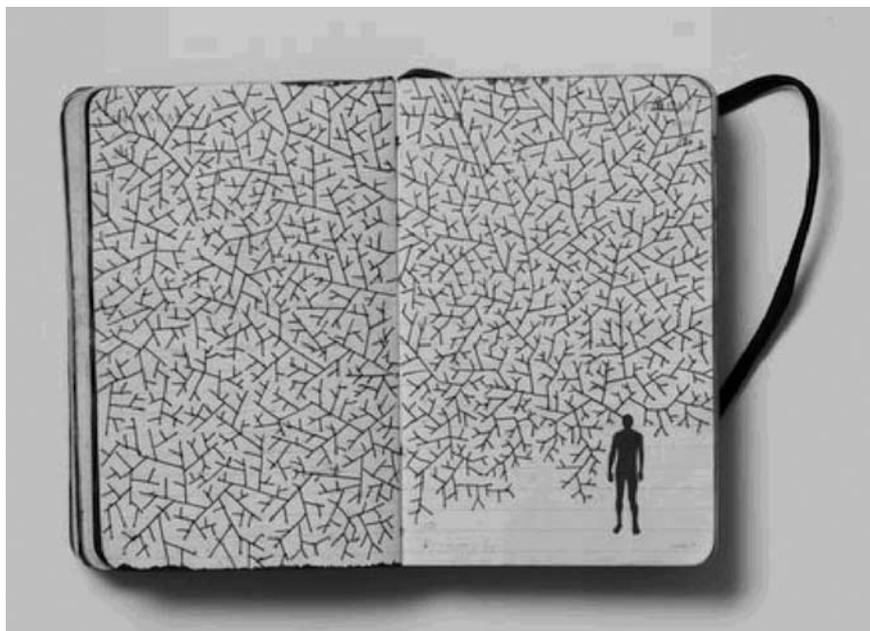


Desafíos en la toma de decisiones durante la admisión en salud mental con poblaciones multiculturales.

Ora Naksah*



Pep Carrió
Diario Visualm 2008,
25 de abril

La cuestión de cómo la identidad personal se construye y se comunica a otros ha ocupado por igual a científicos, filósofos y escritores desde el comienzo de los tiempos. En la *Odisea*, Homero sugiere que nuestras identidades están hechas no únicamente de las historias que nos contamos a nosotros, también de los relatos que compartimos con otros. La respuesta a la pregunta ¿Quién eres? nunca es breve en la *Odisea*. Es casi siempre una invitación para contar una historia. ¿Quién eres? ¿De dónde vienes? ¿Dónde está tu hogar y tu familia? ¿Qué tipo de viaje es el tuyo y qué ruta te trajo aquí? ¿Quiénes son tus marineros? (I 209). Cada identidad individual está hecha de una multiplicidad de otras cosas, la procedencia,

familia, amigos y ruta. Conocerlas es conocer las historias, el contexto total. Pero un relato nunca se completa. Cuando Telémaco pregunta a Nestor: "Cuéntame eso tal como fue" (III 109) está pidiendo algo imposible. Contar historias conlleva seleccionar, elegir entre los hechos y decidir qué "decir primero" y qué "guardar hasta el final" (IX 14-15). La respuesta de Nestor a tal demanda se ajusta a esta idea: "¿Podría algún hombre mortal contar la historia completa?". Contar la historia de la propia vida exige un gran esfuerzo. Ser capaz de escuchar la historia de una vida es todo un reto. Una interpretación de una interpretación, reunir todos los detalles y reconstruir la historia de alguien requiere tanto de arte como de ciencia. Puede que

*New School of Psychology, Interdisciplinary Center Herzliya, Israel.

no haya un lugar mejor para examinar estas complejidades que una consulta de salud mental.

