

MONOGRAFÍA I



SALUD MENTAL EN LA INMIGRACIÓN

COORDINADORES

Nabil Sayed-Ahmad Beirutli

Rafael García Galán

Elena González Rojo

● RED ●
iSir

COLECCIÓN
INMIGRACIÓN
Y SALUD



MONOGRAFÍA I



**SALUD MENTAL
EN LA INMIGRACIÓN**

COORDINADORES

Nabil Sayed-Ahmad Beiruti

Rafael García Galán

Elena González Rojo

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja s/n
Apdo. Correos 2070
18080 GRANADA (España)

Diseño y maquetación

Catálogo Publicidad

Imprime

Copartgraf

Depósito legal

GR-1829-2008

ISBN

978-84-691-0668-6

Índice

11 Autores

15 Prólogo

► Josefa Ruiz Fernández. SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN

17 1. ¿Por qué trabajar en salud mental con las personas inmigradas es prioritario para mejorar la convivencia?

► Rafael Muriel Fernández y Rafael García Galán

21 2. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes

► Nabil Sayed Ahmad Beiruti

21 2.1. Migración

23 2.2. El proceso de adaptación

25 2.3. La adaptación/integración

30 2.4. El impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes

33 3. Antropología y salud mental

► Ángel Martínez Hernáez

33 3.1. Presentación

35 3.2. La cultura y la validez de las nosologías

37 3.3. La cultura y la variabilidad de la psicopatología

43 3.4. La cultura y los retos asistenciales de la sociedad globalizada

47 3.5. Conclusión

51 4. Creencias, actitudes y prejuicios

► Adolfo García de Sola Márquez y Olga Soto Peña

51 4.1. Introducción

53 4.2. Creencias e inmigración

61 4.3. Conclusión

63 5. Duelo migratorio

► Joseba Achotegui Loizate

64 5.1. El estrés y el duelo migratorio como lado oscuro de la migración

76 5.2. El duelo migratorio extremo: síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple -síndrome de Ulises-

87	6. El proceso de adaptación y salud mental de la mujer inmigrante
	▶ Ifigenia Frías Oncina, María Río Benito y Carmen Jiménez Casado
87	6.1. Introducción
89	6.2. Condiciones relevantes en la salud mental de las mujeres inmigrantes. Concepto de familia, filiación y pertenencia. Desarraigo. Redes sociales y cultura
92	6.3. El proceso migratorio y sus repercusiones en la salud mental de las mujeres inmigrantes
94	6.4. Manifestaciones clínicas más frecuentes
96	6.5. El papel de los y las profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria
100	6.6. Algunas reflexiones para concluir
103	7. El proceso de adaptación y salud mental de los hijos e hijas de inmigrantes
	▶ Marta López Narbona
104	7.1. Menores y menores inmigrantes
108	7.2. La adolescencia de los niños y niñas inmigrantes
115	7.3. Tipos de inmigración de menores
117	7.4. Psicopatología y dificultades detectadas
120	7.5. Propuesta de trabajo preventivo
123	8. Organización de la atención a la salud mental en Andalucía
	▶ Gonzalo Fernández Regidor, Nicolás Rodríguez González y Víctor Colombo Olbiol
123	8.1. Organización de la atención a la salud mental en Andalucía
133	8.2. Continuidad asistencial y accesibilidad a los servicios de salud mental
135	8.3. Áreas de mejora en la red de dispositivos de salud mental y el espacio socio-sanitario
136	8.4. La atención intersectorial y el trabajo en red con orientación intercultural
141	9. Atención a pacientes mentales inmigrantes en la red de Salud mental
	▶ Nabil Sayed- Ahmad Beiruti, David García López, María Álvarez Segura, Pedro Ibáñez Allera y Adela de la Torre Martínez
141	9.1. Introducción
143	9.2. Atención comunitaria
147	9.3. Atención hospitalaria
153	9.4. Cuidados de enfermería y atención socio- sanitaria
155	9.5. Conclusiones y recomendaciones
161	10. Atención Primaria a la Salud Mental en la población inmigrante
	▶ José Vázquez Villegas
161	10.1. Introducción
164	10.2. Valoración inicial
165	10.3. Patología más frecuente
168	10.4. Abordaje
170	10.5. Tratamiento

“ En algún lugar del tiempo, más allá del tiempo, el mundo era gris. Gracias a los indios ishir, que robaron los colores a los dioses, ahora el mundo resplandece; y los colores del mundo arden en los ojos que los miran. Ticio Escobar acompañó a un equipo de la televisión española, que vino al Chaco para filmar escenas de la vida cotidiana de los ishir. Una niña indígena perseguía al director del equipo, silenciosa sombra pegada a su cuerpo, y lo miraba fijo a la cara, de muy cerca, como queriendo meterse en sus raros ojos azules.

El director recurrió a los buenos oficios de Ticio, que conocía a la niña, y la muy curiosa le contestó:

- Yo quiero saber de qué color mira usted las cosas.
- Del mismo que tú –sonrió el director.
- ¿Y cómo sabe usted de qué color veo yo las cosas? ”

Eduardo Galeano,
del libro *Bocas del Tiempo*

Autores

Achotegui Loizate, Joseba. Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona. Director del SAPPiR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona.

Álvarez Segura, María. Psiquiatra de Área Integrada de Gestión de Salud Mental. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido- Almería. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Colombo Olviol, Víctor. Trabajador Social en atención primaria y salud mental. Dispositivo de Apoyo de Trabajo Social del Distrito Sanitario Huelva - Costa en Salud Mental en la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Daniel Vázquez Díaz. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

De la Torre Martínez, Adela. Enfermera Unidad de Salud Mental Comunitaria Roquetas. Área de Salud Mental Almería. Distrito Sanitario de Poniente - Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Fernández Regidor, Gonzalo. Sociólogo. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Frías Oncina, Ifigenia. Doctora en Psicología. Psicoanalista. Servicio de Participación y Acción Social. Secretaria General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García de Sola Márquez, Adolfo. Psicólogo clínico. Doctor por la Universidad de Sevilla. Miembro de la Sección de Trabajo de la A.A.N. sobre Migración y Cultura en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria del Distrito de Jerez. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García Galán, Rafael. Trabajador Social. Servicio de Participación y Acción Social. Secretaria General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García López, David. Enfermero Unidad de Salud Mental Comunitaria Roquetas. Área de Salud Mental Almería. Distrito Sanitario de Poniente - Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Ibáñez Allera, Pedro. Psiquiatra. Director de Área Integrada de Gestión de Salud Mental. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido - Almería. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Jiménez Casado, Carmen. Psiquiatra. Facultativa Especialista de Área en la Unidad de Salud Mental Sur. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

López Narbona, Marta. Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Martínez Hernández, Ángel. Doctor en Antropología por la Universidad de Barcelona. Profesor Titular de Antropología Universitat Rovira i Virgili.

Muriel Fernández, Rafael. Licenciado en Medicina. Especialista en Pediatría y Puericultura. Servicio de Participación y Acción Social. Secretaria General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Río Benito, María Jesús. Psiquiatra especialista del Área Macarena (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Profesora Asociada del Departamento de Ciencias Socio Sanitarias de la Facultad de Medicina de Sevilla. Miembro de la Sección "Migración y Cultura en Salud Mental" de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Rodríguez González, Nicolás. Licenciado en Medicina y Cirugía. Delegado Provincial en Sevilla de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil. Psiquiatra Unidad Salud Mental Comunitaria Roquetas. Área de Salud Mental, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Vicepresidente de la Junta Directiva para Andalucía Oriental y Presidente de la Sección “Migración y Cultura en Salud Mental” de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Soto Peña, Olga. Trabajadora social y antropóloga. Departamento de Ciencias Sociales. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Pablo de Olavide (Sevilla).

Vázquez Villegas, José. Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Mojonera (Almería). Coordinador de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Distrito Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Prólogo

► **Josefa Ruiz Fernández**

SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN

La colección Inmigración-Salud es una iniciativa de la Consejería de Salud que se desarrolla con la colaboración técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el marco del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (II PIPIA), y el apoyo económico de la Fundación Cajasur (Caja de Ahorros de Córdoba).

Tras la publicación de documentos básicos de carácter general (Manual de Atención a Inmigrantes o Guía para profesionales) se inicia ahora una etapa destinada a profundizar en áreas de salud priorizadas por las mismas poblaciones afectadas y los profesionales que las atienden.

Su objetivo fundamental es servir de instrumento de orientación profesional en temas específicos, relacionados los problemas de salud de las personas inmigradas en nuestra comunidad autónoma.

Esta colección está concebida como un producto elaborado por los profesionales y para los profesionales, e incorpora la mirada del movimiento asociativo. Elaborados con un formato ligero, práctico y coleccionable, tratan de servir al trabajo cotidiano.

El primer número, dedicado monográficamente a la salud mental, abarca tanto el abordaje del proceso de adaptación migratorio como los problemas más específicos de salud mental que presentan muchas per-

sonas inmigradas. Con él se contribuye al cumplimiento de los objetivos establecidos en el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía y en el II Plan Integral de Salud Mental, de próxima publicación, en relación a las necesidades específicas de la población inmigrante en esta materia.

Por lo tanto, convergen en esta publicación una preocupación de todos los estamentos que están comprometidos con el impulso de la salud mental y la salud pública en Andalucía y con la reducción de las desigualdades en salud, luchando contra la estigmatización de las personas y los grupos de población que, en este caso sufren por partida doble.

Finalizo expresando mi reconocimiento a los autores que ofrecen rigurosidad y consistencia en sus aportaciones, enriqueciendo así la formación de los equipos profesionales que atienden a la salud de la población inmigrante en Andalucía.

1

¿Por qué trabajar en Salud Mental con las personas inmigradas es prioritario para mejorar la convivencia?

► Rafael Muriel Fernández y Rafael García Galán

Una de las características de la transformación de las sociedades actuales en nuestro entorno es el hecho migratorio, que adquiere dimensiones significativas en el sur de Europa, especialmente en el estado español y de marcada importancia en determinadas comunidades autónomas como es el caso de Andalucía; lo que supone un proceso acelerado de cambio sociodemográfico y plantea el reto de una nueva convivencia.

Este hecho, aunque se puedan discutir los tiempos de adaptación, la rapidez del proceso y sus exigencias, nos compromete a trabajar de forma convergente con el objetivo central de aportar instrumentos para hacer una convivencia más armónica y saludable. Considerando que la evolución dinámica de los países de acogida tiene su ritmo interno y que ha de interactuar con las culturas de los países de origen -a su vez diversas en cuanto a su devenir antropológico, social y psicológico- hemos de concluir que la cuestión es compleja y requiere instrumentos capaces de articular las relaciones. La situación de partida exige un alto nivel de conocimiento y comunicación entre unos y otros, determinante de los procesos de adaptación, sus disfunciones, sus éxitos y fracasos, que también aflorarán como expresiones de la salud mental individual y social.

En definitiva, los procesos de adaptación de las relaciones, o visto de otra manera, los mecanismos de la convivencia, tendrán que ver con las políticas públicas y sus repercusiones en salud, así como con la orientación de la salud pública como instrumento de convivencia.

En este sentido se introducen tres niveles que afectan a los procesos de adaptación: los proyectos vitales individuales y familiares tan diversos; la preocupación por los aspectos de la cohesión social y los itinerarios de inclusión y exclusión. De forma más concreta podríamos hablar de cómo formar una familia en Andalucía con personas de diversos orígenes, cómo conseguir una vivienda en un barrio o pueblo determinado, cómo tener un trabajo digno y reconocido, cómo incorporar los nuevos descendientes andaluces a la familia y qué proceso se sigue en su crianza, cómo vivir siendo joven y andaluz aunque los padres no lo sean.

Se ponen así en marcha mecanismos de integración individual, de índole psicológica y antropológica -interculturalidad- y finalmente de índole social, vinculados a los fenómenos de inclusión.

En términos más cercanos a los procesos de salud y en concreto de salud mental, las consecuencias en función de la eficacia de los mecanismos de adaptación plantean los siguientes niveles de atención:

- En primer lugar, se trata de asistir a los problemas de salud mental derivados del proceso de adaptación tanto a nivel individual como familiar en un proceso normalizado de atención igual al resto de la población.
- En segundo lugar, se trata también de tener en cuenta las situaciones individuales y colectivas, vinculadas a un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental por la condición de inmigrante y / o descendiente de inmigrantes (2ª generación).
- Y en tercer lugar, se trata de incorporar la promoción de la salud al proceso de construcción familiar, a los procesos de nacer y crecer. En definitiva, de beneficiarse de las oportunidades de realizar un proyecto vital saludable en igualdad de condiciones.

Hemos de tener presente que la salud mental está condicionada de modo esencial por las relaciones interpersonales y los proyectos de vida; por lo tanto, interesa especialmente la comprensión y profundización en las ideas y expectativas, que en el caso del proceso migratorio tienen que conjugar puntos de vista bien diferentes.

En resumen, la atención a la salud en general, y a la salud mental en particular, plantea una doble dimensión: una más específica de los servicios de salud en cuanto su implicación en la asistencia y a la prevención en las situaciones de mayor riesgo, y otra dimensión en la promoción de la salud mental, que precisa la colaboración de los servicios de salud con otros sectores implicados para crear las condiciones en el territorio que favorezcan el proceso de adaptación.

Esta doble dimensión adquiere un significado distinto y a la vez complementario según se trate de la atención primaria, más vinculada a la prevención y a la proyección colectiva, o a la especializada, centrada en la asistencia individual y familiar.

Por todo ello, los procesos de continuidad de la atención, siempre complejos de ajustar en salud mental, adquieren una importancia decisiva en la atención y promoción de la salud mental de las personas inmigradas. La conexión entre atención primaria y atención a la salud mental, tendrá que desarrollar escenarios e instrumentos más allá de los convencionales, además de la interconsulta, de relación directa entre la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) y en continuidad con los servicios más especializados, dónde el flujo de los actos de atención, de los apoyos y seguimientos, tendrán que tener un funcionamiento ágil y dinámico. Especial mención merecen los procesos, no necesariamente patológicos, que implican al ámbito familiar, a la infancia y a la juventud, que por su índole plantean un reto superior de coordinación entre atención primaria, Unidad de Salud Mental Comunitaria y las Unidades de Salud Mental Infantil.

A su vez, los escenarios para la atención primaria se extienden a la necesidad de actuar en promoción contando necesariamente con otros sectores: por ejemplo, con Educación en Forma Joven o con Bienestar en reducción de desigualdades, etc. implicando a las asociaciones, mediadores, vecinos y demás agentes sociales de un determinado territorio, donde el servicio actúa. La idea es que el servicio se presta en la comunidad y no sólo en el centro sanitario.

Este marco de trabajo viene definido por el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009, atendiendo al compromiso articulado con otros sectores y al II Plan Integral para la Salud Mental de Andalucía 2008-2012 que, convergiendo con el anterior, articula y organiza las actuaciones vinculadas a los servicios de salud. A su vez, viene determinado por el III PAS (Plan Andaluz de Salud) y los objetivos que se ocupan de responder a las desigualdades en salud en general y de poblaciones específicas en particular, como es, entre otras, la población inmigrante.

Dicho marco desarrolla instrumentos para posibilitar las respuestas más adecuadas a los retos que la inmigración plantea. En este sentido es donde situamos esta publicación, en forma fascicular, que pretende colaborar como herramienta a la capacitación de la respuesta profesional. Precisamente son aquellos profesionales que tienen ya un recorrido en la elaboración de estas actividades los que nos facilitan la oportunidad de seguir avanzando.

El fascículo que ahora tenéis en vuestras manos, es fruto de la reflexión de estos profesionales de la salud mental y de la atención primaria de salud aplicada a la condición de inmigrante. Es un instrumento concebido a través de aportaciones basadas en la experiencia cotidiana del trabajo con personas y familias de origen inmigrante. Se presenta a modo de artículos de forma práctica y aplicada y por lo tanto con una especial atención a facilitar la incorporación de las experiencias en la dinámica diaria.

Esta doble preocupación está priorizada en los dos planes antes referidos. Esta monografía se ha organizado en tres grandes bloques, el primero (capítulos 1, 2, 3 y 4), plantea una reflexión contextual, imprescindible para que las actuaciones adquieran un nivel de coherencia con los retos que plantea la realidad; un segundo bloque aborda problemas específicos en relación con la salud mental, derivados del proceso de adaptación a nivel personal y familiar (capítulos 5, 6, 7); y el tercer bloque estructura la intervención desde los servicios de salud en general y los de salud mental en particular (capítulos 8, 9 y 10).

En definitiva, este fascículo es una aportación de los profesionales para los profesionales, con el objeto de mejorar la calidad de las respuestas a la salud de las personas en nuestra sociedad y la salud mental de las familias que conviven en Andalucía. A la vez que subrayamos su coherencia con los planes comentados, somos conscientes de la limitación de esta herramienta, que pretende contribuir a mejorar la atención a la salud mental de las personas que vienen a vivir con nosotros.

Finalmente, destacar cómo a lo largo de los bloques existe un eje vertebrador y una preocupación compartida por proyectar la salud mental como instrumento esencial para construir una convivencia saludable, en el territorio de Andalucía. A su mejor aplicación os animamos.

2

El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes

► Nabil Sayed Ahmad Beiruti

“Lo que hace que yo sea yo, y no otro, es ese estar en las lindes de dos países, de dos o tres idiomas, de varias tradiciones culturales. Es eso justamente lo que define mi identidad. ¿Sería acaso más sincero si amputara de mí una parte de lo que soy?” (Maalouf, A.)

2.1. Migración

Emigrar es más que simplemente moverse de un lugar a otro, es un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante. Es un fenómeno natural, vehículo de la transmisión e intercambio del conocimiento y de la cultura, así también impulsor del desarrollo y la civilización humana.

La inmigración es un fenómeno complejo y multifacético, que abarca factores económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. Es un proceso que implica dejar un “modelo de vida” y de identidad para incorporar otro “nuevo”. Involucra tanto a los individuos inmigrantes como a la sociedad receptora. Es una oportunidad para el intercambio

de valores culturales, el conocimiento de costumbres y hábitos, la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro, que posibilita el conocimiento recíproco y facilita la aceptación y el respeto a la diferencia y la diversidad. Nuestra autoconciencia depende del proceso de comunicación entre el Yo y el Otro, como dice Hora (citado en Watzlawick, P, & otros, 1981) “para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender al otro”.

Este continuo proceso de ajuste, de actualización de la información acerca de la persona y su interrelación con el mundo, lleva a la adquisición de habilidades apropiadas y, eventualmente, aumenta las posibilidades del individuo de adaptación a su entorno.

El fenómeno migratorio es vivido, con frecuencia, como un problema y no como una solución a necesidades sociales y económicas, de las personas que emigran y de la sociedad receptora; tal percepción podría generar actitudes de rechazo y de miedo, así también prejuicios negativos, todo ello podría crear situaciones de tensión que posiblemente acaben en conflictivas y, por consiguiente, en comportamientos de segregación y automarginación, dificultando de esta manera la adaptación, la convivencia y el dialogo intercultural.

Los motivos de emigrar suelen ser:

1. **Económicos** como el paro, sueldos muy bajos, inseguridad laboral, promocionada por los estados por ser fuente de ingresos de divisas en el país.
2. **Sociales** como las situaciones adversas, la presión de la familia, la propaganda en los medios de comunicación de la existencia de paraísos donde pueden encontrar soluciones a sus problemas.
3. **Políticos y de seguridad** como las guerras y conflictos internos, las dictaduras y persecuciones, etc.

Se trata en general de personas jóvenes, fuertes física y psicológicamente, que durante el proceso de emigración se enfrentan a una cadena de adversidades y situaciones estresantes que afrontan generalmente con éxito.

2.2. El proceso de adaptación

El proceso de adaptación se inicia en el momento de tomar la decisión de emigrar, que obliga a poner en marcha los mecanismos de adaptación incluso antes de iniciar el viaje migratorio. Es un proceso dinámico con progresos y retrocesos, con pérdidas y ganancias. Produce cambios que abarcan tanto las relaciones externas como internas del sujeto y a la estructura de su personalidad (identidad); la persona inmigrante, al llegar a la nueva sociedad, su modo de vida se hace distinto y esto le lleva a situaciones de inseguridad e inestabilidad, debido al cambio brusco y la búsqueda de un nuevo continente para sus emociones y de su identidad. Se puede dividir en varias etapas; esta división es artificial y no está nítidamente delimitada ni es lineal y sólo sirve para la observación, el estudio y exposición de este proceso (Sayed-Ahmad, N., 2006/a).

2.2.1. De preparación y toma de decisión

Se caracteriza por la presencia de sentimientos ambivalentes¹, de culpa, de pena y de ilusión, además de ansiedad y de estrés². Durante la misma se elabora el proyecto migratorio, que casi siempre incluye como punto final la idea de retorno. Al mismo tiempo inicia el duelo migratorio, que se caracteriza por la pérdida masiva de objetos (familia, amistades, paisajes, el estatus social, proyectos vitales, etc.), por ser parcial, vincular, recurrente y transgeneracional.

2.2.2. De llegada o asentamiento

Se caracteriza por la presencia de sentimientos de ambivalencia emocional (alegría por haber conseguido llegar, tristeza por lo que acaba de abandonar), de confusión y miedo. Al principio el sujeto se encuentra inmerso en una situación que se puede calificar de *anómica* (conflicto entre normas y/o ausencia de las mismas) con el riesgo de crisis de identidad.

¹ Ambivalencia, presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio.

² Estrés, es la respuesta fisiológica y psicológica del sujeto ante un estímulo (estresor), que puede ser un factor interno (pensamientos, recuerdos, etc.), o factor externo (un evento, una persona o cualquier estímulo ambiental) que ocasiona que una persona se sienta tensa o excitada.

En esta fase es substancial tener en cuenta la importancia de:

- a. El papel de *acomodador* de las instituciones públicas y privadas de la sociedad receptora, ya que el hecho de llevarlo a cabo o no, podría influir en el futuro del proceso de adaptación.
- b. La importancia, para las personas recién llegadas, de la acogida, el apoyo, solidaridad y la orientación que realiza la colonia de inmigrantes de su propio país, por su positiva influencia en el inicio del asentamiento.

2.2.3. De adaptación e integración

Comienza una vez resueltos los problemas económicos y sociales (trabajo, vivienda, etc.). El proceso de adaptación es:

- a. **Heterogéneo**, depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, del género, de la edad, de factores económicos, etc.
- b. **Bilateral** (interdependiente), depende de la interacción entre inmigrantes y sociedad de acogida y entre inmigrantes y su entorno sociofamiliar.

Es decir tanto la persona como la sociedad se tienen que adaptar a la nueva situación, afrontar y elaborar el duelo debido a los cambios, mestizaje, pérdidas y ganancias que motiva el hecho migratorio.

2.2.4. De encrucijada³

Durante esta etapa se vivencian situaciones ambivalentes entre dos culturas, dos sociedades y dos identidades, en ocasiones la opción es vivir “fuera de lugar”. Aunque estas vivencias pueden manifestarse a lo largo de todo el proceso de inmigración. Durante esta etapa, es aconsejable que la persona procure mantener lazos con su sociedad de origen, de esta forma

³ Encrucijada es el “*lugar de donde parten varios caminos en distintas direcciones*”, y/o “*situación difícil en que no se sabe que conducta seguir*” (Moliner, M.1981).

podría elaborar mejor el duelo migratorio. Como señala Calvo, F. (1977), “en el proceso de asentamiento-adaptación-integración el emigrante se ha de enfrentar a diario con la añoranza siempre presente y los deseos de volver a su tierra y con sus dudas sobre la conveniencia o no de seguir por el camino de la permanencia definitiva y la integración”.

2.3. La adaptación/integración

Es la capacidad que tiene el ser humano para acomodarse, aclimatarse e integrarse en su entorno físico y cultural que está en continuo cambio. Es un proceso bio-psico-social, inherente a la naturaleza humana, abarca los tres niveles que configuran al sujeto:

1. **El biológico**, el organismo y sus relaciones ambientales, los cambios climáticos y alimentarios, etc.
2. **El psicológico**, las relaciones objetales, las capacidades de adaptación, el sentido de identidad, las emociones y habilidades, etc.
3. **El sociocultural**, las interacciones interpersonales, tipo de educación, la influencia de la cultura en el sentido de la identidad y en las vivencias, los valores, etc.

La evolución ha capacitado muy bien a la especie humana para la adaptación a los continuos cambios que ha tenido que afrontar y superar a lo largo de su historia, entre estos cambios está el fenómeno migratorio. La capacidad de seguir siendo la misma persona a través de la sucesión de cambios a lo largo de la vida del individuo, es lo que caracteriza básicamente la experiencia emocional de la identidad (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980); este proceso no está exento de reacciones de angustia y de depresión debido a la ruptura de los vínculos, que se traduce en una serie de duelos, y promueven la necesidad de su elaboración. En la situación de la inmigración y en el proceso de adaptación estos cambios y el consiguiente duelo son vivenciados de manera especial⁴.

Como sostienen muchos autores (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980; Castilla, C., 1980/a; Argyle, M., 1983; Watzlawick, P. & otros, 1981; y otros) la identidad del individuo está en con-

⁴ El tema del duelo migratorio se va a tratar ampliamente en el capítulo 5 de esta monografía.

tinuo cambio, se forma mediante la interacción y las experiencias que esta genera, asimismo por la influencia de los factores socioculturales e históricos. Este proceso de formación de la identidad se realiza fundamentalmente:

- A través del intercambio de imágenes (representaciones) que el sujeto tiene de sí mismo, y de las que tiene de los demás, resultado de experiencias anteriores. Es decir lo que piensa de sí mismo, lo que piensa del otro y lo que piensa que el otro piensa de él, etc.
- La interrelación continua de los vínculos de integración socioculturales. La consolidación del sentimiento de identidad depende tanto de los factores personales internos, como de los factores sociales y económicos externos. Además, las actitudes de confirmación y/o de rechazo de la identidad, que el sujeto sostiene y presenta en la interacción, suponen un factor importante para el afianzamiento o cuestionamiento de la misma.

En la situación de inmigración, la mayoría de las veces, estas actitudes que están preconcebidas, positiva o negativamente, pueden obrar facilitando u obstaculizando la formación y la afirmación del sentimiento de identidad, así también del proceso de adaptación.

Podemos distinguir dos grados o momentos de adaptación migratoria:

1. **Social/normativa**, el sujeto se adapta en primer lugar a las normas sociales y legales de la sociedad receptora, es más externa y apenas produce cambios en la personalidad.
2. **Cultural/psicológica**, en ésta el sujeto es más activo y se implica más en la asunción de nuevos valores y roles propios de la sociedad de acogida, sin renunciar a los suyos propios, realizando un mestizaje; se trata de un acto más profundo, íntimo, personal y produce cambios en la personalidad del individuo.

El proceso de adaptación es bilateral, heterogéneo y además requiere la superación de la realidad multicultural y la aceptación de la actitud intercultural. El interculturalismo, como subraya Soriano, R. (2004), presenta un doble plano:

1. **Ético**: las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural;
2. **Sociológico**: la presencia y coexistencia en un plano de igualdad de todas las culturas en su interacción y búsqueda de puntos comunes entre sus creencias, valores

y comportamientos. Cuando la relación entre las culturas es asimétrica, basada en el rechazo, la desigualdad y la exigencia para que el sujeto renuncie a los valores propios y asuma los de la sociedad receptora, se produce lo que se llama *asimilación*. Lamentablemente es la actitud mayoritaria de las sociedades receptoras, con el consiguiente riesgo de la desadaptación, marginación y exclusión social que pueden generar estrés y ansiedad, así como devenir en problemas en la salud mental de las personas. Así, también, cuando son las personas inmigrantes quienes rechazan la cultura del país de acogida y se muestran reacias a la integración, se produce lo que podríamos llamar *automarginación* con consecuencias muy similares a las antes mencionadas.

La integración se producirá sólo cuando haya interés por ambas partes, y que adopten la pluralidad cultural como marco de referencia en su interrelación e interacción. Es decir:

- Que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como un valor positivo.
- La ausencia (o bajos niveles) de rechazo, de xenofobia y de prejuicios.
- La existencia del deseo de ambas partes de contribuir al desarrollo de buenas relaciones de convivencia, mediante el dialogo intercultural y la comunicación que "...es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas,..." y que "...cuando una comunicación es exitosa pasa a ser sinónimo de adaptación y vida" (Bateson, G.; Ruesch, J. 1984).

Es necesario tener en cuenta aquellos factores que, podrían favorecer la adaptación de la población inmigrante, como por ejemplo:

- Las actitudes proactivas de apoyo y solidaridad por parte de la sociedad de acogida.
- El acceso a un empleo digno, una vivienda sana, la educación y la salud.
- La agrupación familiar.
- Actividades interculturales.
- La posibilidad de retorno; etc. En definitiva ser considerados como ciudadanos con derechos y deberes.

Es muy importante para el proceso de adaptación y la elaboración del duelo saber si *es posible volver* o no (aunque sea de visita); esto marca el carácter de la emigración. Si *volver es posible*, significa "puertas abiertas", y la existencia de muchas alternativas, lo cual po-

dría disminuir la ansiedad. Si volver *no es posible* (exilio, sin papeles, etc.), supone que no hay muchas alternativas y canaliza todos los esfuerzos en dirección a la integración, *forzosamente*, en el nuevo medio, hecho que podría aumentar el estrés y la ansiedad. Asimismo podría influir en el proceso de adaptación el porcentaje de la población inmigrante, su diversidad étnica y cultural; el nivel de desarrollo socioeconómico del país de origen, así como el tipo y motivos de la inmigración.

Desde el punto de vista culturalista, podrían existir diferencias en el proceso de adaptación entre las distintas culturas, en relación a la cercanía o lejanía entre la cultura de origen y la de acogida, es decir la *distancia o el espacio intercultural*, en el sentido de que a mayor o menor espacio intercultural compartido, menor o mayor es el esfuerzo que se tiene que realizar por parte de la población inmigrante y la sociedad de acogida.

El proceso de adaptación es diferente según género y edad:

1. **La mujer**⁵, la adaptación y la salud mental de las mujeres inmigrantes no sólo depende de sus factores individuales de personalidad y de las diferencias culturales, sino de las condiciones de trabajo, del grado de apoyo social y de la posibilidad de poder conciliar sus papeles de madres y trabajadoras (Sayed-Ahmad, N.; Río, M^a J.; Fernández, G., 2007).
2. **Las personas ancianas**, apenas existe proceso de adaptación, el mínimo necesario, debido a las pocas expectativas y la no existencia de un proyecto migratorio, y que “el tiempo vivido es mayor del que queda por vivir”.
3. En el caso de **menores y adolescentes**⁶ (Sayed-Ahmad, N., 2006/b), hijos/as de inmigrantes, es elemental tener en consideración algunas circunstancias como, por ejemplo, si han inmigrado con sus padres o por agrupación familiar; el denominador común es la ausencia de proyecto migratorio propio y la interrupción de su trayectoria vital anterior a la migración. Los adolescentes viven doble crisis, la de su propia edad con su particular problemática psicofisiológica, y la derivada de los conflictos en la adaptación debido al desarraigo y rechazo. En el caso de los nacidos en el país de ac-

⁵ En el capítulo 6 de esta monografía se va a abordar el tema de la adaptación de la mujer de manera más extensa.

⁶ Ver capítulo 7 de esta monografía donde se desarrolla más detalladamente este tema.

gida de sus padres, viven en el país de nacimiento, por lo cual, a mi juicio, se comete el error de considerarles inmigrantes, por parte de la sociedad, y no considerarles como ciudadanos suyos, actitud que conlleva rechazo y xenofobia, que junto a las posibles exigencias de sus padres de acuerdo a su cultura, podrían dificultar la adquisición de una identidad sólida y estable.

Por último, mencionar la problemática, un tanto particular y poco estudiada, de los hijos/as nacidos de matrimonios mixtos, que con frecuencia se sienten simultáneamente iguales y diferentes al resto de sus compañeros y compañeras, pero además en reiteradas ocasiones se les hace sentir desiguales e incluso extraños, hechos que podrían influir en su socialización y sentimiento de pertenencia entre otros aspectos. *“Yo nací español hasta que me convencieron que no lo era”* (El Chojin, rapero hijo de padre africano y madre española).

Existe una relación estrecha entre el proyecto migratorio, el grado de consecución de los objetivos, la elaboración del duelo y el proceso de adaptación. Es decir, a mayor éxito en la consecución de los objetivos del proyecto migratorio, mejor elaboración del duelo migratorio y por consiguiente mejor adaptación a la nueva situación, y viceversa.

Entre los sentimientos, dudas y actitudes sobre su situación, que acompañarían a las personas inmigrantes a lo largo del proceso migratorio, podríamos encontrar los siguientes:

- Soledad, indefensión, desamparo y resignación.
- Culpa por haber abandonado a sus familiares, amigos, país, etc.
- Nostalgia y deseos de volver.
- Miedo al futuro, al fracaso y a la pérdida del proyecto migratorio con sus expectativas.
- Frustración por la interrupción del proyecto vital anterior.
- Ilusión por el proyecto migratorio.
- Satisfacción y alegría por los logros conseguidos.
- Duda sobre si vale la pena seguir o volver, y de cuando debe dar por finalizado el proyecto migratorio.
- Incertidumbre, sobre la educación de los hijos, es decir ¿en que cultura?, y también sobre su futuro ¿dónde?

2.4. El impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes

La salud mental de las personas inmigrantes y de sus familiares responde a un conjunto complejo e indisociable de factores individuales, sociales, económicos y culturales que remiten necesariamente a su estatus sociolaboral en la sociedad (Pechevis, 1995). Entre los cuales conviene tener en consideración la subocupación en actividades de riesgo, la ausencia de apoyo sociofamiliar, la falta de residencia fija, el hacinamiento y la cohabitación forzada (convivir varias familias o personas sin parentesco en la misma vivienda). Asimismo, conviene señalar la importancia, como factor de riesgo, de la actitud de rechazo y hostigamiento de la sociedad receptora, la marginación, la automarginación y la exclusión social. Y como señalan Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984) “La migración podría entrar en la categoría de los traumatismos *“acumulativos”* y de *“tensión”*, con reacciones no siempre ruidosas y aparentes, pero de efectos profundos y duraderos”. Cabe subrayar la repercusión de la variación cultural rápida, el cambio del sistema de referencias valorativo, que parecen actuar como factores básicos de inseguridad, capaces de provocar, junto al estrés y la crisis de identidad, la sensación de que se ha llegado al límite de las propias capacidades.

Aunque la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, se puede considerar como un “Acontecimiento Vital Estresante” que constituye un factor de riesgo, y como tal podría producir enfermedades mentales habituales, pero matizadas por el estrés migratorio y la visión del mundo de la cultura de la persona inmigrante⁷, siendo las más frecuentes las somatizaciones, las alteraciones adaptativas, afectivas y ansiosas, además y como máxima expresión del sufrimiento mental, “situación psicótica” (Castilla, 1980/b), debido a las circunstancias de incertidumbre y a la pérdida del sentido de realidad.

No obstante, “en general, estas personas poseen una capacidad de lucha que les hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Pueden tener sentimientos de tristeza pero aún conservan una cierta esperanza que les impulsa a desear seguir viviendo” (Achotegui, 2002).

