación escogida.

Población a estudio y heterogenicidad

En el estudio se ha considerado un solo grupo de análisis, los inmigrantes, una comparación con la población general haría fortalecido los resultados. Además, aunque se recogen los pacientes asistidos durante 3 años, el tamaño poblacional es pequeño y dificulta las conclusiones epidemiológicas.

Por otro lado, el paciente inmigrante ha sido estudiado como un todo sin tener en cuenta la heterogeneidad cultural existente y, a pesar de haber agrupado las nacionalidades en Clusters, estos no han sido empleados para analizar las diferencias entre culturas. Más allá del sujeto, esta limitación también la identificamos en el análisis comparativo de nuestro estudio y los de otros países. La situación de Europa lejos de ser uniforme, está en continuo cambio. La gran variabilidad de los flujos de inmigrantes y las características migratorias de los distintos países hace que comparar los porcentajes de los grupos étnicos con España nos lleve a resultados inexorablemente dispares. Extrapolar los datos, aunque los sujetos compartan rasgos culturales, puede obtener conclusiones poco rigurosas y conducir a error al existir factores de confusión no identificados.

Profesionales sanitarios

Los profesionales de la salud no están exentos de generar sesgos. Las percepciones personales, la presencia de prejuicios o la falta de formación en el manejo del paciente inmigrante puede condicionar el diagnóstico y los procedimientos clínicos y terapéuticos. La falta de rigor médico influye en la veracidad de los resultados y genera disonancias cuando estos se comparan con otros estudios.

3. Estudios comparativos según los principales apartados

Durante décadas se han llevado a cabo estudios sobre la prevalencia de las diferentes expresiones de la enfermedad mental en las minorías étnicas y la relación entre estas y los servicios de salud. A principios de este siglo la política de salud mental denotó interés por los problemas psíquicos de los inmigrantes como ilustra el creciente número de publicaciones³². Estos estudios han demostrado gran diversidad, analizamos en la discusión las semejanzas y diferencias encontradas.

Población hospitalizada de origen extranjero

Los resultados de nuestro estudio revelan que, en la actualidad, la población inmigrante representa el 14,89% de los ingresos en la Unidad de Agudos del Hospital Clínico Lozano Blesa. Entre los años 2014-2016, Rosillo et al. (Zaragoza, 2017)³³ arroja para esta unidad un porcentaje de asistencia del 12% en pacientes considerados de otra cultura y si nos remontamos al estudio de Alda et al. (Zaragoza, 2004)³⁴, el porcentaje de ingresos de inmigrantes para el inicio del milenio se sitúa entre 3,49% y el 6,45% del total. Los datos ponen de manifiesto una tendencia asistencial creciente durante las dos últimas décadas que se desconoce si continuará en aumento.

De los 158 pacientes extranjeros estudiados, la mayoría provienen de países con alta tasa de presión migratoria³⁵. El porcentaje más numeroso es el de personas procedentes de Sudamérica (22,8%) y Rumanía (18,6%) que se sabe, eligen nuestro territorio debido a la similitud cultural e histórica (antiguas colonias) o por la proximidad lingüística³⁴. Existe una gran infrarrepresentación de los pacientes de Europa Central y Norte (1,9%), países históricamente receptores de inmigración. En España, un estudio llevado a cabo por Gotor et al. (Madrid, 2004)³⁶ en pacientes extranjeros hospitalizados encontró una distribución con su máxima representación en Sudamérica (41%), seguidos de África Subsahariana (24,6%) y Europa Central (24,6%). Esta distribución difiere en los dos últimos grupos si bien queda patente la alta proporción de pacientes hispanos ingresados.

Edad, sexo y perfil sociodemográfico

En nuestro estudio la edad media global es de 35,6 años, 10 puntos superior a la obtenida en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Alcalá por Ochoa et al. (Madrid 2002)³⁷ que alcanzaba los 26,4 años en pacientes extranjeros. En este mismo estudio, las variables sociodemográficas de los inmigrantes se equipararon a la población general y fueron a su vez, semejantes con otras investigaciones como la de Sanz et al, (Madrid, 2004)³⁸ que definían la edad media de la población adulta en 34,62 años. Se confirma que la población inmigrante, al igual que la población nacional, es más joven en su conjunto³⁹.

En cuanto al sexo, encontramos una distribución por género relativamente homogénea, predominan los varones frente a las mujeres, el 57% respecto al 43%. Sanz et al³⁸ contradice estos datos y expone en su estudio que la mayor población atendida son mujeres, 58,9% frente al 41,1%, si bien la muestra se extrae de dispositivos asistenciales comunitarios y atención primaria. Ochoa et al.³⁷ encuentra un 75% de

mujeres atendidas en Centros de Salud Mental y un 50% de hombres en que precisaron ingreso psiquiátrico. Los datos nos conducen a un mayor empleo de los servicios de asistencia primaria por parte del género femenino. Se plantea si las diferencias encontradas se deben a una sobrerrepresentación del hombre en la población general, una mayor probabilidad de presentar enfermedad mental o un incremento del riesgo relativo de ser hospitalizados⁴⁰.

Las diferencias sociodemográficas del paciente inmigrante respecto al paciente español son claras cuando se compara el nivel económico y el soporte familiar. El perfil asistencial del paciente de nuestro estudio responde a un ciudadano con un nivel de desempleo elevado, en estado de soltería y bajo una red social parcial (débil agrupación familiar y cierto aislamiento social). Estos factores están asociados con un menor acceso a la atención psiquiátrica y una peor calidad de la asistencia recibida. Por un lado, el bajo nivel económico perpetúa y desencadena la enfermedad mental y por otro una red social inestable, sin la familia en la proximidad, dificulta el apoyo emocional, la adhesión terapéutica y empeora el pronóstico⁴¹.

Contexto clínico y administrativo

Los inmigrantes tienden a ser admitidos en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales durante las fases agudas de sus enfermedades mentales graves³⁵. Es así como el 78,5% de los pacientes de nuestro estudio provienen de Urgencias y reciben su primera atención desde emergencias hospitalarias motivada por una descompensación psicótica (38%) o por una alteración de conducta o agitación (31,6%), como corresponde al tipo de hospital. A los datos anteriores se le añade que el 61% de los extranjeros no han recibido atención previa en los servicios de salud con anterioridad ni presentan ingresos hospitalarios previos. No lejos de la realidad, Gotor et al³⁶ presenta en su estudio resultados similares y expone cómo el número de extranjeros que recibe su primera atención en el servicio de urgencias triplica al de los españoles. Internacionalmente, Lay et al⁴² evaluó en el cantón de Zurich a 574 pacientes extranjeros, identificándose el presente ingreso hospitalario como el primero. Esta situación se explica por la falta de familiarización con la atención médica del país y las dificultades de acceso al sistema sanitario que derivan en una ausencia de diagnóstico de la patología en estadios subagudos.

Por otro lado, los ingresos involuntarios de las unidades psiquiátricas están muy extendidos entre los pacientes inmigrantes⁴³. En nuestra población, las cifras alcanzaron porcentajes del 53,3% y fueron relativamente superiores al voluntario. Esto puede

deberse a la falta de conciencia de enfermedad y a las alteraciones conductuales. Sin saber como pedir ayuda, los inmigrantes con patología mental pueden precipitar un comportamiento coercitivo manifestando un lenguaje corporal percibido como agresivo y derivando en un ingreso involuntario. Estudios internacionales como los de Bjørngaard & Heggstad (Noruega, 2001)⁴⁴, Iversen y Morken (Noruega, 2003)⁴⁰ y Spinogatti et al. (Italia, 2015)³⁵ han observado, en momentos temporales diferentes, una frecuencia de admisión involuntaria superior en pacientes con antecedentes de movimientos migratorios frente a la población general y lo asocian, en sus conclusiones, a la presencia factores culturales. Sus investigaciones ponen de manifiesto que los inmigrantes admitidos involuntariamente reciben con mayor frecuencia diagnósticos de esquizofrenia y trastornos psicóticos, presentan problemas sociales y pertenecen al género masculino. En la bibliografía obtenida sobre este tema predomina la tendencia a afirmar que los inmigrantes requieren, por las características que derivan de su condición, un ingreso de carácter involuntario, sin embargo las diferencias encontradas en los estudios españoles de Gotor et al.³⁶ y Pérez-Rodríguez et al.⁴⁵ son tan leves que los propios autores tienden a despreciarlas.

Las cifras que se barajan en cuanto a la estancia media del ingreso de nuestros pacientes entre los años 2017 y 2019 es de 18,89 días, con un rango de variación de 1-46 días. El análisis llevado a cabo por García et al.⁸ para la misma unidad y periodo de tiempo encontró una estancia media total para pacientes nacionales y extranjeros de 13,09 días. Gracias a esta comparación se puede afirmar que en la UHA de Psiquiatría de Zaragoza los pacientes extranjeros tienen ingresos más prolongados que los españoles y se puede deber, en parte, a una menor percepción de gravedad de la enfermedad. Con la Unidad de Hospitalización de Corta Estancia de Madrid como espacio de análisis, Gotor et al.³⁶ obtiene datos de duración de ingreso próximos a los nuestros, acotando la media en 18,1 días. Predominan los estudios en los que aparece un tiempo de estancia media mayor en el grupo de pacientes inmigrantes, en especial si se toman aquellos que presentan dificultades en el manejo del idioma.