El primer contacto entre pacientes que buscan servicios de salud mental y sus proveedores suele ser una entrevista de evaluación. Durante este primer encuentro se espera del paciente que se presente y que comunique los problemas que le han llevado a pedir ayuda. En el otro lado, se espera del profesional que entienda quién es la persona que le pide ayuda y qué la ha llevado a buscarla. La evaluación inicial enfrenta a grandes retos a este último que debe acometer múltiples objetivos incluidos, aunque no únicamente, establecer un diagnóstico, facilitar un *rapport*, aportar psicoeducación y planificar un tratamiento. (1,2,3,4). Para cumplir con estas complejas demandas, los profesionales deben tomar rápidas decisiones sobre cómo invertir el limitado tiempo destinado al primer encuentro. A pesar de que la valoración inicial es la base de los cuidados, ha sido objeto de escasa investigación. (5). Esta investigación es de particular importancia desde el momento en que las preguntas y observaciones que se hacen durante la valoración van a guiar el diagnóstico y otras decisiones clínicas que tienen un impacto significativo en los cuidados derivados (5,3). Estas decisiones son particularmente comprometidas ya que habitualmente se toman en condiciones de incertidumbre y presión de tiempo (6). Estas condiciones de presión e incertidumbre son más acusadas en los servicios que atienden población multicultural.

En un mundo como el actual, cada vez más interconectado, los ciclos migratorios suceden a un ritmo sorprendente (7) con cerca de un billón de personas cruzando fronteras internacionales anualmente (8) y al menos 192 millones de personas residiendo fuera de su país de origen (9). En muchas consultas de salud mental urbanas de todo el mundo los profesionales se encuentran con una creciente población multicultural. Esta población incluye pacientes con escaso dominio del idioma y otros con un concepto de los trastornos mentales y unos valores muy diferentes de los del clínico responsable de decidir los sucesivos pasos de su atención.

Se pide a los clínicos que sean capaces de proporcionar cuidados culturalmente sensibles sabiendo la dificultad que ello entraña puesto que se necesita información compleja para entender la cultura, especialmente cuando clínicos y pacientes proceden de diferentes contextos culturales (10, 2). Aunque la mayoría de los terapeutas de consultas urbanas tienden a ser interculturales, hay una tremenda variedad entre los profesionales en la manera de valorar las diferencias culturales en el encuentro clínico (11). Los profesionales de salud mental no suelen estar entrenados en aspectos tales como: comunicación de conceptos esenciales y comunicación eficaz en idiomas diferentes; trabajo con pacientes con escasa cultura médica; o adaptación de los servicios a poblaciones diversas. Los valores culturales incluyen expectativas diferentes acerca de la edad, el género y las dinámicas familiares así como las

creencias acerca de la salud y la asistencia (12), todas ellas pueden afectar a las decisiones que se toman durante la valoración. La cultura/raza/etnia de una persona puede afectar lo que cuenta, lo que el clínico le pide que cuente y cómo éste interpreta la información (13).

Dado que el encuentro clínico es frecuentemente intercultural, es crucial introducir una dinámica transcultural en el trabajo que permita entender y refinar las decisiones en cuanto a las categorías diagnósticas y las prácticas. El contexto social (incluidas la clase social, el nivel educacional, pobreza, género y expectativas en relación con la edad entre otras cosas) da sentido a lo que una persona considera "normal" para otros de su mismo origen y es necesario para un correcto diagnóstico. Por ejemplo, la educación modifica la presentación clínica y la severidad de los síntomas (14), la religión y la espiritualidad afectan a la experiencia de enfermedad (15), y el género y la orientación sexual están íntimamente conectadas con las expectativas de rol y puede ser relevante a la hora de valorar riesgos (16,17).

Decisiones en cuanto a la estructura de la valoración inicial

Una de las primeras decisiones a las que se enfrenta el clínico durante el primer encuentro clínico es cómo estructurarlo. Habitualmente se recomienda una valoración sistematizada con entrevistas estructuradas para mejorar la utilidad clínica dado que mejora la fiabilidad del diagnóstico y la validez predictiva de la valoración