⁷ En los capítulos 8, 9 y 10 de esta monografía se va a tratar de la situación de la asistencia a pacientes inmigrantes, tanto en lo referente a la accesibilidad, el espacio sociosanitario, así como en atención Primaria o en la red de Salud Mental Comunitaria y Hospitalaria. Así también en el capítulo 4 se aborda el tema de las creencias, actitudes y prejuicios de inmigrantes y profesionales, actitudes que sin duda tienen influencia sobre la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui Loizate, Joseba. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural, Ed. Mayo, Barcelona. 2002.
2. Argyle, Michael. Análisis de la interacción. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1983.
3. Bateson, Gregory; Ruesch, Jurgen. Comunicación, la matriz social de la psiquiatría. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1984.
4. Calvo, Francisco. Que es ser emigrante. Biblioteca salud y Sociedad. Editorial La Gaya Ciencia. 1977.
5. Castilla del Pino, Carlos. Introducción a la Psiquiatría. 1. problemas generales psico(pato)logía. 2ª edición. Alianza Editorial. Madrid. 1980/a.
6. Castilla del Pino, Carlos. Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general, Psiquiatría clínica. Alianza Editorial, Madrid.1980/b.
7. Grinberg, León y Grinberg, Rebeca. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Alianza editorial. Madrid. 1984.
8. Grinberg, León y Grinberg, Rebeca. Identidad y cambio. Paidós Ibérica. Barcelona.1980.
9. Maalouf, Amin. Identidades asesinas, Alianza Editorial. Madrid, 1999.
10. Moliner, María. Diccionario del uso del español. Editorial Gredos, S.A., Madrid. 1981.
11. Pechevis, Michel., en Lebovici, Serge; Diatkine, René; Soulé, Michel. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. VII, Cap. I, Pág. 19-34. Ed. Biblioteca nueva, Madrid. 1995.
12. Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil. Inmigración, adaptación y duelo. En cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: "Inmigración y salud mental". Grupo Salud Mental Transcultural. Nabil Sayed-Ahmad Beiruti (Coordinador), capítulo 1, Pág. 8-28. Edita Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN.S.B.N.:978-84-95827-34-2. Córdoba. 2006/a.
13. Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil. Los hijos de los inmigrados, "la segunda generación", en la encrucijada. Publicado en la Página Web del XVI Congreso de la SAMFYC celebrado en Almería del 8 al 10 de mayo de 2006/b. <http://www.samfycongresos.com/pdfs/hijosinmigrantes.pdf>, <http://www.samfycalmeria2006.net>. También desde abril-07 en la página Web de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AAN), <http://www.aan.org.es>
14. Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil; Río Benito, Mª Jesús; Fernández Regidor, Gonzalo. Salud mental, Capítulo VII del "Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud". Rafael García Galán (coordinador). Edita: Junta de Andalucía-Consejería de Salud. Sevilla. 2007.
15. Soriano, Ramón, Interculturalismo. Ed. Almuzara. Córdoba. 2004.
16. Watzlawick, Paul; Helmick Beavin, Janet; Jackson, Don D. Teoría de la comunicación humana. Editorial Herder. Barcelona, 1981.

3

Antropología y Salud Mental: dilemas y desafíos contemporáneos

► Ángel Martínez Hernández

3.1. Presentación

A pesar de las discusiones, tensiones y desencuentros acaecidos durante los últimos cien años entre la antropología y las disciplinas que abordan el campo de la salud mental -léase: psiquiatría, psicología y psicoanálisis, entre otras- tanto la primera como las segundas están condenadas a entenderse entre sí e, incluso, a complementarse mutuamente en el estudio de las relaciones entre la cultura y los trastornos mentales. Existen varias razones para pensar en estos términos. Una de ellas es que la antropología no puede obviar los nuevos conocimientos neurocientíficos o el carácter estratégico de los procesos psicopatológicos para entender las dinámicas sociales y culturales de nuestro tiempo, como los nuevos modelos de individualidad, del cuerpo y de las emociones. Otra de las razones -esta vez en el campo de las ciencias "psi"-, es que difícilmente podemos crear una teoría comprensiva de las enfermedades, trastornos y malestares mentales sin tener en cuenta que los sujetos afectados y los profesionales son también actores sociales, que viven sus vidas en universos de significado que moldean sus emociones y su percepción del mundo y que acaban influyendo e incluso co-determinando, junto a los procesos biológicos y psicológi-

cos, los padecimientos y las formas de tratamiento. Lewis-Fernández y Kleinman (1995) son especialmente claros en este sentido cuando nos recuerdan que es tan incompleta una psiquiatría que no valore los factores sociales y culturales, como una psiquiatría que no dé cuenta de los procesos psíquicos y/o biológicos.

La conciencia de esta necesidad de la cultura en el estudio de los trastornos mentales está presente en la historia de la psiquiatría por lo menos desde Kraepelin (1909) y sus investigaciones con pacientes amerindios y sudasiáticos encaminadas a poner a prueba la validez de sus clasificaciones psicopatológicas o, si se prefiere, desde Freud (1985) con sus tentativas de ubicar el Complejo de Edipo como estructura fantasmática en el origen de la cultura. Desde entonces, la proliferación de términos para definir este campo de estudio ha sido una constante: psiquiatría transcultural (Wittkower 1974), psiquiatría comparada (Murphy 1982), etnopsiquiatría (Devereux 1973), antropología psiquiátrica (Guyotat 1994), y otras muchas fórmulas entre las que se cuentan las más modernas de psiquiatría cultural (Kirmayer y Minas 2000; Tseng 2001) y salud mental multicultural (De Jong y Van Ommeren 2005).

Esta diversidad terminológica denota una clara dispersión en lo que concierne al campo de la cultura y los trastornos mentales y esta dispersión es, a su vez, resultado de diferentes intereses en juego. Tradicionalmente, la psiquiatría ha observado la cultura como un territorio anecdótico al que únicamente se apelaba cuando tenía que informar de los fenómenos psicopatológicos en el ámbito de culturas entendidas desde la razón occidental como exóticas o diferentes. De hecho, sólo cuando las sociedades contemporáneas se han convertido en multiculturales y han tenido que asumir que lo exótico es ya lo cotidiano, la cultura ha aparecido como una variable más perentoria pues ¿qué hacer cuando un paciente nos dice que sufre de síndrome de *dhat*, que está poseído por un *orixá*, o que padece de *susto*?, ¿cómo discernir, por ejemplo, una estructura delirante de las ideas congruentes con la cultura del sujeto?, ¿cómo afrontar el reto de la multiculturalidad en una consulta de psiquiatría? o ¿cómo diseñar un estudio epidemiológico cuando los entrevistados no entienden las cuestiones de las escalas o los instrumentos, y no porque no se hayan traducido con anterioridad a su lengua vernácula, sino porque no reconocen como inteligibles categorías como “culpa”, “auto-estima”, “preocupación por la pérdida del empleo” o simplemente “ánimo deprimido”?

La antropología, por su parte, se ha interesado generalmente por los trastornos mentales como un medio de analizar las dinámicas culturales o los procesos sociales y no como un fin en sí mismo. Frente a las necesidades asistenciales en salud mental ha opuesto tradicionalmente

una actitud académica, intelectual y también más alejada de la realidad práctica. De hecho, sólo cuando la antropología ha entendido que la enfermedad y los trastornos mentales, así como los sistemas terapéuticos, incluidos los propios de la biomedicina o medicina occidental, eran también fenómenos sociales y culturales ha podido desarrollar un conocimiento especializado y, por tanto, algunas respuestas a los problemas de la atención en salud mental.

En este panorama de intereses cruzados entre la antropología y la psiquiatría podemos hallar, sin embargo, algunos puntos de confluencia, sobre todo de la primera con la psiquiatría cultural y la psiquiatría social. Uno de ellos es la idea que los enfermos mentales no son islas psicopatológicas independientes de su contexto. Las personas afectadas viven en un mundo social que determina el alcance de sus malestares, su pronóstico y los tratamientos más adecuados; también sus posibilidades para desarrollar una función social activa, para tener una vida autónoma y para ser o no ser excluidos o estigmatizados. Y estas evidencias no pueden ser sustituidas por el estudio de la biología del cerebro. Lo que sigue es, precisamente, un estado de la cuestión reflexivo sobre algunos de los temas en los cuales la antropología y la psiquiatría están condenadas a entenderse para poder dar cuenta de los retos contemporáneos en salud mental.

3.2. La cultura y la validez de las nosologías

Una característica de la antropología contemporánea es la aplicación del concepto de cultura a los llamados sistemas expertos, incluidas las profesiones de la salud y la salud mental. Esto significa recordar que los profesionales no son seres aculturales o asociales, ni tampoco lo es su conocimiento sobre los fenómenos psicopatológicos. La cultura como sistema de simbolizaciones que nos diferencia del resto de especies, así como su diversidad plasmada en formas particulares –esto es, las diferentes culturas existentes- es la responsable de nuestro conocimiento sobre las cosas, incluyendo los llamados sistemas expertos y sistemas científico-técnicos. De hecho, una de las contribuciones más relevantes de la antropología al campo de la salud mental no ha sido confirmar que la cultura es una variable importante en la determinación o co-determinación de la psicopatología, sino hacer consciente que la psiquiatría y las otras disciplinas del espectro “psi” -y obviamente también la antropología- son también sistemas culturales. Es lo que podemos llamar el “descubrimiento de la cultura profesional” que había permanecido invisibilizada por la existencia de una fuerte demarcación epistemológica entre ciencia y cultura, entre sujeto y objeto de la

investigación, entre profesional y paciente. Los primeros integrantes de estas relaciones representaban generalmente la racionalidad; los segundos el ámbito de la creencia y el error.

Tanto desde la antropología como de la psiquiatría cultural (Kleinman 1977; 1988; Young 1991 y Mezzich et al. 1999; Littlewood y Simona 2000) se ha introducido la idea de que las nosologías psiquiátricas como el DSM-IV o la CIE-10 son tentativas de otorgar nombres a los fenómenos psicopatológicos, pero también categorías dependientes de los contextos histórico-culturales en donde han sido creadas. Con ello no se intenta disolver todo conocimiento, sino simplemente hacer mención a la provisionalidad de toda taxonomía científica. Este punto es especialmente relevante cuando estamos hablando de las manifestaciones de los trastornos mentales que si por algo se caracterizan es por su complejidad, su dimensión conductual y también por la ausencia de pruebas biomédicas concluyentes para la mayoría de las enfermedades. Un ejemplo de esta complejidad nos lo ofrece el fenómeno de la comorbilidad y la dificultad para discernir en estos casos a qué trastorno pertenecerá una determinada manifestación: ¿a qué categoría pertenecerá la conducta agresiva del paciente, a su trastorno esquizofrénico, a su trastorno de personalidad o acaso a su trastorno por uso de sustancias?

El uso de las categorías psiquiátricas como realidades más que como representaciones provisionales es una práctica que ha sido definida por Kleinman (1977, 1988) como “falacia categorial”, especialmente cuando estamos exportando nosologías y criterios diagnósticos a contextos culturales en donde éstos no adquieren coherencia ni sentido, o adoptan otras coherencias y otros sentidos. Una de las consecuencias de la falacia categorial es la tendencia a forzar la universalidad de los criterios diagnósticos, cuando sería tan relevante como oportuno partir precisamente de la diversidad de síntomas y cuadros clínicos, como es el caso de los *culture-bound síndromes* o síndromes dependientes de la cultura, para desarrollar teorías que pudiesen dar cuenta de la variación. Otra de las derivaciones del problema es la confusión que se establece entre validez (*validity*) y fiabilidad (*reliability*) cuando la segunda, es decir, el grado de consenso y reproductibilidad de los juicios diagnósticos, es utilizada como criterio subrepticio para validar las nosologías.

Un símil de Kleinman (1988) puede ser útil en este punto. Supongamos que diez psiquiatras estadounidenses que han sido entrenados en las mismas técnicas y criterios diagnósticos deben entrevistar a diez amerindios que se encuentran en la primera semana de duelo posterior a la muerte de su esposa. Los profesionales podrán determinar con un 90% de consistencia que siete de los pacientes escuchan la voz del espíritu de su esposa, el cual dialoga

con ellos desde el más allá. En este caso estaremos ante un elevado grado de concordancia y fiabilidad. Ahora bien, la determinación de si esta experiencia es el síntoma de un estado mental anormal no podrá delegarse en la reproducibilidad de los juicios diagnósticos, sino en la interpretación de esta manifestación dentro de la cultura del sujeto. Como es sabido, en muchas culturas amerindias la experiencia de “oír voces” de la esposa o esposo fallecido es una forma pautada y consuetudinaria de vivir el duelo y no puede asociarse con un trastorno psicótico, tal como ha reconocido el propio DSM-IV. Diagnosticar la experiencia auditiva de un amerindio en duelo como el indicio de un trastorno conducirá a un juicio con una elevada fiabilidad pero a la vez con dudosa validez.

La validez de las nosologías no puede soslayarse con una apelación a la concordancia y reproducibilidad de los juicios diagnósticos, especialmente en el caso de los trastornos mentales, pues a la carencia de pruebas diagnósticas biomédicas se suma el hecho de que los síntomas psiquiátricos se superponen e imbrican con manifestaciones normales de la adversidad humana como la tristeza, la frustración, la infelicidad, el temor o el duelo, entre otras muchas. La conciencia de la relatividad cultural (a no confundir con el relativismo) de las nosologías, los juicios clínicos y los propios trastornos mentales es la garantía, en lugar del obstáculo, para el desarrollo de un conocimiento científico y racional. La crítica que puede realizarse a los presupuestos del neokraepelinismo -y del determinismo biológico por extensión- no es precisamente su exceso de cientificidad, sino su falta de ella a la hora de abordar una complejidad que no puede reducirse a determinaciones genéticas y a la ilusión de un mundo y unas taxonomías estables. El contexto social, cultural y económico-político de la aflicción es una realidad que está ahí, como los cromosomas y los neurotransmisores, mostrándose necesario para distinguir correctamente un caso de un no caso, para la tarea de interpretación clínica, para la puesta a prueba de las nosologías, para la traducción y adaptación de los instrumentos diagnósticos y epidemiológicos, para la determinación de la etiología, sintomatología, curso, evolución y pronóstico de muchos de los trastornos, para la elaboración de políticas públicas y para la reflexión sobre la propia práctica profesional.

3.3. La cultura y la variabilidad de la psicopatología

Desde Kraepelin (1909), la variabilidad transcultural de la sintomatología ha constituido un dilema de las investigaciones comparativas que se ha visto potenciado por los resultados de los estudios más destacados de las últimas décadas en este ámbito, como el *International*

Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) (WHO 1979), el *Determinant of Outcome of Severe Mental Disorders* (DOSMD) (Jablensky et al. 1992), el *Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders* (WHO 1980) o el mucho más reciente *World Mental Health Survey Initiative* (WHO, documento electrónico). Por ejemplo, en el IPSS se halló una mayor frecuencia de síntomas afectivos, ideas delirantes y delirios de inserción del pensamiento en los pacientes de las sociedades industrializadas, mientras en los contextos no industrializados “las voces que hablan al sujeto” y las alucinaciones visuales fueron más prevalentes. También se encontró una mayor proporción de pacientes del subtipo paranoide en Reino Unido, así como una mayor frecuencia de síntomas de desrealización en Estados Unidos en comparación con India, una mayor presencia de manía en Dinamarca y una alta tasa de esquizofrenia catatónica y del subtipo no especificado en India.

Los datos del IPSS tienen su continuidad en los resultados del DOSMD, donde se indica que los casos de esquizofrenia de tipo agudo son el doble en los países en vías de desarrollo (PVD) frente a los países desarrollados (PD) y se afirma que mientras los casos de esquizofrenia catatónica en estos últimos son prácticamente inexistentes, en los PVD alcanzan el 10%. En cuanto al subtipo hebefrénico se indica que si bien se ha diagnosticado a un 13% en los PD, en los PVD sólo se halla en un 4%.

Las investigaciones sobre otros trastornos mentales han ofrecido resultados muy similares. En el ya clásico *Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders*, realizado en cinco países (Canadá, India, Irán, Japón y Suiza), se sostiene que mientras los sentimientos de culpa y auto-reproche aparecen en el 68% de la muestra suiza, sólo está presente en un 32% en la de Irán. Las ideas de suicidio también exhiben cierta diversidad, pues mientras su frecuencia es del 70% en Canadá, no alcanza el 50% en Irán. La agitación psicomotora adquiere, por su parte, una mayor presencia entre los pacientes de Teherán frente a la media de los diferentes centros y la somatización entre estos pacientes prácticamente dobla la frecuencia de los afectados de Canadá o de Suiza.

En otros estudios transculturales sobre depresión se ha informado que en determinados contextos son raros el sentimiento de culpa, las ideas de suicidio, los sentimientos de desesperanza o la baja auto-estima. Contrariamente, en estas sociedades parecen ser comunes los síntomas somáticos y quasi-somáticos, como los trastornos del sueño, del apetito, de la energía, de las sensaciones corporales y del funcionamiento motor (Chen et al 2003). La idea que los occidentales psicologizan y los no occidentales somatizan es ya un lugar común

de los estudios comparativos, aunque esta información deba leerse sin maximalismos y de forma crítica (Bhugra y Mastrogianni 2004), pues también algunos estudios indican que en los contextos occidentales se expresa el ánimo deprimido mediante un lenguaje somático (Parsons y Wakeley 1991). En realidad, uno de los problemas de las grandes investigaciones comparativas es su tendencia a esquematizar, constituyendo grandes bloques como “culturas occidentales” y “culturas no-occidentales” o “países desarrollados” y “países en desarrollo”, que no son útiles para abordar las diferencias intrínsecas a cada uno de estos bloques y a cada uno de los contextos nacionales analizados; los cuales, con toda seguridad, muestran una gran variabilidad interna en términos de grupos étnicos, clase social, tendencia religiosa y/o mundo rural *versus* mundo urbano, por citar sólo algunas dimensiones.

La solución más frecuentada ante el problema de la variabilidad sintomatológica ha consistido en la aplicación del modelo patogenia/patoplastia; una teoría introducida por Birnbaum (1878-1958) que Kraepelin utilizó para distinguir entre el núcleo patogénico duro (patogenia) y las condiciones circunstanciales que impone la procedencia étnica, las formas de vida y la biografía del paciente (patoplastia). Este modelo se aplica frecuentemente en la psiquiatría contemporánea asociando la patogenia con la forma del síntoma y la patoplastia con el contenido. Leff (1988) por ejemplo, argumenta que mientras la forma comprende aquellas características esenciales que lo distinguen de otros síntomas diferentes, el contenido puede ser común a una variedad de manifestaciones y se deriva del contexto cultural del paciente. Un ejemplo puede ser oportuno en este punto: los pacientes depresivos severos pueden oír voces diciéndoles que son criminales o pecadores. Los pacientes creyentes tendrán más tendencia a ser pecadores y los no-creyentes a ser criminales. La forma o patogenia será para Leff el hecho que en ambas situaciones estamos ante alucinaciones auditivas. El contenido o patoplastia, por su parte, adquirirá un carácter más volátil y dependiente de la cultura del sujeto, por ejemplo: sus creencias religiosas.

El modelo patogenia/patoplastia ha sido utilizado de forma generalizada en las investigaciones comparativas por su capacidad para establecer un equilibrio, aunque a nuestro juicio precario, entre la universalidad de la psicopatología y la diversidad de los síntomas (Martínez Hernández 2000). Mientras se respeta una evidente variabilidad, se hace énfasis en que la forma (o signifiante) es lo verdaderamente importante, pues es la que permite inscribir los síntomas en un marco nosológico determinado. El contenido, por su parte, es observado como una realidad afectada por las culturas locales, pero a la vez secundaria para el discernimiento de los cuadros. Ahora bien, la fórmula en cuestión no ofrece una solución para una parte importante de los casos.

Una de las carencias del modelo patogenia/patoplastia es que no permite contextualizar de manera adecuada. En la medida que lo patoplástico es del orden de la anécdota no es determinante para definir, por ejemplo, si “oír voces” es una manifestación psicótica o una forma consuetudinaria de vivir el duelo entre ciertos grupos culturales, como los amerindios. Otra de las limitaciones es que en determinadas situaciones la hegemonía de la forma sobre el contenido se invierte. Una sencilla pregunta puede ilustrar esta carencia: ¿La diferente manifestación de la depresión en síntomas de somatización o de psicologización qué es, una diferencia de forma o de contenido? Parecería que lo variable en este caso sería la forma, mientras que el contenido, llamémosle “ánimo deprimido”, sería lo invariable. ¿Cuál será en este caso el criterio para definir lo patogénico y lo patoplástico, la forma o el contenido?

Con el modelo patogenia/patoplastia se intenta confirmar la universalidad de los criterios diagnósticos a costa de reducir la importancia del factor local. La dimensión cultural queda así limitada a los aspectos epifenoménicos de los trastornos mentales; esto es, a si el delirante se cree un espía de la CIA o del Mossad. Sin embargo, la argumentación que permite llegar a esta deducción no se basa en criterios de objetividad, pues la forma no es siempre invariable ni el contenido debe entenderse como una realidad secundaria, ya que al fin y al cabo es la que organiza la experiencia del paciente. Una prueba adicional a nuestra argumentación es que el factor cultural desborda el plano sintomatológico para afectar otras variables clínicas como el pronóstico.

Las investigaciones transculturales nos informan de un mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países en vías de desarrollo (PVD) en comparación con los países desarrollados (PD) (Sartorius et al. 1996; Harrison et al. 2001; Leff y Warner 2006). Las hipótesis para explicar esta variabilidad son múltiples. La propia OMS indicaba en el IPSS algunas pistas que podrían guiar los estudios posteriores, como la posibilidad de que estuvieran involucrados factores locales (estructura familiar, factores económicos), que la variabilidad en el pronóstico se debiera a diferencias de tratamiento o que los síntomas visibles por el profesional respondieran en el fondo a enfermedades diferentes.

En el DOSMD la hipótesis cultural cobra más fuerza, ya que los resultados replican la variabilidad en el pronóstico y el diseño de cohortes según inicio agudo o insidioso de esta investigación permite descartar un posible sesgo de muestreo por el cual en los PVD se estuviesen incluyendo más pacientes con inicio agudo, y por tanto mejor pronóstico, que en los PD. Por otro lado, la hipótesis de los factores socioculturales parece congruente con

estudios anteriores, como los de Waxler (1979), quien a partir de sus trabajos comparativos había planteado que el pronóstico dependía de la respuesta social.

La idea de Waxler deriva de su observación de las familias cingalesas, las cuales presentan ante un caso de esquizofrenia un curioso comportamiento, pues no aceptan ni un diagnóstico de incurabilidad para el afectado ni la posibilidad de una cronicación, sino que negocian el diagnóstico con el profesional, ya sea psiquiatra o profesional folk. El motivo es que no conciben que el individuo sea responsable de su enfermedad, sino que su cuerpo o alma están poseídos. De esta manera, las expectativas sociales sobre el curso de la enfermedad se convierten en beneficiosas, ya que se espera que una vez recuperado de la posesión el afectado volverá a su estado de normalidad.

Si bien esta idea ha sido discutida (Cohen 1992), la hipótesis sociocultural ha generado un interesante campo de investigación para epidemiólogos, psiquiatras culturales y antropólogos (Thara 2004, Halliburton 2004). Hoy por hoy podemos hablar de cuatro líneas de estudio que, si bien no son excluyentes ni contradictorias entre sí, pueden descomponerse a efectos analíticos.

La primera línea ha enfatizado el papel del trabajo y de las variables económico-políticas (Warner 1985, 1992; Leff y Warner 2006). Concretamente se alude a que la estructura de empleo formalizado de las sociedades de capitalismo avanzado junto a la demanda de habilidades a los trabajadores se convierten en obstáculos a la reinserción social de los pacientes, al menos en comparación con el sistema de tareas no formalizadas que caracteriza otros contextos como los rurales. Adicionalmente, parece existir una asociación entre crisis económicas, altas tasas de desempleo y mayor número de ingresos y re-ingresos en los hospitales psiquiátricos cuando se analizan los datos desde una perspectiva histórica. La dificultad de acceso a un empleo adquiere en este punto capacidad explicativa para entender las diferencias de pronóstico a partir de la mayor o menor reinserción de los afectados.

El impacto de las concepciones culturales constituye una segunda línea de investigación relevante. Las ideas de persona, la manera de entender la enfermedad, las expectativas de curación o cronicidad son, de hecho, factores fundamentales para el pronóstico. Por ejemplo, en un estudio (Guarnaccia et al. 1992) se compararon las concepciones de la psicosis entre familias hispanas, africano-americanas y euro-americanas en Estados Unidos. Los resultados son reveladores: mientras el 65% de las primeras pensaban que la enfermedad

tenía curación, sólo el 19% de las familias euro-americanas concebían esta posibilidad. Inversamente, mientras sólo el 31% de los hispanos entendían la enfermedad mental como incurable, el 81% de los euro-americanos afirmaban que los trastornos mentales severos eran de un pronóstico de incurabilidad. Un interesante resultado que podría explicar el mejor pronóstico de la esquizofrenia en algunos colectivos hispanos.

El tercer tema investigado ha sido el impacto de la familia a partir de variables como la Emoción Expresada (EE); un término y una técnica para valorar las actitudes emocionales de los familiares hacia los pacientes. Es sabido que a mayor EE, principalmente en sus dimensiones de hostilidad y criticismo, se producen más recaídas, peor curso de la enfermedad, menor inserción psicosocial y más sintomatología. Las actitudes de la familia, los procesos de estigmatización, el tipo de estructura de parentesco y el papel de soporte o de criticismo de ésta son, de hecho, variables que resultan alumbradoras de las diferencias de pronóstico en las investigaciones comparativas (Karno et al. 1987, Wig et al. 1987; Leff y Warner 2006).

En último lugar tenemos los estudios sobre el impacto del tamaño y morfología de las redes sociales (Martínez Hernández 1999). Se trata de una variable profusamente estudiada en relación con las rehospitalizaciones, la calidad de vida y el desarrollo de habilidades. En síntesis podemos decir que las redes caracterizadas por una alta densidad -es decir, aquellas en donde la mayor parte de los actores que envuelven a ego interactúan entre sí- parecen tener un efecto protector en cuanto a las recaídas en los contextos culturales de baja estigmatización. Contrariamente, la densidad de la red se convierte en un predictor de mal pronóstico en contextos urbano-industriales cuando el marco de concepciones culturales supone la exclusión de los enfermos. En realidad, las redes más adecuadas siempre son aquellas que replican la estructura estándar del contexto: las redes de alta densidad en sistemas sociales de pequeña escala o *Gemeinschaft* y las redes abiertas y dispersas en sistemas urbano-industriales o *Gesellschaft*.

Probablemente, el dilema de la variabilidad del pronóstico de la esquizofrenia sólo podrá resolverse con más investigaciones, entre ellas etnográficas, que permitan conocer de una forma comprehensiva la interacción de las diferentes variables involucradas. No obstante, una de las grandes ausencias de los estudios epidemiológicos transculturales acostumbra a ser, precisamente, la metodología etnográfica. Una de las razones es que este enfoque supone un ejercicio de investigación diferenciado con respecto a las ciencias de la salud y es por ello generalmente incomprendido como un método útil de análisis, pues no opera

tanto desde la posición de saber del investigador, como desde la oscilación entre el saber y el no-saber. Dicho en otros términos, en etnografía un objetivo principal es dar cuenta del punto de vista nativo, sean estos nativos marroquíes en Europa, adolescentes madrileños de un centro educativo o familiares de afectados por un trastorno mental severo en Barcelona. Conocer las ideas indígenas aquí es un ejercicio interpretativo de cómo categorías del tipo “jnin” (magrebiés), “estar rallado” (adolescentes madrileños) o “mi hijo padece de los nervios” constituyen formas culturales que dan sentido a las experiencias de los actores sociales y orientan sus comportamientos. Y no sólo eso, pues para operar etnográficamente es necesario poner en marcha una mirada más macroscópica que microscópica, más inclinada a relacionar variables sociales y culturales que interactúan en un contexto local que a asociar una conducta, un signo o un síntoma con una lógica psicopatológica. De esta forma, el nexo explicativo etnográfico siempre se sitúa en el orden social más que en el individual, por lo que interesan más las diferencias culturales, las desigualdades económicas y de género, los procesos de exclusión o las distancias generacionales creadas en los grupos de edad que las disfunciones dopaminérgicas, los criterios diagnósticos o los instrumentos epidemiológicos. En realidad, la etnografía usualmente aporta un determinismo social y cultural frente al determinismo biológico o psicológico inherente a la mayoría de los paradigmas que guían la investigación en salud mental y esta diferencia teórico-metodológica también puede convertirse en una complementariedad útil para arrojar luz en el dilema de la variabilidad de los síntomas y los pronósticos en las diferentes culturas.

3.4. La cultura y los retos asistenciales en una sociedad globalizada

Si bien la diversidad étnica y cultural es un rasgo distintivo de las sociedades contemporáneas, la multiculturalidad no es un fenómeno nuevo. Como indica Lévi-Strauss (1996), las sociedades humanas nunca han estado solas, ya que siempre han dependido de un otro real o ficticio para construir su identidad. El elemento que marca la diferencia en la modernidad no es por tanto la diversidad, sino el grado de esta diversidad y los procesos de hibridación. El incremento de las migraciones transnacionales ha producido un efecto hasta ahora desconocido de desterritorialización de los grupos humanos que precisa de la formulación de nuevas políticas de cohesión social y convivencia. Las tecnologías de la información han producido un efecto de empequeñecimiento del mundo y un aumento de la comunicación entre lugares distantes que ha permitido la modificación de las coordenadas espacio-tem-

porales (Castells 1998): ahora lo simultáneo en el tiempo no es necesariamente contiguo en el espacio. Los procesos de globalización económica han generado una mayor interdependencia regional y un mayor desequilibrio en la distribución de los recursos que tiene efectos sobre los sistemas sanitarios: ausencia de sistemas de atención en salud mental en muchos países pobres, dificultad en el acceso a los tratamientos, inequidad en la atención, etc. La cultura de la modernidad, por su parte, ha adquirido el carácter de metacultura que filtra en los diferentes mundos locales y que incluso mediatiza nuestro contacto con los productos y representaciones de estos mundos a partir de la relación consumidor-mercancía. El mundo en el que vivimos es cada vez más un espacio de culturas líquidas y de hibridación desigual entre la metacultura global y los diferentes mundos locales.

En este escenario global, los servicios de salud mental deben afrontar el reto de la multiculturalidad. Los *culture-bound síndromes* que se circunscribían a contextos foráneos conforman ahora la cotidianeidad de la asistencia psiquiátrica. Lo mismo podemos decir de la diversidad sintomatológica o de la mayor presencia de trastornos adaptativos y de síndromes por estrés postraumático como consecuencia de los desarreglos de la globalización: conflictos bélicos, migraciones, desplazamientos de población, pobreza, etc. Los problemas derivados de la exclusión, la marginación y el racismo también adquieren relevancia en la salud mental, pues los problemas estructurales se materializan en la vida de personas concretas en forma de frustración, agresividad, violencia y otras emociones y comportamientos.

Las respuestas a estas cuestiones han sido diversas en los diferentes contextos nacionales, pues la implementación de políticas públicas en salud mental ha sido dependiente de los modelos de ciudadanía más amplios que han englobado y ofrecido sentido a estas iniciativas. La reducción de las desigualdades en el acceso al sistema sanitario, la sensibilidad hacia las identidades y particularidades en el contexto de una ciudadanía multicultural o la simple negación de la diversidad han sido algunas de estas respuestas.

El modelo británico (Littlewood 1993), por ejemplo, ha tomado como base un liberalismo clásico asociado con su historia colonial y ha entendido que la respuesta más adecuada era la lucha antirracista en el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, sus iniciativas están lejos de cumplir el ideal liberal de disminuir la brecha entre ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda. El republicanismo francés (Freeman 1997), con la delegación de la identidad cultural y étnica en el individuo, ha soslayado las desigualdades sociales que se imbrican con las identidades culturales y que afectan finalmente al ejercicio real de los derechos

de ciudadanía como se pone en evidencia en fenómenos contemporáneos como el “efecto banlieu”. El modelo multicultural (liberalismo multicultural) de Canadá (Kymlicka 1995) no ha podido resolver el riesgo de que ante determinadas situaciones de desigualdad el reconocimiento de los derechos colectivos puede llevar a la conformación de guetos que favorezcan la segregación y la injusticia social. Las políticas estadounidenses, por su parte, han tendido a reificar la noción de etnicidad, y lo que es más preocupante, incluso de raza, generando un modelo de “competencia cultural”⁸ que puede resultar tan formalizado como amplificador de las diferencias, a pesar de su considerable predicamento en la literatura médica reciente.

La competencia cultural se ha definido como el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten que los individuos incrementen su comprensión y apreciación de las diferencias y similitudes culturales de los grupos humanos. La definición parece en principio adecuada. El problema se encuentra en su praxis. ¿Cómo congeniar un modelo basado en la observación, característico de las tendencias biológicas, con la escucha atenta necesaria para la sensibilidad cultural? ¿Dónde se ubica la cultura profesional en este escenario? ¿Qué debemos entender como cultura, el equipaje simbólico de los pacientes de grupos no mayoritarios o cualquier mundo de representaciones y prácticas de los usuarios? Estas cuestiones no han recibido una respuesta adecuada desde el modelo de competencia cultural.

En realidad, la aplicación de la noción de competencia cultural ha presentado diversos riesgos y deficiencias en su puesta en práctica. Sin ánimo de ser exhaustivos, algunos de ellos han sido:

1. El énfasis en las habilidades de los proveedores de salud en detrimento del análisis del sistema sanitario y del escenario social más amplio.
2. La tendencia a cosificar las referencias culturales de los usuarios mediante un tratamiento asistemático de este tipo de variables en las historias clínicas. Por ejemplo, a menudo se ha comprendido la identidad étnica del paciente como una información del mismo orden que el diagnóstico, el tratamiento o la sintomatología. Este error radica en la falta de formación de los profesionales de la salud mental en antropología y en ciencias sociales que lleva a tratar los factores socioculturales como variables biológicas.

⁸ Véanse, entre otros, los siguientes trabajos: (U.S. Department of Health and Human Services 1992; Goode, 1999; López, 1989; Melfi et al. 2000; U.S. Department of Health and Human Services 2001).

3. La escasa atención prestada a las condiciones materiales asociadas con la diversidad cultural, especialmente en los colectivos más vulnerables (inmigrantes ilegales, refugiados, etc.).
4. La comprensión de la cultura como un conjunto de creencias más que como un sistema que organiza la experiencia subjetiva. La noción de creencia deviene, finalmente, en una minusvaloración de los saberes populares y sus recursos terapéuticos que pueden ser un aliado para el reestablecimiento de los pacientes.
5. La reducción de la cultura al ámbito de la comunicación clínica, cuando también constituye un contexto explicativo de la etiología, la sintomatología, el curso, la evolución y el tratamiento de los trastornos mentales.
6. La atribución de la “cultura” exclusivamente a los usuarios pertenecientes a las minorías étnicas, de tal forma que los pacientes de los grupos mayoritarios se convierten en sujetos “aculturales”, así como los propios profesionales.
7. La concepción de la cultura como una realidad estable, cuando la modernidad se caracteriza por el dinamismo y la hibridación culturales.
8. La ausencia de principios metodológicos para investigar la asociación entre cultura y poder, principalmente cuando estamos hablando de grupos sociales caracterizados por la exclusión, la marginación y el racismo.
9. La excesiva protocolización de los procedimientos, que impide una contextualización, valoración y tratamiento adaptados a la especificidad de cada caso.
10. La creación de estereotipos culturales y/o étnicos que no dan cuenta de la diversidad interna existente en toda cultura y que pueden correr el riesgo de enquistarse en la forma de prejuicios.

A nuestro juicio, una adecuada competencia cultural de los profesionales debe ir más allá del simple conocimiento y reproducción de estereotipos como si fuesen rasgos clínicos. Entre otras cosas porque la cultura es una realidad dinámica que se presta a la diversidad interna, a los *pidgins* y al mestizaje. La reflexión sobre la propia cultura profesional y el

análisis de la cultura de los pacientes es el punto de partida para una actitud de competencia en este ámbito, porque mueve a un diálogo entre saberes y presunciones en la interacción clínica y en la actividad asistencial en general. En este punto, la capacidad antropológica de situarse “entre” un mundo profesional conocido y un mundo cultural por conocer es un instrumento metodológico que puede resultar de gran utilidad para transformar la competencia cultural en una competencia intercultural que permita conjurar los riesgos y las deficiencias que hemos apuntado en el decálogo anterior.