Las altas voluntarias llevadas a término en nuestra investigación apenas alcanzan el 5,1% y son sorprendentemente más bajas que las encontrados por Pages et al. (Washington, 1998)⁴⁶ para el total de la población (6-35%). Alda et al.³⁴ reporta en su estudio una distribución de alta voluntaria significativamente superior en pacientes caucásicos (9,8% vs 2,9%), existiendo 3,5 veces más de probabilidad de ser dados de tras una petición personal. Este fenómeno puede ser explicado por una menor capacidad de insight, condicionada por la cultura, y el mayor número de episodios conflictivos experimentados durante la hospitalización⁴⁷.

Por último, una vez son dados de alta hospitalaria, la totalidad de los pacientes de nuestro estudio son derivados a un dispositivo asistencial para seguimiento. Como opción principal de derivación tras el ingreso encontramos los Centros de Salud Mental con el 54,4% de los pacientes, seguido del Hospital de Día con un 11,4% y de la derivación simultánea a Centro de Salud Mental y Centro de desintoxicación con un 5,7%. En el caso de los pacientes de la muestra de Alda et al.³⁴, se observa que muchos individuos no son derivados a ningún dispositivo de asistencia ambulatoria siendo las diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes autóctonos. De esto se traduce que en la UHA no se interrumpen los cuidados para los pacientes inmigrantes y se proporciona una continuidad en la atención si bien es cierto que no disponemos de datos de cumplimentación del seguimiento posterior.

Patología psíquica, consumo de tóxicos y colaboraciones durante el ingreso

La investigación de inmigración que comenzó a principios del siglo XX con el trabajo fundamental de Odegaard⁴⁸, apunta que los inmigrantes muestran niveles más altos de enfermedad mental. Estudios comparativos recientes sobre psicosis esquizofrénicas, han demostrado la influencia de la cultura en la representación sintomática y transcurso de la enfermedad¹¹. Si bien los estudios de Bughra y Jones⁴⁹ sugieren una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica, esquizofrenia y psicosis en los pacientes inmigrantes, Baca-García et al. (Madrid, 2007)³² junto a Lay et al. (Zurich, 2001)⁴², han demostrado que las diferencias de diagnóstico entre usuarios que provienen de países con alta tasa de migración no son superiores a los pacientes nativos y contrastan el postulado tradicional de que los inmigrantes tienen tasas de ingreso psiquiátrico más elevadas. Al no disponer de la comparación con un grupo control, no podemos arrojar datos que disciernan el conflicto pero podemos indicar, de entre todas las enfermedades mentales incluidas en nuestro análisis, una elevada prevalencia del grupo de las psicosis (consumo de tóxicos, trastorno por ideas delirantes, esquizofrenia / esquizofreniforme y trastorno psicótico agudo) ya que engloban al 63,1% de los pacientes.

Por otro lado, existen estudios que demuestran que los diagnósticos más frecuentes en los pacientes extranjeros son el trastorno de ansiedad y el trastorno adaptativo. Relativo a ello, Pérez-Rodríguez (Madrid, 2003)⁴⁵ et al. encuentra en 319 pacientes inmigrantes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Fundación Jiménez Díaz mayor prevalencia de neurosis e intentos de suicidio. Este grupo de patologías nuestro estudio las cataloga como “otros diagnósticos”, diagnósticos secundarios al principal y destaca el trastorno de la personalidad, presente en el 27,2% de los pacientes estudiados. Más

allá de las diferencias encontradas, las aparentes contradicciones manifiestan la dificultad de generalizar de los resultados diagnósticos de los inmigrantes y destacan la importancia de realizar estudios específicos, sistemáticos y culturalmente sensibles en todos los territorios del país.

Otra variable que ha demostrado históricamente alta prevalencia es el consumo de alcohol y drogas y los trastornos derivados de su uso³⁷. Esta correlación ha sido parcialmente descrita por Walsh et al. (Nueva York, 2014)⁴⁷ encontrando una mayor comorbilidad entre la patología mental grave y el uso combinado de drogas y alcohol, únicamente estudiado en una muestra compuesta por hombres. Ochoa et al.³⁷ objetiva el hábito de consumo en el 75% de los pacientes de otras culturas y asocia un mayor consumo de alcohol a la población hispanoamericana y Europa del Este y de cannabis a la población africana. Respecto al consumo de tóxicos, nuestro estudio obtiene datos dispares. De entre los 158 pacientes analizados apenas un 47,4% refiere consumo, siendo el cannabis (28,9%) y el alcohol (18,4%) los más representativos. Los resultados obtenidos de tóxicos en orina siguen la línea del consumo, resultando positivo en el 29,7% de los pacientes. No podemos concluir, con los datos de los que disponemos, que haya un mayor consumo de tóxicos en los pacientes de otras culturas ingresados en la UHA.

Como queda reflejado en el perfil sociodemográfico, el estudio trabaja con personas que además de su patología psíquica, disponen de una situación económica y social frágil. Para el abordaje de esta problemática se encuentra el equipo de Trabajo Social y, al contrario de lo que podríamos pensar, solo en el 33,5% de los pacientes se dispuso su presencia. Estos no son datos aislados sino que apoyan los hallazgos de Gotor et al.³⁶, situando el contacto con los Servicios Sociales en un 38,6%. La comparativa con el grupo de nacionales la expone Rosillo et al.³³, sin aportar diferencias significativas en la petición de colaboración. Podemos extraer la siguiente conclusión: la atención prestada a la problemática socioeconómica de los pacientes psiquiátricos ingresados en la UHA es la misma, independientemente de su lugar de procedencia.

Si continuamos analizando la solicitud de colaboraciones/interconsultas, llegamos hasta los servicios médico-quirúrgicos y encontramos una distribución parecida a la de Trabajo Social. La solicitud de asistencia por parte de otros servicios se alzó en el 33,5%, siendo Medicina Interna y Neurología el grupo de especialidades más demandadas. En un primer momento se pensó que las cifras podían corresponderse a la comorbilidad médica de los pacientes psiquiátricos. En este caso, fue la patología digestiva, las enfermedades cardíacas y el grupo compuesto por otros (traumatismos, heridas inciso-contusas...) la que recogían en su conjunto mayor incidencia, quedando justificada la

intervención. Alda et al.³⁴ no encontró diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que interconsultan a los servicios médico-quirúrgicos, y no pudo confirmar la mayor presencia de comorbilidades en pacientes inmigrantes.

Contexto terapéutico

En cuanto a lo que el tratamiento farmacológico se refiere, existen muchos estudios en los que los inmigrantes, especialmente los de raza negra, reciben mayores dosis de neurolépticos en cualquier nivel de asistencia médica⁵⁰. Nuestro análisis descriptivo identifica como fármacos más empleados los antipsicóticos (orales-34% y Depot-13,5%) y las benzodiacepinas (33,5%). Estos datos pueden tener relación con la patología diagnosticada, psicosis en su mayoría, ya que son el fármaco de elección para el control sintomático. Rosillo et al.³ refiere en su estudio una superioridad en el uso de antipsicóticos frente a otras terapias como los antidepresivos o los fármacos estabilizadores sin encontrar en su análisis inferencial diferencias con los pacientes nacionales. En el trabajo presentado por Alda & Campayo (Zaragoza, 2007)⁵¹ las dosis de ajustadas de neurolépticos (risperidona) suministradas a la población inmigrante fueron superiores a las de los pacientes nacionales.

Otra de las medidas terapéuticas y de seguridad en casos de agitación es la contención mecánica, diseñada para restringir los movimientos libres. La mayoría de los estudios previos de contención valoran un mayor uso en el subgrupo de inmigrantes. Knutzen et al. (Noruega, 2007)⁵² describe una tasa superior de restricción mecánica, especialmente los más jóvenes, y una mayor duración de la misma si se compara con el grupo de pacientes nativos. Rosillo et al.³³ desmiente en el 2017 la teoría que apoya la probabilidad de presentar mayor contención mecánica si eres inmigrantes al no encontrar significación en su estudio (16,9% VS 24,6%). A falta de disponer de los valores para los nacionales, destaca la obtención de un porcentaje similar para los inmigrantes en nuestro estudio (17,7%).

Contexto Lingüístico

Está bien documentado que las minorías culturales y étnicas tienen dificultades de comunicación y subutilización de la mediación cultural³⁶ no obstante, no se disponen de suficientes estudios que analicen la variable idioma. Entre los investigadores del territorio español, Destaca Sanz et al.³⁸ al estimar la relación existente entre la adhesión al tratamiento y el dominio del idioma. Mediante regresión lineal explica cómo los pacientes más cumplidores disponen de un menor dominio de este. Estos datos resultan

interesantes y aun cuando nuestro estudio no maneja misma hipótesis, se pueden emplear para hablar de los pacientes con limitaciones en el manejo del español. La barrera idiomática de nuestra investigación está presente en un 16,5% de los pacientes y es inferior al obtenido en el estudio anterior, que sitúa la barrera en el 27,3%. Nuestro valor queda más próximo a la investigación de Gotor et al³⁶, que identifica un desconocimiento de castellano en el 11,7% de los inmigrantes.

La revisión bibliográfica de Lindert et al. (Londres, 2008)⁵³ sobre la situación de los inmigrantes Europeos en el sistema de salud mental, aborda la problemática de la barrera lingüística. Localiza estudios en los que las personas mayores, pobres y mujeres tienen a tener más barrera idiomática que los varones, jóvenes y con solvencia económica⁵⁴. Esta línea de investigación se ha trabajado a través del análisis multivariante obteniendo unos resultados casi idénticos. La presencia de barrera idiomática del estudio quedaba explicada con la misma fuerza por la variable edad, continente, estado civil y situación laboral y las tendencias hacían referencia individuos mayores de 47 años, casados, red social escasa y originarios de Europa del Norte y Central, Asia, EEUU y Nueva Caledonia.