al tiempo que disminuye sesgos en las decisiones clínicas (18, 19). Aunque habituales en los modelos médicos y con claras ventajas para trabajar con población multicultural, las entrevistas estructuradas pueden amenazar la comunicación abierta entre paciente y profesional y dificultar el desarrollo de una buena alianza terapéutica y el desarrollo de confianza (20). Modelos alternativos de conducir la valoración la contemplan como una oportunidad de ofrecer a los pacientes espacios físicos y emocionales donde "contar sus historias" y enfatizan el papel de una buena escucha y sensibilidad por parte del terapeuta a la hora de facilitar un buen *rapport* (20,21). Mishler (22) habla de la lucha de poder sobre el proceso de valoración como una tensión entre la "voz de la medicina" que enfatiza un marco de referencia técnico y biomédico y la "voz de la vida real" que refleja las experiencias personales del paciente contextualizadas y expresadas en términos familiares. Mishler (22, 23) más adelante sugiere que esta lucha a menudo fuerza a los pacientes a seguir el discurso médico del profesional que tiende a dominar la interacción mientras que les resulta difícil "contar sus historias" de forma que tengan sentido para ellos. Entrevistas abiertas que emplean una escucha efectiva son más útiles para contextualizar la presentación de paciente y permiten "conocerle" como individuo. Tal contextualización es pertinente al primer encuentro transcultural al cual el paciente habitualmente trae una historia compleja y única (24). Aunque las entrevistas abiertas pueden facilitar el desarrollo de *rapport* durante la valoración, también deben servir para lograr la información requerida para la valoración y el diagnóstico.

Ofrecer a los pacientes espacios físicos y emocionales donde "contar sus historias".

Estos objetivos son parte del proceso de valoración inicial y del subsecuente tratamiento.

Decisiones en relación con el diagnóstico de salud mental.

Uno de los principales objetivos de la valoración inicial es optar por un diagnóstico de salud mental. Para conseguir este objetivo el profesional debe recoger información relevante sobre el problema principal que se presenta. La identificación del problema principal, p.ej, un "diagnóstico correcto", es el pilar de un tratamiento adecuado. Este objetivo es un desafío dado el grado de incertidumbre, especialmente en situaciones de transculturalidad (2). La cultura es el trasfondo de la dimensión interpersonal de la salud mental y da sentido a la conceptualización general de los síntomas diagnósticos y recomendaciones terapéuticas. La cultura afecta a la psicopatología, con implicaciones clínicas que incluyen la sobre o infra patologización de minorías (25), y la cultura puede afectar las decisiones diagnósticas (26).

Se han identificado diferentes factores, que afectan las decisiones que los profesionales toman en cuanto al diagnóstico, como los manuales diagnósticos como el DSM IV y la CIE 10, sobre la información verbal y no verbal y sobre intuiciones clínicas.

Los profesionales varían sustancialmente en la forma de utilizar las clasificaciones diagnósticas. El DSM IV, por ejemplo utiliza un abordaje centrado en los síntomas que requiere que el clínico evalúe cerca de 80 criterios y aplique los puntos de corte que varían en cada trastorno. Este abordaje sitúa al clínico en el rol de un estadista o un analista Bayesiano (27, 28, 29). Del profesional en este rol se espera que estime

la probabilidad del trastorno tomando las incertidumbres estadísticas por posibilidades subjetivas en el proceso de llegar al diagnóstico correcto (19).

Algunas investigaciones sugieren que la baja fiabilidad en los diagnósticos que se ha visto en los encuentros transculturales, se relaciona con un pobre conocimiento de los criterios lo que frecuentemente está conectado con fallos a la hora de recoger información clave (30). Otra fuente de baja fiabilidad tiene que ver con la interpretación de los criterios diagnósticos, especialmente cuando el clínico tiene que decidir sobre las características clínicas significativas (39). Dada la complejidad de tales predicciones, no es sorprendente que hasta la fecha no existan algoritmos bien validados para la toma de decisiones diagnósticas y la confección de planes de tratamiento (31).

Permanece sin aclarar cómo los clínicos sopesan la compleja información verbal y no verbal que se les presenta durante la valoración inicial para identificar el diagnóstico correcto. Entender los procesos que afectan a esta valoración del clínico es de particular importancia para cualquier encuentro transcultural donde las incertidumbre es mayor.