3.5. Conclusión

En este texto hemos realizado una reflexión crítica sobre tres ámbitos en los que la cultura adquiere un papel destacado: la cuestión de la validez de las nosologías psiquiátricas, la variabilidad transcultural de la sintomatología y el pronóstico de determinados trastornos mentales (esquizofrenia y depresión) y la adecuación de los servicios y políticas de salud mental a la realidad multicultural de nuestro tiempo. Por razones de extensión, hemos prescindido de otros temas que también necesitarían una atención especial, como la etnografía de los servicios de salud mental o el papel de los recursos profanos en el tratamiento de las enfermedades mentales.

En el conjunto de los temas apuntados, el reto de la asistencia en contextos multiculturales es, sin duda, uno de los más candentes. Definir cómo los profesionales de la salud mental pueden ser competentes culturalmente requiere de un esfuerzo interdisciplinar entre la antropología y la psiquiatría que permita superar aquellas concepciones limitadas que otorgan el atributo de “culturales” a los pacientes de las minorías étnicas de nuestro entorno, pero no así al resto de usuarios o a los propios profesionales. El peligro en estos casos es favorecer una segmentación de la asistencia en salud mental a partir de este criterio extra-clínico y, en esta medida, una mayor dificultad de integración de este colectivo. La antropología puede ofrecer ayuda en este punto para que en la práctica se implemente más una “psiquiatría cultural” que una “psiquiatría de la cultura”. Y es que es muy diferente el análisis cultural del paciente que la patologización de sus rasgos étnicos. La “competencia cultural” debe dejar paso a una “competencia intercultural” que nos permita vislumbrar la atención como un diálogo entre el clínico y el paciente, entre el conocimiento psiquiátrico y las representaciones del usuario, entre la cultura profesional y las diferentes culturas del entorno. Sólo así podremos enfrentarnos a la complejidad de un mundo cada vez más intercultural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhugra D, Mastrogianni A. (2004) "Globalization and mental disorders. Overview with relation to depression". *Br J Psychiatry*. 184:10-20.
2. Castells M. (1998) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. 3 Vols. Madrid: Alianza Editorial.
3. Chen H, Guarnaccia PJ, Chung H. (2003) "Self-attention as a mediator of cultural influences on depression". *Int J Soc Psychiatry*. 49(3):192-203.
4. Cohen A. (1992) "Prognosis for schizophrenia in the Third World: A reevaluation of cross-cultural research". *Cult Med Psychiatry*, 16:53-75.
5. De Jong JT, Van Ommeren M. (2005) "Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance". *Transcult Psychiatry*. 42(3):437-56.
6. Devereux G. (1973) *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral Editores.
7. Freeman P. (1997) "Ethnopsychiatry in France". *Transcult Psychiatry*, 34:313-9.
8. Freud, S. (1985) *Tótem y tabú*. En *Obras Completas de Sigmund Freud* (3 Vols.). Madrid: Biblioteca Nueva.
9. Goode TD. (1999) *Getting started: Planning, implementing and evaluating cultural competent service delivery systems in primary health care settings: Implications for policy makers and administrators*. Washington, DC: Georgetown University, National Centre for Cultural Competence.
10. Guarnaccia P, Parra P, Deschamps A, Milstein G, Argiles N. (1992) "Si Dios quiere: Hispanic families' experiences of caring for a seriously mentally ill family member". *Cult Med Psychiatry* 16:187-215.
11. Guyotat J. (1994) *Estudios de antropología psiquiátrica*. México: FCE.
12. Halliburton M. (2004) "Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its implications for WHO studies of mental disorder." *Transcult Psychiatry*. 41(1):80-98.
13. Harrison, G, Hopper, K, Craig, T et al (2001) "Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178:506-17.
14. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. (1992) "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study". *Psychol Med Monogr Suppl*. 20:1-97.
15. Karno M, Jenkins JH, De la Selva A, Santana F, Telles C, Lopez S. et al. (1987) "Expressed Emotion and schizophrenia outcome among Mexican-American families". *J Nerv Ment Dis* 175:143-151.

16. Kirmayer LJ, Minas H. (2000) "The future of cultural psychiatry: an international perspective". *Can J Psychiatry*. 45(5):438-46.
17. Kleinman A. (1977) "Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med*. 11(1):3-10.
18. Kleinman A. (1988) *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
19. Kraepelin E. (1909) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Eight Edition. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth.
20. Kymlicka W. (1995) *Multicultural citizenship*. Oxford: Oxford University Press.
21. Leff J. (1988) *Psychiatry around the globe. A Transcultural view (2nd ed.)*. Plymouth: Gaskell.
22. Leff, J, Warner, R. (2006) *Social inclusión of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
23. Lévi-Strauss C. (1996) *Raza y cultura*. Madrid: Cátedra.
24. Lewis-Fernandez R, Kleinman A. (1995) Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am.*;18(3):433-48.
25. Littlewood R. (1993) "Ideology, camouflage or contingency? Racism in British psychiatry". *Transcult Psychiatry* 30:243-91.
26. Littlewood R, Simone D. (Eds). (2000) *Cultural psychiatry and medical anthropology: An introduction and reader*. London: Athlon Press.
27. López SR. (1989) Patient variable biases in clinical judgment: A conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin*, 106, 184-203.
28. Martínez Hernández A. (1999) "El pronóstico de la esquizofrenia. Un enigma común a la psiquiatría y a las ciencias sociales". *Arch Neurobiol* 62(2):135-150.
29. Martínez Hernández A. (2000) *What's behind the symptom?* Amsterdam: Harwood Academic Publishers (ahora New York y Routledge).
30. Melfi C, Croghan T., Hanna M., & Robinson R. (2000) Racial variation in antidepressant medication in a medicaid population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 16-21.
31. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H Jr, Parron DL, Good BJ, et al. (1999) "The place of culture in DSM-IV". *J Nerv Ment Dis* 187(8):457-64.
32. Murphy HBM. (1982) *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*. New York: Springer-Verlag; 1982.

33. Parsons CD, Wakeley P. (1991) "Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life". *Cult Med Psychiatry*. 15(1):111-32.
34. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C. (1996) "Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 31(5):249-58.
35. Sartorius N, Jablensky A, Gulbinat W, Ernberg G. (1980) "WHO collaborative study: assessment of depressive disorders". *Psychol Med*. 10(4):743-9.
36. Thara R. (2004) "Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study". *Can J Psychiatry*. 49(8):564-9.
37. The World Mental Health Survey Initiative. <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php>
38. Tseng WS. (2001) *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press.
39. U.S. Department of Health and Human Services. (1992). *Cultural competence for evaluators: A guide for drug abuse prevention practitioners working with ethnic/racial communities*. En Orlandi MA (Ed.) Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
40. U.S. Department of Health and Human Services. (2001) *Mental health: Culture, race and ethnicity - A supplement to the mental health report of the surgeon general*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
41. Warner R. (1985) *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. London: Routledge & Kegan Paul.
42. Warner R. (1992) "Commentary on Cohen, Prognosis for schizophrenia in the Third World". *Cult Med Psychiatry* 16:85-8.
43. Waxler NE. (1979) "Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka". *J Nerv Ment Dis* 167:144-58.
44. Wig NN, Menon DK, Bedi H, Leff J, Kuipers L, Ghosh A, et al. (1987) "Expressed emotion and schizophrenia in north India. II. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh". *Br J Psychiatry* 151:160-5.
45. Wittkower ED, Prince RH. (1974) "A review of transcultural psychiatry". En Caplan G, (Ed.). *American handbook of psychiatry*. Volume 2. 2nd ed. New York: Basic Books, p. 535-50.
46. World Health Organization. (1979) *Schizophrenia: An international follow-up study*. New York: Wiley.
47. Young A. (1991) "Emil Kraepelin and the origins of American psychiatric diagnosis". *Curare Special Volume/ 7*:175-81.

4

Creencias e inmigración

► Adolfo García de Sola Márquez y Olga Soto Peña

4.1. Introducción

La situación se repite en diversas ocasiones, cada vez más en el mundo plural y cambiante en el que vivimos: nos encontramos en nuestra consulta o en el acto sanitario que estamos realizando, ante alguien a quien llamamos inmigrante, es decir, una persona que, por su condición vital actual, pertenece al grupo que denominamos así. Esa condición sólo y simplemente significa que este hombre o mujer se encuentra fuera de su país de origen, viviendo en un lugar al que se ha trasladado por razones fundamentalmente laborales (Blanco, C-2000) y, más esencialmente aún, para mejorar su propia vida cotidiana o de las personas que dependen de él o de ella.

La interacción inmigrante-país de destino no es algo neutro, sino que, en general, supone la existencia de diversas vías de influencia y de confianzas y desconfianzas mutuas (Bargach, A-2002). No solamente la persona inmigrante, sino también la comunidad autóctona, se encuentra con lo nuevo, con lo desconocido que, como señalaron León y Rebeca Grinberg, inmigrantes argentinos en España, con su sola presencia, “modifica la estructura de un grupo, pone en cuestionamiento algunas de sus pautas de conducta moral, religiosa, política o científica, y pudiera desestabilizar la organización existente”. También para quienes habitan en el país de destino, es una difícil tarea “metabolizar” e incorporar la presencia del otro: “No sólo el que emigra siente en peligro su propia identidad: también... la comunidad receptora puede sentir amenazada su identidad

cultural, la pureza de su idioma, sus creencias y, en general, su sentimiento de identidad grupal” (Grinberg, Grinberg-1984, p. 100). Esto hace que sea fácil, a veces casi sin darse cuenta y otras de manera muy explícita, ponerse en guardia ante lo que se nos avecina o ante los que ya son “vecinos” y “vecinas”, de casa, de ciudad o de trabajo y, en este caso, pacientes nuestros.

En cuanto tomamos contacto con inmigrantes, es fácil distinguir una serie de **temas comunes** que suelen presentarse en su discurso. En primer lugar, una de las cuestiones que enseguida aparece y que le viene a la cabeza al profesional sanitario como directamente relacionada con la inmigración actual, es la de “**los papeles**”, es decir, la situación jurídica de la persona afectada. Dicha expresión, “los papeles”, está implicando a la vez diversas variables que influyen de manera directa sobre el sujeto, esencialmente, situación legal o ilegal de entrada y residencia en el país y tipo y características del trabajo que realiza. De estas circunstancias puede depender que el o la paciente arrastre una situación emocional cotidiana de preocupación, de temor a que se le descubra, se le penalice, se le castigue o se le expatrie... Incluso en el uso que podemos hacer de la expresión “los papeles”, podría entreverse un cierto matiz valorativo o crítico: ninguna persona autóctona suele hablar de que no tiene en regla sus “papeles”, sino más bien de que necesita renovar su “documentación”.

La familia es otro de los temas comunes en el diálogo de quien emigra: dónde se encuentra, es decir, la ubicación física o geográfica de los diferentes miembros, nucleares o no de la familia, posibilidades de contacto, si hay una situación de unión o desunión, si existe una pareja rota o separada, o más de un compañero o compañera sentimental... En general, rupturas y encuentros. En ocasiones el núcleo familiar, la pareja, es de una misma procedencia y en otros se trata de una unión mixta, entre personas de distintas nacionalidades o grupos culturales. ¿Y cómo se manifiesta también la preocupación por los hijos o hijas? Otra cuestión importante es la conformidad general o no de la familia extensa y nuclear con la decisión de migración, no siempre compartida de igual modo por todos los miembros implicados.

Una tercera cuestión que suele aparecer bastante pronto en el diálogo, en cuanto profundizamos mínimamente, es **el peso de la vida pasada**, en el país de origen, en otros países y en el país de destino. Muchas veces sus historias de vida han pasado por innumerables vericuetos hasta llegar a su situación presente.

Otro de los temas comunes, el que va a ser objeto de estudio en este capítulo, es el de **las creencias**. Aunque el término ‘creencias’ pueda entenderse de diversas maneras, según

el contexto en el que se utilice e incluso dependiendo de las adscripciones teóricas de los autores o autoras que hablen sobre ellas, vamos a permitirnos, en este capítulo, hacerlo en el sentido que señala Briones Gómez (1999), cuando las define como hechos relativos a las visiones compartidas de la conciencia colectiva. Pero tenemos también en cuenta, a la vez, que tales visiones compartidas se materializan, la mayoría de las veces, como híbridos entre las ideas colectivas de un grupo determinado y las individuales o incluso las de subgrupos, que en ocasiones tienen más fuerza sugestiva que la sociedad general a la que pertenecen (Pécoud, A-2001). Se crean así culturas particulares que apoyan determinadas creencias de manera irrevocable, y que pueden aparecer en grupos políticos o religiosos, instituciones específicas, zonas geográficas determinadas donde han sucedido ciertos hechos que hayan influenciado en la conciencia colectiva... Lo importante es que una creencia, entendida en el sentido que queremos darle, se convierte en una variable poderosa que influye en nuestra manera de valorar la vida en general y a lo demás en particular: creer es confiarse y “entregarse a” (Briones, R-1999), y esto delimita lo que percibimos y cómo lo percibimos.

No vamos a comentar aquí las definiciones y diferencias conceptuales entre términos como ‘creencias’, ‘actitudes’, ‘prejuicios’, pues no es el propósito de este capítulo entrar en disertaciones y comparaciones teóricas acerca del significado exacto de cada vocablo utilizado, sino señalar lo útil que puede ser en nuestro trabajo tener en cuenta que tales creencias, en el sentido amplio que le estamos dando al término, se traducen en determinados comportamientos de la persona inmigrante y de los demás.

4.2. Creencias e inmigración

Las creencias pueden ser de varios tipos, unas ideológicas, otras relacionadas con los sistemas de creencias generalizados en una cultura o incluso a nivel mundial; podemos encontrar creencias relacionadas con las costumbres del país de origen, o del país al que se accede, creencias de un grupo concreto de inmigrantes, del individuo. Pero todas ellas son ideas, convencimientos que se repiten en el discurso y que pueden ser expresadas de diversas maneras. El percatarse de tales creencias permitiría, por una parte, la aclaración de los sentimientos del paciente o de la paciente y, por otra, facilitar la marcha del proceso terapéutico (Bargach, A-2002). No debemos olvidar, pues, que no todas las personas inmigrantes se mueven por las mismas creencias y que éstas dependen también de la cultura

particular, del grado de formación y de la propia historia de cada uno. Esto también ocurre con el personal sanitario, que se implica en las situaciones sanitarias con su propia maraña de creencias y actitudes.

En 2005 realizamos un estudio basado en una revisión nominal sobre el total de historias clínicas de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jerez de la Frontera (García de Sola, Sagastagoitia-2005). Se seleccionaron y se revisaron en dicho estudio 112 historias relacionadas con el hecho migratorio, con el fin de comprobar la existencia de creencias generalizadas en inmigrantes y en su entorno y la manera en que dichas creencias han sido recogidas y reflejadas por el colectivo de profesionales en dichas historias.

En el material utilizado existía una amplia variabilidad de sujetos en cuanto a su nacionalidad, edad, sexo, nivel cultural y económico y psicopatología por la que consultaban. Tras el análisis del material examinado, detectamos que las creencias encontradas podían ser clasificadas mediante una serie de características comunes, las cuáles nos permitieron establecer las siguientes categorías:

- Referencia/Pertenencia.
- Prejuicios relacionados con la adaptación al país de destino.
- Creencias religiosas y populares.
- Otro tipo de creencias que no se enmarcan dentro de las señaladas.
- Las creencias del terapeuta.

Hablaremos ahora de lo que pudimos enmarcar dentro de dichas categorías, porque creemos que es una manera de exponer una muestra amplia de creencias con las que nos vamos a encontrar en nuestra práctica profesional influyendo en la vida cotidiana y en la patología de los pacientes inmigrantes y terciando también en nuestra visión de tales personas y en nuestras propias decisiones sobre cómo actuar.

4.2.1. Referencia/Pertenencia

El tipo de creencias que podemos agrupar dentro de esta categoría se relacionan con el sentimiento del lugar al que se pertenece. Se trata de una idea muy extendida y bastante inmovible por la que alguien se siente unido y comprometido con un lugar geográfico,

cultural, social e incluso con una situación política determinada, con unas costumbres y maneras de pensar y vivir que se le atribuyen a “la tierra que nos vio nacer”, una especie de solidaridad con “las raíces”. De alguna manera se idealiza tal pertenencia, pero también se halla una base existencial en la que uno se mueve más fácilmente, y esa identidad cultural, alimentada de costumbres, de creencias arraigadas, se compacta aún más cuando se le unen los recuerdos personales de cada uno.

Como frases literales recogidas en las historias clínicas y que ejemplifican esta categoría encontramos algunas como *“Siempre he tenido la idea de volver”*, es decir, al lugar donde nació, o *“El corazón me tira hacia allí y la cabeza para aquí”*, refiriéndose a que, aunque “razonablemente” piensa que debe trabajar aquí, sus sentimientos y su vida están en su lugar de origen; o también, *“Cada lugar del pueblo argentino es muy importante para mí”*.

El deseo principal de regresar al país originario es una idea que se repite a menudo. Hay quienes hablan de volver para reencontrar las raíces y algún paciente nos comentó que su venida a España tenía que ver con que su familia provenía de aquí, y, de nuevo, las “raíces” debían encontrarse, pero esta vez en el país de destino.

Había también quienes no querían, no deseaban de ninguna manera volver y personas que no podían, o bien porque se habían convertido en fuente de ingreso para los que allí quedaban o por razones políticas, ya que se habían autoexiliado saliendo de su país de manera ilegal o no volviendo en un plazo establecido por el gobierno. En más de una ocasión alguien manifiesta que no sabe qué hace en España, como si tuviera una especie de sensación de extrañamiento o como si las circunstancias le hubieran traído aquí sin tener muy claro el motivo de su venida.

En ocasiones, las ideas de pertenencia se muestran de manera muy compleja y contradictoria; a veces esta complejidad parte del mismo paciente y otras se debe a la influencia de la familia o del grupo de conciudadanos: un paciente de origen magrebí, pero afincado en Francia, tuvo problemas con su propio padre cuando solicitó la nacionalidad francesa, que consideró tal acto como una traición a su pueblo. La relación volvió a cambiar y a mejorar cuando decidió casarse con alguien proveniente del país de origen. Otro sujeto negaba que tuviera madre y que fuera italiano, defendiendo sus orígenes australianos y diciendo que se llama Andrew, en lugar de Andrea. La negación de pertenencia puede llegar a extremos como el magrebí que comenta que no siguió estudios superiores en su país porque *“es difícil estudiar en lengua árabe”*.

4.2.2. Prejuicios relacionados con el proceso de adaptación

Hemos incluido aquí creencias que intentan explicar qué debe hacer una persona que emigra para adaptarse al país de destino. Algunos comportamientos “adaptativos” se viven como obligados y otros son incluso dictados por las instituciones o gobiernos nacionales, como cuando se debe jurar la constitución del país al que se accede. Muchas veces las personas inmigrantes “descubren” qué deben hacer para adaptarse mejor, y entonces se dan diversas situaciones peculiares.

Una manera de adaptarse puede consistir en cambiar las costumbres. Un paciente decidió lo que se puntualiza literalmente en su historia: *“Desde que llegué a España, para conocer a gente, tomaba copas, son otras costumbres”*. En otro caso, una adolescente magrebí asumía la ideología de cristianismo de base de la madre adoptiva así como su manera de vivir y expresarse en el barrio donde vivían y, a la vez, hacía lo posible por olvidar su propio idioma.

Una mujer comenta que se siente más cómoda con españoles, porque tiene la sensación de que en España no la juzgan como en su país, o lo hacen con menor rigidez. En cambio otra refiere que no tiene amigas, porque aquí las personas *“tienen otros intereses”*. Esta última idea se repite mucho: alguien no encuentra con quien conversar de temas de interés; le aburre lo que habla la gente por aquí. Para otra inmigrante, *“la gente es muy superficial. Echo de menos la sinceridad y el afecto”*, o *“Aquí todo el mundo miente”*. Sin embargo, también encontramos esta misma idea en emigrantes españoles que han vuelto de fuera: Una familia que vivió durante años en un país nórdico refiere: *“Allí no son cariñosos, los niños tienen pocas relaciones; por ejemplo, desde que nacen están solos en su cuarto y no van si lloran... allí atienden más a los perros que a los niños”*. O también escuchamos: *“En Francia la gente no se saluda”*.

Las ideas de este tipo se repiten en diferentes casos: un alemán es incapaz de volver a Alemania porque piensa que no se acostumbraría, allí hay *“mucha agresividad en el trabajo”*. El marido de otra paciente opina que en su país de origen podrían curarla, lo que aquí no hacemos, ya que allí están más adelantados en los tratamientos psicoterapéuticos.

Un adolescente magrebí llegó a cambiarse el nombre, ya que los compañeros se burlaban de él y lo relacionaban con los atentados terroristas. A otro, de ascendencia norteamericana, lo acusaban en el centro escolar de la guerra de Irak. Un adulto nos comenta: *“Me tratan con lástima por ser de Marruecos”*. En una historia clínica leemos: *“Empieza a pensar mal de las personas, cree que se quieren aprovechar de ella o que le van a llamar mora”*.

4.2.3. Creencias religiosas y populares

Tanto algunas creencias religiosas instauradas desde los credos que les han dado lugar como otras creencias populares muy relacionadas con la concepción moral pueden influir en la vida cotidiana del paciente y de la paciente y en sus vivencias psicológicas en general y psicopatológicas en particular. Leemos de nuevo en una historia clínica: *“Su religión -una iglesia de inspiración cristiana- es muy estricta respecto al matrimonio y represiva en cuanto a la conducta sexual”*.

En ocasiones podemos encontrar en la población inmigrante cambios de una fe a otra que muchas veces se encuentran relacionados con procesos de adaptación, como ya señalamos anteriormente, pero que influyen claramente en la forma de vida y en la concepción del mal o del bien, de lo que se puede hacer y lo que no, que la persona asimila a partir de entonces, en ocasiones incluso con ideas de culpa y de arrepentimiento ante lo que ha sido hasta ahora. Una paciente nuestra, de origen latinoamericano, se adhiere a un grupo de catecumenado cristiano después de haber tenido una vida que chocaba frontalmente con lo que en tal grupo se predicaba. Una niña musulmana, al llegar a España con 9 años de edad, se prepara meses después para el bautizo y la comunión.

Las creencias animistas y de hechicería pueden aparecer con cierta frecuencia. Una persona cree que su padre ha sido embrujado por su madrastra. Otra, tratada en nuestro Servicio, aprovecha una estancia en Marruecos para visitar a un curandero. Un paciente que muestra un cuadro psicótico explícito, nos habla de que ha sido objeto de brujería. Al hablar con los hermanos, éstos apoyan que pueda ser así verdaderamente. También podemos encontrar dichas creencias (la consulta con el sabio, el mal de ojo, la existencia de un espíritu maligno o benefactor, etc.) en población española, tanto en pacientes como en familiares; esto lo único que nos señala es que posiblemente lo que aprendemos acerca de la inmigración puede aportarnos importantes conocimientos sobre el trabajo terapéutico con cualquier paciente y servirnos para el reconocimiento de las microculturas que funcionan en todas partes, pero esto, aunque podría resultar un tema apasionante, traspasaría los límites del presente trabajo.

Encontramos un caso en el que se mezclan las ideas sobre hechiceros con esos cambios posiblemente adaptativos a la religión predominante en el país de acogida. Una persona, anteriormente musulmana, refiere que ve demonios, y explica: *“Me están haciendo magia*.

Esto no es una enfermedad, esto se arregla con la Biblia, yendo a la iglesia". Hay que tener en cuenta que en las creencias populares de varios países islámicos, la creencia en distintos tipos de espíritus, como los djinns, están muy extendidas y que en ocasiones se combaten con amuletos que contienen citas del Corán.

4.2.4. Otro tipo de creencias no enmarcadas en las categorías anteriores

Existen otro tipo de creencias, relacionadas también con la cultura, pero que influyen de una manera más sutil en cómo se perciben y se sienten los acontecimientos cotidianos. A veces estas creencias están relacionadas y enlazadas con elementos como el clima en el que uno ha acostumbrado siempre a vivir, las formas locales de expresión, los símbolos o la manera en que se desarrolla la vida diaria en el lugar de donde se proviene.

Un ejemplo sobre lo que estamos diciendo es el de la paciente que nos dice: *"He estado mucho tiempo sin salir porque estaba triste, porque llovía, porque nevaba"*. Se trataba de una mujer española que vivía temporalmente en un país nórdico y relacionaba la lluvia con la tristeza, cuando, para las personas de allí, la lluvia es un elemento cotidiano que no tiene por qué asociarse con sentimientos disfóricos.

Otro caso podría tener que ver con la adolescente española que ha desarrollado su vida en Estados Unidos y que incorpora para describir su patología un lenguaje de acción casi cinematográfico: *"Desde hace varios años tiene un amigo que va con ella, al cual llama Roy. No lo ve, pero lo escucha. Manifiesta que planeó cómo tenía que matar a su madre. Al final, cuando todo estaba planeado, se lo contó a una amiga e intervinieron sus profesores"*. Esta manera de expresarse resultaría demasiado afectada en nuestro medio cultural.

4.2.5. Las creencias del terapeuta

El profesional no vive ajeno a los discursos, las visiones y las representaciones que socialmente existen sobre la inmigración y que con demasiada frecuencia adquieren connotaciones negativas que refuerzan "prácticas sociales discriminatorias y construye la imagen de otras culturas en términos negativos que impiden el desarrollo y el respeto a la diversidad cultural" (Nash, 2001: 39). Eduardo Menéndez denomina racismo intersticial a cuando éste se presenta

sutilmente. En este sentido extraemos una frase de una entrevista con un profesional del nivel hospitalario: *“No hay una discriminación visible en el tratamiento de los pacientes inmigrantes. Pero puede verse otro tipo, por ejemplo un caso de un inmigrante, no podía irse a la calle hasta que no le dieran el alta, y andaba por allí, no podía volver al sitio de antes... imposible; y los comentarios de allí: ¿Éste qué quiere, que le demos también vodka y caviar?”* (Soto, 2007). Comentarios como éste responden a creencias que ven en la inmigración una amenaza y una competencia ante bienes y recursos muy valorados por la sociedad, como son el empleo y la sanidad, entre otros. La preocupación por el aumento del gasto que puede suponer la inmigración en un sistema ya en sí desbordado por las crecientes demandas (Álvarez, 2003), la percepción de que a las personas inmigrantes “se les trata mejor que a los de aquí”, la idea de que *“son muy exigentes: ella dice que los senegaleses y los nigerianos exigen mucho, pero yo tengo unos cuantos polacos y esos no es que te lo exigen, esos es que te intimidan”*⁹ contribuyen a crear estereotipos y juicios negativos que influyen en nuestra práctica profesional.

En las relaciones con otras personas, es habitual establecer una serie de ideas previas que nos provocan sentimientos y opiniones sobre quien tenemos delante. Su forma de vestir, de hablar, de moverse o el color de su piel, influyen inevitablemente en cómo interpretamos lo que nos cuenta. Por otra parte nuestras propias creencias, basadas a su vez en construcciones sociales (Berger & Luckmann-1994) sobre las causas de la emigración, para qué vienen, qué aportan de positivo o negativo a nuestra sociedad, hacen que valoremos al paciente o a la paciente de una manera determinada. Dichas valoraciones no tienen por qué ser negativas en sí mismas en el sentido de los ejemplos que hemos señalado más arriba; puede que incluso, en ocasiones, lleguemos a idealizar a quien tenemos delante por el mero hecho de ser diferente... pero siempre supondrán un sesgo que nos impida valorar claramente sus sentimientos, sus motivaciones, la importancia que dé a determinados temas, etc.

Por ejemplo, un médico escribe: *“Es una inmigrante y teme perder el trabajo”*, sin que la paciente haya hablado realmente de este tema, por lo que puede estar presuponiendo un temor que no se corresponda con la realidad de la otra persona. Esta tendencia a identificar los problemas de salud de la población inmigrante con su precaria situación laboral, económica o jurídica, puede llevar a lo que se ha descrito como ‘sociologizar los problemas de salud’, es decir, atribuir unas causas que, si bien pueden influir, no tienen por qué ser el motivo principal del problema.

⁹ Expresión recogida de una entrevista con una profesional de atención primaria.

Una manera más técnica de atribuir una causa de malestar a una persona por el mero hecho de ser inmigrante sería la conclusión a la que llega otra terapeuta: *“Su problema es que no se sabe desprender”*, refiriéndose a que el paciente continúa aferrado a sus recuerdos y a sus relaciones en el país de origen. En la frase que utiliza la profesional parece reflejarse que ésta no tiene en cuenta la complejidad del proceso migratorio y de los duelos que conlleva (Achotegui, 2002).

En otra anotación encontramos: *“En su historia se contradice en varias ocasiones ¿problemas con el idioma?”*. Posiblemente si nos encontráramos con un o una paciente no inmigrante, anotaríamos las contradicciones como un síntoma y no como un problema de expresión.

Para acabar este apartado, señalamos la frase tomada literalmente de una historia clínica. No hacemos valoración en cuanto al contenido, pues creemos que puede entenderse simplemente como aclaratoria para quien lea la anotación sin conocer al paciente, pero opinamos que la forma podría connotar una simplificación del síntoma y del problema: *“Se queja de astenia y de pigmentación de la piel (raza árabe)”*. Por otra parte, la noción de ‘raza árabe’ es bastante cuestionable.

Queremos añadir aún otro aspecto esencial que hace referencia a las creencias en torno a la salud y la enfermedad. Al trabajar con inmigrantes debemos tener en cuenta que existen otras formas de entender los procesos de salud-enfermedad y atención sanitaria (Comelles y Martínez Hernández-1993) distintos de los que manejamos en nuestro ámbito profesional¹⁰ y que están presentes en el sentido de que interactúan con nuestras prescripciones facultativas: explicaciones paralelas, remedios tradicionales, interpretaciones particulares de lo que dice tal profesional. Estas otras maneras, en ocasiones se complementan con los tratamientos recomendados por el personal sanitario, aunque el o la paciente no hable de ello y, a nivel simbólico, tienen una importancia para el paciente que a veces no somos capaces de apreciar.

¹⁰ El antropólogo Eduardo Menéndez señala que en la actualidad coexisten tres modelos médicos que, lejos de ser antagónicos, en muchos casos, se complementan. Dichos modelos son:

- El *Modelo Médico Hegemónico*, constituido por el conjunto de teorías, prácticas y saberes generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica.
- El *Modelo Médico Alternativo*, el cual comprende de un modo global las prácticas tradicionales.
- El tercero, el *Modelo de Autoatención*, es el modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios (Menéndez-1984).

4.3. Conclusión

Como conclusión, es importante señalar la idea de que las creencias, prejuicios y actitudes de personas inmigrantes parecen tener, por la forma en que son expresadas, un peso esencial en sus vivencias cotidianas, en su modo de vida y, por extensión, en la sintomatología clínica que presentan y en el desarrollo mismo del proceso terapéutico.

No debemos tampoco olvidar que nuestra propia identidad es una identidad cultural y que debemos tener este hecho en cuenta para así poder relativizar lo que pensamos y sentimos y no creer en tales opiniones y creencias de una manera automática, como si fueran las “verdaderas”: tendemos a pensar que las equivocadas son siempre las que nos son ajenas.

Ha de tenerse en cuenta que en las creencias están muy presentes los condicionantes de género y religiosos de la cultura a la que pertenece una persona determinada.

Son importantes también las creencias y actitudes colectivas que tienen que ver más con el grupo de pertenencia actual en el país de destino que con las creencias relacionadas directamente con la cultura de origen, es decir, creencias que han crecido a la luz del proceso de inmigración y de lo que a su llegada se han encontrado en el país de destino.

Para terminar, subrayar que no podemos dejar de tener presentes las creencias de quienes han inmigrado sobre el sistema de salud en general: su funcionamiento, los tratamientos, la función de las pruebas diagnósticas, cómo puede vivirse un ingreso hospitalario, etc. Aunque tales creencias pueden depender en parte de la cultura de origen, no es posible dar pautas generalizadas sobre las mismas según procedencia (Latino América, África, Europa del Este, Asia...) ya que en cada caso deberán valorarse múltiples factores, como el uso que anteriormente se haya hecho del sistema de salud y sus resultados, el tiempo de estancia en el país y el conocimiento y asimilación de las normas imperantes, la calidad de las relaciones sociales e institucionales o la propia idiosincrasia del individuo. La única manera de saber es preguntar y, después de preguntar, escuchar las respuestas de cada persona en particular.

Hay una frase de una paciente con la que nos gustaría concluir el presente capítulo, ya que creemos que resume con gran claridad la importancia de este tipo de creencias y pensamientos que tenemos todas y todos, tanto sobre las demás personas como sobre el mundo en general. La paciente señaló en un momento de dificultad en el proceso psicoterapéutico:

“Puede más mi mentalidad que la voluntad”. Aunque para ella, en ese momento, era una frase realista que describía cómo se sentía y la fuerza de convencimientos muy arraigados, no queremos dejar de señalar que, en determinadas circunstancias, el cambio en las creencias es posible o, al menos, el valorar su relatividad cuando interactuamos con otras personas, ya sean inmigrantes o no.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui, Joseba. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Moya, S.A. Barcelona-2002.
2. Álvarez, Manuela; García, Carmen; Solano, Ana. La salud en Andalucía. Entre el mercado y el derecho. Mergablum. Colección Andalucía XXI. Sevilla-2003.
3. Bargach, Amina. La interacción familia-escuela en el contexto migratorio. En “educar per la integració i la igualtat d’oportunitats. Cuaderns solidaris-2002; 10, pp. 139.
4. Blanco, Cristina. Las migraciones contemporáneas. Alianza Editorial. Madrid-2000.
5. Berger & Luckmann. La construcción social de la realidad. Amorrortu Editores. Buenos Aires-1994.
6. Briones, Rafael. Creencias y salud: curanderos y prácticas sanatorias. Religión y cultura-1999; 1, pp. 247-268.
7. Comelles, José María; Martínez Hernández, Miguel. Enfermedad, cultura y sociedad. Eudema. Madrid-1993.
8. García de Sola, Adolfo; Sagastagoitia, Eneka. Creencias e Inmigración: una primera aproximación. VIII Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría sobre “Salud Mental e Inmigración”. Almería-2005.
9. Grinberg, L; Grinberg, R. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Alianza: Madrid-1984.
10. Menéndez, Eduardo. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Cuadernos de la Casa Chata. México-1984; 86.
11. Pécoud, Antoine. The cultural dimension of entrepreneurship in Berlin’s Turkish economy. Revue Européenne des Migrations Internationales-2001; 4 (2), pp. 153-168. Disponible en URL: <http://remi.revues.org/document1965.html>
12. Soto, Olga. La inmigración y los servicios sanitarios en la Provincia de Sevilla. Memoria de investigación. Universidad pablo de Olavide. Sevilla. 2007.

5

Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)

► Joseba Achotegui Loizate

NOTA: La investigación en la que se ha basado este artículo tiene su origen en el marco del proyecto coordinado de investigación I+D (SEJ2005-09170-C04-01) financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Aunque la migración es un fenómeno frecuente en la historia, cada migración tiene lugar en un contexto específico y en los últimos años ha sido claramente perceptible un nuevo cambio en las circunstancias en las que está llegando la migración. Unas migraciones que están llegando en condiciones especialmente difíciles, tal como veremos al hacer referencia específicamente al Síndrome de Ulises.