Si bien es cierto que el porcentaje de pacientes en los que el idioma imposibilita la expresión es bajo, cuando llegan al hospital se deben proporcionar intérpretes profesionales en los casos en los que la clínica sea florida y la comunicación imposible. Con afán de evitar los malentendidos y actitudes interpretadas como agresivas o violentas, la presencia de alguien con la misma concordancia lingüística incrementa el sentimiento de seguridad y facilita el abordaje de la patología psiquiátrica. En este sentido, Green et al. (EEUU, 2005)⁵⁵ expone el uso de traductores en la atención médica como una tendencia al alza y relaciona el papel del intérprete con la forma en la que el paciente percibe su calidad médica. Los pacientes que usan intérpretes son más propensos preguntar sobre su atención que los pacientes con un lenguaje concordante, equiparándose los niveles de satisfacción de la atención general brindada.

El paso de la teoría a la práctica sigue siendo, en la actualidad, escaso⁵⁵. De acuerdo con el estudio llevado a cabo por Iversen et al. (Noruega, 2008)⁴³ sobre una muestra de 120 pacientes inmigrantes, el uso de traductores fue mínimo en las unidades hospitalarias (9,1% de los pacientes, representación mayor en los ingresos involuntarios). En nuestro estudio, de entre los pacientes con barrera idiomática, únicamente se empleo algún sistema de traducción en el 26,9%. La solicitud de un traductor oficial estuvo presente en el 25% de los pacientes, otros sistemas de tipo telemático fueron empleados en el 12,5% y para el 62,5% de pacientes restantes fueron los familiares los que ejercieron de intermediarios lingüísticos.

Esto plantea la cuestión acerca de si los servicios psiquiátricos están estructurados de manera óptima para satisfacer las necesidades de los inmigrantes. Los Servicios de salud mental deberían tener acceso a personas familiarizadas con hábitos y costumbres culturales diferentes y estipular la provisión de servicios especializados para inmigrantes. En esta línea hemos diseñado en la UHA y en Hospital General un plan de mejora asistencial (Anexo 4) basado en la figura del intermediario cultural que esperamos poder presentar como proyecto de innovación docente de mejora de la calidad asistencial.

Conclusiones

1. La presencia de pacientes provenientes de otras culturas es un fenómeno en alza, entre los años 2017-2019 el 14,89% de los pacientes ingresados en la UHA eran extranjeros.
2. Hay una amplia representación de países en nuestra población. De las 41 nacionalidades, el país más representado es Rumanía y el grupo étnico con mayor demanda asistencial, Sudamérica.
3. Se ha observado una mayor asistencia en población varón y joven, con una media de edad de 35,6 años. El perfil asistencial responde a un ciudadano con un nivel de desempleo elevado, en estado de soltería y con un soporte social limitado.
4. Se ha observado mayor admisión desde Urgencias, primer contacto con los servicios de salud mental, y predominio de los ingresos involuntarios. La estancia media del ingreso es más prolongada que los españoles, de 18,89 días y tras el alta, la totalidad de los pacientes son derivados a un dispositivo asistencial siendo los Centros de Salud Mental la primera opción.
5. Se ha observado una amplia variedad de situaciones clínicas entre los pacientes. Existe una elevada prevalencia del grupo de las psicosis (consumo de tóxicos, trastorno psicótico agudo, esquizofrenia / esquizofreniforme, episodio psicótico agudo y trastorno por ideas delirantes) en el diagnóstico principal y de los trastornos neuróticos en los diagnósticos secundarios. El consumo de tóxicos no supera la mitad de la población estudiada y se correlaciona con la aparición de patología al ser uno de los diagnósticos más prevalentes.
6. Se ha observado una mayor prescripción de antipsicóticos y benzodiacepinas frente a otros fármacos y no sobresale la contención mecánica como medida terapéutica. Tampoco destaca la prevalencia de comorbilidad médica asociada ni las interconsultas a Trabajo Social o Servicios Médico-quirúrgicos, siendo Medicina Interna y Neurología las especialidades que más pacientes han asistido.
7. Se identifica barrera idiomática y cultural en el 27,3% de los inmigrantes ingresados. Se requieren medidas de traducción en una cuarta parte de ellos y los familiares son los intermediarios lingüísticos más empleados.
8. En base al análisis multivariante, las variables que se asocian a la presencia de barrera idiomática son la edad (>47 años), el estado civil (casado), el lugar de procedencia (países asiáticos y centroeuropeos) y la red social (parcial), no se observa asociación con el sexo.
9. El presente estudio evidencia la necesidad de un programa de mejora centrado en la capacitación cultural de los profesionales sanitarios (psiquiatras y también médicos de otras especialidades) en donde se disponga de mediadores culturales procedente de la Facultad de Medicina y que hayan sido previamente entrenados y sensibilizados con los problemas específicos de los inmigrantes. Su aplicación supondrá la innovación y mejora en la calidad de la asistencia, docencia e investigación clínica en esta área.

Bibliografía

1. Caballero L, Roberto F. Seminario sobre: Formulación y abordaje cultural de casos psiquiátricos. Madrid: Almirall; 2008. p.7-16
2. Martínez M, Martínez A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. An Sis San Navarra. 2006; 29(1): 63-75.
3. Gutiérrez ML. Psiquiatría transcultural: A propósito de un caso. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010; 30(4): 639-644
4. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 13(1): 1-16
5. Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D. et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. BMC Public Health. 2011; 11(652): 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-652>
6. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019; [citado 2020 Mayo 10]; [1 pantalla]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/cp_i2019_p.pdf
7. Balbo E. Salud Mental e inmigración magrebí. Salud Global. 2004; (4): 1-8
8. García MP, Campos R. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes de otras culturas ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) y de los atendidos por la Unidad de Psiquiatría y Psicopatología [trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2018
9. Navarro L, Calles R, Couros de la Cruz J. Psiquiatría transcultural. Relevancia de la cultura en la salud mental. Cross-cultural psychiatry. Relevance of culture in mental health. Norte de salud mental. 2019; XVI (61): 55-61
10. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [consultado en febrero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
11. Wolfgang J. Factores culturales en Psiquiatría. Investigación en Salud. 2008; X(3): 34-42
12. Pérez- Sales P. Patología Psiquiátrica en Población Inmigrante. En: Morera J, Alonso A, Huerga H (ed). Manual de atención al inmigrante. Madrid. Ergon; 2009. p.133-145
13. Sayed-Ahmad N, Río MJ, Fernández G. "Salud Mental". En: Manual de Atención sanitaria a Inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2007; VII: 126-144

14. Bhugra D, Kamaldeep B. Cross-cultural Psychiatric Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1997; 3: 103-110. Doi: 10.1192/apt.3.2.103.
15. Pou C, Boubri M, Toribio M, Basanta A, Cano C . Transculturalidad en hospitalización. En: Cuevas J, Serrano A, Rodríguez MJ, Baladón L, editores. *Hospitalización Psiquiátrica Breve. Manual Clínico*. 1ª ed. España: EM Panamericana; 2019. p. 277-291
16. Durá M. *Psiquiatría Transcultural*. Isla de Arriarán. 2002; 19: 329-334
17. Achotegui J. *Psiquiatría e inmigración. Proyecto de formación continuada para especialista en Psiquiatría. Módulo 2*. Badalona: EUROMEDICE ediciones médicas; 2010
18. Collazos F, Ghali K, Ramos M, Qureshi A. Salud mental de la población inmigrante en España. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2014; 88(6): 755-761. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008>.
19. Collazos F, Qureshi A, Antonin M, et al. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29(3): 307-315.
20. Peláez C, Serrano E. Cultura y enfermedad mental. En: Bravo MF, Saiz J, Bobes J. *Manual del Residente en Psiquiatría*. Madrid: ENE Life Publicidad S.A. y Editores; 2009. p.71-77
21. Mbayiwa M. Diversity in inpatient care. En: Barrera A, Attard C, Chaplin R, editores. 1º ed. *Oxford Textbook of Inpatient Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2019. p. 263-266
22. Caraballo A, Robin J, Russell L. Applying the DSM-5 Outline for Cultural Formulation And the Cultural Formulation Interview. En: *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. 2º ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2015. p.1-76
23. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011; 10(1): 2-10. Doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00002.x
24. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111: 84-93
25. Balbo E, Pis-Diez G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de Psiquiatría*. 2007; 70(3): 173-188
26. Caballero L. DSM IV-TR Cultural formulation of psychiatric cases: two proposals from clinicians. *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 502-23.