Los modelos de procesamiento de la información en cognición social han sugerido el rol de dos sistemas complementarios (31). Un sistema es más lento, altamente flexible y opera en gran medida a través de procesos explícitos y controlados, tal como el razonamiento consciente; mientras que el otro sistema es más rápido, altamente eficiente y opera sobre todo a través de procesos automáticos, holísticos, no verbales e implícitos, tal como la intuición.

Las formas de procesamiento implícitas,

como la intuición, juegan un papel importante en muchas decisiones clínicas (33). Los procesos implícitos han sido cuestionados tradicionalmente por el temor de posibles sesgos y con la idea de que son "acientíficos" (34,35). Paralelamente, los defensores del empleo del juicio clínico han argumentado que las valoraciones de tipo actuarial representan un enfoque reduccionista de la asistencia sanitaria que a menudo no cubre las necesidades de pacientes con problemas de salud mental complejos. (36,37,38,39) Investigaciones recientes sugieren más bien que los procesos implícitos de "deliberación sin atención" proporcionan una ventaja a la hora de tomar decisiones en cuestiones complejas (40) Dijkaterhuis y sus colegas (40) diferencian entre pensamiento consciente, que es reglamentado y preciso; y un pensamiento inconsciente en el que una gran parte de la información puede ser integrada en una valora-

ción razonadora en el proceso de toma de decisiones.

A pesar del creciente interés en la intuición, y su creciente importancia en la asistencia, ésta continúa siendo un concepto escurridizo. Muchos adjetivos se utilizan para describir el proceso intuitivo: asociativo, holístico, automático, rápido y no dependiente de las capacidades cognitivas (41). Tradicionalmente, la intuición se ha vinculado al estudio de los principios heurísticos, reglas empíricas que permiten hacer juicios rápidos (42). En muchas situaciones utilizar la heurística puede llevar a predicciones acertadas y refleja una respuesta altamente adaptativa y eficiente en la toma de decisiones de la vida real. (43). No obstante, lo más habitual es que la heurística, y por consiguiente la intuición vista de esta forma, haya sido contemplada como una suerte de prejuicios y errores en la toma de decisiones perjudicial para cualquier encuentro transcultural (44).

La cultura puede afectar las decisiones diagnósticas.



Pep Carrió, *Diario visual 2008, 4 de Octubre*

Esta manera de entender la intuición como sinónimo de heurístico ha sido cuestionado por investigadores que plantean que representa un acercamiento limitado (41). Poniendo el énfasis en la intuición como proceso de aprendizaje (45), los investigadores de las formas naturalísticas de toma de decisiones sugieren que la intuición descansa sobre representaciones mentales que reflejan todo el caudal de experiencias y conocimientos previos (46,47,48). De acuerdo con esta visión, la intuición es definida como un proceso cognitivo implícito donde una decisión se toma sin el conocimiento explícito de cómo se ha tomado. Esto representa un proceso de pensamiento basado en un conocimiento que ha sido adquirido por medio de un aprendizaje asociativo. Este conocimiento es procesado automáticamente sin el concurso de la consciencia y resulta en un presentimiento que sirve de base a las decisiones y las opiniones (46). Por tanto, las decisiones intuitivas a menudo están cargadas de afectividad y están hechas de evaluaciones holísticas rápidas y no conscientes (49,50,51). Se perfilan como un procesamiento cognitivo implícito donde una decisión se toma sin el conocimiento explícito de cómo se ha hecho. Tal proceso implica reglas de decisión personales (en oposición a las reglas estadísticas del modelo Bayesiano).

La investigación reciente ha documentado la prevalencia de las decisiones de tipo intuitivo en la atención médica (33). No obstante, poco se sabe de las características de esas decisiones, ni de cuándo esas decisiones tienden

a ser más frecuentes. Esto es en parte debido a la complejidad que conlleva estudiar procesos implícitos que no están disponibles de forma consciente para quien los realiza.

