

El inmigrante en la consulta del médico de cabecera

M. Seguí Díaz

Médico de cabecera. Unidad Básica de Salud Es Castell. Menorca

El tema de la inmigración es algo que preocupa al médico de familia, pues le supone un reto tanto en conocimientos –nuevas o viejas enfermedades que ya creíamos superadas– como en habilidades de comunicación. Además, es un tema que pone a prueba un sistema sanitario saturado donde el tiempo dedicado al paciente es un bien escaso.

Un poco para ilustrar este editorial he creído interesante huir de la mera revisión bibliográfica para dar un salto a la propia experiencia diaria del médico de cabecera en los problemas que nos encontramos con los inmigrantes en nuestras consultas. De ahí que me perdonarán si apor- to algo de mi propia experiencia personal.

UNA HISTORIA DE VERDAD

Hace algún tiempo, estando en mi guardia de punto de atención continuada (PAC) acudieron a mi consulta un matrimonio de inmigrantes –musulmanes–, por una serie de molestias que desde hacía algún tiempo le aquejaban a ella. Mi primera impresión fue de incomodidad, pues tenía el centro de salud lleno de gente y debería cambiar el “chip” e intentar adaptarme a una situación que iba a exigir toda mi atención. Al entrar, como es normal en estas personas, la esposa se mantuvo detrás del marido y fue éste el que habló. El motivo de la consulta era vago, inespecífico y difícil de encuadrar; una especie de pérdida de gana, junto con astenia, insomnio, dolor abdominal y mareos... Mi entrevista, que se hizo a través del marido –pues, al parecer ella no conocía nuestro idioma–, no daba los frutos deseados, y pasaba el tiempo y no había manera de aclararse. El marido traducía lo que yo le pedía y ella contestaba fríamente con monosílabos a las preguntas cerradas que le hacía. La exploración, dado el pudor de la mujer y la presencia de su esposo, fue extremadamente dificultosa, y no aportó prácticamente nada valorable. Lo único que saqué en claro es que su semblante expresaba una gran angustia. Después de más de 15 minutos de interrogatorio, sin-

tiendo la indudable presión de la cola del PAC, la entrevista dio un giro al introducir elementos psicosociales y empezar a preguntar por el hecho de si se había producido algún problema recientemente que estuviera angustiendo a su mujer. El marido en principio me miró con cara de enfado, una cierta extrañeza e incredulidad, y pasó la pregunta a su esposa, que acto seguido se puso a hablar como si en ese momento hubiera adquirido el don de la palabra. Su hijo de 7 años, diabético insulino-dependiente desde hace escasos meses, se negaba a comer y ella descontrolada no sabía cómo tenía que actuar ni a quién recurrir. Si poner o no insulina, obligarle a comer...

DE LA INCOMODIDAD AL RETO COMUNICACIONAL

Este ejemplo ilustra varios aspectos de la relación del médico de cabecera con los pacientes venidos de otras latitudes. Primero, con la actitud que mostramos hacia estos pacientes a los que no llegamos a comprender y que nos crean unos ciertos prejuicios. Sentimientos muchas veces negativos y de rechazo, pues en un sistema público con exceso de demanda asistencial y prisas no existe tiempo para su correcta atención. Y es que se necesita tiempo para entrar dentro de situaciones en las que muchas veces la cultura, el idioma y la presión asistencial nos lo impiden. Así, se producen cambios en nuestros esquemas a la hora de tratar con mujeres de otras culturas donde el marido o hermano o familiar tienen que hacer de intermediarios o de meros observadores - ¿controladores?– de nuestra actuación, y problemas de relación con nuestras compañeras cuando quien acude es un varón y exige que quien le atiende sea un médico porque no acepta que sus molestias las trate una mujer...

DEL DESAMPARO A LA SOMATIZACIÓN

Y es un reto en entrevista clínica cuando lo que se expresa no es más que la punta de un iceberg somático que esconde una problemática relacional, de desarraigo, de integración, de convivencia o de falta de recursos, en suma, de desamparo

Las personas con menos recursos comunicacionales son más propensas a expresar con su cuerpo los problemas

Correspondencia: M. Seguí Díaz.
C./ Noria den Riera, 3.
07720 Es Castell. Menorca.
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

relacionales que les aquejan. Todo ello, supone un inconveniente más a la hora de entablar una entrevista clínica y poder llegar a un diagnóstico.