Si comparamos la foto de un grupo de emigrantes españoles de los 60 despidiéndose en un barco de sus familiares para ir a América, con una foto de los nuevos emigrantes llegando en una patera a las costas españolas... está todo dicho. No es lo mismo emigrar en barco, que emigrar en patera. No es lo mismo emigrar en condiciones difíciles que emigrar en condiciones extremas. Evidentemente ni todo el mundo emigraba antes en barco, ni todo el mundo llega ahora en patera, pero el barco ha sido siempre una imagen prototípica de la

migración. Desde hace apenas unos años nos encontramos ante una nueva era de las migraciones humanas: la era de los muros, las empalizadas, las fosas... Y todo parece indicar que esta situación no es coyuntural sino estructural en relación al sistema social de tipo neomanchesteriano, la globalización, el cambio climático... Hay muros no tan sólo en Ceuta y Melilla ó entre USA y México, sino entre Bangla Desh y la India, entre Malasia y Tailandia, Botswana y Zimbau, etc.

5.1. El estrés y el duelo migratorio como lado oscuro de la migración

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, -life events-, posee junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes, la posibilidad de un “re-nacimiento” -parto viene de “partir”-) una serie de dificultades de tensiones, de situaciones de esfuerzo. La migración tendría una parte problemática, a la que se denomina duelo migratorio.

Sin embargo, plantear la ecuación migración = duelo migratorio supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, la existencia de beneficios. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema, un lado oscuro de la migración, un peaje: el duelo migratorio.

Podríamos expresar a través de un esquema esta relación entre los beneficios y los riesgos de la migración.

ESQUEMA 1



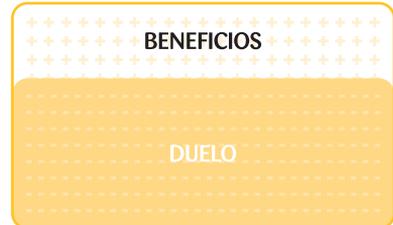
Es decir, tal como podemos observar en el esquema 1, en la migración, el área de los beneficios es superior al de los problemas. Y es importante resaltar ahora este aspecto con gran claridad porque, a pesar de que a lo largo de todo el capítulo nos vayamos a centrar en el estudio del duelo migratorio, éste no es sino una parte, y más bien pequeña, del conjunto de elementos que intervienen en el hecho migratorio. Sin embargo, este esquema, tan general y referido a tan grandes poblaciones, encierra como todas las estadísticas cierta trampa. Porque la media recoge la situación de los que van bien y de los que van mal (es como el viejo chiste de la estadística del pollo: si Vd y yo nos hemos comido un pollo de media, bien podría ser que uno de los dos se hubiera comido dos pollos y el otro ninguno).

Lo mismo ocurre en relación al éxito o fracaso de la migración. Así el esquema real sería el siguiente:

ESQUEMA 2



ESQUEMA 3



Tal como vemos en el esquema 2, en la migración predominan los elementos, las variables positivas (señaladas con un +) frente a las dificultades o problemas (señaladas con un -). Y reitero que aunque nos centremos en el estudio del duelo migratorio, en la parte complicada de la migración, no hemos de perder de vista lo que ahora planteamos que la migración es en buena parte un fenómeno positivo, enriquecedor (por eso el inmigrante apuesta por ella). Sin embargo, tal como plantearemos, si las circunstancias, bien de tipo personal, bien de tipo social son problemáticas, estos beneficios de la migración disminuyen y predominan los aspectos negativos tal como vemos en esquema 3 en el que el duelo “se come” los beneficios de la migración. Sin embargo, como vemos en el esquema 2 el hecho de que el duelo migratorio no sea sino una parte de los elementos que intervienen en el fenómeno migratorio no quiere decir que por ello carezca de importancia. Como tendremos ocasión de

ver, es un duelo complejo y difícil, especialmente en relación a las circunstancias en las que tiene lugar. Entenderíamos por duelo “el proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto” (Achotegui 1995).

La migración no es en sí misma una causa de trastorno mental. Sin embargo, la migración es un factor de riesgo en salud mental.

1. Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
2. Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
3. Si se dan ambas condiciones.

Es decir la migración constituye un factor de riesgo si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil, si se dan las dos cosas a la vez ...las cosas se pondrán muy feas. Todo es susceptible de empeorar...

Consideramos que habría que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, tres tipos de duelos:

1. **El duelo simple:** es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
2. **El duelo complicado:** cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.
3. **El duelo extremo:** es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises).

El duelo migratorio posee una serie de características generales que abarcan cualquier tipo de contexto migratorio y que a su vez nos permiten diferenciarlas de otros duelos. A estas características universales, generales, comunes a todo duelo migratorio, y a la vez diferenciadas de las características de otros duelos me referiré en este capítulo. De este modo, profundizaremos en el concepto de duelo migratorio abordando cuáles son sus características generales y a la vez lo diferenciaremos de otros procesos de duelo (por la muerte de un ser querido, por una separación afectiva, etc.). Estas variables serían:

ESQUEMA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL ESTRÉS Y EL DUELO MIGRATORIO

1. Es un duelo parcial.
2. Es un duelo recurrente.
3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados.

4. Es un duelo múltiple: los siete duelos de la migración.
5. Da lugar a cambios en la identidad.
6. Da lugar a una regresión.
7. Tiene lugar en una serie de fases.
8. Supone la puesta en marcha de mecanismos de defensa y de errores cognitivos en el procesamiento de la información.
9. Se acompaña de sentimientos de ambivalencia.
10. El duelo migratorio lo viven también los autóctonos y los que se quedan en el país de origen (Tizón).
11. El regreso del inmigrante es una nueva migración.
12. El duelo migratorio es transgeneracional.

5.1.1. El duelo migratorio es un duelo parcial

Hay un hecho clave que diferencia el duelo migratorio del duelo por la pérdida de un ser querido, el referente clásico de concepto de duelo. Y es que, en el caso de la migración, el objeto- el país de origen y todo lo que representa- no desaparece, no se pierde propiamente para el sujeto, pues permanece donde estaba y cabe la posibilidad de contactar con él. Es más, cabe la posibilidad de regresar un día, definitivamente, al lugar del origen. Es decir, el duelo migratorio es más un duelo por una separación que por una pérdida. Dos elementos básicos delimitarían el duelo migratorio: el tiempo y el espacio (los imperativos categóricos kantianos). El duelo migratorio es un duelo por:

- **El tiempo:** es decir, el período en que el inmigrante está fuera y en el que acontecen innumerables cambios, tanto en el país de origen como en la propia persona del inmigrante. Es aquella vieja historia, tantas veces contada, del inmigrante que al regresar a su país de origen se encuentra con que sus compatriotas le dicen que le ven diferente, incluso que “ya no es uno de los suyos”. Recuerdo el caso de un paciente italiano que explicaba compungido cómo cuando regresó a su país, tras muchos años de vivir fuera, al dirigirse a un señor en una gasolinera éste le había felicitado por su excelente nivel de italiano. “Es que soy italiano, sabe Vd.?” le respondió. Es decir, en su propio país ya ni siquiera le reconocían como uno de los suyos.
- **El espacio:** la distancia física que separa al inmigrante de su país de origen.

5.1.2. El duelo migratorio es un duelo recurrente

Hemos visto en el apartado anterior que el duelo migratorio es un duelo parcial, en el que más que una pérdida, -en el sentido estricto de que la persona se halla ante algo o alguien que desaparece para siempre-, lo que acontece en la migración es una separación en el tiempo y en el espacio, ya que es factible mantener el contacto con el país y la cultura de origen. El hecho de que el duelo migratorio sea un duelo parcial da lugar a que el proceso de cambio sea diferente, -en mi opinión más complejo-, que el proceso que tiene lugar cuando la pérdida a elaborar es la muerte de un ser querido y el contacto con él se interrumpe para siempre. En el caso de la migración el ir y venir en relación al objeto (el país de origen) da lugar a que los procesos de elaboración de la separación funcionen de modo recurrente. Así, es muy frecuente encontrarnos con que un viaje al país de origen, una llamada de teléfono o la información que le llega al inmigrante le reaviven los vínculos con el país de origen. Y escribo “reavivar” porque esos vínculos siguen activos durante toda la vida del inmigrante, a veces de modo más consciente, a veces de modo más inconsciente. Estos vínculos con el país de origen se expresan muchas veces a través de las fantasías de regreso, que persisten de un modo u otro y que son reactivadas por toda una serie de acontecimientos de la vida que movilizan el duelo migratorio (fundamentalmente fracasos profesionales, afectivos, etc.). Además, en el contexto actual la recurrencia se halla fuertemente favorecida por la globalización que facilita un contacto casi diario del inmigrante con la cultura del país de origen (teléfono, televisión parabólica, prensa, internet...).Y ese contacto reaviva los vínculos. De este modo, el contexto histórico en el que nos hallamos favorece que el duelo migratorio se convierta en algo inacabado y muy complejo de elaborar. El caso más paradigmático es el de un ecuatoriano que llevaba dos relojes en su muñeca: uno con la hora de aquí y otro con la hora de su país.

5.1.3. El duelo migratorio se halla vinculado a vivencias infantiles muy arraigadas

Como es sabido, la primera infancia constituye para los seres humanos una edad sensible en la que se estructuran toda una serie de vínculos con las personas próximas, la lengua, el paisaje, la cultura etc. A diferencia de la edad adulta, en la infancia no tan sólo se viven los acontecimientos en los que la persona se halla inmersa sino que esos

mismo acontecimientos condicionan la forma como se construye la personalidad, forman parte por así decirlo de los materiales con los que se construye el edificio de la personalidad. La infancia nos moldea. La personalidad es como un edificio... se construye con los materiales del lugar... y para vivir en ese lugar. Pero si la persona se muda se han de hacer cambios en el edificio. Así un edificio construido en Alaska para vivir allá... si se traslada a Guinea Ecuatorial... pues se han de hacer muchas obras, porque el clima, la vida es muy diferente (este planteamiento se basa en el concepto freudiano de trabajo del duelo). En la edad adulta la estructura de la personalidad se halla ya formada y los acontecimientos que se van viviendo actúan sobre algo ya construido que tan sólo puede ser modificado en parte. De ahí que cuando la persona emigra ya está condicionada por lo que ha vivido en la infancia y lógicamente tendrá dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación.

5.1.4. El duelo migratorio es un duelo múltiple

Hemos visto en los apartados anteriores que el duelo migratorio es un duelo parcial, lo cual podría dar a entender erróneamente que es menos importante o intenso que el duelo total por la pérdida de un ser querido. Sin embargo hemos visto que el duelo migratorio, por ser parcial, es a su vez recurrente, tiende a cronificarse. También hemos visto que se halla íntimamente ligado a vivencias infantiles. Pero veremos a continuación que, además de todo lo señalado, el duelo migratorio es un duelo por muchas cosas. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración. Tal como señalamos en un texto anterior (Achotegui 2000) considero que, como mínimo, hay siete duelos en la migración:

- La familia y los amigos.
- La lengua.
- La cultura (costumbres, valores, visión del mundo...)
- La tierra (paisajes, colores, olores...)
- El estatus social.
- El contacto con el grupo de pertenencia.
- Los riesgos para la integridad física.

5.1.5. El duelo migratorio afecta a la identidad

Como no puede ser de otra manera, la multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio (familia, lengua, cultura etc.) da lugar a profundos cambios en la personalidad del inmigrante, hasta tal punto que modifican la propia identidad. Entiendo por identidad “el conjunto de las autorrepresentaciones que permiten que el sujeto se sienta por una parte como semejante y perteneciente a determinadas comunidades de personas y, por otra, diferente y no perteneciente a otras”. Hacer referencia a la identidad de una persona es hacer referencia a un juego de semejanzas y diferencias, podríamos decir que a un juego de espejos. Desgraciadamente el concepto de identidad que se utiliza habitualmente en los medios de comunicación es un concepto muy sesgado y muy poco adecuado. Muchas veces se define la identidad en negativo, como “lo diferente”. Y ya hemos señalado que la identidad es un conjunto de semejanzas y diferencias. También es muy frecuente hacer referencia a la identidad como algo que debe conservarse rígidamente, como algo que debe mantenerse puro y limpio, incontaminado cuando en realidad la identidad es una construcción, un proceso siempre inacabado. Si no es así se desvitaliza, se hace de cartón piedra. Al cabo del tiempo, el inmigrante, si ha logrado elaborar adecuadamente el duelo migratorio, se convierte en alguien que ha “construido” una nueva identidad más compleja y más rica. Como decía muy gráficamente un inmigrante: “los que amamos a dos países debemos tener el corazón más grande que los que aman tan sólo a uno”.

5.1.6. El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica

La regresión, es decir, la posibilidad de comportarse de modo más infantil, sin tener que contactar con el mundo de modo realista y maduro, tiene un efecto de relajación ya que la vida social comporta un gran esfuerzo de adaptación, más aún en contextos como el migratorio. Las dos expresiones más básicas de esta regresión infantil son:

- **Las conductas de dependencia:** así, el inmigrante tiende a comportarse a veces de modo sumiso ante las figuras de autoridad, como actúa el niño ante los padres. En relación a este punto, se tendría que señalar que a veces los servicios asistenciales también favorecen la dependencia (y, con ella, la infantilización) de los inmigrantes al actuar con posturas paternalistas.

- **La queja infantil, la “pataleta”:** otra actitud típicamente infantil ante la frustración y el dolor es la protesta, la pataleta. Y aquí podemos observar un fenómeno paradójico, pues los inmigrantes tienden a protestar y quejarse de modo intenso justamente ante quienes mejor les tratan: los servicios sociales y asistenciales. Ello desconcierta profundamente a los profesionales que trabajan en estos dispositivos ya que, con razón, piensan que siendo justamente ellos quienes mejor tratan a los inmigrantes y paradójicamente, son los receptores de sus quejas más radicales. La explicación psicológica de este fenómeno es que la queja se deposita allá donde se encuentra alguien que puede “contener”, aguantar, tolerar esa queja. Y, obviamente, los inmigrantes no irán a quejarse a la policía o a los funcionarios de gobernación. Podríamos hablar de “congelación del duelo”: el duelo se expresa allá donde puede expresarse. Otra expresión de la regresión sería la búsqueda de líderes que hacen la función de imágenes parentales .

5.1.7. La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de fases

Desde los trabajos de Selye (1954) en sus investigaciones sobre el estrés, ha habido intentos de clasificar las etapas en las que se dan los procesos de afrontamiento del estrés. Selye hizo referencia a tres etapas:

1. **Alarma**, en la que el organismo reacciona con gran intensidad ante el estímulo estresor.
2. **Resistencia**, en la que se ponen en marcha respuestas más organizadas y sostenidas.
3. **Adaptación**, en la que el organismo se amolda al estímulo estresor.

Posteriormente, J. Bowlby (1985) hace referencia a cuatro etapas, a nivel de la elaboración psicológica de los procesos del duelo:

1. **Negación:** no se puede aceptar la realidad del cambio y el individuo no la quiere ver.
2. **Resistencia:** hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación.
3. **Aceptación:** la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración en el país de acogida).
4. **La restitución:** es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación. (En el caso de la migración con el país de origen y el país de acogida).

Hemos podido ver ciertas diferencias de género, ya que es más frecuente que las mujeres nos refieran que llegaron aquí y se encontraron con que no entendían nada de lo que decía la gente, hacía mucho frío, se pasaron varios días llorando... Pero luego, poco a poco, se fueron encontrando mejor aunque les costó adaptarse. En el caso de los hombres es más frecuente que digan que no notaron nada especial al principio y que luego fueron viendo los problemas que había.

5.1.8. La elaboración del duelo migratorio utiliza una serie de defensas psicológicas

Los mecanismos de defensa, en cuanto que mecanismos psicológicos de manejo de la ansiedad, están obviamente presentes como algo normal en la elaboración del duelo migratorio. Los mecanismos de defensa no son inadecuados en sí mismos, sino sólo cuando son masivos, porque distorsionan radicalmente la visión de la realidad para hacerla menos frustrante, más gratificante y, por lo tanto, nos impiden la adaptación a la realidad que es el objetivo evolutivo de la mente. Entre los mecanismos de defensa más utilizados en la migración se hallarían:

- 1. La negación:** se suele expresar de dos maneras: la primera, sosteniendo que todo es igual que en el país de origen. La segunda planteando que aunque las cosas son diferentes “a mí no me afectan”. Normalmente ambas defensas se utilizan más al inicio de la migración. Más adelante, el peso de la evidencia es demasiado fuerte como para seguir manteniendo la negación, salvo que la persona se halle ya ante una situación de fuerte desadaptación psíquica. La negación en la migración se expresa ante todo como confusión.
- 2. La proyección:** consiste en poner lo malo fuera de uno. “Las malas intenciones”, “lo malo”, lo tienen los otros, los extraños, los diferentes.
- 3. La idealización:** puede darse tanto del país de origen como del país de acogida. La idealización es una distorsión de la realidad en la que se exageran las cualidades de algo, negándose sus defectos. Es aquello tan socorrido de que “mi pueblo es el más bonito del mundo” (en el caso del país de origen) o lo que explicaban a sus paisanos los inmigrantes españoles en Francia, al volver de vacaciones, de que allá ataban los perros con longanizas (en este caso idealizando el país de acogida). Desde el psicoanálisis se sostiene que la idealización, a pesar de que es un funcionamiento psicológico muy común, e incluso aceptado socialmente, constituye una defensa en el sentido de que distorsiona, altera, la realidad.

4. La formación reactiva: consiste en hacer lo contrario del impulso. Se vería con frecuencia en los procesos de asimilación en los que el inmigrante, presionado para amoldarse a la nueva cultura, hace en determinadas áreas lo contrario de lo que le dictan sus impulsos que le llevarían de modo natural a mantener sus tradiciones valiosas. Este proceso daría lugar a una “hiperadaptación” que podría compensarse a través de síntomas somáticos.

5.1.9. La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida

En la migración se viven muchas situaciones de esfuerzo, de tensión, de frustración. Estas situaciones favorecen la rabia, y de este modo, se mezclan las emociones de amor y de odio. El inmigrante siente a la vez amor hacia el país de origen y hacia el país de acogida, por todo lo que le han aportado, pero a la vez siente también rabia hacia el país de origen (del que tuvo que marchar porque no le daba lo que quería) y hacia el país de acogida (por las frustraciones que le impone para poder adaptarse y progresar). Una expresión muy frecuente y por todos conocida de la ambivalencia de los inmigrantes es el hecho, que no es infrecuente ver, de que cuando están en el país de acogida se pasan el rato hablando de lo bonito que es éste y cuando están en el país de origen se pasan el rato explicando lo bonito que es aquéllo. Logran cabrear a todo el mundo y que les digan que si tan bien están en el otro lado por qué no se van ya de una vez. El problema es que lo dicen en los dos lados y acaban por sentirse mal en todas partes. Sin embargo, cuando la ambivalencia es moderada, puede favorecer la crítica constructiva, ya que el inmigrante conoce las dos culturas y puede comparar y aporta ideas útiles tanto para la sociedad de origen como para la sociedad de acogida. De todos modos siempre se ha dicho que la comparación es odiosa y no es infrecuente que los comentarios del inmigrante generen ciertas reacciones adversas.

5.1.10. El duelo migratorio no afecta tan sólo a los inmigrantes sino también a los autóctonos y a los que se quedan en el país de acogida

La migración es un hecho social. Y como todo hecho social tiene repercusiones sobre el conjunto de la sociedad. La migración es un proceso que da lugar a cambios en la vida no tan sólo de quienes emigran, sino también en la vida de las personas que reciben a los inmigrantes y en la vida de los familiares que se quedan en el país de origen. Es

como mover una pieza en un tablero de ajedrez: todas las piezas quedan afectadas... Así, los autóctonos también han de modificar aspectos de su vida a través de la relación con los inmigrantes: si por ejemplo, resulta que nuestro hermano o nuestra hija se casa con una persona procedente del Pakistán o la China lógicamente se tendrán que tener en cuenta a nivel de la vida familiar, sus costumbres culinarias, religiosas, sus fiestas tradicionales (qué haremos en Ramadán, la Fiesta del Dragón...), su mentalidad, etc. Y habrá aspectos que se aceptarán gustosamente y otros que pueden resultar más conflictivos. La xenofobia y el racismo sería la no aceptación de ese duelo y el intento de rechazar todo cambio. Así, como nos explicaba con humor un vecino que vivía en un bloque de pisos de la Ciutat Vella de Barcelona, él vivía hace 20 años rodeado de autóctonos: hoy en su escalera viven arriba unos chinos y unos senegaleses, enfrente unos bielorusos y unos pakistanís, abajo unos peruanos y unos marroquíes... total que las reuniones de escalera son en 9 lenguas... aquello parece la ONU. Sale a la escalera y se encuentra con un señor que va con un turbante, otro con una chilaba, otro un velo, una señora con un sari ...y el hombre se ha de pellizcar... para ver que no está soñando porque no se ha movido de su casa y vaya que si ha emigrado ¡el también necesita un programa de integración!

Y, por otra parte, los familiares que quedan en el país de origen del emigrante también notan su ausencia: hijos, madres, padres, viven intensamente las separaciones, muchas veces por largos años. Recuerdo el caso de una mujer latinoamericana que tenía dos hijos pequeños en su país de origen y que nos explicaba cómo le afectaba el contactar con ellos -"le rompían el corazón"- por la enorme presión emocional que ejercían sobre ella cuando le decían cosas como: "mamá, cada mañana al levantarnos miramos si has regresado" "hemos estado enfermos y no nos has cuidado...", También las personas mayores que ven cómo marchan sus hijos notan dolorosamente su ausencia, muchas veces con la fantasía de que quizás nunca más los volverán a ver. O sufriendo por la pérdida de contacto con sus nietos, a los que muchas veces apenas si conocerán.

5.1.11. El regreso del inmigrante es una nueva migración

Siempre se va. Nunca se vuelve. El regreso del inmigrante es, a su vez, una nueva migración. En el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que partió hace ya tiempo.

Es la vieja idea de Heráclito, de que nadie se baña dos veces en el mismo río, pues todo fluye (“panta rei”). Al regresar al país de origen llega una persona muy diferente de la que un día marchó y llega a un país que también es diferente. Se vuelve a repetir la situación inicial: volvemos a estar ante un proceso de cambio que comporta una parte de duelo por lo que se deja atrás, en este caso la vinculación que el inmigrante ha efectuado a lo largo de los años con el país de acogida. En este sentido, tal como recoge el título de este apartado, que podría muy bien corresponderse con el título de un tango, “siempre se va, nunca se vuelve”. No es extraño que la elaboración de tantos cambios no sea a veces exitosa, pues no es fácil. Un ejemplo de mala elaboración lo tenemos, en la cultura española, en la figura del indiano, la persona que marchaba de joven a trabajar a América y regresaba ya mayor a su ciudad o pueblo de origen y se mostraba como alguien muy inadaptado: su vestimenta era la de la América tropical, con su traje blanco... vistiendo de un modo muy diferente al de sus conciudadanos (vestir de blanco por ejemplo en algunas zonas del norte donde la lluvia y el barro son frecuentes no es precisamente lo más adecuado).

5.1.12. El duelo migratorio es transgeneracional

La elaboración de esta larga lista de vivencias que hemos descrito en los apartados anteriores lógicamente no se agota en la persona del inmigrante, sino que afecta también a sus hijos, que moldean su personalidad a través de las identificaciones que efectúan con las figuras de los padres. Se constata con frecuencia que los hijos de los inmigrantes viven un duelo migratorio aún más complejo que el de sus padres: son personas que pueden haber nacido en el nuevo país, haberse educado en su cultura. etc, pero que a través de los vínculos familiares y del contacto con el país de origen han interiorizado también la cultura de los padres. Se ha demostrado (Harker 2001) que su índice de trastornos mentales es superior al de los inmigrantes de “la primera generación”. Por otro lado, el grado de elaboración del duelo migratorio de los padres, ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten hacia el país de acogida los miembros de la siguiente generación. Y tengamos en cuenta -tal como ya hemos señalado- que las circunstancias que favorecen la exclusión, la marginación, favorecen que el duelo se prolongue a través de las generaciones, impidiéndose los procesos de integración e interculturalidad (un ejemplo muy claro serían los negros de Norteamérica). Desgraciadamente, en la migración extracomunitaria actual también se están dando, al menos una parte de estas circunstancias.

5.2. El duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple - síndrome de Ulises-

Las relaciones entre el estrés social y la salud constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica pero si existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud, esa área es la de las migraciones del siglo XXI. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes. Postulamos que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología psicosomática de tipo digestivo. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental (ámbito que es más amplio que el de la psicopatología).

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vió sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza... Las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero "...y Ulises pasábale los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (Odisea, Canto V, 150), o el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice "preguntas cíclope cómo me llamo... voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos..." (Odisea Canto IX, 360). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental.

5.2.1. Estresores y sintomatología del Síndrome de Ulises

Señalaremos previamente que los estresores más relevantes son:

1. La soledad ligada a la separación forzada de la familia y los seres queridos ya que al no tener papeles no se puede efectuar la reagrupación familiar.
2. El duelo por el fracaso del proyecto migratorio, el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante.
3. La lucha por la supervivencia con problemas básicos de vivienda, de alimentación.
4. El miedo en relación a los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc), las coacciones de las mafias, etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales), a los abusos...

Pero se ha de tener en cuenta que estos factores estresantes se hallan potenciados por toda una serie de aspectos:

1. La multiplicidad de los estresores, ya que se potencian.
2. La cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días ó unas semanas que padecerla durante meses o incluso años.
3. La intensidad y la relevancia de los estresores ya que lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo.
4. La ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso.
5. La ausencia de una red de apoyo social. Porque, ¿qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes?

6. Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisajes.
7. El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Z. Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.
8. A toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas, no siempre los atiende adecuadamente:
 - Hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan, banalizan la sintomatología de estas personas (lo cual desgraciadamente tampoco es tan sorprendente si vemos que la propia Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para los inmigrantes).
 - Otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos... padeciendo tratamientos inadecuados o incluso dañinos y siendo sometidos a todo tipo de pruebas, incluso cruentas y con efectos secundarios (aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva).

Desde la perspectiva de la sintomatología, el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología.

Hay sintomatología del área depresiva: hay tristeza, llanto, pero no suele haber apatía ni ideas de muerte por lo que no se trataría de una depresión. Sintomatología del área de la ansiedad como tensión, nerviosismo, preocupaciones intrusivas y recurrentes (que se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran) e insomnio. Sintomatología del área de la somatización que comentaremos con más detalle en el siguiente apartado y sintomatología del área confusional: sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc... Finalmente interpretación cultural de la sintomatología. En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va

ocurriendo en la migración. Hay inmigrantes que interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en “las coyunturas”.

La cefalea es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. En un estudio reciente (Achoategui, J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D, 2005) el 76,7% de los pacientes con el Síndrome padecían cefalea. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades. (Es tan frecuente la cefalea en los inmigrantes que en nuestro servicio solemos denominarla “in-migraña”).

Otro síntoma relevante es la fatiga. La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida. Es evidente que con este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea, ...También es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales: así hemos visto, en la línea de lo señalado por Gailly, una mayor tendencia de los pacientes de origen magrebí a expresar molestias torácicas, de los pacientes subsaharianos a expresar molestias digestivas y de los asiáticos a expresar síntomas relacionados con la sexualidad.

5.2.2. Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos:

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión estándar. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por San Ignacio de Loyola, que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico. En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar pero no ven ningún camino (y no porque deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR “casi siempre hay pérdida de intereses”. Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV-TR señala que en la depresión “son frecuentes los pensamientos de muerte” Asimismo mantienen la autoestima. Podemos decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

Diferenciación con los trastornos adaptativos:

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar, el progreso..., pero consideramos que la situación de un número importante de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico.

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los trastornos adaptativos se caracterizan por “un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable”. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia en primer lugar no habría un estresor sino muchos y además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir es-

tamos haciendo referencia a unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en nuestra opinión, una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos “superior al esperable”. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... pues como son. Diagnosticar estos cuadros como trastorno adaptativo sí que nos parece psiquiatrizar, ya que se considera que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación.

Otra característica diferencial sería que mientras en el trastorno adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad. De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises.

Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático:

El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que “la característica esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”. Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad que padecen los inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima y conductas de evitación. La parte común al Trastorno por estrés Post-traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

5.2.3. Discusión sobre el diagnóstico diferencial. El Síndrome de Ulises se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología

Consideramos que tener en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, (tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el burn-out, el mobbing, etc.) es muy positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental, aunque aún es poco tenida en cuenta. A pesar de que es casi un lugar común hacer referencia a los planteamientos biopsicosociales en los discursos oficiales de la psiquiatría, a la hora de la verdad lo social sigue siendo la cenicienta de la psiquiatría y la psicopatología. Consideramos que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología del Síndrome de Ulises. Además el diagnóstico por causas, etiológico (el típico de la medicina, por ejemplo), es de mucha más calidad que el diagnóstico por síntomas ya que en general estos son inespecíficos y comunes a numerosas alteraciones. Este cuadro se ubicarían más en el área de la salud mental que propiamente en el área de la patología psiquiátrica ya que son respuestas con numerosos síntomas psicológicos a situaciones extremas, y no enfermedades, o en todo caso estos cuadros se hallarían en el límite entre ambas áreas.

En relación a la denominación de Síndrome con la que hacemos referencia al Síndrome de Ulises (Achotegui 2002) se ha de señalar que se basa en la definición de Síndrome conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición de la OMS que entiende la salud como “estado de bienestar físico, mental y social”, para entender que estos inmigrantes en situación extrema y con un amplio número de síntomas se hallan bien lejos de gozar de un estado de salud. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose cuadros -que sin duda son complejos a nivel nosológico- como la fibromialgia, la fatiga crónica... Como señala Foucault (1973, 2003) el diagnóstico psiquiátrico no es algo objetivo, neutro, sino que se halla vinculado a las estructuras de poder y forma parte de lo que denominó “biopolítica”.

Una objeción que se puede hacer a nuestro planteamiento es que denominar Síndrome a este cuadro puede suponer una psiquiatrización de esta población. Como respuesta diremos que ya se ha señalado que la denominación de Síndrome es ante todo descriptiva (como conjunto de síntomas). Es decir, no se está planteando que estos inmigrantes padezcan propiamente una enfermedad mental. Así estos inmigrantes tienen un resultado negativo en el cuestionario de Hamilton tanto de ansiedad como de depresión. Se señala que padecen toda una serie de síntomas que pertenecen al ámbito de la salud mental que es un ámbito más amplio que el de la psicopatología, a la que abarca.

Más bien al contrario pensamos que al plantear la delimitación y denominación de este Síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos... al no existir una denominación a su padecimiento (convirtiéndose estos errores diagnósticos en nuevos estresores para los inmigrantes, a lo que hay que añadir los efectos adversos de los tratamientos, los gastos sanitarios, etc.). Por otra parte tampoco estamos de acuerdo en decir que a estas personas no les pasa nada a nivel psicológico: sostener esto sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más. Es decir creemos que el intento de nombrar una realidad, que nadie niega, es positivo (otra cosa es que nuestro planteamiento, como todo en ciencia, sea discutible y muy mejorable). Y por otra parte, lo que sí nos parece psiquiatrización, y se hace con mucha frecuencia en la clínica, es el diagnosticar como depresivos, ó como trastornos adaptativos a estos inmigrantes que viven estresores Ulises.

Consideramos que El Síndrome de Ulises es a la vez Síndrome y “Pródromos”, constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque este Síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo...). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad. Es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres... ¿Estaríamos enfermos por tener estos síntomas?. No. Estos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica temporal a esa elevada temperatura ante la que fracasa la capacidad de termorregulación, lo cual da lugar a una serie de síntomas para intentar compensar, disminuir los efectos fisiológicos de la elevación de la temperatura. De todos modos cuando la temperatura descendiera los síntomas desaparecerían. Pero si la situación persistiera indefinidamente el riesgo de enfermar se iría incrementando. Lo mismo ocurre con los síntomas en el Síndrome de Ulises.

Es decir, el Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención tendrá por objeto evitar que estas personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental Standard (por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, personal de enfermería y de asistencia primaria, educadores sociales, etc.). Es obvio que ante las situaciones de estrés a las que han de hacer frente estos inmigrantes es previsible que haya un mayor riesgo de alcoholismo, psicosis... y tratar a un inmigrante psicótico, con déficits de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural etc., es muy difícil, por lo que la prevención es fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui, J. 2000. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona.
2. Achotegui, J. 2002. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Editorial Mayo. Barcelona.
3. Achotegui, J. 2003 (compilador). Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003.
4. Achotegui, J. 2004 (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración" del Foro Mundial de las Culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004.
5. Achotegui J. 2004. 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. Volumen V, Nº 21. pag 39-53.
6. Achotegui J, Lahoz S. Marxen E. Espeso, D. 2005. Study of 30 cases of inmigrantes with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Comunicación in the XVIIIº World Congress of Psychiatry.
7. Aparicio, R. 2002. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F.J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales.

8. Arango, J. 2002. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F.J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales.
9. Beiser, M. 1996. Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. In "Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM_IV perspective. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA.
10. Benegadi, R. 2005 Medical Anthropology and migration. XVIII° World Congress of Psychiatry. Cairo 2004.
11. Domic A. 2004 Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.
12. D'Ardenne P, Mahtani A. 1999. Transcultural counseling in action. Sage publications. London.
13. Devereux G. 1951. Psychotérapie d'un indien des plaines. Fayard. París.
14. Fannon, F. 1970. Escucha blanco. Nova Terra. Barcelona.
15. Fernando, S. (Edit.) 1995. Mental Health in a Multi-ethnic Society. Routledge. London and New York.
16. Foucault, M. 1973, 2005. El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
17. Freud, S. 1930. El malestar en la cultura. Alianza Editorial. Madrid.
18. Gailly, A. 1991. Symbolique de la plainte en le culture. Le Cahiers du Germ. II, nº 17, páginas 4-19.
19. González de la Rivera, J. L. 2005. Migración, cultura, globalización y salud mental. II Jornadas de salud mental y medio ambiente. Conferencia de Clausura. Lanzarote.
20. Grinberg, L y R. 1994. Psicoanálisis de la migración y el exilio. Alianza editorial. Madrid.
21. Hofstede G. 1999. Culturas y organizaciones. Alianza editorial. Madrid.
22. Kareen J, Littlewood R. 1992. Intercultural Therapy. Blackell Science. Oxford.
23. Klein. M. 1957. Envidia y gratitud. Paidós. Barcelona.
24. Jenkins R and Üstün B. 1998. Preventing Mental Illnes. Wiley. New York.
25. Milne D. 1999. Social Therapy. Willey. New York.
26. Nathan, T. 1999. Médecins et sorciers. Les Empêcheurs de penser en rond. París.
27. Lazarus R. 2000. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Bouvier. Bilbao.
28. Luong Cân Liêm. 2004. De la psychologie Asiatique. L'Harmattan. París.

29. Ortigues M. C. y E. Edipo africano. 1974. Tiresias. Ediciones Noé. París.
30. Páez D, Casullo M. (comp.) 2000. Cultura y alexitimia. Paidós. Barcelona.
31. Pardellas. J.M. 2004. Héroes de ébano. Editorial. Tenerife.
32. Phillips, K et. Al. 2004. Avances en el DSM. Masson. Barcelona.
33. Roheim G. 1982. Magia y esquizofrenia. Paidós. Buenos Aires.
34. Sendi, C. 2001. Estrés, memoria y trastornos asociados. Ariel. Madrid.
35. Sow I. 1978. La folie en Afrique Noire. Payot. París.
36. Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F, 1993. Migraciones y salud mental. PPU. Barcelona.
37. Vázquez, J. Grupo de Atención al Inmigrante SAMFYC. 2005. Estudio de la Salud mental de una población en un área de Atención primaria en Almería. Ponencia en el VIII ° Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Almería.
38. Zanden, J.W.1994 Manual de psicología social. Paidós Básica. Barcelona.