La intuición es un proceso cognitivo importante que guía muchas de las decisiones que toma el profesional de salud mental. Sirve como estrategia rápida y automática para tomar decisiones bajo condiciones de incertidumbre y escasez de tiempo. Permanece sin aclarar cuándo estas decisiones son, en efecto, correctas para un determinado paciente/objetivo y cuándo llevan a decisiones sesgadas por prejuicios, especialmente cuando se trabaja con pacientes pertenecientes a minorías. El concepto de Kahneman y Klein (52) de "pericia fraccionada" para nombrar la coexistencia de juicios intuitivos exitosos y no exitosos en todas las profesiones y que se relaciona con poseer habilidad para algunas actividades pero no para otras, puede ser útil para entender mejor el rol de la intuición en los encuentros transculturales. Durante el encuentro de salud mental, los procesos intuitivos parecen ser esenciales a la hora de que el profesional pueda integrar múltiples fuentes de información que fundamentalmente es información de tipo no verbal y afectiva. Como tal, pueden ser una herramienta importante en la toma de decisiones sobre cómo sintonizar con el paciente y cómo facilitar el *rapport*. No obstante, pueden llevar a conclusiones incorrectas y son vulnerables y a tener sesgos si se utilizan como *screening* para diagnosticar en ausencia de una valoración más explícita. Se

necesita más investigación empírica que ayuden a tratar con estas controversias y a profundizar en la comprensión de cómo los profesionales toman las decisiones durante la valoración inicial de salud mental con población multicultural y contribuir a promover un encuentro culturalmente sensible.

Traducción María Diéguez

Bibliografía

1. Kazdin A. Research design in clinical psychology. Boston, MA: Allyn and Bacon; 1998.
2. Nakash O, Rosen D, Alegria M. The Culturally Sensitive Evaluation. In P. Ruiz & A. Primm (Eds.), Disparities in Psychiatric Care: Clinical and Cross-Cultural Perspectives. Bethesda, MD: Wolters Kluwer Lippincott and Wilkins; 2009.
3. Shea S. Contemporary Clinical Interviewing: Mental Status and Research. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.). Handbook of Psychological Assessment. Kiddingington, UK: Elsevier Science Ltd; 2000.
4. Turner S, Hersen M, Heiser N. The Interviewing Process. In S. Turner & M. Hersen (Eds.), Diagnostic Interviewing. New York, New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers; 2003.
5. Aklin, W, Turner S. Toward Understanding Ethnic and Cultural Factors in the Interviewing Process. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2006; 43: 50-64.

6. Howie J, Hopton J, Heaney D, Porter A. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. British Journal of General Practice 1992; 42: 181-185.

7. Koehn, P. H. Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters. Globalization and Health 2006; 2: 2.

8. Kovacs C. Hungarian university starts first migration medicine course. British Medical Journal 1999; 318: 624.

9. International Organization for Migration 2009. Retrieved August 9 2010, from <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en>

10. Alegria M, Canino G, Pescosolido B. A Socio-Cultural Framework for Mental Health and Substance Abuse Service Disparities. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

11. Maxie A, Arnold D, Stephenson M. Do Therapists Address Ethnic and Racial Differences in Cross-Cultural Psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2006; 43: 85-98.

12. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.

13. Burgess D, Fu S, van Ryan M. Why Do Providers Contribute to Disparities and What Can Be Done About it? Journal of General Internal Medicine 2004; 1: 1154-1159.