EL IDIOMA: UN PROBLEMA

No cabe duda de que el idioma es el problema más importante con el que nos encontramos habitualmente; supone una barrera importante para la comunicación, pero sobre todo en las mujeres de ciertas culturas (musulmana), es un inconveniente mayor pues dependen de otros para transmitir sus molestias. A veces quien les hace de intérprete no puede transmitir bien lo que ellas quieren expresar pues, o bien no las entienden con claridad (conflicto de género, de cultura), o no habla la misma lengua (árabe frente a bereber, segundas lenguas intermedias: inglés, francés), o simplemente los males físicos no traducen más que problemas de desarraigo y de angustia vivencial que son difíciles de expresar.

En este aspecto hay que puntualizar que no conocer el idioma no nos exime de atender al paciente, aunque nos ponga en el riesgo de cometer una equivocación. Esto es algo difícil de solucionar habida cuenta que no nos podemos amparar en su desconocimiento para inhibirnos de prestar la asistencia, pues la institución pública tiene la obligación de atender a todos los que tienen derecho en la medida de sus posibilidades, y la ley ampara a los inmigrantes que adquieren los mismos derechos y en las mismas condiciones que los españoles sólo por el hecho de estar empadronados (art 12, ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero), independientemente de su situación económica (asistencia a personas sin recursos económicos suficientes).

Ante esta situación podemos actuar, si existe la posibilidad, demorando la visita para el día siguiente y haciendo ver la necesidad de un intérprete, o si no es posible dada la inmediatez y gravedad de la demanda, hacer valer nuestros recursos en entrevista no verbal –gestos, mímica– y una amplia exploración –a veces muy complicada– con la que llegar a un diagnóstico de aproximación. La utilización de las pruebas complementarias –si existen en el centro– serán de gran ayuda en casos de duda, pero son un recurso fácil que puede llevarnos a sobreintervenir en pacientes por el solo hecho de ser inmigrantes. Y por último, existe el recurso de la derivación al hospital en los casos en que precisemos la atención especializada, pero, que al igual que en las pruebas, si lo utilizamos como un recurso defensivo para disminuir la duda, la incertidumbre generada por las dificultades de comunicación, probablemente no solucionará el problema sino que sólo lo trasladará a otro nivel, con la consiguiente angustia del paciente y peligro del error médico por acción.

No está demás en nuestro descargo dejar reflejado por escrito la imposible demora de la atención, las dificultades de comunicación que han existido en la entrevista y la carencia de un intérprete en ese momento, en previsión de los posibles errores médicos que pudiéramos cometer.

DEL DESARRAIGO AL DOCTOR SHOPPING

Indudablemente, no todos los inmigrantes pueden cortarse por el mismo patrón. Existen aquellos que más que mostrar su desarraigo, sus dificultades de integración, se adaptan rápidamente, se comportan como en su casa y consideran nuestro sistema sanitario como si se tratara de un gran supermercado donde a todo se tiene derecho, todo se puede solicitar y además es gratis. La especial inclinación de ciertos pacientes, que no muestran problemas con el idioma y que proceden de países con deficiencias sanitarias, a hacer un uso desmedido del sistema sanitario –doctor *shopping*– es algo que muchas veces descoloca al médico de cabecera. El manido “chequeo” anhelado y exigido por quien no tiene recursos económicos y que se encuentra al alcance de la mano cuando acuden a nuestro país es algo con lo que nos encontramos con frecuencia. Explicar que el “chequeo” –“cacheo” que decía irónicamente un amigo mío– no es un derecho y que su realización puede tener efectos contraproducentes; y que, a lo que se tiene derecho en nuestro país es a la aplicación de actividades preventivas según género, edad, factores de riesgo, enfermedad, etc..., exige tiempo y mucha paciencia.

De la misma forma, el mal uso de nuestro sistema les lleva a prescindir del médico de cabecera y aprenden a utilizar el sistema sanitario público en su propio provecho, a “cortocircuitarlo” en beneficio propio –símil de cajero automático–, y a acudir a los servicios de urgencias o PAC ante cualquier eventualidad sanitaria.