6

El proceso de adaptación y Salud Mental de las mujeres inmigradas

► **Ifigenia Frías Oncina, María Río Benito y Carmen Jiménez Casado**

6.1. Introducción

La salud mental de las mujeres inmigradas se halla estrechamente unida a su historia personal por un lado y, por el otro, a la situación familiar, condiciones sociales, económicas, laborales y políticas que viven. Estos factores, son considerados protectores de la salud mental cuando presentan condiciones favorables y pueden ser fuente de trastornos psíquicos cuando presentan graves carencias o sufrimiento.

Las condiciones del entorno que deja y del que la recibe interactúan con su posición subjetiva y sus capacidades de ajuste, mediatizadas por su modo de vincularse a los otros. El resultado es una constelación que hace de la inmigración un acontecimiento singular como es la respuesta de un sujeto frente a esta encrucijada de la vida. Por tanto, paralelamente al análisis de los trastornos mentales comunes que pueden derivar del hecho migratorio, interesa profundizar en su realidad individual, su modo singular de afrontarla y los efectos correspondientes.

Para las mujeres, principales presas de la pobreza en los países en vías de desarrollo, la emigración aparece como una posibilidad de mejorar

su suerte, la de sus familias y de sus comunidades, o de liberarse de contextos opresivos. Pero, paradójicamente, la discriminación de género constituye una desventaja suplementaria para enfrentar la migración.

La consideración de la variable género, entendido éste como “la definición cultural de la conducta considerada adecuada a los sexos en una sociedad y en un momento determinados” (Gerda Lerner, 1990), tiene repercusiones en el ámbito de las relaciones personales, familiares, laborales y sociales y, por ende, en los sistemas sanitario, educativo y legislativo. Por ello, resulta fundamental su estudio en aquellos procesos que inciden en la salud y la salud mental, como es el caso de la migración.

Las relaciones de género se enmarcan dentro de las desigualdades en poder y privilegios, nivel social y acceso a los recursos sociales e interpersonales (Isabel Caro Gabalda, 2001). Son “construcciones sociales” que varían de unas sociedades a otras y de unos tiempos a otros, y por lo tanto, como tales, susceptibles de modificación, de reinterpretación y de reconstrucción.

Las indagaciones realizadas para conocer la salud mental de las mujeres inmigrantes han revelado un desconocimiento de los servicios de salud mental. Habitualmente recurren a amistades, personas de su entorno próximo y familiares, para obtener los apoyos que necesitan cuando padecen síntomas de la esfera psíquica. Las asociaciones que trabajan con inmigrantes constituyen enclaves de relevancia, a los que acuden en demanda de todo tipo de ayuda y reciben tratamiento psicológico.

Las personas inmigrantes, en general, suelen priorizar trabajo frente a salud y, sobre todo en los primeros momentos del proceso migratorio, acuden a los servicios sanitarios buscando una solución inmediata a sus dolencias, lo que lleva a una mayor saturación de los servicios de urgencias y un mal uso de los dispositivos de atención ambulatoria.

Entre las características de las mujeres inmigrantes en relación con la salud mental y los dispositivos de atención se pueden señalar los siguientes:

1. Predomina un escaso uso de los servicios de atención primaria porque no disponen de tiempo, temen perder el trabajo o perciben escaso el tiempo de los profesionales para atenderles, a excepción de los servicios de pediatría.

2. En gran parte de África, algunos países latinoamericanos como Colombia y Ecuador y otros de Europa del Este como Rumania, los servicios de salud mental son desconocidos o escasamente utilizados y no hay costumbre de utilizar este tipo de recurso, si bien se cuenta con alguna figura, no sanitaria, a la que se concede poder curativo sobre los trastornos psíquicos. En general, los servicios de salud mental están asociados a personas con poder adquisitivo.
3. No tendrían inconveniente en acudir a salud mental en caso de no poder solucionar los problemas o una vez agotados otros recursos a su alcance. Manifiestan preferencia en ser atendidas por médicas porque les resulta más fácil hablar de problemas íntimos como la soledad y la tristeza o las relaciones de pareja.
4. En algunas mujeres existe un cierto temor a la estigmatización, a ser consideradas como locas, pero también a ser presas de maleficios o influencias que se escapan a su voluntad. Hay casos en los se teme que las afecciones mentales puedan ser motivo de deportación cuando no se dispone de permiso de residencia.

Varias vertientes centrarán este capítulo: Condiciones relevantes en la salud mental de la mujer inmigrante, el proceso migratorio y sus repercusiones en la salud mental, manifestaciones clínicas más frecuentes, el papel de los profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria.

6.2. Condiciones relevantes en la salud mental de las mujeres inmigrantes. Concepto de familia, filiación y pertenencia. Desarraigo. Redes sociales y cultura

Hemos ordenado los factores y situaciones que han mostrado ser más relevantes para la salud mental de las mujeres inmigrantes según se expone seguidamente. Algunos datos, que nos permiten asomarnos, aunque sea someramente, a la realidad de las mujeres inmigrantes, proceden de una fuente aún en proceso de análisis. Se trata de una encuesta de opinión sobre salud mental realizada en 2007 por la Consejería de Salud en colaboración con distintas entidades relacionadas con mujeres inmigrantes.

La desestructuración familiar como consecuencia de la inmigración es, para una amplia mayoría de las mujeres, la principal fuente de tristeza y dolor, a menudo la más difícil de

asimilar, sobre todo cuando hay separación de hijos e hijas menores de edad que quedan en el país de origen al cuidado de familiares durante años. A esta situación, se suman otras adversidades relativas a las relaciones de pareja y de la familia reagrupada en el país de acogida. Al tratarse de vínculos considerados factores de protección de la salud mental, aumenta su exposición al riesgo de padecer trastornos psíquicos.

Las condiciones socioeconómicas precarias y las confrontaciones interculturales son susceptibles de afectar su equilibrio psíquico. Dentro de las primeras, las condiciones laborales suelen agravar la morbilidad de las mujeres inmigrantes. La mayoría de las veces son empleadas en trabajos que se prestan a la violación de sus derechos: es el caso del servicio doméstico y el cuidado de personas (que además constituyen actividades no visibilizadas ni valoradas socialmente) o el trabajo precario en talleres semiclandestinos y la industria del entretenimiento; ambos, sectores que escapan frecuentemente a las obligaciones contractuales y a la regulación laboral. Cuando trabajan en el servicio doméstico aumenta, además, su aislamiento, al ser más difícil relacionarse con sus redes sociales nativas en el país de acogida, sobre todo las mujeres que trabajan como empleadas de hogar internas. En particular, en el servicio doméstico puede darse una situación de quasi esclavitud en la que las mujeres pueden encontrarse privadas de su libertad, sus derechos de privacidad son limitados y, en ocasiones, pueden ser víctimas de violencia, verbal y/o sexual, por parte de las personas que les contratan.

Otras mujeres se ven abocadas a tener que ejercer la prostitución por la falta de capacitación, indocumentación y necesidad de dinero. Las mujeres son las principales víctimas de redes de tráfico y comercio humano ilegales. Son víctimas de violencia sexual con mayor frecuencia que los hombres, están más expuestas a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. El peso de la vertiente social pues, dota de una especificidad particular a sus problemas de salud mental respecto a las autóctonas.

La cultura, en cuanto proporciona contenidos que sostienen las identificaciones y referentes conductuales para orientarse en el mundo, también se constituye en un factor de protección para la salud psíquica. El rechazo por la sociedad de acogida de las expresiones y simbolismo de la cultura de origen supone una violencia contra el ser de la mujer, siendo causa de malestares y síntomas reveladores de la división subjetiva de quienes quieren avanzar incorporando las aportaciones de la cultura autóctona. La cultura no tendría que ser un impedimento para la adaptación pero a veces es el reducto donde se aloja la xenofobia.

Además, hay mujeres que siguen viviendo en el seno de familias tradicionales que exigen de ellas determinados comportamientos clásicos, distintos de los que se espera de ellas en los trabajos que realizan, provocando interferencias entre una cultura y otra. La aprensión ante parámetros culturales que suponen un replanteamiento de sus valores tradicionales puede llevar a que las mujeres reproduzcan, sobre todo en los primeros años de su estancia, la forma de vida que llevaban en sus países de origen.

Unido a lo anterior, la incorporación en la cultura del país de acogida supone en las mujeres inmigrantes africanas -Magreb y otros- una dualidad que se refleja en el conflicto de tener que articular dos intereses contrapuestos. En caso de elegir algunos aspectos culturales relativos a las relaciones de pareja, dejando atrás relaciones de servilismo, de dominio-sumisión, para acceder a relaciones de igualdad de oportunidades y derechos, suelen encontrar el rechazo de la pareja, que siente amenazado su dominio, y el de la familia, que teme perder los referentes culturales identitarios. Por tanto, quedan colocadas en la intolerable situación de tener que elegir entre la realización personal o los vínculos afectivos.

El conflicto entre sus deseos y las exigencias familiares se manifiesta en la decisión íntima de acceder a la cultura de acogida mientras conserva aquellos valores de origen que la identifican. Dicen estar muy contentas con la valoración de las mujeres y los avances en igualdad de oportunidades y derechos, se sienten amparadas por las leyes pero éstas no pueden protegerlas de las represalias de su pareja y las amenazas de su familia: quedan denigradas, degradadas y soportando amenazas de aislamiento, repudio y castigos diversos.

En las entrevistas efectuadas por los profesionales de diversas entidades, han planteado los malos tratos por parte de la pareja como una realidad bien próxima, de tal modo que quien no los padece directamente, conoce a una mujer de su entorno víctima de los mismos.

Las experiencias de trato xenófobo y la violencia interpersonal dejan una huella traumática, pronta a reactivarse ante situaciones cotidianas asociadas a la violencia interpersonal. La discriminación racial o étnica junto al desconocimiento y la ausencia de información que pudieran explicar el sentido de ciertos comportamientos, predispone a la interpretación prejuzgada de algunas formas de tratamiento inherentes a nuestra cultura sanitaria. Es el caso de una mujer marroquí que interpretó la prescripción facultativa de levantarse y caminar tras el parto como un castigo para las mujeres inmigrantes, imaginando que con las mujeres autóctonas se seguiría un tratamiento distinto, es decir, se les permitiría descansar.

Los embarazos no deseados y los intentos de aborto, en muchas ocasiones, les llevan a comportamientos que comprometen su salud física y psíquica. En caso de continuar con el embarazo, entran en una situación de honda preocupación por las consecuencias sobre el empleo durante el embarazo y por el posterior cuidado del hijo o hija. Las entrevistadas mencionaron los sentimientos de culpa que las invaden por no poder ocuparse de los cuidados de la crianza, y por la imposibilidad de ejercer eficazmente las funciones maternas; situación que propicia en los hijos e hijas menores la emergencia de ciertas secuelas que pueden llegar a requerir tratamiento psicológico.

El estrés y la soledad suelen ser estados que acompañan a las mujeres inmigrantes. Estrés que se incrementa cuantas más cargas y menos recursos tienen. El estudio citado por García Campayo, J. Y Alda Díez, M. en *Salud Mental e Inmigración*, en su investigación con diversos grupos étnicos de mujeres adultas se concluye que la predicción de la gravedad de la depresión dependía de los siguientes factores: bajo nivel educacional, soltería, ser latina, alto estrés percibido y sentimientos de soledad. En las indagaciones efectuadas aparece el estrés como una saturación de cargas, entre ellas las del sostenimiento económico familiar acompañado de empleo precario o desempleo e infravivienda. Estrés y soledad se conjugan generando cuadros depresivos y ansiosos.

En lo que respecta al idioma y la comunicación hemos constatado que un buen número de mujeres encuentran en el idioma una de las barreras que dificultan el acceso a los dispositivos de salud, dificultad que se acrecienta cuando se trata de abordar asuntos íntimos sobre sexualidad, tristeza, soledad y salud mental, y en bastantes casos cuando son atendidas por profesionales masculinos.

6.3. El proceso migratorio y sus repercusiones en la salud mental de las mujeres inmigrantes

La migración supone, psicológicamente, un Acontecimiento Vital Estresante. Como se ha dicho repetidamente, *“la migración no es causa de trastornos mentales; pero sí es un factor de riesgo para la salud mental.”* (N. Sayed-Ahmad, 2006). Para E. Santiago et al., (2006), *“todos los procesos migratorios representan un cambio drástico en la vida de los individuos que los sufren. ...Cualquier cambio lleva asociado cierto nivel de estrés...”*.

Decía Simone de Beauvoir que, en la mayoría de las culturas, las mujeres están acostumbradas a asumir el “papel del otro”, a “empatizar”, a adaptarse a las necesidades o a las cir-

cunstances; mientras que muchos hombres que llegan a los países de acogida, viven este cambio como traumático por ver peligrar los privilegios o el poder social del que gozaban en su lugar de origen. Las mujeres están más capacitadas para adaptarse a su nuevo entorno y, consecuentemente, si se les brinda la oportunidad de hacerlo, aprenderán con más facilidad. Esa mayor disposición de las mujeres a incorporarse a la cultura mayoritaria del país de destino no se hace, sin embargo, sin que experimenten un sentimiento de identidad dual.

Concordamos con Luisa Cáceres (Documento interno 2007), en sus aportaciones a este apartado, que en la inmigración hay ilusión, esperanza, proyecto, deseos y en todo caso, lo traumático viene después, cuando hay que soportar el costo de la elección o decisión. Pero hay una elección, aunque sea forzada en mayor o menor medida por las circunstancias, existe una posibilidad de elección que no ocurre con el accidente y el trauma.

Con el proceso migratorio se produce una fractura de la identidad. Entendiendo por identidad aquella instancia del aparato psíquico, en su funcionamiento consciente, en su yo, que se ha constituido con la familia, las costumbres, las pautas culturales, la educación y todo lo que representa el entorno. La fractura que se produce en la estabilidad psíquica, es un cortocircuito en la temporalidad del hecho migratorio frente al cual se producen determinadas defensas reactivas.

Cuando ocurre la fractura, el yo se desestabiliza y fracasan las defensas, propiciando la emergencia de angustia. Es la angustia un efecto que acompaña a la constatación del vacío y la pérdida experimentada y conduce a la inhibición, los miedos y temores. Este sentimiento de pérdida que precipita la aparición de la angustia, genera ansiedad; es lo que vemos manifestarse en las consultas bajo el modo de intranquilidad, nerviosismo y trastornos neurovegetativos, que los ansiolíticos y antidepresivos vienen a calmar.

Si bien la ansiedad es un malestar que insta al sujeto a la acción para huir de ella, la angustia que subyace a la ansiedad abre las puertas a un posible duelo. Así, la ansiedad es producto de la angustia por la pérdida y el vacío existencial a los que le confronta la fractura de un yo identificado con el que inició su proceso migratorio, pero la confrontación con la pérdida es también la posibilidad del duelo.

Desde la perspectiva de la experiencia del SAPPPIR (J. Achotegui, 2002), *“en la primera etapa de elaboración del duelo se daría una diferencia de sexo en la respuesta. Así, a través de un*

questionario sobre los siete duelos de la migración que han realizado el SAPPPIR y la Universidad de Barcelona, se ha constatado en más de 300 casos de inmigrantes de todo el mundo que los hombres tienen una fase inicial de negación más intensa y más duradera que la de las mujeres. Así pues, la expresión del duelo surge antes en la mujer que en el hombre". En este mismo estudio se señala otra diferencia intergénero en el afrontamiento del duelo migratorio; se refiere a la racionalización, uno de los mecanismos de defensa más utilizados en la migración, que "consiste en intentar separar el componente afectivo del componente cognitivo de la emoción, tratando de evitar el contacto con el componente afectivo, cuando es demasiado penoso. Es el "quitar hierro" excesivamente a las cosas. Se observa más en hombres que en las mujeres".

Sólo el proceso de elaboración que implica el duelo por los objetos perdidos puede impedir que la mujer quede atrapada en una idealización de todo lo que dejó en su país.

La nostalgia con su fuerte componente de idealización, deja a la mujer inmigrante fijada en la añoranza del pasado, de los objetos perdidos, impidiendo que pueda incorporar los elementos necesarios del presente y de la cultura de acogida para poder restañar la fractura.

Quienes emigran pierden los lazos sociales, sus referencias de filiación y pertenencia. El duelo por esa pérdida implica repararla y construir vínculos con contenido real y en tiempo presente con sus semejantes. Los seres humanos estamos destinados al vínculo con los demás, precisamente la inmigración es tan dura porque toca de lleno en el corazón del desamparo humano e insta a poner a prueba todos los recursos psíquicos para poder afrontar tal situación.

6.4. Manifestaciones clínicas más frecuentes

La población inmigrante, en general, suele estar constituida por personas con gran capacidad de iniciativa, confianza en sí misma, en su mayoría sana y con una alta motivación para la supervivencia.

Sin embargo, como consecuencia de las situaciones de estrés inherentes al proceso migratorio, antes citadas, en ocasiones las dificultades psicológicas llevan a la aparición de síntomas clínicos. En opinión de N. Sayed-Ahmad (2006) "las mujeres in-

migrantes suelen padecer mas que los hombres situaciones de estrés y dificultades psicológicas: por tener menos recursos económicos y por tanto menor autonomía y mayor dependencia del hombre, por padecer mayor explotación laboral y aislamiento social, por tener que combinar su trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, porque el trabajo mayormente es menos cualificado (doméstico). Asimismo debido a la diferencia en la intención y el momento del proyecto migratorio, la mayoría de las veces la mujer emigra por reagrupación familiar lo que imprime distinta velocidad de adaptación (el marido ya ha empezado antes) y mayor aislamiento y dependencia del marido. Otros factores estresantes podrían ser, el esfuerzo que tiene que realizar en el reajuste de su papel de transmisora de la cultura y de los valores en el proceso de adaptación y enculturación de sus hijos, el riesgo de ser acosada y explotada sexualmente, y también la soledad ante situaciones de malos tratos por carecer del adecuado soporte sociofamiliar”.

Los síntomas que sufren estas mujeres más frecuentemente son: ansiedad, llanto continuado, tristeza, insomnio, accesos de ira y en ocasiones intentos de autolisis, con presencia frecuente de cuadros psicósomáticos. Un importante número de estudios con población femenina inmigrante coincide en la riqueza de clínica somatomorfa y psicósomática, en general; sobre todo, cefalea, fatiga, insomnio y dolor abdominal. (Herrero et al, 2003). En ocasiones se manifiesta una pérdida de peso desmesurada y las molestias digestivas se encuentran presentes a menudo.

Los síntomas descritos se agrupan en síndromes nosológicamente compatibles con los siguientes diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹¹:

- Trastornos adaptativos (F43).
- Trastornos afectivos (F30-39).
- Trastornos de ansiedad (F40-41).
- Trastornos disociativos (F44)
- Trastornos somatomorfos (F45).

¹¹ La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, (CIE-10), capítulo V, junto al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR), son actualmente los dos principales sistemas consensuados de clasificación para los diagnósticos psiquiátricos. La CIE es el sistema propuesto por la Organización Mundial de la Salud como oficial en Europa y en muchas otras partes del mundo, desde 1992. El DSM ha sido desarrollado fundamentalmente por la Asociación Americana de Psiquiatría.

6.5. El papel de los profesionales y sugerencias para una intervención sanitaria

La intervención con las mujeres inmigrantes desde el sistema de salud pasa necesariamente por filtrar su demanda para producir efectos de subjetivación y elaboración de sus dificultades.

La inmigración generalmente es un hecho estresante, pero no es una enfermedad; por tanto no requiere tratamiento, sino que, como ocurre con otros procesos de duelo, la mayoría de las veces sólo precisa apoyo emocional, contención y acompañamiento.

Si habitualmente la respuesta de los dispositivos sanitarios y sociales es satisfacer la demanda en la medida de lo posible, interesa replantearse este tipo de funcionamiento pues responder de forma inmediata a la demanda es colocarse en una posición de proteccionismo o paternalismo que fija a las mujeres inmigrantes en la dependencia.

Aún sin pretenderlo, es una posición que las estigmatiza como personas que no poseen capacidades de análisis, pensamiento, reflexión y elección, es decir, recursos con los que poder operar y abrirse posibilidades singulares de afrontamiento de su realidad.

Así, la mujer inmigrante queda en posición de dependencia, de no tener -por lo tanto tampoco podría corresponder poniendo sus recursos al servicio de la comunidad- y de agradecimiento.

Como alternativa, cada profesional puede optar por posibilitar que la subjetividad de la mujer se ponga en juego desde el primer momento si se convocan la reciprocidad y el interés en incorporarse a su nueva realidad.

El modo de trabajar consistirá en convocar la subjetividad de la mujer inmigrante para que hable desde tres vertientes:

- *Lo que añora.* Reflejando aquellas pérdidas significativas. Nombrarlas y hablar de ellas es el primer paso para elaborar el duelo.
- *Lo que espera.* Sus expectativas. Ordenarlas es comenzar un proceso de asunción de su realidad, primer paso para actuar sobre ella en la medida de sus posibilidades.

- *Lo que está dispuesta a dar para incluirse en el país de acogida como un miembro de pleno derecho, lo que también implica deberes y responsabilidades sociales.* Aquí, la demanda se transforma en participación, en acción que propicia los sentimientos de pertenencia, fortalece el lazo social y proporciona arraigo.

Se trataría de que al delimitar, nombrar y hablar de sus conflictos pueda ir elaborándolos, a la vez que se favorece la emergencia de sus recursos, posibilidades y elecciones o decisiones.

El sistema sanitario se convierte, además, en un espacio de validación para el colectivo de inmigrantes, para ser reconocido (visibilizado) como “otro” y esto puede estar respaldando, entre otras, sus necesidades y demandas de atención. En cierta medida buscan el reconocimiento de su identidad, de su historia personal, buscan “ser alguien” para el médico (cuando no lo son en otro lugar).

Para una intervención integral es necesaria la participación del equipo interdisciplinario, tanto de profesionales de medicina de familia, como enfermería, trabajo social, y otros. Con el fin de realizar el modelo de intervención propuesto, sugerimos que el conjunto de profesionales de atención primaria, por el lugar crucial en que se encuentran, desarrollen determinadas **funciones de orientación sanitaria** centradas en escuchar la demanda y posibilitar una primera elaboración y derivación. Se trata de que cada paciente sepa lo que le pasa, cómo se está interviniendo y hacia donde se está orientando su caso, es decir, que pueda tener una visión global y personalizada sobre el proceso sanitario que se está siguiendo.

El equipo de atención primaria debe ir afrontando los problemas de salud mental, hasta que por las dificultades o exigencias del caso, requiera ser derivado a los USMC (Unidades de Salud Mental Comunitaria).

Sería interesante la iniciativa de proporcionar información sobre el funcionamiento de los dispositivos de salud, recursos sociales y sanitarios, protocolos, formas de funcionamiento, costumbres, expectativas de los profesionales en relación con las mujeres inmigradas, diferentes formas de hacer concordar los intereses y expectativas de las mujeres inmigrantes con las posibilidades reales que ofrece el país de acogida. Sobre todo, habría

que proporcionar información sobre el contenido de las intervenciones, en qué consisten, cuánto duran, cuándo serán atendidas, periodo de recuperación, posibles efectos y duración de los tratamientos. Interesa abundar en los procesos quirúrgicos, tipos de tratamiento y alternativas, así como los consiguientes efectos que generan en el cuerpo y en el psiquismo a fin de evitar vivencias de desamparo e indefensión que propicien la emergencia de angustia.

Se proponen algunas líneas de actuación y los posibles escenarios de encuentro profesional. Respecto a las líneas de actuación señalamos las siguientes:

- Captación: a través del médico o médica de familia y demás profesionales de Atención Primaria.
- Intervención y seguimiento desde Atención Primaria.
- Derivación a dispositivos sociales o de salud mental.

El abordaje integral de la salud por parte del conjunto de profesionales del sistema sanitario ante los colectivos claramente diferenciados por sus características demográficas, sociales o laborales, es más necesario que en los individuos de la población que comparten las características de la mayoría. Las consecuencias positivas que se derivan de este tipo de planteamiento en salud para estos grupos, son una potenciación de la visión de salud pública y de las actividades de promoción, educación y prevención en salud, incluyendo el espacio comunitario fuera de la red sanitaria. Asimismo, uno de los riesgos en la atención sanitaria de las personas pertenecientes a estos colectivos sería la minimización de la demanda con atribuciones causales ajenas a sus manifestaciones y la oferta de soluciones centradas exclusivamente en lo social. En los casos en que esto ocurre, los usuarios de los sistemas de salud no se sienten comprendidos en su individualidad ni escuchados en sus necesidades.

Las mujeres inmigradas en Andalucía constituyen un colectivo muy diverso, con respecto a sus orígenes, recorridos migratorios, móviles que las llevaron a migrar, situaciones cuando llegaron a la sociedad de acogida, diferentes modos de integrarse a través de la relación laboral, situaciones administrativas, papeles que juegan en sus familias (en gran número transnacionales, incluso transcontinentales)... Como profesionales de la salud, asistiremos a diferentes tipos de encuentro con mujeres inmigradas. Teniendo presentes todas las características sociales anteriormente referidas, es

necesario privilegiar su individualidad atendiendo a aspectos biográficos, familiares, caracteriales y clínicos.

Se pueden distinguir algunos escenarios de encuentro profesional- mujer inmigrada en nuestra Comunidad:

1. Asesorando al conjunto de profesionales (fundamentalmente de psicología y trabajo social) y al voluntariado de las asociaciones que trabajan con población inmigrada, en las necesidades que puedan plantear. Informando sobre el sistema sanitario, incluida la red de atención de salud mental, participando en alguna actividad formativa si lo solicitan y estableciendo una relación de colaboración con las asociaciones de la zona.
2. Apoyando a los equipos profesionales de atención primaria, que junto a los servicios de urgencias, son los que reciben a mayor número de mujeres inmigradas. Acuden acompañando a sus hijos, por demandas de tipo somático y acompañando a las personas que cuidan. La actitud de acogida y de respeto hacia estas mujeres por parte de los profesionales de los centros de salud facilitará que lleguen a expresar su malestar psíquico.
3. En las unidades de salud mental se recibirá sobre todo a mujeres que ya habían consultado en sus países en servicios de salud mental. Es preciso estar atentos a dar respuesta a la demanda concreta que traen, recogiendo los datos psicobiográficos y psicopatológicos.
4. En las unidades de hospitalización, será fundamental contactar con familiares, amigos, compatriotas, miembros de asociaciones; a fin de buscar el apoyo socio familiar de gran utilidad de cara a la recuperación de la persona ingresada y a la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.
5. En los servicios de urgencias de los hospitales, los médicos pueden detectar situaciones de crisis personales que necesiten ayuda profesional. Tendríamos que recordar la importancia de la intimidad de la mujer para que pueda referirnos situaciones por ejemplo de maltrato, del manejo de las claves culturales más importantes a fin de facilitar la comunicación con ella y con su familia y hacer posible una negociación de las posibles soluciones al problema de salud.

6.6. Algunas reflexiones para concluir

Los problemas de salud mental de las mujeres inmigrantes son, a menudo, representativos del colectivo de inmigrantes, pues las mujeres son portavoces de los malestares de la familia y dejan al descubierto la importancia del lazo social en la vida de los seres humanos y cómo su pérdida o deterioro grave puede afectar la salud mental. Manuel Broco (documento interno, 2007) ha proporcionado, muy acertadamente, algunas reflexiones sobre estas conclusiones.

En la intervención con mujeres inmigrantes nos vamos a encontrar con el modo particular en cada una de ellas de sintomatizar este episodio de sus vidas, pero a la vez hay que tener presente que todas ellas se enfrentan a una situación similar: la pérdida de su comunidad, de sus referencias de apego, y la necesidad de reparar o reconstruir alguna forma posible de lazo social en el escenario de un nuevo país, en condiciones poco o nada favorables.

Esta realidad requiere tratamiento desde dos vertientes: personal y social. La personal queda delimitada con el tratamiento psicológico, la social tiene que apuntar a crear dispositivos que propicien la reconstrucción del vínculo social –asociacionismo y trabajos en grupo–. Tanto los dispositivos de acogida tutelados institucionalmente, como los grupos terapéuticos, son recursos que permiten articular las necesidades de asistencia de estas mujeres con las posibilidades de recursos institucionales y de las propias afectadas. Hay experiencias que avalan su eficacia.

Abogamos por un tratamiento serio y riguroso de la salud mental de las personas inmigrantes, creando las condiciones para orientar el devenir de una cuestión relevante socialmente para todos los que habitamos en este país. Las personas inmigrantes de hoy constituyen la población española del mañana, si no encuentran formas de inclusión social, harán sus propios grupos al margen de la sociedad, pues el vínculo social es una necesidad básica, imprescindible para la vida de las personas. El lugar que se les dé a los inmigrantes en la sociedad hoy, va a condicionar el lugar futuro que ocuparán en la sociedad y decidirá la cohesión social futura. A través de otros países con más experiencia en inmigración, hemos conocido los efectos devastadores de una mala acogida: guethos, fenómenos asociales o antisociales, estallidos de violencia, formaciones sociales extremas, totalitarias... y enfermedades mentales. Tratar hoy con seriedad y rigor los problemas mentales de la inmigración contribuye a prevenir, paliar y limitar estas consecuencias ya conocidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui, J. "la depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural", Ediciones Mayo, 2002.
2. Achotegui, J. Emigrar en el S.XXI: El Síndrome del inmigrante con Estrés Crónico, Múltiple y extremo (Síndrome de Ulises). Rev. Mugak. Salud Mental e Inmigración, nº 32. 2005-07-01.
3. Beauvoir de, S., http://www.satiria.com/libros/anus_2002/recuerdo/recuerdo_simone.htm
4. Caro Gabalda, I. "Género y salud mental", Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
5. CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. Organización Mundial de la Salud, 1992.
6. García Campayo, J. et. Al., "Salud Mental e Inmigración", EDIKAMED, 2005.
7. Grimberg L y R. Migración Exilio. Estudio Psicoanalítico. Biblioteca Nueva. Madrid 1996.
8. Frías, Ifigenia. y otros. Coordinado por Corral, N.: *Feminidades. Mujer y psicoanálisis: una aproximación crítica desde la clínica*. Madrid, Montesinos Ensayo, 2005.
9. Frías, Ifigenia. y otros. Coordinado por Corral, N.: *Nadie sabe lo que puede un cuerpo. Variaciones sobre el cuerpo y sus destinos*. Madrid, Talasa, 2005.
10. Herrero et al., "Utilización del cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes", *Med. Cli.*, 18(117):719, 2003.
11. Jansá Josep M y García de Olalla Patricia. *Temas Actuales de Salud Pública. Parte II. Gaceta sanitaria* 2004;18 (supl):116-8.
12. Lerner, G. "La creación del patriarcado", Crítica. Barcelona, 1990.
13. Márquez I. Nuevos desafíos: integración y salud mental de los jóvenes emigrantes y transeúntes. *Avances en salud mental relacional. Vol 1, nº2-Julio 2002*.
14. Ochoa, E. y Col. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev. Clínica Esp.* 2005(3): 116-8.
15. Sayed-Ahmad, N., "Inmigración: adaptación y duelo" Cuadernos Técnicos 2 de la AAN, 2006.
16. Santiago Molina, E. et al. Cuadernos Técnicos 2 de la AAN, 2006.
17. Sanz, L.J. et al. Salud Mental e Inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la AEN*, vol XXVII, fasc. 2, nº 100, 2007.
18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer: *La salud de las mujeres inmigrantes*. Salud XVIII. Madrid 2005.
19. Citas en el texto (Achetegui, J. 2002).

7

Inmigración y Salud Mental infantil y juvenil

► **Marta López Narbona**

Hablar de inmigración y de salud mental infanto-juvenil supone poner en relación dos términos de enorme trascendencia cada uno de ellos. Han sido procesos estudiados por separado, pero con pocas investigaciones científicas cuando ambos términos inter-relacionan entre sí.

La inmigración a gran escala es uno de los acontecimientos sociales más importantes de nuestro tiempo. Constituye uno de los acontecimientos más estresantes a los que pueda enfrentarse una familia, se trata de una importante transición vital donde las apuestas son elevadas y el fracaso en la adaptación al nuevo ambiente puede tener graves consecuencias.

España ha entrado en una nueva fase en su historia migratoria, recibiendo olas de personas inmigrantes de gran diversidad cultural y lingüística, apenas sin tener tiempo para preparar el terreno.

Desde hace pocos años en nuestro país nos encontramos con una nueva migración que posee unas situaciones de estrés desconocidas: hemos pasado de las migraciones en buenas condiciones, hasta las migraciones en las condiciones extremas con las que nos encontramos hoy en día; el perfil de las familias inmigrantes está cambiando. Es un proceso transformador que afecta a las familias y a sus hijos e hijas. Cuando las personas inmigrantes se asientan llaman a sus seres

queridos o forman nuevas familias. Por eso, la historia de estas personas que emigran hoy en día es también la epopeya de sus hijos. Es algo fascinante, aunque con demasiada frecuencia se olvida cuando se habla de la experiencia de la persona inmigrante.

Durante el capítulo hablaremos de “menores inmigrantes” y de “hijos de inmigrantes”, constituyendo el segundo grupo el denominado “personas inmigrantes de segunda generación” y los primeros los niños, niñas y jóvenes nacidos en el extranjero y que emigran a nuestro país. Muchos padres y madres están motivados por el deseo de un futuro mejor para sus hijos e hijas, por lo que deciden emigrar, sin embargo el proceso de inmigración en si mismo tiende a destruir la cohesión familiar, en algunos casos la autoridad paterna y materna, etc; por ello es importante la capacidad de los padres de mantener el respeto por la familia y la conexión de los hijos e hijas con la cultura de origen para una adaptación satisfactoria.

Los menores inmigrantes viven una constelación particular de cambios y experiencias que influyen en su psique en desarrollo. Así mismo, configuran en parte sus identidades en función de la forma en que son vistos y la recepción que le brinda la cultura de acogida. Lo que se llama “la imagen social reflejada”.

7.1. Menores autóctonos y menores inmigrantes

En cualquier cultura los menores son seres humanos en formación, con un potencial infinito de desarrollo, que no debe ignorarse como personas tremendamente dependientes de sus progenitores o de las personas encargadas de su cuidado, pero con capacidad para expresar lo que les pasa al nivel correspondiente a su etapa evolutiva y utilizando otras formas de comunicación, más allá de la comunicación verbal, de manera prodigiosa.

Existen una serie de influencias casuales de la conducta infantil a tener en cuenta a la hora de decidir en qué aspectos intervenir:

1. La predisposición individual: herencia, factores físicos, enfermedades...
2. La predisposición ecológica o ambiental: por parte de los pares, el grupo cultural de pertenencia, factores comunitarios, de educación...

3. Es un momento del ciclo vital que condicionará la forma de expresión conductual.
4. Factores de situación: el acceso a drogas o alcohol, la falta de protección hacia posibles deslizamientos conductuales o antisociales...
5. Las circunstancias habituales: factores de estrés y crisis, factores protectores, recursos de soporte...

Así, los tres ámbitos en los que interviene la psicopatología infantil serán el organismo, el contexto y las experiencias vividas.

Existen una serie de experiencias que modifican el desarrollo psicológico de los niños y niñas en los primeros años:

- Relaciones personales defectuosas.
- Falta de elementos necesarios para el desarrollo.
- Errores educativos.
- Situaciones cotidianas que requieren la adaptación del menor.
- Experiencias personales traumatizantes como el maltrato o el abuso.
- Enfermedades del menor.
- Factores derivados de la relación con sus iguales.
- Factores socio-económicos que pueden desestabilizar la familia.

En la etapa infantil nos debatiremos siempre con la dificultad para delimitar qué es y qué no es una patología, primero, porque al niño y a la niña hay que considerarles como una unidad biológica, psicológica, social y afectiva; segundo, porque hay que entenderlo en un medio familiar, económico, cultural, político, ideológico, religioso... Y en una permanente evolución que va estructurando su deseo a la par que se ve interferido por el deseo de los otros; tercero, porque en la infancia hay que tener siempre en cuenta las figuras paternas (entendidas como función-padre y función-madre, no sólo como padres biológicos) que inhibirán o avivarán la expresión de un sufrimiento, condicionando que aparezca o no y con qué intensidad un síntoma.