27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of Race and Ethnicity in Public Health Surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (RR-10):11-12 Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021729.htm>
28. Campos R. Proyecto de Gestión Clínica. Unidad de Hospitalización de Adultos. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Presentado el 15 de Abril de 2015. BOA 86, 8 de Mayo 2015.
29. Cuadras CM. Nuevos Métodos de Análisis Multivariante. Barcelona: CMC Editions; 2010
30. International Business Machines Corporation (IBM) [Internet]. EEUU; 2019. Análisis de componentes principales categórico (CATPCA); [citado 2020 Mayo 13]. Disponible en: https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/es/SSLVMB_subs/statistics_mainhelp_ddita/spss/categories/idx_cpca.html
31. Pradas F. Diseño y tipos de estudios epidemiológicos [apuntes]. Diplomado en Salud Pública. Metodología en Salud Pública, IACS. 2020 [inédito]. p.1-9
32. Baca-García E, Pérez M, et al. Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante. Monografías de Psiquiatría. 2005; 4: 11-17
33. Rosillo N, Campos R. Perfil clínico-asistencial y complejidad en pacientes de otras culturas en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría (UHA) [trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017
34. Alda M, García Campayo J, Orozco G. Aspectos clínicos, asistenciales y terapéuticos de los pacientes inmigrantes y de étnica gitana ingresados en plantas psiquiátricas: estudio controlado frente a población autóctona [tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2005
35. Spinogatti F, Civeni G, Conti V, Lora A. Ethnic differences in the utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015; 50(1): 59-65. Doi:10.1007/s00127-014-0922-0
36. Gotor L, González-Juárez C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39(7): 560-568. Doi: 10.1007/s00127-004-0786-9.
37. Ochoa E, Vicente N, Díaz H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: demanda en un centro de salud mental y hospitalización. Psiquiatría.com. 2004; 8(3)

38. Sanz LJ, Elustondo I, Valverde M, Montilla JF, Miralles M. Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; 27(2): 09-19
39. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría.* 2004; 5(21): 39-53
40. Iversen VC, Morken G. Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(9): 515-519. Doi:10.1007/s00127-003-0664-x
41. Saarento O, Oiesvold T, Sytema S, Göstas G et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33(11): 521-527. Doi: 10.1007/s001270050089.
42. Lay B, Lauber C, Rössler W. Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(5): 358-366. Doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00509.x
43. Iversen VC, Berg JE, Småvik R, Vaaler AE. Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011; 18(8): 671-676. Doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01718.x
44. Bjørngaard JH, Heggestad T. Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser? [Can case-mix explain differences in involuntary admissions?]. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2001; 121(29): 3369-3374
45. Perez-Rodriguez M, Baca-García E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, Basurte-Villamor I, Sevilla J, Gonzalez de Rivera JL, Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *European Journal of Public Health.* 2006; 16(4): 383–387. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl021>
46. Pages KP, Russo JE, Wingerson DK, Ries RK, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatr Serv.* 1998; 49(9): 1187-1192. Doi:10.1176/ps.49.9.1187
47. Walsh SD, Blass D, Bensimon-Braverman M, Barak LT, Delayahu Y. Characteristics of immigrant and non-immigrant patients in a dual-diagnosis psychiatric ward and treatment implications. *J Immigr Minor Health.* 2014; 16(6): 1045-1054. Doi:10.1007/s10903-014-9982-1

48. Odegaard O. Emigration and insanity: a study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota. *Acta Psy- chiatr Scand*. 1932; 7(4): 1–206.
49. Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. *Adv Psychiatr Treat*. 2001; 7(3): 216–22.
50. Kane JM, Leucht S, Carpenter D& Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(12): 25.
51. Alda M, García Campayo J, Sobradie N. Differences in the diagnosis and treatment of immigrant and local psychiatric inpatients admitted to a general hospital in Spain: a controlled study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(5): 262-269
52. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint--a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007; 61(3): 201-206. Doi: 10.1080/08039480701352520
53. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry*. 2008; 23(1): 14-20. Doi:10.1016/S0924-9338(08)70057-9
54. Yeo S. Language barriers and access to care. *Annu Rev Nurs Res* 2004; 22: 59-73
55. Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(11): 1050-1056. Doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0223.x

ANEXOS

ANEXO 1. Plantilla recogida de datos

IDENTIFICACIÓN:

MES:

AÑO:

EDAD:

SEXO	
Hombre	
Mujer	

ESTADO CIVIL	
Soltero	
Casado	
Divorciado	
Viudo	
Desconocido	

SITUACIÓN LABORAL	
Inactivo	
Activo	
Estudiante	
Estudia y trabaja	

RED SOCIAL	
Nula	
Parcial	
Adecuada	

ORIGEN DE INGRESO	
Urgencias	
Programado	
Otra Planta	
Otro Hospital	
CCEE o CSM	
Otros	

MOTIVO DE INGRESO	
Descompensación psicótica	
Ideas/intento autolítico	
Desintoxicación	
Problemática social	
Alteración de conducta/agitación	
Otros	

DERIVACIÓN AL ALTA	
CSM	
CCEE	
UME	
Otra Planta	
Otro Hospital	
Hospital de día	
Centro de desintoxicación	
Otro	

ALTA VOLUNTARIA LLEVADA A TÉRMINO	
Si	
No	

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
Presencia de antecedentes psiquiátrico personales	
Paciente conocido previamente en la UHA	
Paciente con ingresos previos en la UHA	

CONSUMO DE TÓXICOS	
Alcohol	
Cannabis	
Alcohol y cannabis	
Otras sustancias psicoactivas/ psicotrópicas	
Cannabis y otras sustancias psicoactivas/ psicotrópicas	
No	

CONTENCIÓN MECÁNICA	
Si	
No	

PETICIÓN DE COLABORACIÓN A TRABAJO SOCIAL	
Si	
No	

TÓXICOS EN ORINA	
Si	
No	

TIPO DE INGRESO	
Ingreso voluntario	
Ingreso involuntario	

TRATAMIENTO RECIBIDO	
Antidrepesivos orales	
Antipsicóticos orales	
Antipsicóticos depot	
TEC	
Fármacos estabilizadores	
Benzodiazepinas	
Pregabalina	

DÍAS DE INGRESO	
-----------------	--

SOLICITUD DE COLABORACIÓN A OTROS SERVICIOS	
Neurología	
Medicina Interna	
Dermatología	
Endocrinología	
Urología	
Traumatología	
Ginecología	
Otorrinolaringología	
Cirugía General	
Reumatología	
Infecciosas	
No precisó	

ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS	
ETS	
HTA	
Dislipemia	
Diabetes	
Aborto	
Enfermedad digestiva	
Enfermedad Pulmonar	
Enfermedad Cardíaca	
Enfermedad Reumática	
Enfermedad Neurológica	
No	
Otros	

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
Consumo de tóxicos	
Dependencia comportamental	
Depresión	
Episodio autolítico	
Episodio maniaco	
Episodio psicótico agudo	
Esquizofrenia/ Esquizofreniforme	
Reacción vivencial anómala	
Trastorno persistente de la realidad	
Trastorno disociativo	
Trastorno adaptativo	
Trastorno bipolar	
Trastorno de la personalidad	
Trastorno de comportamiento debido a enfermedad orgánica	
Trastorno de comportamiento social	
16= Trastorno depresivo	
Trastorno disociativo	
Trastorno esquizoafectivo	
Trastorno mental grave	
Trastorno neurocognoscitivo	
Trastorno por ideas delirantes	
Trastorno psicótico agudo	
Trastorno psicótico crónico	
Distimia	
TOC	
Trastorno ansioso-depresivo	
Trastorno de ansiedad	

OTROS DIAGNÓSTICOS	
Autólisis	
Consumo de tóxicos	
Episodio maniaco	
Ludopatía	
Problemática psicosocial	
Psicosis	
Reacción vivencial anómala	
Trastorno afectivo	
Trastorno bipolar	
Trastorno de la personalidad	
Trastorno depresivo	
TEP	
Otros	
No	

PAÍS DE ORIGEN	
Alemania	
Andorra	
Argelia	
Argentina	
Austria	
Bolivia	
Bulgaria	
Cabo Verde	
Camerún	
Chile	
China	
Colombia	
Cuba	
Ecuador	
EEUU	
Egipto	
Eslovaquia	
Francia	
Gambia	
Ghana	
Guinea Bisáu	
Guinea Ecuatorial	
Honduras	

India	
Italia	
Marruecos	
Nigeria	
Nueva Caledonia	
Pakistán	
Perú	
Polonia	
Portugal	
República Dominicana	
Rumanía	
Rusia	
Serbia	
Siberia	
Siria	
Ucrania	
Uruguay	
Venezuela	

BARRERA IDIOMÁTICA	
Si	
No	

MÉTODOS DE TRADUCCIÓN	
Si	
No	

SISTEMAS DE TRADUCCIÓN	
Cónyuge	
Hermano	
Hijo	
Amigo	
Sistemas de traducción	
Traductor oficial	

ANEXO 2. Codificación de variables

Sexo

1= Hombre

2= Mujer

Estado civil

1= Soltero

2= Casado

3= Divorciado

4= Viudo

Red social

1= Nula

2= Parcial

3= Adecuada

Situación Laboral

1= Activo

2= Inactivo

3= Estudiante

4= Estudia y trabaja

Origen de ingreso

1= Urgencias

2= Programado

3= Otra Planta

4= Otro Hospital

5= CCEE o CSM

6= Otros

Motivo de ingreso

- 1= Descompensación psicótica
- 2= Ideas/intento autolítico
- 3= Desintoxicación
- 4= Problemática social
- 5= Alteración de conducta/agitación
- 6= Otros

Derivación al alta

- 1= CSM
- 2= CSM y CCEE
- 3= CSM y Centro de desintoxicación
- 4= CSM y Hospital de día
- 5= CSM y Otro
- 6= CSM y Otro hospital
- 7= CSM y UME
- 8= CCEE
- 9= CCEE y Centro de desintoxicación
- 10= Centro de desintoxicación
- 11= Hospital de día
- 12= Hospital de día y Centro de desintoxicación
- 13= Otra planta
- 14= Otro hospital
- 15= UME
- 16= Otro