UN ENFERMO CON OTRO ORDEN DE PRIORIDADES

Esto nos lleva a hablar de algo que diferencia al inmigrante del ciudadano que acude habitualmente a nuestras consultas, y es que el orden de prioridades ante la vida es diferente. La salud, la vivienda, las relaciones sociales, etc. no significan lo mismo que para nosotros; pasan de ser unos fines en sí mismos a ser meros recursos necesarios para ganar un dinero. El inmigrante no viene por turismo, viene por necesidad; la salud le es necesaria para poder trabajar, tener dinero que enviar a su país con el que mantener a su familia, pagar unas deudas pendientes –intermediarios...– etc., de manera que no es extraño que haga una vida extremadamente austera, conviva en viviendas pequeñas, que soporte un cierto hacinamiento, que coma mal y que tolere la explotación laboral.

Esta situación, aun incidiendo en personas de complejidad fuerte –no emigran los débiles– les hace especialmente susceptibles para padecer/reactivar enfermedades que traen desde su países de origen en estado latente; tal es el caso de la tuberculosis pulmonar. Esta especial circunstancia, y otras relacionadas con su situación legal en nuestro país, hace que no posean muchas veces un médico de cabecera que se responsabilice de su situación, que acudan a los servicios de urgencias cuando no les queda más remedio, demorando el diagnóstico, el tratamiento, o que éste una vez prescrito se haga mal –con

frecuencia incompleto—; y, que a la sazón, el estudio de contactos para evitar la extensión de la enfermedad sea extremadamente dificultoso.

LA CULTURA TRADICIONAL FRENTE A LA MEDICINA CIENTÍFICA

Por último, el inmigrante viene a nuestro país con una misión y trae como equipaje sus conocimientos tradicionales, sus mitos y su manera de actuar en cuestiones de salud, de modo que no es de extrañar que existan con frecuencia conflictos entre lo que nosotros aconsejamos y lo que el paciente entiende que ha de hacer. Es difícil por tanto llegar a generar cambios en el comportamiento cuando con dificultad podemos llegar a hacer un diagnóstico y dar un tratamiento. La entrevista motivacional es un lujo cuando no hemos conseguido la fase 1: una comunicación clara. Aun así, dedicando tiempo y paciencia podemos llegar a conseguirlo.

A MODO DE COROLARIO

El inmigrante es un paciente de riesgo para el médico de cabecera. De riesgo para sí mismo porque tiene un orden de prioridades distinto al nuestro, donde el trabajo está por encima de la salud lo que le lleva a tener estilos de vida poco saludables que son caldo de cultivo de enfermedades ya casi olvidadas en nuestro país; y un riesgo, además, para nosotros como profesionales, porque au-

menta la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento al existir problemas claros de comunicación. Errores en el diagnóstico, no solo debidos al idioma, sino a la propia cultura, a la distinta manera de expresar sus problemas, y porque el seguimiento en la evolución de estos pacientes es extremadamente dificultoso pues suelen tender a utilizar el sistema sanitario sólo en el momento que ellos creen necesitarlo. Por ello debemos abordar a estos pacientes de una manera distinta, intentando cambiar nuestra actitud frente a ellos, teniendo más paciencia, más comprensión y empatía que nos ayude alcanzar a comprender gran parte de los problemas que aquejan a estas personas y abordar sus problemas de una manera global, utilizando todos los recursos a nuestro alcance: intérpretes, servicios sociales, servicios municipales, enfermería ...etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Delgado Marroquín MT. Problemas de comunicación. 7dm 2004; 282. Grupo de Consenso de Atención al Inmigrante. SemFyC, SEMERGEN, CESM. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. 2003. Disponible en: URL: <http://www.semfyC.es/uploads/entradas/entrada/21431/inmigrante-recomendaciones.pdf>
- Outeiral Rivas A, Seguí Díaz M. ¿Es recomendable la práctica del Mantoux a todo inmigrante que consulta por un proceso de vías respiratorias bajas? SEMERGEN. 2003;29(10):545-8.
- Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc). 2002;118(2):65-7.