Desde la “Salud Mental” es importante recordar que en la infancia hay numerosos “factores patógenos” que por sí solos no son causa de enfermedad alguna, así como hay fenómenos

neuróticos corregibles y modificables durante el crecimiento y desarrollo. Cada nueva fase madurativa crea nuevas posibles situaciones conflictivas y nuevos modos de hacer frente a los conflictos.

Nos vamos a encontrar con crisis de desarrollo, como la angustia del 8º mes o las crisis de negativismo, y con crisis situacionales como las relacionadas con cambios significativos para el niño y la niña. No puede olvidarse que para un feliz desarrollo son condiciones indispensables una mezcla de emotividad y de angustia, y que en el mismo desarrollo se producen inevitablemente crisis y conflictos cruciales para dicho desarrollo. No tiene por qué ser más sano el menor que se acomoda a todas las exigencias de su educación y circunstancias vitales, aunque parezca un niño o una niña perfectamente adaptado a la realidad, asintomático y con pocas señales de angustia. Puede decirse que la enfermedad aparece cuando hay una “no adaptación” a las exigencias íntimas y a las del mundo interno, unida a una incapacidad de reversibilidad.

Así pues, se hace difícil distinguir qué es patológico y qué no lo es. Esta distinción sería el primer paso a dar antes de empezar a analizar los distintos cuadros psicopatológicos. Cualquier evaluación del menor debe incluir el contexto familiar, escolar, cultural... Hay que comprender al menor en su momento evolutivo, con sus peculiaridades individuales, con sus capacidades, en interacción con su medio contextual concreto de una forma determinada y que se encuentra en continuo desarrollo psicosocial.

De esta interacción entre el nivel de desarrollo, las crisis evolutivas y los acontecimientos vitales externos surgirá una expresión emocional determinada.

Los procesos de máxima crisis tienen que ver con los procesos de separación-individuación, dependencia-autonomía, los conflictos con los límites y tolerancia a la frustración, relaciones con los otros, el proceso de socialización y aprendizaje... Estos momentos de crisis evolutiva representarán momentos de ciertos riesgos que aumentarán si se hacen coincidentes en el tiempo con acontecimientos vitales.

Los menores inmigrantes viven una constelación particular de cambios y experiencias que influirán en su psiquis en desarrollo. Para éstos, la migración puede ser traumática cuando el desprecio y la discriminación hacia las personas inmigrantes, así como los obstáculos estructurales, se suman al carácter, ya de por sí estresante, del proceso de la migración.

Las familias emigran para mejorar sus vidas, para muchos, la emigración supone oportunidades y desarrollo personal; sin embargo, toda experiencia migratoria supone un coste, la inmigración es un proceso transformador con profundas consecuencias para la familia. Los menores experimentan un particular conjunto de cambios con un efecto imperecedero en su desarrollo, para muchos niños y niñas inmigrantes la reunificación familiar constituye una prueba larga, dolorosa y desorientadora respondiendo de distintas maneras a la separación de sus seres queridos, siendo para algunos un proceso traumático y estresante para otros; el modo de experimentar la separación, las condiciones sociales del lugar de origen y la percepción de lo que ocurra desempeñan un papel crítico en la posterior adaptación del menor a su nueva tierra.

Incluso en las mejores condiciones, se producirán pérdidas y ambivalencias:

- Si el menor se queda con una persona afectuosa durante un largo periodo de tiempo, acabará vinculándose con ella asumiendo esta persona el papel de madre simbólica. Es probable que se sienta feliz ante la perspectiva de reunirse con sus progenitores y entristecido ante la perspectiva de perder el contacto con las personas que le cuidaron.
- Los menores que permanecen durante largos periodos con parientes más ambivalentes, que los desatienden o, incluso, abusan de ellos, tienen problemas más graves. Esta situación se agrava si el menor no tiene claras las fechas, no sabe lo que vaya a ocurrir después y tiene poca o ninguna comunicación con los padres.

Cuando el menor emigra para reunirse con su familia hacen falta todo tipo de delicados ajustes psicológicos. Si la separación ha sido larga, lo primero que necesita la familia es volver a conocerse, o empezar a conocerse, en los casos de niños y niñas de corta edad. Mucho va a depender de que el menor que se quedó en su país se sienta olvidado o abandonado o, en cambio, vea la separación como algo necesario para el bienestar futuro de la familia.

- En general, los niños y niñas muy pequeños (tanto por reagrupación familiar o que desde el principio acompañan a sus padres) suelen tener dificultades e incidencias en su proceso de socialización semejantes a los nacidos en el país de acogida.

7.2. La adolescencia de los niños y niñas inmigrantes

“Todo esfuerzo será vano si no se empieza trabajando al Medio de Acogida. Mientras subsistan actitudes racistas, mientras la Ley del Emigrante sea de exclusión, será inútil hablar de higiene mental del adolescente inmigrante”. (Berthelier, 1970)

La etapa adolescente, en cualquier cultura y en cualquier país, corresponde al periodo intermedio entre la niñez y el mundo adulto, engloba además del crecimiento físico el crecimiento emocional y el crecimiento social.

7.2.1. Características globales de la adolescencia y la atención en este periodo

Etimológicamente la palabra adolescencia viene de “ad + olescere” cuyo significado “hacia el crecimiento”, resume muy brevemente este periodo.

Periodo evolutivo caracterizado por su inestabilidad, época en continuo proceso y desarrollo y de crisis necesaria, en búsqueda constante de su propia identidad, etapa intermedia entre el mundo infantil (en el que estaba hasta ahora, que necesita todavía y que también rechaza) y el mundo adulto (que desea y rechaza, al que se encuentra preparado, si acaso, sólo físicamente).

Etapas en la que se vivirán pérdidas a tres niveles: el cuerpo, la mente/ pensamiento y el ambiente (tanto el medio familiar como el social). Como ocurre ante cualquier pérdida se llevará a cabo un proceso de elaboración de las mismas mediante sus duelos correspondientes, con dolor, con lucha y con aceptación final.

La adolescencia se caracteriza por ser el periodo de transición entre la niñez y el inicio de la edad adulta, dos conceptos (niñez y edad adulta) que serán diferentes dependiendo de la cultura de la que partamos, y del contexto socio económico del menor.

Es importante conocer la adolescencia del país de origen para entender el choque con el que pueden vivir el proceso de adaptación de estos jóvenes.

En cualquier caso, todos viven un proceso de cambios físicos, psicológicos y sociales en un periodo relativamente corto de tiempo, que les llevará a pertenecer a un mundo adulto que en ocasiones desconocen, al que aspiran pertenecer y el cual, a veces, rechaza la llegada de esta población.

La atención a una persona joven precisa el conocimiento de las circunstancias concretas de esta etapa, el conocimiento del medio en el que han vivido, las circunstancias individuales... Pero no sólo esto, también es necesaria capacidad empática con ellos, sentirse cómodo, cierta experiencia con el mundo juvenil... Requiere interés y tiempo para lograr un cuidado efectivo y una buena relación, ya que son muy sensibles al rechazo. Saber escuchar y saber estar se constituyen como dos de las características más importantes a la hora de atender a jóvenes. Saber escuchar desde su más amplio sentido, con todas las señales de comunicación que nos trae el joven más allá de la palabra y de las dificultades del lenguaje, saber escuchar sus gestos, su cuerpo, sus actos, etc. Y saber estar, en cualquier circunstancia, teniendo presente que la impulsividad, la pasividad o la distracción pueden hacerse presentes en los casos de inestabilidad y crisis. Es muy importante esforzarse en crear una relación favoreciendo el diálogo y la reflexión, fomentando el análisis de la situación, haciéndole partícipe de la solución de su propio problema y afianzando el sentimiento de autonomía. En las ocasiones en las que haya que recurrir a un tratamiento o una terapia ha de hacerse de forma argumentada, aunque no sea compartido o se rebatan nuestros argumentos es importante que se conozca la razón de la decisión tomada, con el máximo de respeto, afecto y apoyo, en la misma medida que autoridad.

Durante el proceso de crecimiento y maduración el menor debe adquirir las siguientes habilidades, que se presuponen en una persona adulta.

1. Independencia: capacidad de autonomía, es decir, la facultad de ser autosuficiente en la toma de decisiones.
2. Identidad: ¿Quién soy yo? Encontrar sentido a la vida.
3. Integridad: Adquirir un sentido claro de qué está bien y qué está mal.
4. Formación de la identidad sexual: Deseos, miedos, asimilación de nuevos sentimientos hacia otras personas.
5. Capacidad de autocontrol.
6. Ambivalencia de sentimientos: derivada de la frustración interna que proyecta hacia fuera, hacia los padres o hacia otras personas.

7. Aceptación de todo el mundo infantil perdido: la dependencia de los padres, los padres que suministran todo lo que se necesita, de un mundo seguro y estable a las dificultades del mundo adulto en el que todavía no están de forma completa.

7.2.2. La adolescencia en inmigrantes, principales características

La adolescencia en inmigrantes presenta mayores dificultades de adaptación debido a que el proceso de socialización se interrumpe bruscamente y el aprendizaje de nuevas estructuras culturales puede resultar dificultoso por la pérdida de la plasticidad infantil.

Los factores que pueden entorpecer su proceso de adaptación son:

- La interrupción del proyecto vital en su país de origen.
- La ausencia de proyecto migratorio propio.
- Las posibles actitudes negativas de la sociedad de acogida.
- Las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral.

Al principio de la inmigración vive una situación de confusión en lo referente a las normas y control social. En ocasiones puede mostrar comportamientos ambiguos y conflictivos, debido a la liberación de las limitaciones de la sociedad de origen y a que no sienta las nuevas limitaciones de la sociedad de acogida por no vivirlas como suyas; a medida que se va adaptando al nuevo medio sociocultural, resultará remodelado por este medio.

Esto no va a suponer la destrucción de su antigua educación, sino que en el menor podrían cohabitar dos fuerzas: por una parte la fuerza que tiende a la divergencia cultural y al mantenimiento de la identidad propia, y otra, la que tiende a la convergencia cultural y a la integración de nuevos elementos de su identidad.

En la adolescencia los menores se encuentran inmersos en el proceso de metamorfosis que supone el cambio de ser menor a pasar a la etapa adulta, viviendo una doble crisis de identidad: la propia de la etapa evolutiva y la secundaria al proceso migratorio; es decir, se encuentran en el cruce de dos edades y de dos culturas.

Lo más importante en esta etapa es valorar cuando el conflicto entre las dos culturas es sentido no como un hecho exterior, sino como algo interior, como dos partes de sí mismo, sentidas a la vez como suyas y contradictorias, afectando de este modo su equilibrio emocional por la lucha entre el que fue y el nuevo ser que está naciendo. Estos conflictos pueden manifestarse entonces por:

- Inestabilidad, debida a la lealtad hacia dos grupos antagonistas.
- Ambivalencia de las actitudes.
- Desesperación, porque no se pueden seguir dos corrientes a la vez cuando estas corrientes arrastran en direcciones opuestas.
- Aumento de emotividad y sensibilidad.

A todo lo expuesto anteriormente hay que sumarle lo que añade a esta juventud el proceso migratorio. Hay una serie de características, que venimos observando los profesionales en nuestra práctica diaria en salud mental con la juventud inmigrante, que pueden resumirse en los siguientes apartados:

Atrapados entre dos fidelidades:

La primera diferencia a tener en cuenta entre la adolescencia de las personas autóctonas y la de las personas inmigrantes es que las circunstancias sociales y familiares no les dan este espacio intermedio de maduración que tiene la juventud del país de acogida. La juventud inmigrante que llega, no prevé este largo estadio en su comprensión del mundo, las nuevas actividades con las que se encuentran, que lleva a cabo la juventud de “aquí” puede poner en crisis el bagaje cultural que traen.

El “ser adolescente” puede vivirse como un desequilibrio añadido a los que ya tienen porque puede ser vivido, si optan por la integración/ identificación, como una traición cultural: a mayor integración con los iguales de acogida, mayor rechazo familiar; a mayor aceptación familiar y cultural mayor rechazo de iguales.

El consumo de “ser” o la marginalidad:

El “ser” adolescente implica identificarse con un grupo de pertenencia. Estos adolescentes se encuentran en un medio con muchos tipos de adolescencia para las que se necesita tener unos recursos económicos de los que algunos carecen. Se dan casos donde las adolescencias a su alcance son aquellas dominadas por la dificultad social y la marginación... ¿Consumir para “ser” o la marginalidad? Dos caminos difíciles en cualquier caso.

“¿Quién soy yo?” ...los conflictos de Identidad:

La búsqueda de la propia identidad pasa a ser la principal tarea al abandonar la etapa infantil en cualquier medio social. A esta crisis de identidad, ¿quién soy yo?, a veces impuesta en una adolescencia que no se le permite en su cultura, se le suman las dificultades, las crisis y tensiones derivadas de la inmigración: tienen que resolver los conflictos de identidad entre el mundo de sus mayores y el actual. Por un lado no van a poder ser lo que sus padres desearon, por otro se le impone una condición de adolescente que al mismo tiempo se le restringe por parte de la sociedad acogedora.

Final de su adolescencia muy acelerado:

Llegan a un mundo donde el final de esta etapa a veces alcanza los 30 años, mientras que en su cultura la etapa adolescente tiene fecha de caducidad necesitando encontrar trabajo en el país que les acoge. Si optan por el camino de vivir la adolescencia “de aquí” pueden encontrar dificultades a partir de los 16 años por esta necesidad de encontrar trabajo.

Conflicto de origen:

Problemas socio-económicos y personales sumados a las expectativas de futuro por la que se deciden a emigrar.

Paradoja de triunfo:

Necesidad de aprobación de compatriotas y familia de su nuevo estado de bienestar como mecanismo de reparación de la culpa que provoca haber abandonado a sus seres queridos.

Conflicto de encuentro:

Ambivalencia de emociones positivas con negativas en relación con las circunstancias de la acogida. Importante ambivalencia emocional hacia el país de acogida; por un lado admiran el desarrollo tecnológico y socio-económico occidental, así como el elevado nivel de bienestar material o el grado de libertad política. Por otro lado, no comprenden la pérdida de referentes morales y religiosos, el deterioro de las relaciones interpersonales y de la cohesión social o el salvaje individualismo de las sociedades opulentas (García Campayo, 2000).

Acomodación:

“Buscar su sitio” en la nueva comunidad, relación de integración y aceptación mutua.

Integración / Adaptación cultural o bicultural:

Coexistencia de la propia cultura con la de acogida.

Las alternativas de adaptación del menor (Ekblad, Kohn y Janson, 1998) a la cultura mayoritaria del país anfitrión pueden ser:

1. Integración.
2. Asimilación.
3. Separación.
4. Marginalización.

Las sociedades occidentales, aunque teóricamente defienden un modelo de integración de las personas inmigrantes tienden a la asimilación con pérdida progresiva de la cultura de origen y sustitución por la del país de acogida.

Los factores que van a condicionar el proceso de adaptación son varios:

- a. La semejanza de las culturas, que facilitará la adaptación porque minimiza el choque cultural.
- b. Receptividad de la cultura de acogida: puede variar desde abierta y receptora hasta claramente xenófoba.
- c. Personalidad.
- d. Edad del Individuo.

La adolescencia inmigrante en condiciones favorables tiende al mestizaje cultural, a la interculturalidad; si las condiciones no son favorables tiende al mantenimiento de la identidad cultural de origen de los padres. Puede darse la adaptación a través de la asimilación como una forma de acercamiento al grupo de iguales del país de acogida; las personas mayores son propensas a adaptarse mediante la separación, negando la nueva cultura y parapetándose en la propia; los individuos de edades medianas son los que más fácilmente realizan procesos de integración de ambas culturas y los menores incluirán esta integración en su bagaje de aprendizaje e imitación de los padres. Estas diferencias en la integración bicultural entre distintas generaciones pueden producir conflictos familiares e intergeneracionales.

Ambivalencia colusional:

Juego patológico en el que prima la desconfianza mutua, el autoengaño mutuo... Aspectos que impiden la acomodación y facilitan la marginación.

De la educación obligatoria a la necesidad de trabajar:

Dificultades centradas en las expectativas laborales con las que se emigra y la realidad de una educación obligatoria hasta los 16/18 años. Con frecuencia se da la incorporación de estos menores y jóvenes en distintos momentos del calendario escolar y con diferentes dominios de los aprendizajes instrumentales. Ésto genera obstáculos en su desempeño a los que habría que añadir las dificultades derivadas del dominio de la lengua y a la angustia ante la falta de comunicación.

La enseñanza recibida en su país de origen entra en conflicto con la recibida en la escolarización del país de acogida, por tanto interesa pensar la fórmula para facilitar la incorporación de las nuevas enseñanzas, adaptando su enseñanza anterior a estas nuevas necesidades. Esta necesaria reflexión educativa debe considerar la inter-culturalidad y analizar los riesgos de marginación y exclusión, constituyendo la seguridad el requisito básico para la adaptación.

Del apoyo y ayuda al diferente al rechazo más agresivo:

La socialización entre iguales y la presión del grupo afectará a estos jóvenes de forma radical. En condiciones desfavorables pueden aparecer conductas disociales como identificación a un grupo de adolescentes con dificultades, prestarse a servir de “enemigo”, de chivo expiatorio para la afirmación como miembro de un grupo; por otro lado puede darse el que algún joven, en un intento de sentirse importante para el grupo, se pueda sentir que es “alguien” si es el que rechaza al diferente y éste se identifica como rechazado. La llegada a nuestra sociedad de estos jóvenes no trae “nuevos” problemas, más bien agudiza los que ya existen poniendo de manifiesto las contradicciones y complejidades educativas actuales.

Las pérdidas y los duelos en la juventud inmigrante:

La historia de los menores que atendemos está constituida a partir de muchas rupturas, abandonos, migraciones irregulares de sus familiares... Múltiples pérdidas y duelos en su historia personal que hay que tener en cuenta para entender su comportamiento de cada día. Pérdidas, cambios, duelos... en relación a los vínculos que deja atrás y en relación al proceso de adaptación.

La adolescencia y la migración:

“Tienen” que ser adolescentes obligatoriamente aquí, en algunos países de origen tienen un paso de la infancia a la madurez sin esperar años. Se encontrarán con dificultades derivadas del entorno familiar que esperan y que necesita que trabajen, pues se encuentran en una sociedad con una escolarización obligatoria hasta los 16 años que pone de manifiesto la contradicción entre la familia y la sociedad. También con dificultades derivadas del proceso de desculturización, contradicciones entre el aquí y el allí que puede poner más difícil la construcción de una identidad en desarrollo.

7. 3. Tipos de inmigración de menores

Es importante no hablar de inmigrantes como de un grupo único, esto sólo refuerza las dificultades detectadas y no ayuda a detectar las necesidades de cada grupo. Hablaremos de tres grupos:

1. Inmigrantes de segunda generación (hijos e hijas de inmigrantes).
2. Menores y jóvenes con proyecto de agrupación familiar, inmigrantes acompañados.
3. Los MENA (Menores Extranjeros no Acompañados).

1. Inmigrantes de segunda generación (hijos e hijas de inmigrantes):

Nacieron aquí, son “hijos e hijas de emigrantes”, representan un futuro muy próximo en cuanto a volumen de población. Esta población será producto de nuestros procesos de integración o de rechazo, de nuestros programas de escolarización, jóvenes que descubrirán en esta etapa las razones ocultas del posible trato diferencial. Deben “reconciliarse” con su pasado y con su cultura de origen. Son de aquí pero pueden sentirse extranjeros. Existirán factores de riesgo si se mantienen actitudes de rechazo o si se produce por parte de los jóvenes actitudes de rechazo a la cultura de origen o de acogida.

2. Jóvenes con proyecto de agrupación definido:

Emigran en plena adolescencia con familiares o para reunirse con ellos, no pierden el contacto con familiares y su cultura de origen, aspiran a mejorar sus condiciones de vida, objetivo claro de ganar dinero y ayudar a su familia; piden “papeles, trabajo y techo”, la estancia con la familia o las expectativas de reunirse con ella puede ser un factor de estabilidad emocional, por eso son receptivos a expectativas de espera si ven claro que pueden conseguir sus demandas.

3. Los MENA (Menores Extranjeros No Acompañados):

Los Menores Extranjeros No Acompañados son menores de 18 años que están separados de ambos progenitores sin estar a cargo de ningún adulto. Su origen es mayoritariamente de países magrebíes, aunque se está produciendo un aumento del grupo de menores de países subsaharianos. La mayoría son chicos, siendo muchísimo menor el número de las menores que emigran solas. Algunos proceden de familias desestructuradas, con problemas sanitarios, de hábitos adquiridos con gran desconfianza hacia el mundo adulto, que se explica desde la falta de anclaje afectivo y social con el entorno. Emigran en plena adolescencia solos o acompañados por adultos que no pueden asumir su cuidado siendo acogidos en centros de protección. En muchas ocasiones, el proyecto migratorio del menor es compartido con la comunidad de origen.

La aproximación desde el adulto ha de ser constante, con afecto y buscando la confianza. Viven una adolescencia que es a la vez negada por su cultura de origen e impuesta en la cultura acogedora. A veces presentan problemas de conducta, labilidad afectiva, dificultad para expresar los sentimientos (o gran diferencia en cómo se expresan aquí), falta de habilidades sociales (para esta sociedad), acting-out continuos, poca tolerancia a la frustración, riesgo de adicciones... Existen una serie de variantes que influirán en todo el proceso: expectativas respecto a la sociedad de acogida, la acción individual del emigrar, los acontecimientos vividos en su itinerario, el tipo de relación familiar y las experiencias de supervivencia pasada.

Los motivos que tuvieron para el éxodo se pueden resumir en: expectativas de mejora de su situación, ayudar a los familiares que quedan allí, huida de una situación muy dura y, un porcentaje mínimo, búsqueda de aventura.

Los MENA en Centros de Acogida: actuación de los profesionales:

El trabajo con los menores debe tener como primer objetivo la integración y la normalización de niños, niñas y jóvenes en situación reciente de grandes pérdidas y estrés agudo, integración y normalización que empieza por la adaptación al centro, al medio escolar y al social. Afecto, protección, límites necesarios y derechos constituyen los pilares de la relación de los profesionales con estos menores, garantizando un clima de seguridad y protección. También es importante la información a las familias de estos jóvenes sobre la situación y proceso del menor. Hemos de tener en cuenta que la familia puede tener costumbres, exigencias, mitos, concepciones diferentes... Igualmente importante también es el trabajo con otros profesionales del sistema de protección, del centro de acogida, de otras instituciones... Las necesidades de atención de los menores en régimen de acogimiento residencial tienen que ver por un lado

con las necesidades comunes a otros niños, niñas y jóvenes en la misma etapa evolutiva, por otro, con las necesidades relacionadas con los duelos vividos por la inmigración, y, por último, con las derivadas de la situación de desprotección que provoca el acogimiento.

Para prevenir los trastornos de conductas:

1. Aportar seguridad y educar la tolerancia a la frustración.
2. Mantener actitudes educacionales positivas.
3. Autonomía y emancipación como objetivos básicos de la educación.
4. Como “receta”: buena dosis de afecto, mucha tolerancia, aceptación, suficiente autoridad y propiciar un entorno estable.

Orientaciones a tener en cuenta en el trabajo con los MENA:

1. Tener en cuenta las necesidades y expectativas de este grupo de población.
2. Clarificar de competencias entre instituciones y profesionales diversos. Muchas competencias son compartidas entre distintas instituciones.
3. Coordinación interinstitucional e interdisciplinar.

7.4. Psicopatología y dificultades detectadas

Lo primero a tener en cuenta ante el abordaje de sufrimiento y malestar de menores inmigrantes es no olvidar que la inmigración en si misma supone un factor de riesgo pero no un factor patógeno en si mismo. Es cierto que el proceso migratorio ejerce un impacto muy debatido sobre la salud mental de los inmigrantes, pero no es menos cierto que este impacto es de una gran variabilidad y que existen muchas variables a tener en cuenta que van más allá de las características de los países de origen y de acogida, de las dificultades culturales y lingüísticas, del tipo de inmigración, de la etapa evolutiva, etc.

En el campo de lo teórico se ha relacionado el estrés de la inmigración con psicopatología, asumiendo que las personas que emigran sufren mayores problemas de salud física y mental que aquellas que permanecen en su país de origen. Los estudios generacionales efectuados en países de largo recorrido con la inmigración nos cuestionan esta visión tradicional y nos enfrentan a una paradoja: a pesar de las desventajas socio económicas, de las pérdidas

sufridas, etc., hay estudios que demuestran que las personas inmigrantes pueden alcanzar iguales o mejores índices de salud mental y física que las personas autóctonas.

En esta línea, un factor de protección para los menores inmigrantes es que la retención de la cultura tradicional y los lazos con el país de origen pueden proveer de altos niveles de apoyo afectivo.

También hay que tener en cuenta, por ejemplo, que el conjunto de expectativas sobre los logros financieros y educativos pueden ser muy diferentes a los de los menores autóctonos; aunque los niveles de depresión y ansiedad no estén relacionados directamente con la discrepancia entre expectativas y logros alcanzados.

Ante cualquier indicador de sufrimiento o malestar hay que considerar el significado cultural de los mismos, teniendo en cuenta las creencias culturales y religiosas, costumbres y hábitos de cuidado. No podemos olvidar los factores estresantes en el proceso de adaptación a la inmigración: el aislamiento, el rechazo, la culpa, el hostigamiento...

Podemos encontrarnos con mucha frecuencia con expresiones somáticas de malestar psíquico. El tratamiento puede variar en función de la cultura: iguales síntomas pueden recibir diferentes etiquetas diagnósticas.

El tratamiento deberá estructurarse en torno al sistema de creencias del menor y su familia.

En este sentido también vale para la infancia y la adolescencia el modelo explicativo de **Kleinman** consistente en interrogar a la familia por los siguientes aspectos de su hijo o hija, o al mismo adolescente que consulta:

- **Patrones de malestar:** la perspectiva de la familia o del mismo paciente de cuales son los síntomas más importantes para ellos, los que le producen mayor preocupación. Pueden ser distintos de los síntomas más graves o importantes desde la perspectiva occidental.
- **Atribución:** de qué manera se percibe la causa de lo que le pasa. Incluye aspectos mágicos o religiosos.
- **Preferencias y experiencia previa:** cómo han buscado ayuda, incluye la relación con medicina tradicional o chamánica.

- **Percepción del estigma:** este aspecto se presenta asociado a la enfermedad en su entorno cultura.

En la consulta observamos una relación de confianza/ desconfianza de la población inmigrante en lo que se refiere a la medicina científica occidental: por un lado pueden confiar en la medicina occidental y en las tecnologías asociadas a las pruebas complementarias; por otro lado aplican sus propios valores a esta medicina, lo que puede producir malentendidos y bajo cumplimiento en algunas ocasiones. Tal vez todo ésto tenga algo que ver con la dificultad de la adherencia al tratamiento por parte de los menores inmigrantes que consultan en salud mental infanto-juvenil.

Psicopatología en la infancia y adolescencia

La salud mental de las personas inmigrantes y de sus hijos e hijas responde a un conjunto complejo e indisoluble de factores individuales, económicos y culturales. No obstante, en general, la persona inmigrante posee una capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una cierta esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo (Achotegui, 2002).

Tanto las enfermedades mentales como las reacciones adaptativas, son muy similares a los de la población autóctona, pero están matizadas por el estrés migratorio y los factores culturales, tanto en la concepción de salud y la enfermedad como en la expresión del padecimiento físico y mental. Es muy importante tener en cuenta las creencias socio-culturales en torno a la salud y el enfermar, el significado de la forma en que se expresa el sufrimiento, etc.

Las enfermedades mentales y adaptativas más frecuentes en menores autóctonos e inmigrantes suelen ser:

- Las pertenecientes al síndrome ansioso-depresivo y al trastorno por estrés post-traumático (muy poco frecuente en los menores).
- En menor cuantía, los trastornos pertenecientes a la esfera afectiva: depresión tardía o melancolía, cuadros maníacos...
- Los trastornos psicósomáticos, más frecuentes en la infancia por la facilidad de expresar con el cuerpo lo que no pueden con la palabra.

- Trastornos de conducta y de la personalidad, más frecuentes en la adolescencia, con comportamientos del tipo defensivo-agresivo, paranoide o disociativo, todo esto asociado al inevitable cambio del sistema de referencia de valores junto a la crisis de identidad provocando mucha inseguridad.
- En los niños, niñas y adolescentes las alteraciones del comportamiento, las regresiones o retraso en el desarrollo en general y el fracaso escolar (debido a la inhibición intelectual por falta de estimulación tanto en la escuela como en el entorno familiar y social) son los más frecuentes.

Si nos ceñimos a los diagnósticos más frecuentes en relación a la etapa infanto-juvenil y al proceso de la inmigración nos podemos encontrar, al igual que con niños y niñas autóctonos, cualquiera de los clasificados en la CIE-10 MIA en el epígrafe F-90 “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia”: trastornos hipercinéticos, trastornos disociales, trastornos disociales y de las emociones mixtos, trastornos de las emociones, trastornos del comportamiento social, trastornos de tics, otros trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.

Por un lado hay que delimitar cuáles de esos diagnósticos corresponderían a una reacción de adaptación más o menos prolongada a situaciones estresantes (entre las que se encuentra la inmigración) y cuáles tienen que ver diagnósticos previos que se mantienen o aumentan con dicho proceso;

Por otro, hay que evaluar el nivel de desarrollo psicológico de estos menores, la posible repercusión del proceso de la inmigración en este nivel de desarrollo, lo que supone a nivel de pérdidas también en estas áreas y la repercusión de todo esto en la adaptación y adquisición de conocimientos escolares.

7.5. Propuesta de trabajo preventivo

7.5.1. A nivel institucional

- Estudiar las necesidades reales de esta población y los recursos que tiene la población inmigrante.
- Proceder a una revisión de los objetivos de las instituciones sanitarias y sociales cada vez que no se resuelvan estas necesidades.

- Descentralizar las decisiones, conectar las instituciones, coordinar las acciones, etc., con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento.
- Promover una acción global: adaptando y coordinando los esfuerzos y las acciones a nivel local y a favor de esta población.
- Promover que se ocupen de los problemas psicosociales de estos menores los equipos multidisciplinares, con la participación del mismo de inmigrantes de diferentes nacionalidades como parte del personal.
- Hacer participar a trabajadores y trabajadoras inmigrantes y sus familias en las diferentes etapas y modalidades de estos cuidados.

7.5.2. A nivel de los menores

- Prestar especial atención a todo lo que tiene que ver con la educación y las dificultades de aceptación / adaptación de estos menores.
- Considerar las dinámicas familiares, pueden ser niños, niñas y jóvenes donde en su familia el tipo de educación recibida es del tipo punitiva, con prohibiciones, insultos... El diálogo entre padres e hijos, cuando no es inexistente, es escaso.
- Potenciar con adolescentes y jóvenes dinámicas socio-educativas en la calle, en algunos casos, puede ser un elemento socializador importante.
- Tener en cuenta que el concepto de “mayoría de edad” se establece no sólo según la cultura, sino según las condiciones de cada familia.
- Reflexionar sobre las causas de la migración: la necesidad y la pobreza suelen ser los detonantes que obligan cada vez a más menores a emigrar.
- Considerar que los menores inmigrantes se incorporan a un sistema educativo con problemas con la lengua, con los conocimientos adquiridos, con las costumbres sociales de los menores del país acogedor, con grandes diferencias culturales, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui. La depresión en los inmigrantes. Ed. Mayo, 2002.
2. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría Inmigración y Salud Mental.. Cuadernos Técnicos, 2. Grupo Salud Mental Transcultural, 2006.

3. Berthelie, R. (1970) Tentative d'approche socio-culturelle de la psychopathologie nord-africaine [Tentativa de aproximación/abordaje socio-cultural de la psicopatología norte-africana], *Psychopathologie Africaine* [Psicopatología africana], n° 2, pp. 171-222.
4. Ekblad S, Kohn R, Jansson B. Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. En: Okpaku SO, (Eds). *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
5. García Campayo, J. et. Al., "Salud Mental e Inmigración", EDIKAMED, 2005.
6. Grimberg L y R. *Migración Exilio. Estudio Psicoanalítico*. Biblioteca Nueva. Madrid 1996.
7. Kleinman A. (1977) "Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med*. 11(1): 3-10.
8. Kleinman A. (1988) *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
9. Informe SIAS. Editado por la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría, 1997.
10. Javier García Campayo, Marta Alda Diez *Salud Mental e Inmigración*. Ed. EdikaMed. 2005.
11. J.L. Martincano Gómez, Javier Garia Campayo. *Los problemas de salud mental en el Paciente Inmigrante*. Novartis. 2004.
12. Suarez Orozco C.y Suarez-Orozco M.M. *La infancia de la inmigración*. Ediciones Morata, 2003.
13. Pedreira Massa. *Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria*. Ed. ELA, 1995.
14. Tizón J.L. *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Ed. Piados, 2004.

8

Organización de la atención a la Salud Mental en Andalucía

► Gonzalo Fernández Regidor, Nicolás Rodríguez González y Víctor Colombo Olbiol

8.1. Introducción

El proceso de reforma psiquiátrica, basado en la creación de una nueva red de atención sanitaria a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el Sistema Público de Salud de Andalucía, ha permitido acabar con algunas formas tradicionales de atención a las personas afectadas por trastornos mentales graves. La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el gráfico 1, en el que se combina la atención sanitaria a la salud mental con recursos específicos de apoyo social.

En Andalucía, la reforma psiquiátrica, que se inició oficialmente en 1984 con la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), dio lugar a la sustitución de los 8 hospitales psiquiátricos provinciales y las 69 consultas ambulatorias de neuropsiquiatría de la Seguridad Social por una red diversificada de servicios, capaz de abordar todos los problemas de salud mental. La atención sanitaria a los problemas de salud mental en la actualidad se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza e integrados en el sistema sanitario público de Andalucía. Esta red se estructura en

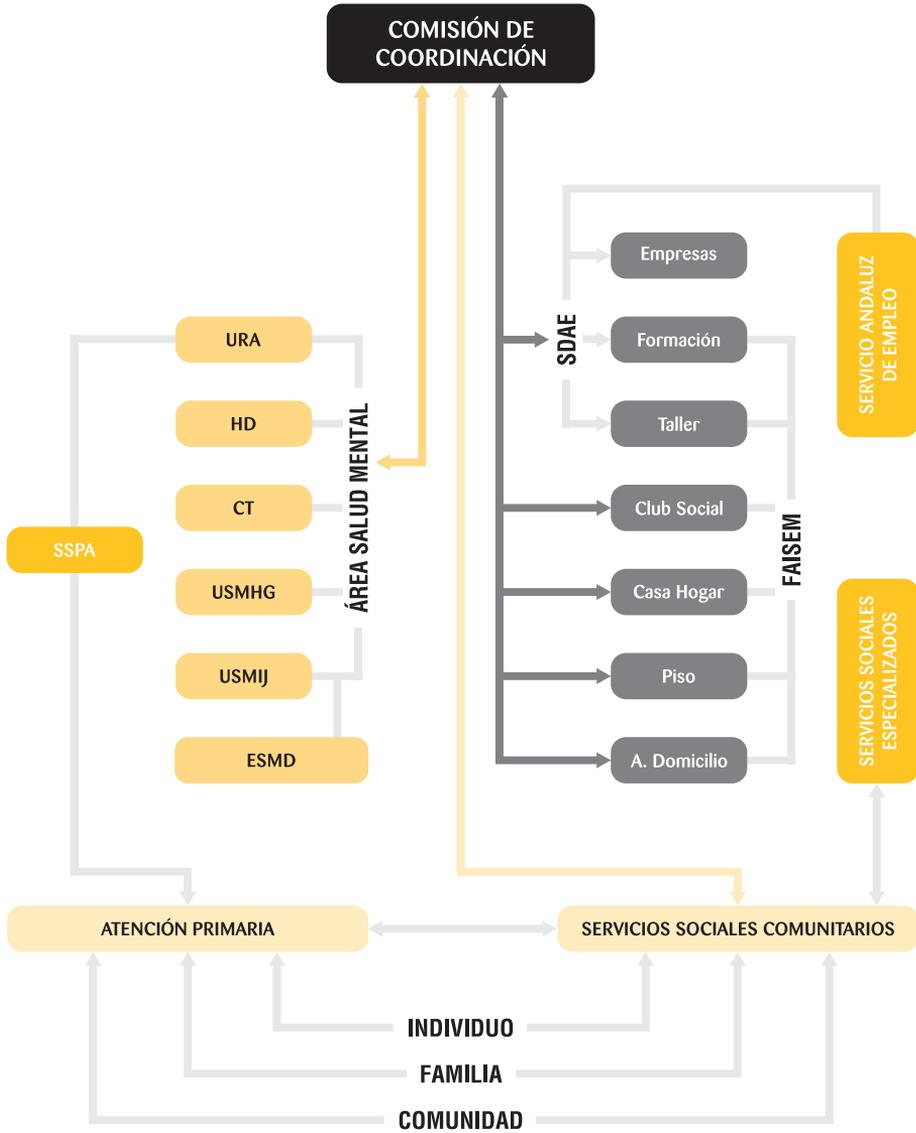
Áreas de Salud Mental, consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de salud mental de su población. Los servicios de atención a la salud mental, integrados en el Servicio Andaluz de Salud, se estructuran en tres niveles:

1. Atención no especializada a través de los Equipos Básicos de Atención Primaria.
2. Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), ubicados preferentemente en los centros de salud, y que constituyen la puerta de entrada a la red de dispositivos especializados de salud mental.
3. Dispositivos específicos para la atención a la salud mental de mayor especialización: Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ), Unidad de Salud Mental Hospitalización (USMH), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) y Comunidad Terapéutica (CTSM).