Alta voluntaria llevada a término

- 1= Si
- 2= No

Antecedentes psiquiátricos personales

- 1= Si
- 2= No

Paciente conocido previamente en la UHA

- 1= Si
- 2= No

Paciente con ingresos previos en la UHA

1= Si

2= No

Consumo de tóxicos

1= Si

2= No

Tipo de tóxicos

1= Alcohol

2= Alcohol y Cannabis

3= Alcohol, Cannabis y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas

4= Alcohol y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas

5= Cannabis

6= Cannabis y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas

7= Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas

Contención mecánica

1= Si

2= No

Solicitud de colaboración a Trabajo Social

1= Si

2= No

Tóxicos en orina

1= Positivo

2= Negativo

Tipo de ingreso

1= Voluntario

2= Involuntario

Antipsicóticos orales

1= Si

2= No

Benzodiacepinas

1= Si

2= No

Antidepresivos orales

1= Si

2= No

Antipsicótico depot

1= Si

2= No

Fármaco estabilizador

1= Si

2= No

Otros

1= Pregabalina

2= TEC

3= No

Solicitud de colaboración a otros Servicios Médico-Quirúrgicos

1= Si

2= No

Servicios Médico-Quirúrgicos

1= Cirugía General

2= Dermatología

3= Endocrinología

4= Ginecología

5= Infecciosas

6= Medicina Interna

7= Neurología

8= Reumatología

9= Traumatología

11= Rehabilitación

12= Urología

Enfermedades médicas

1= Si

2= No

Tipo de enfermedades médicas

1= Aborto

2= Dislipemia

3= Enfermedad cardíaca

4= Enfermedad digestiva

5= Enfermedad neurológica

6= Enfermedad pulmonar

7= Enfermedad reumática

8= ETS

9= HTA

10= Otros

Diagnóstico principal

1= Consumo de tóxicos

2= Dependencia comportamental

3= Depresión

4= Episodio autolítico

5= Episodio maniaco

6= Episodio psicótico agudo

7= Esquizofrenia/Esquizofreniforme

8= Reacción vivencial anómala

9= Trastorno persistente de la realidad

10= Trastorno dissociativo

11= Trastorno adaptativo

12= Trastorno bipolar

13= Trastorno de la personalidad

14= Trastorno de comportamiento debido a enfermedad orgánica

15= Trastorno de comportamiento social

16= Trastorno depresivo

17= Trastorno dissociativo

18= Trastorno esquizoafectivo

19= Trastorno mental grave

20= Trastorno neurocognoscitivo

- 21= Trastorno por ideas delirantes
- 22= Trastorno psicótico agudo
- 23= Trastorno psicótico crónico
- 24= Distimia
- 25= TOC
- 26= Trastorno ansioso-depresivo
- 27= Trastorno de ansiedad
- 28= Trastorno generalizado del desarrollo

Otros Diagnósticos

- 1= Autólisis
- 2= Consumo de tóxicos
- 3= Episodio maniaco
- 4= Ludopatía
- 5= Problemática psicosocial
- 6= Psicosis
- 7= Reacción vivencial anómala
- 8= Trastorno afectivo
- 9= Trastorno bipolar
- 10= Trastorno de la personalidad
- 11= Trastorno depresivo
- 12= TEP
- 13= Otros
- 14= No

País de origen

- 1= Alemania
- 2= Andorra
- 3= Argelia
- 4= Argentina
- 5= Austria
- 6= Bolivia
- 7= Bulgaria
- 8= Cabo Verde
- 9= Camerún
- 10= Chile
- 11= China

- 12= Colombia
- 13= Cuba
- 14= Ecuador
- 15= EEUU
- 16= Egipto
- 17= Eslovaquia
- 18= Francia
- 19= Gambia
- 20= Ghana
- 21= Guinea Bisáu
- 22= Guinea Ecuatorial
- 23= Honduras
- 24= India
- 25= Italia
- 26= Marruecos
- 27= Nigeria
- 28= Nueva Caledonia
- 29= Pakistán
- 30= Perú
- 31= Polonia
- 32= Portugal
- 33= República Dominicana
- 34= Rumanía
- 35= Rusia
- 36= Serbia
- 37= Siberia
- 38= Siria
- 39= Ucrania
- 40= Uruguay
- 41= Venezuela

Grupo étnico

- 1= África del Norte
- 2= África Subsahariana
- 3= Asia
- 4= Europa Centro y Norte
- 5= Europa Este

- 6= Europa Sur
- 7= Rumanía
- 8= Sudamérica
- 9= Otros

Barrera idiomática

- 1= Si
- 2= No

Métodos de traducción

- 1= Si
- 2= No

Sistemas de traducción

- 1= Cónyuge
- 2= Hermano
- 3= Hijo
- 4= Amigo
- 5= Sistemas de traducción
- 6= Traductor oficial

ANEXO 3. Tablas de datos

Tabla 1: Distribución por años de ingresos de la población total y porcentaje de ingresos de pacientes inmigrantes

AÑO	Nacionales	Pacientes de otras culturas	VALORES TOTALES
2017	303	53 (14,89%)	356
2018	264	49 (15,65%)	313
2019	340	56 (14,14%)	396
TOTAL	907	158 (100%)	1065

Tabla 2: País de origen cruzado con Grupo étnico

		CONTINENTE										
		África del Norte	África Subsahariana	Asia	Europa Central y Norte	Europa del Este	Europa del Sur	Rumanía	Sudamérica	Otros	TOTAL	%
PAÍS DE ORIGEN	Alemania	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Andorra	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1,3%
	Argelia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Argentina	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6%
	Austria	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Bolivia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6%
	Bulgaria	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7	4,4%
	Cabo Verde	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	3,2%
	Camerún	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1,3%
	Chile	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,6%
	China	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1,3%
	Colombia	0	0	0	0	0	0	0	10	0	10	6,3%
	Cuba	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1,9%
	Ecuador	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	3,8%
	EEUU	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1,9%
	Egipto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Eslovaquia	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	1,9%
	Francia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,3%
	Gambia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Ghana	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	2,5%

	Guinea Bisau	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	2,5%
	Guinea Ecuatorial	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1,3%
	Honduras	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1,3%
	India	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	3,2%
	Italia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Marruecos	21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	13,3%
	Nigeria	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	1,9%
	Nueva Caledonia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,6%
	Pakistán	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Perú	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1,3%
	Polonia	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	2,5%
	Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2,5%
	República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	3,2%
	Rumanía	0	0	0	0	0	31	31	0	0	31	19,6%
	Rusia	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1,3%
	Serbia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,6%
	Siberia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,6%
	Siria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
	Ucrania	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	2,5%
	Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,3%
	Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	3,2%
TOTAL		23(14'5%)	23(14'5%)	22(13'9%)	9(5,6%)	3(1'8%)	22(13'9%)	31(19'6%)	31(19'6%)	36(22,7%)	158	100%

Tabla 3: Distribución por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	90	57,0%
Mujer	68	43,0%
TOTAL	158	100%

Tabla 4: Distribución por edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	4	2,5%
19	2	1,3%
20	2	1,3%
21	6	3,8%
22	6	3,8%
23	4	2,5%
24	4	2,5%
25	7	4,4%
26	1	0,6%
27	3	1,9%
28	8	5,1%
29	8	5,1%
30	8	5,1%
31	8	5,1%
32	5	3,2%
33	5	3,2%
34	7	4,4%
35	3	1,9%
36	2	1,3%
37	4	2,5%
38	3	1,9%
39	5	3,2%
40	3	1,9%
41	3	1,9%
42	3	1,9%
43	6	3,8%
44	2	1,3%
46	5	3,2%
47	7	4,4%
48	1	0,6%
49	3	1,9%

50	1	0,6%
52	2	1,3%
53	1	0,6%
54	2	1,3%
56	2	1,3%
57	4	2,5%
58	1	0,6%
59	1	0,6%
60	2	1,3%
62	1	0,6%
63	1	0,6%
78	1	0,6%
86	1	0,6%
TOTAL	158	100%

Tabla 5: Distribución social

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado civil	Soltero	92	58,2%
	Casado	35	22,2%
	Divorciado	23	14,6%
	Viudo	2	1,3%
	Perdidos	6	3,8%
Red Social	Nula	20	12,7%
	Parcial	84	53,2%
	Adecuada	54	34,2%
Situación laboral	Activo	40	25,3%
	Inactivo	91	57,6%
	Estudiante	13	8,2%
	Estudia y trabaja	1	0,6%
	Perdidos	13	8,2%
TOTAL		158	100%

Tabla 6: Características del ingreso

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Origen ingreso	Urgencias	124	78,5%
	Programado	2	1,3%
	Otra planta	10	6,3%
	Otro hospital	13	8,2%
	CCEE o CSM	7	4,4%
	Otros	2	1,3%
Motivo de ingreso	Descompensación psicótica	60	38,0%
	Ideas/intento autolítico	34	21,5%
	Desintoxicación	2	1,3%
	Problemática social	2	1,3%
	Alteración de conducta/agitación	50	31,6%
	Otros	10	6,3%
Tipo de ingreso	Voluntario	74	46,8%
	Involuntario	84	53,2%
TOTAL		158	100%

Tabla 7: Duración del ingreso

N	Válido	158
Media		18,89
Mediana		18,00
Moda		14 ^a
Percentiles	10	5,00
	20	9,00
	25	12,00
	30	13,00
	40	15,00
	50	18,00
	60	21,40
	70	26,00
	75	27,00
	80	28,00
	90	32,00

Tabla 8: Derivación del paciente al alta y Alta voluntaria llevada a término

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Derivación del paciente al alta	CSM	86	54,4%
	CSM y CCEE	5	3,2%
	CSM y Centro de desintoxicación	9	5,7%
	CSM y Hospital de día	3	1,9%
	CSM y Otro	1	0,6%
	CSM y Otro hospital	1	0,6%
	CSM y UME	3	1,9%
	CCEE	7	4,4%
	CCEE y Centro de desintoxicación	2	1,3%
	Centro de desintoxicación	1	0,6%
	Hospital de día	18	11,4%
	Hospital de día y Centro de desintoxicación	1	0,6%
	Otra planta	2	1,3%
	Otro hospital	9	5,7%
	UME	6	3,8%
	Otro	4	2,5%
Alta voluntaria llevada a término	Si	8	5,1%
	No	150	94,9%
TOTAL		158	100%