14. Eccles J. Expectancies, values and academic behaviors in achievement motives. In J. Spence (Ed.). *Psychiatric disorders in America*. San Francisco, CA: Freeman; 1983.
15. Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America* 1995;18: 467-4
16. Almeida RV. Expansions of feminist family theory through diversity. New York: The Haworth Press; 1994.
17. Mays V, Cochran S. Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health* 2001; 91: 1869-1876.
18. Robins L. The Assessment of Psychiatric Diagnosis in Epidemiological Studies. *American Psychiatric Association Annual Review*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
19. Stickle T, Weems C. Improving Prediction From Clinical Assessment: The Roles of Measurement, Psychometric Theory, and Decision Theory. In R. Bootzin & P. Mcknight (Eds.), *Strengthening Research Methodology*. Washington, D.C American Psychological Association, 2006.
20. Mishler E, Clark J, Ingelfinger J, Simon M. The language of attentive patient care: a comparison of two medical interviews. *Journal of General Internal Medicine* 1989; 4: 325- 335.
21. Clark, J., & Mishler, E. (1992). Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health & Illness*, 14(3), 345-372.
22. Mishler E. The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex, 1984.
23. Mishler E. Patient stories, narratives of resistance and the ethnics of humane care: a la recherche du temps perdu. *Health* 2005; 9: 431-451.
24. Weiner S. Contextualizing Medical Decisions to Individualize Care. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 19:281-285.
25. Westermeyer J, Janca A. Language, culture and psychopathology: conceptual and methodological issues. *Cross-Cultural Psychiatry* 1997; 34: 291-311.
26. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega Jr H, Parron DL, Good BJ, et al. The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1999; 187: 457-464.
27. Claxton K, Fenwick E, Sculpher M. Decision Making with Uncertainty: the value of information. In A. Jones (Ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing Limited; 2006.
28. Craig R. Substance Abuse: Clinical and Diagnostic Interviewing. Lanham, MD: Jason Aronson, Inc.; 2005.
29. Plante D. Quantitative Diagnostic Methods and Decision Analysis. *Neurology in Clinical Practice: Volume 1*. Boston, MA: Butterworth Heinemann; 1991.
30. Malt U. Teaching DSM-III to clinicians. Some problems of the DSM-III system reducing reliability, using the diagnosis and classification of depressive disorders as an example. *Acta psychiatrica et neurologica Scandinavica* 1986; 328: 68-75.
31. Garb H. Computers will become increasingly important for psychological assessment: Not that there's anything wrong with that. *Psychological Assessment* 2000; 12: 31-39.
32. Epstein S. Cognitive-Experiential Self-theory. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. NY: Guilford Press; 1998.
33. Hall K. Reviewing Intuitive Decision-Making and Uncertainty: The Implications for Medical Education. *Medical Education* 2002; 36: 216-224.
34. Dawes R. House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth. New York: Free press; 1994
35. Dawes R, Faust D, Meehl P. Clinical versus actuarial judgment. *Science* 1998;243: 1668-1674.
36. Garb H. Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin* 1989; 105: 387-396.
37. Garb H, Lilienfeld S, Fowler K. Psychological Assessment and Clinical Judgment. In J. Maddux & B. Winstead (Eds.), *Psychopathology Foundation for Contemporary Understanding*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2005.
38. Garb H. The representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgment. *Professional Psychology: Research and Practice* 1996; 27: 272-277.
39. Welsh I, Lyons C. Evidence based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8: 299-305.
40. Dijksterhuis A, Bos M, Nordgren L, van Baaren R. On Making the Right Choice: The Deliberation- Without- Attention Effect. *Science* 2006; 311: 1005-1007.
41. Plessner, Betsch C, Betsch T. Intuition in judgment and decision making. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2008.
42. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 1974; 185: 1124-1131.
43. Chase VM, Hertwig R, Gigerenzer G. Visions of rationality. *Trends in Cognitive Sciences*, 1998; 2: 206-214.
44. Kahneman D. A Perspective on Judgment and Choice: Mapping Bounded Rationality. *American Psychologist*, 2003; 58: 697-720.
45. Hogarth RM. *Educating Intuition*: University Of Chicago Press, 2001.
46. Betsch T. The nature of intuition and its neglect in research on judgment and decision making. In H. Plessner, C. Betsch & T. Betsch (Eds.), *Intuition in judgment and decision making*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2008.

47. Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, Zsombok CE. Decision making in action: Models and methods. Norwood, NJ: Ablex, 1993.
48. Simon HA. What is an explanation of behavior? *Psychological Science* 1992; 3: 150-161.
49. Dane E, Pratt MG. Exploring Intuition and its Role in Managerial Decision Making. *The Academy of Management Review* 2007; 32: 33-54.
50. Epstein S. Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychol* 1994; 49: 709-724.
51. Lieberman, M.D. (2000). Intuition: A social cognitive neuroscience approach. *Psychol Bull*, 126, 109-137.
52. Kahneman D, Klein G. Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist* 2009; 64: 515-526.