Actualmente la red específica de Salud Mental está formada por:

- **76 Unidades de salud mental comunitaria (USMC):** La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.
- **19 Unidades de hospitalización de salud mental (UHSM):** La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria.
- **14 Unidades de salud mental infanto-juvenil (USMIJ):** La unidad de salud mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente.
- **9 Unidades de rehabilitación de salud mental (URSM):** La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recupe-

GRAFICO 1. RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA



Fuente: Adaptado de Servicio Andaluz de Salud. Reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990. Actualmente los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) han pasado a llamarse Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)

ración de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente.

- **9 Hospitales de día de salud mental (HDSM):** El Hospital de día de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental.
- **14 Comunidades terapéuticas de salud mental (CTSM):** La comunidad terapéutica es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada.

Los dispositivos asistenciales de atención especializada a la salud mental tienen carácter multidisciplinar y podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones:

- a. Psiquiatría
- b. Psicología Clínica
- c. Enfermería
- d. Terapia Ocupacional
- e. Auxiliar de Enfermería
- f. Trabajo Social
- g. Monitor Ocupacional
- h. Otro personal estatutario de gestión y servicios

El acceso a las unidades de salud mental comunitaria, como en el resto de las especialidades, se realiza a través del médico de familia, el cual atiende al paciente y valora la conveniencia de que reciba una atención especializada. Cuando es necesario, el médico de familia deriva al paciente a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) que le corresponde.

En la USMC será atendido por el personal facultativo de psiquiatría o psicología clínica, según los casos, o derivado a alguno de los demás dispositivos especializados: USMIJ, UHSM, URSM, HDSM o CTSM.

La USMC es el primer escalón de acceso a la red de atención a la salud mental, es el núcleo del sistema, que se coordina con el resto de los dispositivos para garantizar la continuidad asistencial en todo el proceso.

Paralelamente, conforme avanzan los cambios en el ámbito sanitario para hacer frente a las dificultades de integración social de las personas con trastornos mentales, puestos de manifiesto por las asociaciones de familiares y profesionales, el Parlamento Andaluz aprueba la creación de FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental) en 1993, destinada al desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales. FAISEM, desde su creación ha ido consolidando una red de apoyo social en su mayor parte de gestión directa y a través de convenios de colaboración con distintas instituciones.

GRÁFICO 2. ORGANIGRAMA DE FAISEM

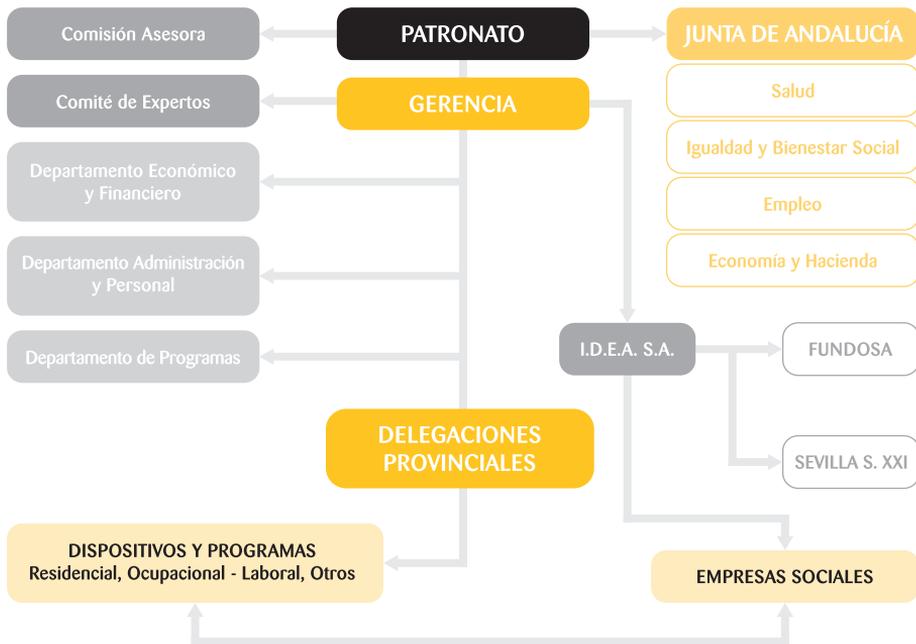


TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES POR ÁREAS DE SALUD MENTAL

	USMC	USMIJ			USMH		
	Dispositivos	Dispositivos	Plazas	Total	Dispositivos	Camas	
ALMERÍA	5	1	6	12	2	49	
Cádiz	5	2	4	20	1	28	
Campo de Gibraltar	2	1	2	20	1	14	
Jerez	3	1	4	10	1	28	
CÁDIZ	10	4	10	50	3	70	
CÓRDOBA	9	1	4	20	1	43	
Norte (H. V. de las Nieves)	5	1	2	40	2	41	
Sur (H. San Cecilio)	4	-	-	-	1	30	
GRANADA	9	1	2	40	3	71	
HUELVA	5	1	2	20	1	31	
JAÉN	7	1	5	15	2	52	
I H. de Málaga	4	1	2	20	1	42	
II H. V. de la Victoria	9	1	4	25	1	40	
MÁLAGA	13	2	6	45	2	82	
Rocío	6	1	4	20	2	57	
Macarena	6	1	-	20	1	53	
Valme	4	1	-	10	1	31	
Osuna	2	-	-	-	1	9	
SEVILLA	18	3	4	50	5	150	
TOTAL	76	14	39	252	19	548	

Fuente: Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud

	HDSM		URSM		CTSM		
	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Camas	Plazas Prog.
	2	60	1	30	1	12	30
	-	-	1	30	1	15	15
	1	20	-	30	-	-	-
	-	-	-		1	15	30
	1	20	1	60	2	30	45
	-	20	1	30	1	19	30
	1	20			1	20	30
	1	20	1	30	1	15	30
	2	40	1	30	2	35	60
	-	-	1	30	1	16	30
	1	20	1	30	1	18	30
	-	-	1	30	1	20	30
	-	-	-	-	1	20	30
	0	0	1	30	2	40	60
	1	20	1	30	2	32	70
	1	20	1	30	1	13	30
	-	-	-	-	1	15	30
	1	20	-	-	-	-	-
	3	60	2	60	4	60	130
	9	220	9	300	14	230	415

Las principales actuaciones se centran en el Programa Residencial, facilitando alojamiento con distintos grados de apoyo (casas hogar, viviendas supervisadas, residencias convenidas, apoyo domiciliario). Este programa se orienta a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida diaria como son:

- La vivienda.
- La manutención.
- Determinados cuidados básicos (aseo, medicación, organización cotidiana, etc.).
- Relaciones interpersonales significativas.

El programa ocupacional- laboral, cuyo objetivo fundamental coincide con el del programa residencial, se lleva a cabo mediante el ejercicio de distintos niveles de actividad productiva. Desarrolla en concreto prestaciones a través de talleres ocupacionales polivalentes o específicos, centros ocupacionales, cursos de formación general o compensatoria, cursos de formación profesional, proyectos formativos, equipos de acompañamiento y apoyo al empleo, un servicio de orientación y apoyo al empleo e inserción laboral en empresas sociales.

Por su parte el Programa de Relaciones Sociales engloba actividades que se dirigen a cubrir necesidades de carácter más general, básicamente relacionadas con la interacción social y el empleo del tiempo libre. Asimismo, FAISEM ha promovido el desarrollo de instituciones tutelares de ámbito provincial en las ocho provincias andaluzas, formando parte de la totalidad de los patronatos, con el propósito de proteger y defender los derechos de las personas que padecen trastornos mentales.

En los gráficos que se muestran a continuación, se reflejan los mecanismos de identificación, diagnóstico, análisis de la demanda e incorporación de usuarios a los diferentes programas de FAISEM, haciendo especial hincapié en el Programa Residencial al haber estado tradicionalmente más organizado y, por tanto, coordinado, fundamentalmente debido a su demanda.

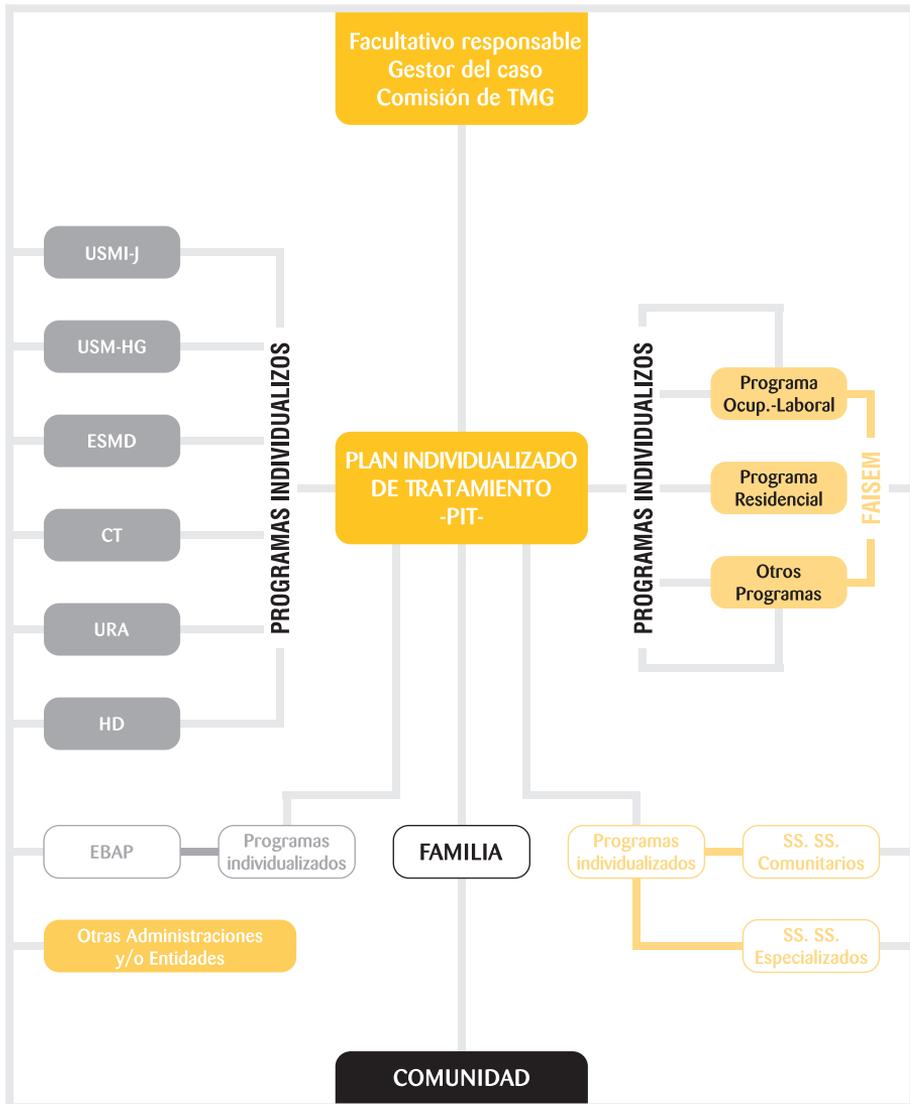
El gráfico 5, a pesar de su complejidad, es válido también para inmigrantes, si bien habría que incluir algunas modificaciones y adaptaciones a la nueva situación de di-

versidad cultural. Debido a la mayor fragilidad y vulnerabilidad del enfermo mental, y a la estigmatización que recae sobre el enfermo y la enfermedad mental, es necesario “llevar al paciente de la mano” con el fin de garantizar la continuidad asistencial y potenciar la adhesión al tratamiento, en este sentido los mediadores interculturales juegan un papel importante, es fundamental la formación de más mediadores y convendría potenciar su papel en todos los niveles de la red de salud mental y mejorar la accesibilidad a sus servicios.

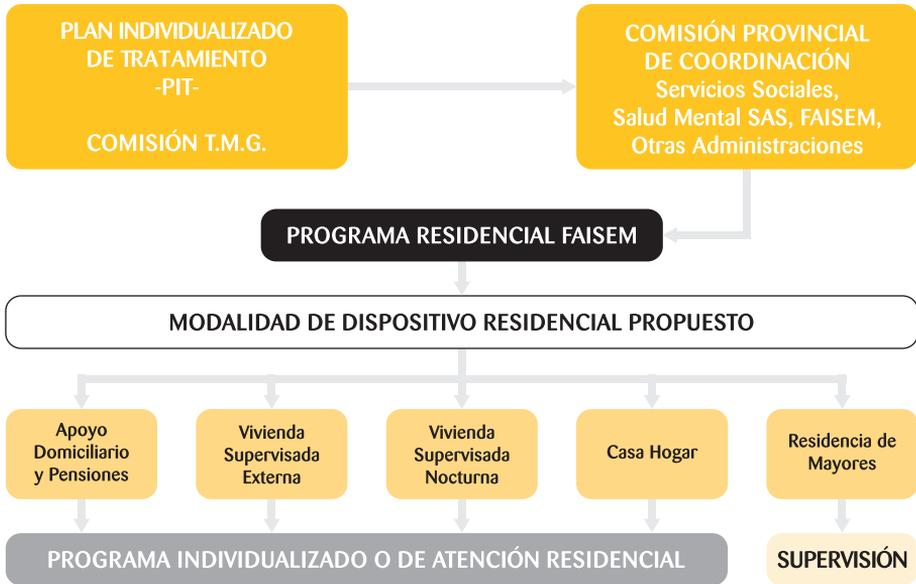
GRÁFICO 3. RECURSOS DE FAISEM. 2006

ANDALUCÍA. AÑO 2006	
DISPOSITIVO	Nº DE PLAZAS
PROGRAMA RESIDENCIAL	
145 viviendas supervisadas	551 plazas
36 casas hogar	624 plazas
32 residencias (Convenios)	162 plazas
Subprograma Atención domiciliaria (Pensiones)	18 plazas
Subprograma Atención domiciliaria (Otros)	162 usuarios
PROGRAMA OCUPACIONAL LABORAL	
110 talleres ocupacionales	2.102 plazas
8 servicios provinciales de orientación y apoyo al empleo	2.113 personas atendidas
	746 contratos
9 empresas sociales (plantilla media)	223 trabajadores con enfermedad mental
	118 trabajadores con otra discapacidad
	84 trabajadores sin discapacidad
	425 total trabajadores
48 cursos de formación para el empleo	247 plazas
FOMENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES	
44 clubes sociales	1.368 plazas
Plan vacacional	814 usuarios beneficiados

**GRÁFICO 4. MECANISMO DE COORDINACIÓN
E INCORPORACIÓN A LOS PROGRAMAS DE FAISEM**



**GRÁFICO 5. MECANISMO DE COORDINACIÓN
E INCORPORACIÓN A LOS PROGRAMAS DE FAISEM**



Fuente: FAISEM, 2006

8.2. Continuidad asistencial y accesibilidad a los servicios de salud mental

En la atención a los problemas de salud mental de pacientes inmigrantes existen dificultades en todo el proceso, es decir desde la captación hasta el alta. Lo que conlleva problemas en la adherencia al tratamiento y cuidados. Estas dificultades pueden ser debidas, entre otras causas, a las creencias, existentes en muchas culturas, que consisten en que las manifestaciones mentales son debidas a la acción desde el exterior (mal de ojo, brujería, etc.) o a factores internos (mala acción, la responsabilidad del origen de la enfermedad, etc.), en contraposición a la concepción integral de mente y cuerpo en la mayoría de las culturas. Así también por la falta de conciencia de enfermedad en los trastornos mentales graves, la larga duración y alta frecuencia de los tratamientos y cuidados.

Estas dificultades se pueden concretar en cuatro niveles (Sayed-Ahmad, Tesoro.2006) bien diferenciados:

- 1. Organización del sistema de atención a Salud Mental:** problemas de acceso inherentes al modelo y orientación de los dispositivos. Así también en lo referente a los espacios socio-sanitarios.
- 2. Ámbito profesional:** los prejuicios, las actitudes de rechazo y las paternalistas. Junto a los problemas de comunicación, el tiempo y a la falta de competencia cultural. Esto implica dificultades en el diagnóstico y en el acceso de los inmigrantes a programas de tratamiento, de cuidados o de promoción de la salud; limitándose, en la mayoría de los casos, la intervención al tratamiento con psicofármacos.
- 3. Entorno de las personas inmigrantes:** el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, las diferencias entre la cultura sanitaria y de cuidados española y la de sus países de origen. Las barreras lingüísticas y del sistema de valores. La consideración de que la salud no es prioritaria en la nueva situación de precariedad económica y laboral.
- 4. Contexto sociolaboral:** la situación administrativo-legal, el trabajo precario y no cualificado, la falta de vivienda y el consiguiente hacinamiento, etc. Es decir, todas aquellas situaciones que generan en los inmigrantes estrés y miedo, obligándoles a vivir de espaldas a la sociedad, que se traducen en la ausencia de búsqueda activa de atención sanitaria.

Para mejorar la accesibilidad de los pacientes con trastorno mental grave a las Unidades de Salud Mental Comunitaria, se ha puesto en marcha el “Plan de Mejora de la Accesibilidad”. Se han dotado a los USMC con teléfonos móviles para uso de su personal de enfermería, así como de una línea telefónica clínico-asistencial para facilitar el acceso más directo de estos pacientes y sus familiares a los profesionales de los USMC. La especial dificultad, ya mencionada, de las personas inmigrantes para acceder al sistema sanitario en general y, a la red de salud mental en particular, justifican la discriminación positiva que supondría la inclusión del grupo de población que padece trastorno mental grave entre aquellos con acceso más directo a los profesionales de su equipo de referencia. Así conseguiríamos facilitar la adherencia al tratamiento y garantizar la continuidad de cuidados.

8.3. Áreas de mejora en la red de dispositivos de salud mental y el espacio sociosanitario

La transformación de los servicios de Salud Mental en nuestra Comunidad Autónoma ha sido profunda y ha supuesto un cambio muy positivo. Parece, no obstante, que ha llegado el momento de reflexionar sobre la situación actual de la asistencia pública a la salud mental, basándonos en los datos existentes en Andalucía, en el resto de mundo occidental y en la evidencia científica disponible.

Centrándonos en la cuestión que nos ocupa, esto es, la atención a la salud mental de las personas inmigrantes, es preciso avanzar en la mejora de la atención sociosanitaria prestada a esta población a diferentes niveles:

A nivel organizativo, incrementando los recursos, optimizándolos y adecuándolos a las necesidades actuales. La población en Andalucía ha aumentado de manera no prevista, en gran parte debido a la incorporación y permanencia en nuestro territorio de personas inmigrantes. Esta cuestión debe ser tenida en cuenta a la hora de establecer los criterios de desarrollo de recursos sanitarios y sociales, pues dicha población tiene, obviamente, necesidades de atención sanitaria y social. Nuestra Comunidad Autónoma, se encuentra ante el reto de la adaptación de nuestro sistema de atención a la salud mental en una sociedad caracterizada por la diversidad.

Basándonos en que la enfermedad mental se manifiesta de forma diferente en los distintos grupos poblacionales influida por la cultura del propio individuo, es aconsejable una formación específica a los profesionales de salud en general y de salud mental en particular, con objeto de mejorar la atención y comprensión de los procesos, evitando asimismo la posible estigmatización (Sayed-Ahmad, 2006). Conviene tener en cuenta, a la hora de atender a este colectivo específico, sus creencias culturales y religiosas, sus costumbres y hábitos, respetando lo esencial de las mismas, adaptando nuestras intervenciones a sus necesidades, sin que todo ello suponga un abandono de las prácticas basadas en la evidencia.

El hecho de que ser inmigrante sea un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental plantea la necesidad de acciones que protejan a este colectivo de dicho riesgo, estableciendo medidas de prevención y, en su caso, con especial hincapié en la detección precoz. En este sentido es imprescindible la mejora de las condiciones de vida de las personas inmigrantes (vivienda,

empleo, ocio,...), el fomento del conocimiento por parte de estas personas de las costumbres y hábitos culturales de la población de acogida, así como su sistema de valores y el aprendizaje del idioma, y el desarrollo de acciones que fomenten las respuestas terapéuticas no exclusivamente farmacológicas (corresponsabilidad usuario/paciente, espacios de discusión y participación,...).

La atención a la salud mental en Andalucía ha avanzado en los últimos años significativamente como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica y otros procesos de transformación, que han posibilitado:

- El desarrollo de un modelo comunitario de atención a la salud mental, formado por una red diversificada de dispositivos distribuidos por toda la geografía andaluza.
- La elaboración y ejecución del Primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2003-2007, que da paso al Segundo Plan 2008-2012.
- La elaboración e implantación de Procesos Asistenciales Integrados (Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno Mental Grave).

El modelo comunitario, con los variados dispositivos que lo forman, permite una atención integral a las personas con enfermedad mental, manteniéndolas, siempre que es posible, en su propio entorno social y familiar. Los Planes Integrales son instrumentos para la planificación a medio y largo plazo, y permiten formular objetivos que posteriormente son evaluados. Por su parte, los Procesos Asistenciales Integrados garantizan la continuidad de cuidados y plantean la práctica clínica basada en la evidencia científica, con compromisos de eficiencia y excelencia, e impulsando la investigación y la docencia de calidad. En este contexto, parece adecuado y necesario dar un paso más e incorporar al abordaje de la salud mental una perspectiva de diversidad cultural.

8.4. La atención intersectorial y el trabajo en red con orientación intercultural

Entendiendo la **atención intersectorial** como aquello que identifica y fortalece a las organizaciones e instituciones que actúan de forma directa o indirecta en el campo de lo psicosocial, se evidencia la necesidad de definir y fortalecer los mecanismos de cooperación y el establecimiento de redes de salud mental. Para ello, podemos definir la **Red de Salud Mental** como aquel conjunto de instituciones, profesionales y sus prácticas que, dentro del Sistema Sanitario, atienden los problemas de salud mental.

Definimos la **Red** como un sistema organizado, abierto y participativo, que permite articular saberes, prácticas y competencias institucionales y comunitarias a través de una relación horizontal para alcanzar objetivos comunes, así como la optimización de los recursos disponibles para la planificación y ejecución de acciones dirigidas a la promoción de la salud mental, prevención, atención y recuperación de las personas con trastornos mentales.

El **Trabajo en Red** es una necesidad, ya que el hecho de que numerosos profesionales intervengan en una misma realidad no significa trabajar en red, y porque un sólo servicio ya sea social, médico, jurídico... no puede dar respuesta a todas las necesidades.

Si la orientación intercultural es el proceso de intervención con personas de diferentes culturas y la interculturalidad es cauce necesario para la integración, entendemos por ésta el desarrollo libre de las diversas identidades en pie de igualdad y como un proceso de interacción e interrelación entre las mismas. Por lo tanto, el nuevo concepto de ciudadanía debe desligarse de la nacionalidad en sentido clásico, así como de cualquier otro elemento identitario para sustentarse exclusivamente en la residencia de hecho.

La interculturalidad supone el reconocimiento y el respeto de las creencias, valores y principios de las personas inmigrantes, con el objetivo de procurar la mejor atención posible de acuerdo con las necesidades y la necesaria adaptación de los recursos disponibles.

8.4.1. Organización de la red intersectorial

La realidad de la intervención biopsicosocial genera una práctica que nos lleva a enfrentarnos a problemas complejos y a la dificultad que implica la gestión de un gran número de personas, instituciones y organizaciones que, a veces, pueden dificultar el abordaje y la solución de estos problemas.

La red intersectorial se organiza en base a los distintos sectores implicados en la salud mental y dependiendo del grupo de población objeto de la intervención, se incidirá en el sector adecuado como salud, educación, empleo, servicios sociales municipales y comunitarios, justicia, vivienda, ONGs y voluntariado social..., así como otros susceptibles de ser incorporados a la red intersectorial dependiendo de la idoneidad del mismo para el abordaje y posible solución de la problemática detectada. En el ámbito de la salud debe potenciarse la

colaboración entre atención primaria y salud mental, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento de los pacientes incluidos en los procesos asistenciales integrados “Ansiedad, depresión y somatizaciones” y “Trastorno mental grave”. Asimismo, sería conveniente fomentar y potenciar los grupos de autoayuda entre las personas inmigrantes, grupo de población condicionado por las dificultades para establecer redes de apoyo socio-familiar y, en consecuencia, con posibles dificultades de integración real en la comunidad.

El trabajo en red posibilita que la intervención de cada sector no finalice con la aportación de los recursos considerados adecuados por las instituciones y profesionales implicados, sino con la solución integral del problema. Por ello, sería conveniente que desde los distintos sectores implicados se valorara que el núcleo del problema es la ciudadanía y su atención integral, y no solo el problema relacionado con las funciones y objetivos que cada institución o sector desarrolla.

8.4.2. Factores interculturales a tener en cuenta para mejorar la red

El lenguaje es uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural. El utilizado generalmente por los profesionales que trabajan en el sector de la salud dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con las personas inmigrantes que, por otra parte, suelen recibir escasa información sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, a pesar incluso del propio esfuerzo de los profesionales para que esto no ocurra.

Los profesionales de la salud y las personas inmigrantes, en muchas ocasiones, hablan idiomas distintos, manejan visiones del mundo a menudo diferentes y se hace muy difícil encontrar puntos de contacto intercultural. Con bastante más frecuencia de la deseada existen descalificaciones de los profesionales de la salud hacia las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad de las personas que provienen de otros países, a lo que hay que añadir el estigma, la marginación y la pobreza como resultado de una histórica y persistente enajenación social que sufren las personas inmigrantes.

En estos aspectos enunciados se presenta actualmente un déficit bastante importante que, sin embargo, puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada con el objetivo de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo en la atención a la salud mental.

Por lo tanto, y con el fin de evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud mental, es imprescindible la competencia técnica y profesionalización del personal de salud. La formación de los profesionales de la salud mental con orientación intercultural supone mejoras en estos aspectos e incide en el respeto y en el trato más adecuado a estas personas inmigrantes, así como el reconocimiento de las tradiciones culturales, la lucha contra la exclusión social y la atención y equidad en salud de los distintos grupos de inmigrantes que forman parte de nuestra comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Informe: La salud mental en Andalucía. Cuadernos Técnicos nº 1. 2003.
2. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos nº 6. 2002.
3. Balbo, Eduardo. Salud mental e inmigración magrebí. Salud Global nº 4. 2004.
4. Escuela Andaluza de Salud Pública. La atención a la salud mental en Andalucía: presente y futuro. Consejería de Salud. 2004.
5. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de Calidad 2006-2010.
6. Instituto Andaluz de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía, 1984-1990.1988.
7. Jansa, Josep M.; García de Olalla, Patricia. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac. Sanit. 2004.
8. López, Marcelino; Laviana, Margarita. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, nº 99, pp. 187-223.
9. Muiño, L. Salud Mental e inmigración. Guía de atención al inmigrante.
10. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
11. OMS. Invertir en salud mental. 2004.
12. OMS. Quality improvement for mental health. 2003.
13. Sayed-Ahmad Beirutí, Nabil. Inmigración y Salud Mental. Cuadernos Técnicos nº 2. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. 2006.

14. Sayed-Ahmad Beirutí, Nabil; Tesoro Amate, Amalia. “Salud mental y Migración. Dificultades y soluciones para la adherencia y continuidad de cuidados”, en La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental, Cap. 20 (pag. 377-398). Leal Rubio, J. y escudero Nafs, A. (Coordinadores). Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/35. Madrid, 2006. ISBN: 84-95287-30-7.
15. Sayed-Ahmad Beirutí, Nabil; Río Benito, María Jesús; Fernández Regidor, Gonzalo. Salud Mental. En Manual de Atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
16. Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003.
17. Servicio Andaluz de Salud. Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
18. Villa Alonso, Enrique. Urgencias psiquiátricas en emigrantes y refugiados. Capítulo 12. Manual de la Urgencia psiquiátrica en atención primaria. Editorial TCC. 2007.

9

Atención a pacientes mentales inmigrantes en la red de Salud Mental

► Nabil Sayed- Ahmad Beiruti, David García López, María Álvarez Segura, Pedro Ibáñez Allera y Adela de la Torre Martínez

9.1. Introducción

El acceso a una asistencia sanitaria adecuada es uno de los derechos humanos fundamentales y universales. En la situación de inmigración, debido a las condiciones precarias de vida, entre otros factores, este derecho se ve con frecuencia obstaculizado. En la prestación de una asistencia apropiada e igualitaria en salud mental a la población inmigrante, existen múltiples dificultades en todo el proceso de atención, es decir desde la captación hasta el alta, lo que supone un reto para los profesionales.

Entre las dificultades que nos hemos encontrado podíamos nombrar:

1. Dificultades de acceso y organizativas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y el espacio socio-sanitario; debido a su complejidad organizativa y el desconocimiento de su funcionamiento por parte de las personas inmigrantes, que vienen de otras culturas sanitario-organizativas, incluso inexistentes en muchos países.
2. Dificultades en la comunicación tanto por la barrera idiomática como por la cultural, que limitan la buena relación terapéutica (vinculación), el proceso diagnóstico que es elemento básico para indicar un trata-

miento específico, y las explicaciones pertinentes tanto de la enfermedad como del proceso terapéutico, debido a la distorsión que se produce en la interacción entre los profesionales y los pacientes y sus referentes sociales. Todo esto obstaculiza la aplicación de planes de tratamiento y de cuidados de salud mental, de calidad y adaptados a la diversidad cultural, así también el acceso a la psicoterapia, programas de educación para la salud, etc.

3. Dificultades en la realización de una correcta historia clínica, sobre todo en lo referente a la información fehaciente de lo que está sucediendo en la actualidad; así como los antecedentes personales y familiares, debido a que la mayoría de las veces los pacientes se presentan solos, o no tienen familiares aquí.
4. Dificultades pertenecientes al ámbito sociolaboral que padece la población inmigrante, que obstaculizan la buena respuesta al tratamiento, como el estrés y el miedo por su situación sociolaboral y administrativa (los/las “sin papeles”), las necesidades económicas apremiantes y de vivienda; asimismo una red de apoyo sociofamiliar deficitaria o inexistente.
5. Dificultades pertenecientes al ámbito cultural y de actitudes, tanto de las personas inmigrantes como de los/las profesionales. El desconocimiento mutuo del sistema de valores dificulta la contextualización sociocultural de los problemas de salud, la búsqueda de soluciones y la aceptación de las mismas. Este desconocimiento podría generar actitudes de rechazo y prejuicios negativos en profesionales y en personas inmigrantes.
6. Tanto el factor idiomático como el cultural invalidan, en la mayoría de los casos, nuestras herramientas diagnósticas al uso. Asimismo la presencia de síntomas vinculados a aspectos culturales aumentaría las dificultades en el proceso diagnóstico.

Todo esto tiene como expresión la existencia de varias *barreras* que dificultan la atención sanitaria y su continuidad en la población inmigrante: la administrativa/organizativa; la psicológica/social; la lingüística/comunicativa y la cultural.

En este capítulo vamos a exponer, de forma somera, nuestra experiencia en atención a pacientes inmigrantes con sufrimiento mental, en la comarca del Poniente Almeriense. Esta comarca ha experimentado en los últimos años una auténtica revolución agrícola convirtiéndola en el motor económico de la provincia. Esto ha provocado la atracción de un gran número de residentes nuevos, en su mayoría inmigrantes. Por solo dar un apunte sobre la magnitud de esta

población diremos que según el censo del Instituto Nacional de Estadística de 2006 en dicha comarca habitaban 222.824 personas, de las cuales 53.838, o sea, el 24%, eran inmigrantes, mientras que en el 2005 eran el 21,3% del total de la población residente. En estos datos no se incluyen las personas inmigrantes en situación administrativa irregular (“sin papeles”), que residen en la comarca y que también demandan atención sanitaria. De estos datos podemos deducir que el sistema sanitario de la comarca recibe una importante demanda por parte de la población inmigrante, y de ello no se encuentra al margen la salud mental.

9.2. Atención comunitaria

Según estudio realizado por el Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría¹² (Martínez de Salazar, A., 2006), durante el periodo 2000/2004 fueron atendidos 464 pacientes inmigrantes en primera consulta, por los dos Equipos de Salud Mental de la Comarca del Poniente Almeriense, El Ejido y Roquetas de Mar (actualmente los Equipos de Salud Mental han pasado a ser las Unidades de Salud Mental Comunitaria). De ellos 238 hombres y 226 mujeres. En ambos grupos, más del 50% se encontraba en edades comprendidas entre los 21 y 40 años. Así mismo, más del 70% se encuentran en España de forma regularizada y, en torno al 40%, su situación laboral es favorable. La mayoría convive con su familia, residen en España desde hace más de dos años. El grupo más numeroso es el perteneciente a la población inmigrante del norte de África (36%), a este grupo le sigue el colectivo de inmigrantes de Suramérica (26%), y el tercer grupo (24%) es el de la inmigración europea, es decir de los países de la Unión Europea y Europa del Este, se observa la tendencia de crecimiento progresivo de la población inmigrante procedente de estas zonas, sobre todo de Rumania; en el municipio de Roquetas de Mar destaca el grupo de inmigrantes subsaharianos.

Por último conviene señalar algunos otros aspectos, que completan el perfil de las personas inmigrantes que nos consultan:

- a. Solo en los grupos de inmigrantes del continente africano (42% demanda), el porcentaje de hombres supera al de mujeres, no obstante se observa una tendencia hacia la feminización de la inmigración africana y por tanto de la demanda.

¹² Integrado en noviembre de 2006 en la Sección “Migración y Cultura en Salud Mental” de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

- b. Muchos viven en condiciones de hacinamiento y de cohabitación forzada por las condiciones económicas precarias y por la escasa oferta de viviendas en alquiler.
- c. Gran variedad étnica, lingüística y de nacionalidad.
- d. Escasa demanda, sólo supone alrededor del 7% del total de las primeras consultas, y la poca adherencia al tratamiento, debido a que la salud no está entre las primeras prioridades de la población inmigrante, y por ende el malestar psicológico se considera una necesidad secundaria, cuando se encuentran en primer plano necesidades básicas como la comida, el trabajo, la vivienda, etc.