Tabla 9: Antecedentes psiquiátricos

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antecedentes psiquiátricos personales	Si	131	82,9%
	No	27	17,1%
Paciente conocido previamente en la UHA	Si	61	38,6%
	No	97	61,4%
Paciente con ingresos previos en la UHA	Si	62	39,2%
	No	96	60,8%
TOTAL		158	100%

Tabla 10: Consumo de tóxicos

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tóxicos	Alcohol	14	8,9%
	Alcohol y Cannabis	13	8,2%
	Alcohol y Cannabis y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	6	3,8%
	Alcohol y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	5	3,2%
	Cannabis	22	13,9%
	Cannabis y Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	11	7,0%
	Otras sustancias psicoactivas/psicotrópicas	5	3,2%
	No	82	51,9%
	TOTAL	158	100%

Tabla 11: Enfermedades médicas asociadas

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedades médicas	Si	78	49,4%
	No	80	50,6%
TOTAL		158	100%
Tipo de enfermedad médica	Aborto	9	8,8%
	Diabetes	2	2,0%
	Dislipemia	9	8,8%
	Enfermedad cardiaca	12	11,8%
	Enfermedad digestiva	20	19,6%
	Enfermedad neurológica	9	8,8%
	Enfermedad pulmonar	9	8,8%
	Enfermedad reumática	3	2,9%
	ETS	3	2,9%
	HTA	7	6,9%
	Otros	19	18,6%
	TOTAL	102	100%

Tabla 12: Diagnóstico principal

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consumo de tóxicos	27	13,2%
Dependencia comportamental	1	0,5%
Depresión	15	7,4%
Episodio autolítico	6	2,9%
Episodio maniaco	6	2,9%
Episodio psicótico agudo	20	9,8%
Esquizofrenia/Esquizofreniforme	24	11,8%
Reacción vivencial anómala	8	3,9%
Trasformación persistente de la realidad	1	0,5%
Trastorno disociativo	1	0,5%
Trastorno adaptativo	9	4,4%
Trastorno bipolar	7	3,4%
Trastorno de la personalidad	10	4,9%
Trastorno del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	1	0,5%
Trastorno del comportamiento social	1	0,5%
Trastorno depresivo	2	1,0%
Trastorno disociativo	2	1,0%
Trastorno esquizoafectivo	4	2,0%
Trastorno mental grave	1	0,5%
Trastorno neurocognoscitivo	1	0,5%
Trastorno por ideas delirantes	18	8,8%
Trastorno psicótico agudo	25	12,3%
Trastorno psicótico crónico	5	2,5%
Distimia	1	0,5%
TOC	2	1,0%
Trastorno ansioso-depresivo	2	1,0%
Trastorno ansiedad	2	1,0%
Trastorno generalizado del desarrollo	2	1,0%
TOTAL	204	100%

Tabla 13: Otros diagnósticos

OTROS DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autólisis	2	2,5%
Consumo de tóxicos	26	32,1%
Episodio maniaco	2	2,5%
Ludopatía	4	4,9%
Problemática psicosocial	9	11,1%
Psicosis	4	4,9%
Reacción vivencial anómala	2	2,5%
Trastorno afectivo	1	1,2%
Trastorno bipolar	2	2,5%
Trastorno de la personalidad	22	27,2%
Trastorno depresivo	2	2,5%
Trastorno de Estrés Postraumático	1	1,2%
Otros	4	4,9%
TOTAL	81	100%

Tabla 14: Pruebas complementarias y solicitudes de colaboración

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tóxicos en orina	Positivo	47	29,7%
	Negativo	111	70,3%
Solicitud colaboración a Trabajo Social	Si	53	33,5%
	No	105	66,5%
Solicitud colaboración otros Servicios Médico-Quirúrgicos	Si	54	34,2%
	No	104	65,8%
TOTAL		158	100%

Tabla 15: Colaboraciones Servicios Médico-Quirúrgicos

SERVICIOS MÉDICO-QX	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirugía General	3	4,2%
Dermatología	8	11,3%
Endocrinología	7	9,9%
Ginecología	6	8,5%
Infecciosas	1	1,4%
Medicina Interna	21	29,6%
Neurología	12	16,9%

Reumatología	3	4,2%
Traumatología	8	11,3%
Rehabilitación	1	1,4%
Urología	1	1,4%
TOTAL	71	100%

Tabla 16: Fármacos administrados

FÁRMACOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antidepresivos	50	13,2%
Antipsicóticos	129	34,0%
Antipsicóticos depot	51	13,5%
Benzodiacepinas	127	33,5%
Fármaco estabilizado	18	4,7%
Pregabalina	3	0,8%
TEC	1	0,3%
TOTAL	379	100%

Tabla 17: Contención mecánica

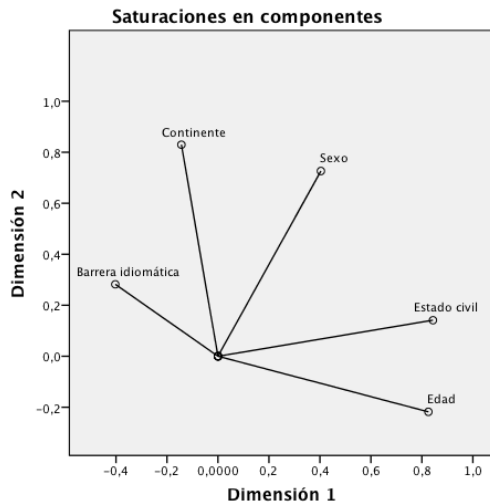
VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contención mecánica	Si	28	17,7%
	No	130	82,3%
TOTAL		158	100%

Tabla 18: Barrera idiomática y métodos de traducción

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presencia de barrera idiomática	Si	26	16,5%
	No	132	83,5%
	TOTAL	158	100%
Empleo de traducción	Si	8	26,9%
	No	18	73,1%
	TOTAL	26	100%
Método de traducción empleado	Cónyuge	1	12,5%
	Hermano	2	25,0%
	Hijo	1	12,5%
	Amigo	1	12,5%
	Sistemas de traducción	1	12,5%
	Traductor oficial	2	25,0%
TOTAL		8	100%

Figura 1: Resumen Modelo 1

Comportamiento de las variables sociodemográficas referidas al paciente de otras culturas ingresado en la UHA



Valores de la saturación

Saturaciones en componentes

	Dimensión	
	1	2
Sexo	,404	,726
Edad	,825	-,218
Estado civil	,843	,141
Continente	-,143	,830
Barrera idiomática	-,403	,282

Normalización de principal de variable.

Figura 1. Gráfico con cinco grupos, equivalentes a las variables barrera idiomática, continente, estado civil, sexo y edad, que recoge el coeficiente de correlación entre cada una de ellas con las dimensiones 1 y 2 y las proyecta en el espacio. La tabla de saturaciones apoya la interpretación.

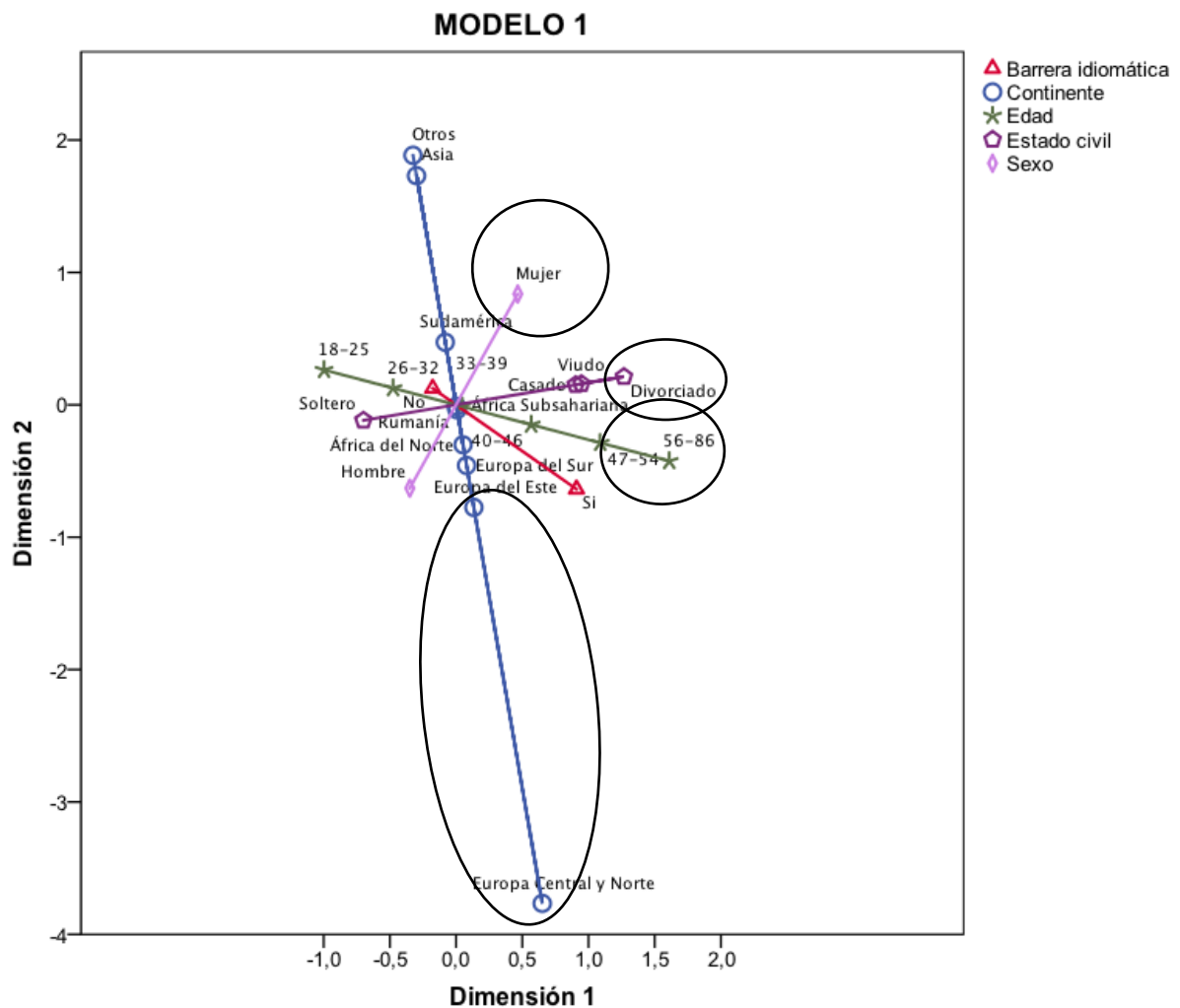
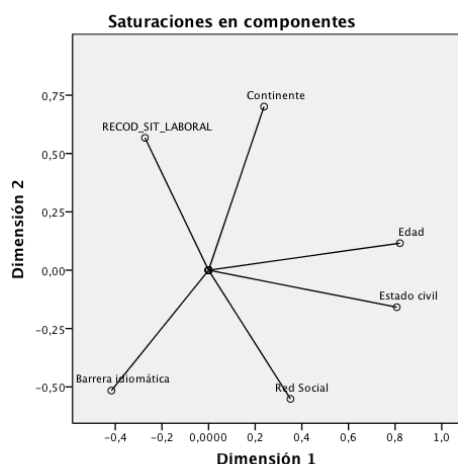


Figura 2: Resumen Modelo 2

Comportamiento de las variables sociodemográficas referidas al paciente de otras culturas ingresado en la UHA



Valores de la saturación

Saturaciones en componentes

	Dimensión	
	1	2
Edad	,821	,116
Estado civil	,807	-,159
Continente	,238	,701
Barrera idiomática	-,417	-,516
Red social	,351	-,552
Situación laboral	-,273	,567

Normalización de principal de variable.

Figura 2. Gráfico con seis grupos, equivalentes a las variables barrera idiomática, continente, estado civil, red social, situación laboral y edad, que recoge el coeficiente de correlación entre cada una de las ellas con las dimensiones 1 y 2 y las proyecta en el espacio. La tabla de saturaciones apoya la interpretación.

MODELO 2

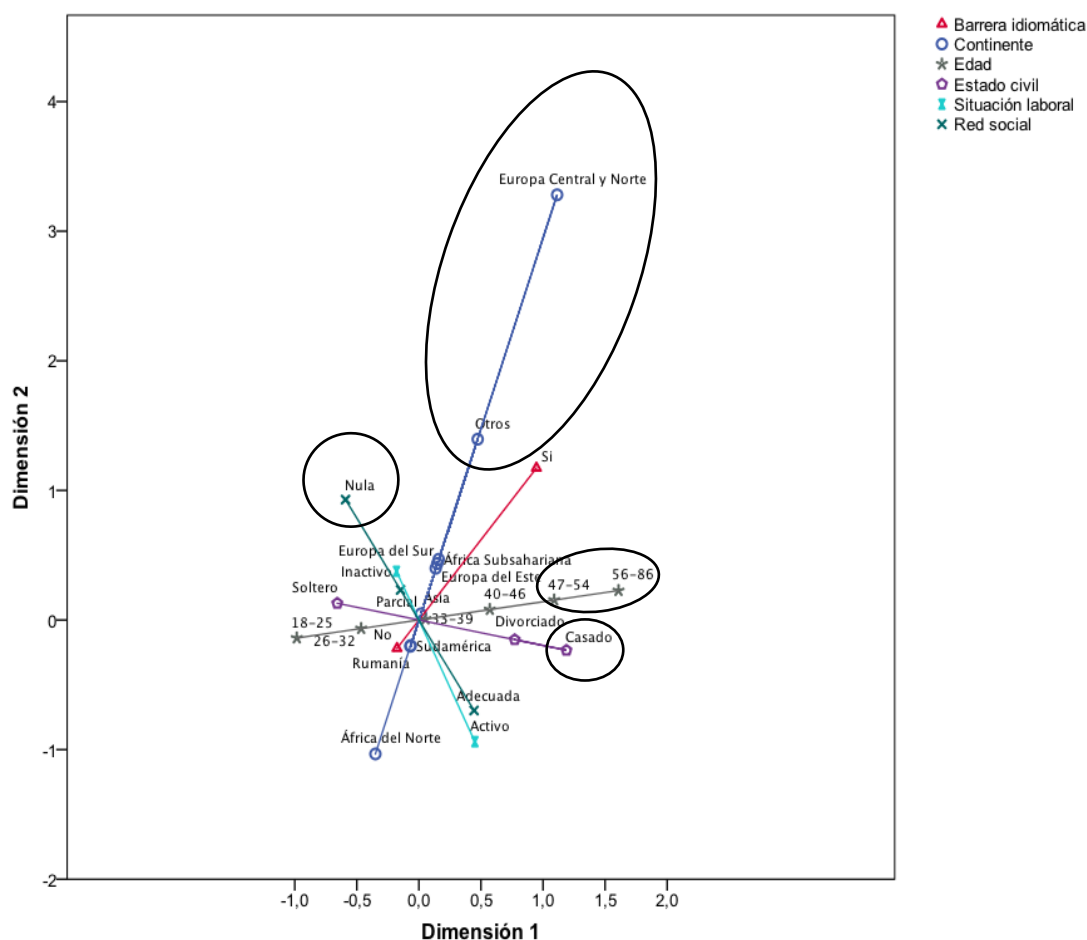
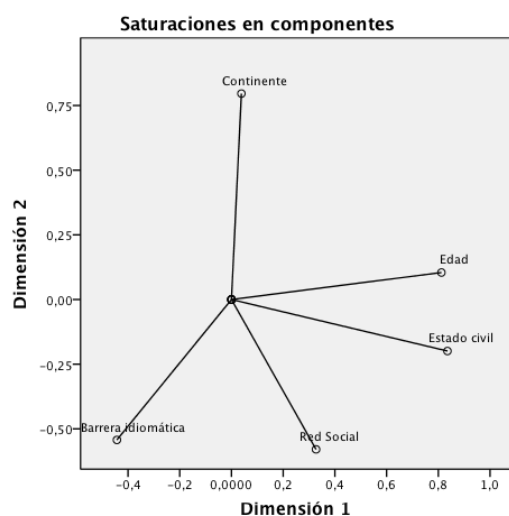


Figura 3: Resumen Modelo 3

Comportamiento de las variables sociodemográficas referidas al paciente de otras culturas ingresado en la UHA



Valores de la saturación

Saturaciones en componentes

	Dimensión	
	1	2
Edad	,812	,104
Estado civil	,835	-,199
Continente	,039	,796
Barrera idiomática	-,443	-,543
Red Social	,327	-,579

Normalización de principal de variable.

Figura 3. Gráfico con cinco grupos, equivalentes a las variables barrera idiomática, continente, estado civil, re social y edad, que recoge el coeficiente de correlación entre cada una de las ellas con las dimensiones 1 y 2 y las proyecta en el espacio. La tabla de saturaciones apoya la interpretación.

ANEXO 4. Programa de innovación y mejora de la competencia cultural en Unidad de Hospitalización de Adultos y Medicina Interna

Resumen

Como parte de la actividad del UHA, se pretende incorporar la figura del mediador cultural en la valoración de los problemas de salud mental de aquellos pacientes culturalmente diferentes que presenten barreras y dificultad de abordaje terapéutico. Para ello se crea un banco o pool de estudiantes de medicina que, disponiendo de una actitud orientada a interpretación de los mensajes y comprensión de la conducta durante el proceso terapéutico, colaborarán con el servicio de psiquiatría abordando la problemática y estableciendo un canal de comunicación eficaz.

Contexto del proyecto: necesidad a la que responde el proyecto, mejoras esperadas respecto al estado de partida y conocimiento que se genera

Para proporcionar un cuidado culturalmente competente, los profesionales deben estar familiarizados con las creencias, valores y prácticas de las poblaciones a las que atienden. La falta de formación en competencia cultural y de manejo de múltiples lenguas ocasionan que, las entrevistas clínicas con barreras culturales, deriven en abordajes poco efectivos.

A pesar de que los profesionales de la salud son ahora más conscientes de los retos a los que se enfrentan al proporcionar atención a una población culturalmente diversa, los últimos estudios epidemiológicos indican que todavía existen situaciones en las no se alcanza la calidad de intervención esperada. La principal causa de este fracaso es la barrera lingüística, el desconocimiento del idioma y la dificultad para entender el lenguaje no verbal de los pacientes recién llegados provoca dificultades comunicativas y malentendidos.

La intervención de un bróker cultural supone una solución práctica al conflicto, quedando cubiertas por un lado la barrera idiomática y por otro, las diferencias culturales. Su incursión establece una comunicación bidireccional entre paciente y profesional, acondicionando las expresiones y el contenido del discurso al contexto psiquiátrico. Entre las mejoras que se esperan de la implantación de proyecto están: evitar diagnósticos erróneos, optimizar el diálogo clínico y la eficacia terapéutica y clarificar la epidemiología cultural.

Este planteamiento sería inconcebible sin la ayuda de los estudiantes. La acción se centraliza en la Facultad de Medicina de Zaragoza y son el 5% de alumnos de medicina que provienen de otras culturas los encargados de llevar al cabo el proceso interpretativo. En este ámbito, las mejoras se evalúan desde el prisma docente, proporcionando experiencias prácticas y dotando de herramientas útiles para el futuro profesional.

Objetivos del proyecto

El principal objetivo consiste en generar un banco o “pull” de estudiantes de medicina familiarizados, por sus características sociodemográficas, con otras culturas que sean capaces de responder al reto principal del proyecto y dotarlos del conocimiento necesario para desenvolverse en la práctica.

A su vez la mediación cultural presenta, de forma implícita, los siguientes objetivos:

- Interpretar lingüística y culturalmente el contenido aportando, desvelando las tradiciones y rasgos más importantes ocultos en el mismo.
- Facilitar un espacio dentro de las entrevistas personales donde los pacientes puedan explicar y compartir su historia y donde predomine un clima de escucha activa, comunicación asertiva y empatía.
- Permitir a los pacientes expresarse en su idioma materno para reducir las dificultades que plantea la expresión del mundo interior cuando no se dispone de un correcto conocimiento de una lengua secundaria.
- Garantizar una buena interacción profesional-paciente asegurando la interacción positiva entre las partes.
- Asegurar la ejecución de las acciones o intervenciones propias del proceso asistencial.
- Evitar la inclusión de familiares o vecinos en la entrevista clínica que realizan la función de intérpretes. Su intervención puede inhibir la confidencialidad del paciente y ocasionar imprecisión en la traducción creando dinámicas interpersonales particulares que se convierten en parte del encuentro clínico.

Como último fin se persigue alcanzar una comunicación de calidad entre las partes implicadas, pacientes con malestar psíquico ubicados en los dispositivos asistenciales de salud mental, atención primaria y servicios médicos quirúrgicos del Hospital General, cuando estas presenten dificultades lingüísticas, culturales o religiosas.

Métodos de estudio de estudio/experimentación y trabajo de campo: métodos/técnicas utilizadas, características de la muestra y actividades previstas por los estudiantes y por el equipo del proyecto

El método y técnicas empleadas para la creación del equipo de mediadores así como las actividades propuestas para los facultativos y estudiantes quedan recogidas en los siguientes puntos. En ese apartado se explicita el proceso a seguir y las recomendaciones a tener en cuenta:

1. Identificación de estudiantes de medicina. El primer paso consiste en selección de los posibles candidatos o BROKERS CULTURALES que cumplan los siguientes requisitos:

- Estar matriculado en la Universidad de Zaragoza y encontrarse cursando el 3º año de Medicina o posteriores.
- Disponer de capacidad de comprensión y expresión de la lengua con la que se comunica el paciente (rumano, marroquí, argelino...) así como habilidad para traducir y transmitir el mensaje al clínico, es decir, superar la barrera idiomática.
- Ser una persona intercultural con experiencia en trayectorias interculturales. Disponer de historia de desplazamiento migratorio y proceso de asentamiento y aculturación secundario.
- Presentar de competencias culturales y destreza en el manejo de la herramienta de Formulación Cultural dispuesta por el DSV-V para la organización y ejecución de la entrevista clínica:
 - Saber dirigir la entrevista hacia la obtención de la información cultural imprescindible de los pacientes.
 - Conocer las propias creencias y estereotipos adquiridos (cultura del profesional)
 - Entender la epidemiología de los problemas salud mental desde una perspectiva global y multicultural
 - Contemplar los factores socioculturales y las expectativas del paciente como parte de la alianza terapéutica, siendo flexible y respetando sus creencias y opiniones.
 - Demostrar integridad, honestidad y respeto por la diversidad. Aceptar la diferencia y mostrar interés por conocer la otra cultura.
 - Valorar globalmente cada caso desde una perspectiva bio-psico-social-espiritual-cultural.
 - Establecer un marco de seguridad y confianza mutua durante las entrevistas.

- Implicar al paciente en las fases del proceso, teniendo en cuenta sus preferencias y haciéndole partícipe en la toma de decisiones.
 - Estar formado en el ámbito médico y psiquiátrico para poder interpretar, de la mejor manera posible, los datos extraídos de la interacción. Es necesario que maneje los principales diagnósticos así como reconozca los estresores socioculturales importantes y su repercusión en la salud mental de la población atendida.
 - Disponer de sensibilidad y empatía en la práctica, afrontando con pericia ciertos dilemas diagnósticos y terapéuticos condicionados por la cultura. La profesionalidad en el trabajo diario ha de quedar reflejada en la tolerancia y reconocimiento de otras personas como seres únicos, dignos y libres.
- 2. Evolución y capacitación general:** evaluar la preparación del estudiante y el cumplimiento del máximo número de requisitos. En caso de que alguno de ellos se encuentre ausente, se deberá proporcionar una formación que subsane las carencias.
- 3. Selección de casos susceptibles de intervención:** localizar a los pacientes de otras culturas que tengan dificultad para expresarse, cumplir el tratamiento terapéutico o dar continuidad al seguimiento por alguna de las siguientes causas:
- a. Encontrarse en proceso de adaptación, con desconocimiento del sistema sanitario y los programas de prevención del país de acogida.
 - b. Encontrarse en un proceso de duelo migratorio por pérdida separación de sus seres queridos.
 - c. Tener escaso soporte familiar y estar en situación de vulnerabilidad.
 - d. Estar poco sensibilizado con los cuidados de la salud recurriendo a diferentes formas de cuidados y rechazando cualquier otro método convencional.
 - e. Sufrir riesgo de abandonar el tratamiento por motivos culturales, religiosos o económicos.
- 4. Reunión previa acondicionadora:** se recomienda realizar una reunión previa para preparar la entrevista, abordando los siguientes ítems:
- a. Exponer el cuadro clínico del paciente, sus antecedentes y evolución.
 - b. Explicar las dificultades encontradas por los facultativos en el abordaje hasta el momento.
 - c. Definir los objetivos de la entrevista.
 - d. Aportar cualquier otra información de interés.

5. Entrevista clínica con el paciente. La entrevista clínica debe incluir el estudio cuidadoso del contexto cultural de los problemas psiquiátricos de acuerdo con la Formulación Cultural propuesta por el DSMV.

- a. Duración: se le debe dedicar suficiente tiempo, especialmente en los primeros contactos, a fin de recabar la información más completa posible.
- b. Técnica: los datos que forman parte de la historia clínica deben incluir aquellos propios de toda anamnesis y algunos específicos de la historia retrospectiva (lugar de procedencia, migraciones previas, proyecto migratorio, práctica religiosa, situación legal y explorar).
- c. Fases: se recomienda dividir la entrevista en tres fases.
 - i. Fase inicial de la entrevista: diseñar un entorno confortable, tener en cuenta los valores culturales del saludo inicial y explicar el propósito de la entrevista junto a su desarrollo.
 - ii. Cuerpo de la entrevista: la comunicación entre profesional y paciente debe ser directa a través de preguntas sencillas. El vocabulario expresado debe ser sencillo y directo, evitando tecnicismos y argot médico y explorando los aspectos culturales de forma cuidadosa. La entrevista debe ser fluida, en clave clínica, y respetando el ritmo del paciente. Se debe analizar con detalle la información procedente de la comunicación no verbal (posición del cuerpo, contacto visual, espacio personal, tono de voz, estilo comunicativo).
 - iii. Cierre de la entrevista: invitar al paciente a que proporcione la información que no haya sido objeto de la exploración y que se considere adecuada. Es fundamental alcanzar acuerdos y explicar los futuros pasos a seguir, asegurándose de que ha habido un correcto entendimiento del mensaje y de la información.

6. Revisión e intercambio de opiniones post-intervención: coordinación posterior para comentar todos los aspectos que ya han podido surgir la entrevista y que sean de interés.

7. Valoración final del caso. Durante la fase posterior, el médico y el intérprete deben revisar las mejoras obtenidas y los objetivos inconclusos para plantear alternativas. También deben analizar la experiencia de colaboración para construir una buena relación y sentar las bases para futuras sesiones en las que prime la comunicación y la toma de decisiones conjuntas.

Mejoras esperadas en el proceso de enseñanza y aprendizaje

La implantación de este proyecto presenta tres **líneas de mejora**:

- *Asistencialmente:*
 - Promueve la autonomía y autoestima de las personas situación de riesgo de exclusión.
 - Dota de información, asesoramiento, apoyo y acompañamiento durante la asistencia, ayudando en los trámites administrativos y promoviendo un mejor uso de la asistencia sanitaria.
- *Profesionalmente:*
 - Facilita la creación de un equipo multidisciplinar en el que se conecta la experiencia del facultativo y del estudiante hasta alcanzar la comprensión de la enfermedad del paciente
- *Académicamente:*
 - Permite el acceso al sistema sanitario por parte de los estudiantes así como la adquisición de modelos sanitarios útiles para el futuro.

Continuidad y expansión

Una vez implantado en el Servicio de Psiquiatría, se puede valorar incorporar este elemento docente a un contexto más global. El proyecto asistencial tendría cabida en las Unidades de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática y en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. En un segundo tiempo puede trasladarse a diferentes plantas del hospital que necesiten, para el abordaje de una patología médico-quirúrgica, un intermediador cultural.