Los trastornos mentales más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, son las *reacciones psicósomáticas*, los *trastornos adaptativos*, y los *trastornos afectivos*. La presencia de estos grupos de trastornos, expresión del sufrimiento mental, es coherente con la situación vital de estas personas que se encuentran inmersas en procesos de cambio muy significativos en los que predominan los acontecimientos generadores de angustia, ansiedad, temor...

El 5,6%, consultan por sintomatología psicótica (esquizofrenia, reacciones psicóticas agudas, trastornos de ideas delirantes, etc.), siendo la cuarta patología que demanda atención de salud mental. Predominando los hombres, solteros, con edad media de 35 años, con deficiente red de apoyo sociofamiliar. Además, pero con menos frecuencia, se presentan trastornos de la conducta y de la personalidad.

Partiendo de la experiencia diaria en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Roquetas (Almería), podemos hablar de dos grupos de demanda y de pacientes:

- Los que consultan por sintomatología ansioso-depresiva reactiva a su condición de inmigrante, incluido el duelo migratorio.
- Los que sufren algún tipo de Trastorno Mental Grave (TMG), que requieren de atención distinta y bien diferenciada.

En base a la cultura asistencial en el país de origen, los pacientes inmigrantes pueden tener diferentes orientaciones, expectativas y aceptación tanto del curso de la enfermedad como del proceso terapéutico. Hemos podido observar, tres tipos de actitud ante el tratamiento ofrecido:

- 1. Seguimiento regular y buena adherencia al tratamiento**, que han permitido la finalización del tratamiento con éxito, suponen el 15%.
- 2. Los consultores de urgencia**, con seguimiento regular o no del tratamiento, se trata de porcentaje bastante alto (no está cuantificado), y que podría responder a su situación sociolaboral (no pueden perder días de trabajo), a la organización del sistema sanitario (los horarios) y a la cultura asistencial de sus países, es decir el modo de dirigirse y usar los servicios sanitarios, por ejemplo en muchos países los pacientes no suelen ser derivados por Atención Primaria, sino van por propia iniciativa (sólo el 58% de los pacientes de primera consulta atendidos por el equipo han sido derivados por Atención Primaria, siendo alrededor del 95% en la población autóctona), etc.
- 3. Abandono del tratamiento** (41%) con consultas esporádicas, urgentes o normales, esto puede ser debido a que en muchas culturas no se entiende la necesidad de las citas regulares, sobre todo si el problema inicial ha sido resuelto o los síntomas se han aliviado o desaparecido. Asimismo cabe destacar, que un porcentaje alto (no cuantificado) de pacientes no acude a Atención Primaria una vez terminada la exploración, instaurado el tratamiento y finalizado el mismo, y por tanto éste no interviene en el proceso terapéutico, probablemente es debido a que en la mayoría de los casos la asistencia sanitaria en sus países es fundamentalmente privada o de beneficencia.

Partiendo de que la cultura de la organización influye en su respuesta a las demandas y las modula (Onnis, L.1996), de modo que ésta pueda integrar en su seno la diversidad cultural, favoreciendo la coexistencia y el intercambio entre las diferentes culturas y la de nuestra organización, se introdujeron algunos cambios y se acordaron las siguientes líneas de actuación:

1. Seguimiento regularizado e integral de los pacientes diagnosticados de trastorno mental grave, adaptando nuestras actuaciones, protocolos y programas a la realidad sociolaboral de los pacientes inmigrantes y a su contexto cultural.
2. Actuación limitada en el tiempo (2 a 3 intervenciones) y centrada en su contexto actual, procurando la normalización de sus reacciones emocionales y conductuales debidas a su condición de inmigrante, con intervenciones breves y focales, así como tratamiento sintomatológico con psicofármacos si es preciso.

3. Realización de interpretaciones, orientación y asesoramiento puntuales, en un único acto (una sesión) adaptadas a sus valores culturales; esta actuación se llevó a cabo sobre el 24% de la demanda, siendo una intervención eficaz y bien acogida por la mayoría de las personas, al sentirse escuchadas, orientadas y tenidas en cuenta sus expectativas. Asimismo se ha tenido en cuenta que, desde el punto de vista cultural, es necesario considerar qué aspectos de la enfermedad se pueden comunicar, así también cómo y a quién se puede informar, y el impacto que pueden tener sobre paciente y familia. Conscientes de que para el correcto asesoramiento intercultural, el/la terapeuta precisa tener sensibilidad y empatía cultural, así como la necesidad de contar con el apoyo y asesoramiento de mediadores y agentes culturales.
4. La entrega de documentos traducidos al árabe, inglés y francés (hoja informativa sobre el equipo y su funcionamiento y cartera de servicio, tarjeta de citas y tratamiento), de forma bilingüe (castellano/otro idioma), supuso una ayuda para la comprensión del funcionamiento del equipo y la aceptación de los planes terapéuticos.
5. Solicitar la colaboración de las asociaciones de inmigrantes, ONGs, amigos y familiares en la obtención de los datos necesarios en el caso de las personas que no hablan el castellano.
6. Asimismo, se han tenido en cuenta las actitudes y prejuicios culturales, tanto por parte de profesionales como de inmigrantes, y su influencia sobre la transferencia y la contra-transferencia, mejorando de esta manera tanto la relación, como la comprensión de las reacciones producto de la interacción.
7. Flexibilidad en el horario de las citas adaptándolo a sus necesidades y situación sociolaboral, siempre que ha sido posible. Asimismo la adaptación de las intervenciones a las creencias y valores culturales, como por ejemplo el horario de la toma de la medicación o de las actividades de rehabilitación durante el mes de Ramadán.
8. Tener en cuenta el sistema de valores, las creencias religiosas y culturales, para realizar el diagnóstico, sugerir el tratamiento y ofrecer interpretaciones y asesoramiento. Asimismo la influencia de la cultura como agente patogénico y patoplástico, así también en el curso y pronóstico de la enfermedad.

Estas medidas, han dado resultados positivos como la mejora de la respuesta y la adherencia al tratamiento, de la relación terapéutica y la satisfacción de pacientes y familiares, por respetar sus valores, sus creencias, su cultura asistencial y responder a sus expectativas y sus necesidades de salud y sociolaboral.

9.3. Atención hospitalaria

El Hospital de Poniente ofrece a la población dos dispositivos asistenciales del Área Integrada de Gestión de Salud Mental, *la Unidad de Hospitalización de 24 horas y el Hospital de Día*. Este hospital se encuentra situado en la zona del poniente almeriense en la población de El Ejido, atendiendo a 14 municipios. Trataremos primero de dar unos datos estadísticos referentes a la demanda asistencial en ambos dispositivos y, finalmente, trataremos de hacer unas reflexiones sobre las particularidades que tiene la atención a patología mental aguda en la población inmigrante con respecto de la española.

9.3.1. La Unidad de Hospitalización de 24 horas

Se inauguró a finales del año 2002 con el objetivo de atender a personas que padecen un Trastorno Mental Grave. Desde su inauguración hasta finales del año 2006 ha tenido un total de 106 ingresos de pacientes de inmigrantes, y esto se corresponde con el 9, 27% del total de ingresos habidos durante ese periodo. Los ingresos procedieron de 20 países diferentes. Así del continente africano tuvimos ingresos de seis países diferentes, de Europa ocho, cinco de Latinoamérica y uno de Asia.

Analizando comparativamente los datos de los años 2005/2006, el porcentaje de ingresos durante el año 2005 fue del 13,07% del total de ingresos, con estancia media de 17,64 días. Mientras en el año 2006 el número de ingresos fue del 7,14% del total de ingresos, con una estancia media de 12,63 días. Observamos paradójicamente una disminución del porcentaje de ingresos a pesar del aumento de la población inmigrante, así también disminución de los días de estancia media.

Una vez sacados algunos datos mínimos sobre aspectos cuantitativos de los ingresos en la unidad de hospitalización de 24 horas, es importante centrarse en los aspectos cualitativos

de las características intrínsecas de esta población y de la patología mental que padece. La primera y central dificultad es la *barrera idiomática*. Este hospital dispone de un sistema de traducción mediante teléfono móvil que nos permite acceder a traducción de 32 idiomas diferentes, elemento que es de gran utilidad en la mayoría de las especialidades, pero que en salud mental intentar usar este sistema durante los primeros días de los ingresos es absolutamente imposible, puesto que nos encontramos con personas que presentan cuadros conductuales desorganizados, en muchas ocasiones heteroagresivos, en los que intentar usar un teléfono como intermediario en la traducción se torna, no en complicado, sino en absolutamente imposible en la mayoría de las ocasiones. A esto además le agregamos por otro lado que en un importante número de casos estos pacientes no acuden, al hospital, acompañados por referentes sociales, llámense familiares o amistades. Los primeros porque generalmente no los tienen en España, sino que están en sus países de origen, en el caso de las amistades porque generalmente son personas con las que comparten vivienda desde hace poco tiempo, y no pueden aportar información fehaciente, excepto quizás solo sobre los cambios conductuales incoherentes de los últimos días. Esto marca de entrada la dificultad de poder inferir que es lo que puede estar acaeciéndole a esta persona frente a la que nos encontramos en una consulta de la guardia del hospital, ya que en la mayoría de las ocasiones es prácticamente imposible realizar una mínima exploración psicopatológica, debiéndonos basar a la hora de decidir un ingreso más en las alteraciones de índole conductual que en un discurso incoherente.

Con todo esto podemos hacernos una idea de la situación que viven los profesionales en una primera actuación sobre esta población inmigrante en crisis, a lo que además debemos agregar el que en ocasiones estas personas son traídas al hospital por las fuerzas del orden público, las cuales han tenido que intervenir para reducirlos en la vía pública y los han traído contra su voluntad, y que nosotros también nos vemos obligados a retenerlos igualmente, en este caso en una unidad de hospitalización de salud mental, con ingresos que en su mayoría son de tipo involuntario y con la intervención del juez de guardia. Esto, las personas inmigrantes lo viven como una agresión más, por lo que su actitud en este primer momento es de desconfianza, oposición y defensa mediante la agitación o conductas heteroagresivas hacia el personal sanitario que interviene en sus cuidados.

Dada la dificultad en la comprensión de la persona de lo que está sucediéndole, de por qué se encuentra “encerrada” contra su voluntad, y al *fallar la contención verbal y emocional*, los niveles de ansiedad y angustia se incrementan de manera significativa, hemos de decir

que no sólo en el paciente sino también en el personal sanitario. Esto nos obliga en un número significativo de ingresos a proceder a *contención de tipo mecánico* para minimizar los riesgos de lesiones de estos pacientes. Se ha podido observar que en los primeros años de funcionamiento de la unidad de hospitalización este procedimiento se usó en mayor medida en pacientes inmigrantes que desconocían nuestro idioma, frente a pacientes españoles o latinoamericanos, que si lo conocen, para los que las explicaciones que se les dan les son fácilmente comprensibles, funcionando aquí la contención verbal.

Una vez que se procede al ingreso del paciente observamos que de la misma manera que tiene dificultades para comunicarse con el personal sanitario, le ocurre igual con el resto de pacientes ingresados, con dificultades para relacionarse, y tendiendo al aislamiento y la desconfianza.

La experiencia nos ha demostrado que dependiendo del país y cultura de procedencia, en los primeros días de permanencia en la unidad de hospitalización estas personas van a mostrar diferentes tipos de conducta. Así un porcentaje importante de pacientes hombres que proceden de la zona magrebí aceptan con desagrado, las intervenciones realizadas por personal sanitario femenino, incluso comportándose de manera despectiva con ellas, y por el contrario ante el personal masculino adoptan una actitud de sumisión respondiendo mejor a las indicaciones que se les dan. Muchos de los pacientes de origen subsahariano en estos primeros días de ingreso, tienden a tener conductas más desorganizadas (heteroagresivas, inquietud psicomotriz, desinhibición, etc.). Esta actitud cambia de manera significativa transcurrido este primer momento del ingreso, tendiendo entonces a mostrarse con un humor agradable, realizando danzas y cantos que los refieren a sus lugares de origen. Sus síntomas delirantes alucinatorios son generalmente de contenido antropológico. Los inmigrantes de Europa del este, generalmente, tienden a conductas de tipo auto/heteroagresivas y los latinoamericanos a actitudes demostrativas y de demanda de atención.

Por otro lado es interesante remarcar la diferente respuesta que tienen los pacientes inmigrantes a la medicación. En nuestra experiencia observamos que mayoritariamente los procedentes de las zonas magrebí, Subsahariana y de Europa del Este responden irregularmente a los fármacos de tipo sedativo, siendo en general necesario usar mayores dosis y durante un mayor periodo de tiempo, para conseguir un resultado terapéutico similar al que se consigue en los pacientes españoles. Por el contrario los Latinoamericanos responden

de manera similar a la de los españoles. Sobre esto habría que señalar que existen múltiples factores que podrían estar implicados. Así se deben considerar aspectos que hacen referencia a la eficacia o no de la contención verbal en función del conocimiento del idioma, a aspectos que tienen que ver con efecto placebo de los medicamentos en las diferentes culturas, en función del significado que tienen en el proceso salud/enfermedad, incluyendo en esto el efecto mágico, al significado de un comprimido como medio de tratamiento o a diferencias de índole biológico para tratar de encontrar una explicación. Existe por tanto todo un campo de investigación abierto para tratar de entender estas diferencias de respuesta a los fármacos.

En este momento, hemos de destacar la imprescindible colaboración de la que disponemos, a la hora de interactuar sobre estos pacientes inmigrantes, de las diferentes asociaciones y ONGs que realizan su labor en nuestra área de referencia, y que colaboran siempre de manera desinteresada a la hora de servirnos de interlocutores, como traductores o de participar en la búsqueda de recursos sociales y de familiares.

De todo lo referido anteriormente, se puede entender lo dificultoso que les resulta a los profesionales de salud mental, intervenir en el momento de la crisis psíquica. Tenemos problemas idiomáticos y diagnósticos, ya que su sintomatología podría estar vinculada a contenidos de tipo cultural, obligándonos en muchas ocasiones a poner diagnósticos provisionales o a incidir en más de una posibilidad diagnóstica. Así nos encontramos en los informes de alta diagnósticos como otros trastornos psicóticos transitorios, trastornos psicóticos polimorfos, trastornos disociativos, cuadros adaptativos, etc., en mayor medida que en los pacientes de origen español.

Un aspecto muy interesante que se ha podido observar a lo largo de estos años de camino, es que conforme van avanzando, se están modificando de manera significativa algunos datos cuantitativos y cualitativos. Si en los primeros años, la estancia media de los pacientes inmigrantes era hasta de cinco días más que la de los españoles, año a año ésta ha ido disminuyendo hasta ser prácticamente igual en el año 2006. Este cambio entendemos que está sucediendo porque conforme pasan los años los pacientes inmigrantes, al igual que les sucede a los españoles reingresan. Así en 2005 el 20% de los ingresos de pacientes inmigrantes se correspondían con reingreso, ascendiendo esta cifra en el 2006 al 42%. Pues bien, éstos segundos y posteriores ingresos ya van a tener características similares a las de pacientes españoles, siendo necesario usar en menor

medida la contención mecánica, puesto que ya existe un vínculo entre paciente y personal sanitario, establecido en su primer ingreso, respondiendo a la contención de tipo emocional, sintiéndose ahora los pacientes comprendidos y cuidados, aceptando mejor las indicaciones que se les dan, y los tratamientos, disminuyendo la cantidad de días de ingreso, mejorando la calidad de la interacción, y siendo las dosis de fármacos usados inferiores a la de los primeros ingresos.

9.3.2. Hospital de Día

Este dispositivo se crea en el año 1996, con el propósito de atender a pacientes con trastornos mentales graves de la zona del poniente de Almería. Como todos los hospitales de día este dispositivo se configura con dos funciones básicas:

1. El tratamiento durante las agudizaciones de la enfermedad, como alternativa al ingreso hospitalario de 24 horas, o disminuyendo las estancias en las unidades de hospitalización.
2. El realizar un tratamiento intensivo y limitado en el tiempo en situaciones en las que la atención ambulatoria es insuficiente y la hospitalización de 24 horas no es imprescindible.

El objetivo del trabajo en el Hospital de Día es mejorar la competencia social, personal y emocional del individuo que padece un trastorno mental grave, por lo que se debe crear un “medio terapéutico” que proporcione seguridad, favorezca el proceso de cambio de la sintomatología y potencie el desarrollo de nuevas formas de relación que lleguen a superar las conductas disfuncionales.

Por lo anteriormente expuesto se deduce la necesidad imperiosa de dos requisitos que deben presentar los pacientes inmigrantes susceptibles de ingresar en un hospital de día, que son el *conocimiento del idioma* (nivel básico) y tener un *mínimo apoyo sociofamiliar*, que facilite y proporcione las necesidades básicas, durante las horas del día en las que no permanezcan en este dispositivo. Por lo que los datos cuantitativos aportados son significativamente inferiores respecto de la unidad de hospitalización, con un número de ingresos más bajo.

Se establecen dos periodos para analizar los datos de los pacientes inmigrantes ingresados, ya que podrían influir dos variables nuevas:

1. El aumento de población inmigrante de Sudamérica en la zona en los últimos seis años.
2. La apertura de la unidad de hospitalización de 24 horas en el Área Integrada de Gestión de Salud Mental, que facilita la coordinación y la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos en estos dos dispositivos.

En el primer periodo, que va desde su apertura en junio de 1996 hasta finales del 2002 fecha en la que se crea la unidad de hospitalización de 24 horas, se produjeron un total de 902 ingresos de los que 21 fueron de pacientes inmigrantes, que se corresponde con el 2,1%. Estos ingresos los generaron quince pacientes, doce de África, uno de Asia, uno de Europa y uno de Sudamérica. Los diagnósticos fueron del grupo de la esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos de personalidad, con similar proporción a los ingresos de la población española. La estancia media fue similar, 40,5 días en las personas inmigrantes y 40,2 en los españoles. En el segundo periodo, que discurre desde enero 2003 hasta diciembre de 2006, se produjeron 497 ingresos, 18 de ellos inmigrantes que se corresponden a catorce pacientes, de los cuales ocho fueron de de África, tres de Sudamérica, tres de Europa. Se repiten los mismos diagnósticos que en el anterior periodo y en la misma proporción que las patologías de los españoles, y la estancia media ha sido para los pacientes inmigrante de 41,7 días, y para la población española de 37,2.

A pesar del número reducido de pacientes inmigrantes atendidos, se puede resaltar que no ha habido dificultades ni en la atención y cuidado, ni en el nivel de integración y colaboración de los pacientes en las diversas actividades grupales o individuales; con las particularidades individuales que marcan su situación por la fase de la enfermedad en la que se encontraban, o las dificultades en las relaciones personales secundarias a su trastorno. Sin ser un obstáculo en el tratamiento las diferencias culturales, ya que los pacientes conocían el idioma (la media de permanencia en España era de de más de tres años), instrumento básico para su participación en las diversas actividades en el Hospital de Día. Se añade a esta valoración, las propias características de este dispositivo, más que otro encuadre psiquiátrico, se suele diseñar como un sistema integrador, cuyas partes y procesos están en continua interacción, que proporciona seguridad y facilita el cambio para que se puedan establecer relaciones significativas. Podemos concluir que no ha habido en los pacientes inmigrantes diferencias cualitativas en el proceso terapéutico con respecto al resto de la población atendida en este dispositivo.

9.4. Cuidados de enfermería y atención sociosanitaria

Se puede definir cuidado como la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o establecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte (Revista de Enfermería, 2002). Respecto a los cuidados de enfermería a pacientes mentales inmigrantes, debemos realizar una llamada de atención para no acabar realizando una enfermería segmentada por diferentes etnias, sexo o religión. Por tanto, la atención de enfermería a la población inmigrante debe y tiene que ser igual que al resto de la población, adaptándola a las características específicas de la cultura de cuidados desde la perspectiva intercultural.

Los profesionales de enfermería como principales realizadores de cuidados tenemos una oportunidad especial para hacer enfermería transcultural. Hay dos factores fundamentales que pueden influir e impedir el buen hacer de la práctica enfermera: *etnocentrismo e imposición cultural*. El etnocentrismo se refiere a la creencia de que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores, o superiores a otras (Leininger, M. 1999). La imposición cultural se refiere a la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto como ser humano. Como elemento básico para el acercamiento intercultural, es necesario plantearse cómo podemos prepararnos los profesionales para una mejor comprensión y comunicación con pacientes inmigrantes y sus familias. Para ello es preciso: comprender la diversidad cultural, valorar sus efectos sobre la salud, integrar los diferentes conocimientos y creencias y aprovechar sus recursos.

Cada persona inmigrante vive la experiencia de su condición de diferente manera. Es un reto para la enfermería aprender acerca de las diferentes culturas, ya que realizamos nuestro trabajo en una sociedad cada vez más multicultural. Los cuidados culturales de enfermería consisten en la integración efectiva de los antecedentes étnicos y culturales del paciente y sus tradiciones y los procesos basados en la disciplina enfermera. Desde los dispositivos de atención a la salud mental de la zona tenemos que darnos cuenta, que la población extranjera es un sector importante de los usuarios de los servicios sanitarios con unas características culturales y formas de vida, que van a necesitar programas sanitarios, concretos y culturalmente adaptados, de captación, prevención y atención en salud mental.

Como metodología enfermera disponemos de una serie de herramientas validadas y estandarizadas para el cuidado del paciente de salud mental, fácilmente adaptables en el caso de los pacientes inmigrantes; este sería el Plan de Cuidados con sus diferentes etapas. En cada etapa del proceso enfermero (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación) tendrá una serie de características específicas inherentes a la condición del paciente con alguna psicopatología y como paciente inmigrante. La Valoración de Enfermería, siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, tendría que recoger datos referentes a sus tradiciones de salud, donde se incluirían las creencias de salud o sanación y sus prácticas, hábitos de comida y alimentación, datos relacionados con el motivo de la migración, costumbres, comportamientos, sanciones y restricciones culturales, el lenguaje y el proceso de comunicación. Con respecto a datos sociológicos se tendría que incluir nivel económico, educativo, redes sociales, apoyo familiar, apoyo comunitario, etc.

Los Diagnósticos Enfermeros, dentro de la taxonomía NANDA¹³ (Mi Ja Kim y otros), deben contemplar características específicas que las relacionen con la diversidad cultural y resaltarlas de la forma más precisa posible a la hora de identificar las variables culturales, con el objetivo de individualizar intervenciones que puedan ser planificadas y culturalmente apropiadas. Por las características específicas de la población inmigrante, y en relación con problemas de salud mental, podríamos citar como más frecuentes: *00114-Síndrome del estrés del traslado*, *00051-Deterioro de la comunicación verbal*, *00052-Deterioro de la interacción social*, *Aislamiento social*, *00153-Baja autoestima situacional*, etc. (Baraza, P.; Lafuente, N. y Granados, A., 2007). En la Planificación de cuidados nos marcamos los objetivos y resultados que queremos alcanzar, utilizando taxonomía NOC¹⁴ (Janson, M. y otros. 2002) y para ello es necesario desarrollar la clasificación de intervenciones específicas, teniendo como herramienta taxonomía NIC¹⁵ (Mc Closkey, J., Bluech, G. M. 2002). En esta etapa deberíamos dedicar especial atención a la participación de la familia en el proceso de cuidar, esto implica un cambio de hábitos, para lo que debemos habilitar la comunicación y comprensión de la información y evitar la ofensa al paciente al observar determinadas actitudes en la interacción social.

En la atención integral a pacientes inmigrantes, tenemos en cuenta los factores sociales específicos que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como también la atención

¹³ Sistema de clasificación de diagnóstico enfermero.

¹⁴ Sistema de clasificación de resultados de enfermería.

¹⁵ Sistema de clasificación de intervenciones de enfermería.

a los problemas sociales que se relacionan directa o indirectamente con su situación de enfermedad, tanto si son causa o efecto de la misma. Para llevar a cabo esta tarea se utilizan los mismos protocolos y estrategias de intervención que utilizamos para la población en general, con algunos matices para su adaptación cultural. Debido a su condición, los pacientes inmigrantes y sobre todo los que padecen algún trastorno mental grave, los consideramos un grupo de riesgo social, y como tal son atendidos, es decir, se intenta detectar las situaciones de desigualdad, en particular las que se refieren al acceso a la atención y a los cuidados sanitarios, con la intención de corregir los desequilibrios existentes. Asimismo entendemos que trabajar con criterios de riesgo social implica (Díaz, C.; Pérez, J. 2007): Identificar el riesgo social en salud de la población inmigrante, adecuar la atención sanitaria a las necesidades del colectivo inmigrante, participar en los órganos de decisión a nivel local, realizar seguimiento y evaluación de las actuaciones realizadas.

9.5. Conclusiones y recomendaciones

Los últimos análisis de las tendencias migratorias en diversos países de la comunidad europea y en España, alertan sobre la necesidad de crear políticas asertivas, para podernos enfrentar de forma global a las nuevas situaciones de grupos de inmigrantes, que van a precisar de un fuerte apoyo educativo y sociosanitario, en el que los profesionales sanitarios deben tomar un papel de primer orden.

El cuidado transcultural exige tener una relación empática con las personas y comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural.

Es precisa la promoción, entre los profesionales de salud mental, de actitudes proactivas de solidaridad, apoyo, tolerancia y de igualdad de derechos ciudadanos, posibilitando así la accesibilidad a la atención sanitaria, la continuidad de los cuidados y la integración en el proceso terapéutico. Asimismo evitar las actitudes reactivas como el rechazo, la xenofobia y el racismo, así como las actitudes compasivas y sobreprotectoras, por sus efectos negativos sobre el proceso terapéutico y asistencial.

Los profesionales de salud deben poseer conocimientos básicos sobre las relaciones existentes entre el individuo, el grupo y la cultura, si es que desean ayudar a sus pacientes (Bastide, R., 1978), porque la comunicación con el paciente inmigrante se basa, además

del conocimiento de las técnicas de intervención y de entrevista clínica, en la competencia intercultural. Entendemos por competencia intercultural la habilidad de contextualizar o encuadrar tanto la demanda como la respuesta, dentro del marco cultural de un individuo, una familia o una comunidad. Esta contextualización ayuda a la comprensión e interpretación de la situación concreta y de las necesidades y expectativas de la persona y su entorno, que generan la demanda. Así también, a la emisión de un diagnóstico adecuado, y la elaboración de un plan de intervenciones y de cuidados eficaz y eficiente.

En las intervenciones interculturales es necesario considerar ampliamente cómo hacer interpretaciones que sean culturalmente convenientes, apropiadas, significantes y eficaces; también saber que el mejor lenguaje y conceptos son aquellos que resulten sencillos para familiares y paciente, de manera que puedan recibir fácilmente las explicaciones y que les encuentren significado.

Desde nuestro punto de vista, las *estrategias de intervención* pasan por introducir cambios necesarios y posibles, dentro de nuestro contexto de trabajo, tales como:

1. Actitud asertiva y empática mediante escucha activa, prestando apoyo emocional, proporcionando seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión, ayudando a la persona para adaptarse y afrontar los factores estresantes y los cambios en su nueva vida.
2. La planificación de visitas reguladas y la orientación del plan de tratamiento y cuidados, debe ser evaluada desde el punto de vista práctico, y de los hábitos y patrones culturales de los pacientes, en materia de salud y tratamiento y facilitar el acceso (prontitud en las citas) para evitar abandonos prematuros en los tratamientos.
3. La traducción de documentos y la disponibilidad de los servicios de traductores, intérpretes, mediadores culturales y trabajadores biculturales, facilitaría bastante nuestra labor, aunque éstos en algunos casos tienen limitaciones inherentes a la naturaleza de su profesión (errores en la traducción, desconocimiento de términos utilizados, actitudes, etc.). Además, deben tener conocimientos teóricos y prácticos adecuados a las tareas que van a desarrollar en salud mental.
4. Es necesario “trabajar en red (...) desde el reconocimiento de la diversidad de culturas, de objetivos, de deseos,...” (Leal, J., 2005). Es preciso crear espacios de coordinación intersectorial (instituciones, asociaciones, ONGs, etc) y de intercambio de los diferentes puntos de vista, para facilitar el encuentro entre las distintas organizaciones y profesionales sanitarios.

5. Protocolizar la atención a inmigrantes de manera que se pueda:

- Prestar atención a las diferencias culturales.
- Prestar atención a la situación de inmigración.
- Aumentar el tiempo de atención a estas personas.
- Identificar junto con los pacientes las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de tal forma que puedan elegir de manera informada.
- Dar al paciente más tiempo del habitual en consulta, para que asimile la información y medite la toma de decisiones. Mantenerse relajado y sin prisas en las entrevistas.
- Adaptarnos a las características culturales (horario de la toma del tratamiento farmacológico, de las actividades de rehabilitación, etc. durante el mes de Ramadán, así como al tipo de actividades culturalmente aceptadas y toleradas).
- Adaptar nuestras intervenciones a las necesidades y expectativas derivadas de su situación sociolaboral resultado de su condición de inmigrante.
- Tener en cuenta la influencia de la cultura en la sintomatología (como factor patógeno y patoplástico), en el momento de realizar el diagnóstico, y el tratamiento. Además a la hora de realizar y ofrecer interpretaciones, recordar que no todas las culturas tienen el mismo significado de la depresión, o no manifiestan de la misma manera ni por los mismos motivos los sentimientos de culpa; así también es diferente el contenido y el significado, tanto clínico como cultural de las manifestaciones delirantes y alucinatorias.
- Evitar la tendencia a patologizar la cultura y culturizar la patología.

Hemos elaborado y puesto en marcha, recientemente, un programa centrado principalmente en la captación y seguimiento de pacientes inmigrantes con Trastorno Mental Grave, por considerarlos un grupo de alto riesgo sociosanitario. Esta iniciativa surge, tanto de la necesidad que tiene la población inmigrante de ser incluida en una serie de actividades asistenciales en cuanto a su salud mental, como también de la necesidad que tenemos los y las profesionales de que dicha población inmigrante siga y continúe un plan terapéutico integral adaptado a su contexto cultural y así poder facilitarle la asistencia adecuada en los diferentes dispositivos de salud mental. Uno de los objetivos principales, es que el paciente inmigrante pueda ser incluido dentro de una cadena asistencial, entre los diferentes niveles de salud mental, con el fin de que no encuentre fisuras en dicha cadena y esté asegurada la continuidad de cuidados. Para ello, cuando una persona inmigrante debuta con alguna psicopatología grave y es captada por atención hospitalaria (U.H.S.M o H.D), éstos nos lo hacen saber para concretar una cita, con el objetivo de conocer a paciente, familiares, red

social y que a su vez nos vayan tomando como personal sanitario referente antes del alta hospitalaria. Previo al alta hospitalaria y posteriormente (en las 48 horas siguientes al alta), vía telefónica o visita domiciliaria, entramos de nuevo en contacto con paciente, cuidador/a principal, amistades, etc., con la finalidad de resolverle cualquier duda que les surja, referente a indicaciones de próximas citas con la Unidad de Salud Mental Comunitaria, forma de administración de psicofármacos, continuidad en los cuidados que tengan más deficitarios, asesoramiento social, etc. Pensamos que la coordinación entre niveles que estamos realizando podría suponer un aumento del grado de satisfacción, tanto para el paciente como para el personal involucrado en la atención y cuidados, y que se reduciría la posibilidad de que el paciente se salga de la red de salud mental (por inseguridad o desconocimiento) y con ello mejoramos la calidad de la atención y la accesibilidad. No obstante esta iniciativa precisa ser evaluada transcurrido un tiempo prudencial, uno o dos años.

Sería conveniente la creación de un programa específico de atención a la salud mental de la población inmigrante, coordinado por el Programa de Salud Mental y del que formarían parte profesionales expertos en la materia designados por el Coordinador Autonómico del Programa de Salud Mental, con funciones de asesoramiento, promoción y prevención de la salud y prevención de la enfermedad en la población inmigrante, de docencia, formación e investigación.

Todas las medidas propuestas por los autores en el presente capítulo, tienen como objetivo ofrecer una asistencia más digna y de mayor calidad, elaborando un plan de cuidados, de tratamiento y de prevención, adaptado culturalmente a nivel individual, familiar y social, para lograr una mejor aceptación y por consiguiente mayor adherencia al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baraza Cano, Pilar, Lafuente Robles, Nieves y Granados Alba, Alejandro. IX, Cuidados en Salud. *A) Cuidados de enfermería a población inmigrante* "Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud". Rafael García Galán (coordinador). Edita: Junta de Andalucía-Consejería de Salud. Sevilla. 2007.
2. Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI, 4ª edición, México, 1978.
3. Díaz Gavira, Concepción y Pérez Villar, Juana. Capítulo IX, Cuidados en Salud. *B) Cuidados desde el trabajo social a la población inmigrante*. "Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para

- profesionales de la salud". Rafael García Galán (coordinador). Edita: Junta de Andalucía-Consejería de Salud. Sevilla. 2007.
4. Janson, M.; Mass, M.; Moorhead, S. Clasificación de resultados de enfermería. Ed. El Sevier S. A. Segunda edición. Madrid 2002.
 5. Leal Rubio, J. Vertex Rev. Arg de Psiquiatría. Vol. XVI: 114-122. 2005.
 6. Leininger, M. Cultura de los cuidados, revista de enfermería y humanidades, Nº 6 (pp. 5-12)1999. Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Alicante.
 7. Martínez de Salazar Arboleas, Alma. Descripción de una realidad en la atención a la salud mental de la población inmigrante. En cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: "Inmigración y salud mental". Grupo Salud Mental Transcultural. Nabil Sayed-Ahmad Beiruti (Coordinador), capítulo 2, Pág. 29-39. Edita Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN I.S.B.N.:978-84-95827-34-2. Córdoba, 2006.
 8. Mc Closkey, J.; Bulechek, G. M. Ed. El Sevier S. A. Tercera edición. Madrid 2002.
 9. Mi Ja Kim, Gertrude K. Mc Farland, Audrey M. Mc Lane. (NANDA) Diagnósticos de Enfermería, Definiciones y Clasificaciones. Ed. El Sevier S. A. Tercera Edición. Madrid. 2002.
 10. Onnis, Luigi. Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Ed. Paídos. Barcelona, 1996.
 11. Revista de enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002. www.uclm.es
 12. Sayed-Ahmad Beiruti; Tesoro Amate, A. "Salud mental y migración. Dificultades y soluciones para la adherencia y continuidad de cuidados", en La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental, Cáp. 20 (Pág. 377-398). Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (Coordinadores). Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/35. Madrid, 2006. ISBN: 84-95287-30-7.

10

Salud Mental en la población inmigrante: abordaje desde atención primaria

► José Vázquez Villegas

10.1. Introducción

La salud mental ha sido considerada desde hace años uno de los elementos fundamentales a considerar en el análisis de la salud de las poblaciones inmigradas (Tizón, JL. 1989). Revisiones bibliográficas concluyen que la inmigración no produciría por sí misma un incremento del riesgo de sufrir enfermedades mentales, sino que las alteraciones en este ámbito se vincularían sobre todo a las experiencias de adaptación sufridas durante el proceso migratorio (Cervantes, C. 1989).

Los problemas de salud mental (SM) representan un aspecto importante a tener en cuenta cuando se analiza la salud de las personas inmigradas, no sólo por su frecuencia de presentación y los problemas para identificar a las personas con más riesgo de sufrir estos trastornos de salud, sino también por las dificultades en la interpretación de los síntomas y en su manejo clínico (Berra, S. 2004).

Pocos estudios empíricos han abordado las diferencias en la psicopatología entre personas inmigradas y población autóctona. Un grupo, procedente mayoritariamente del Magreb e Indostán, no presentaron diferencias bioestadísticamente significativas en los diagnósticos de SM en relación con un grupo de personas nativas que consultaban la misma área básica

de salud de la ciudad de Barcelona (Pertíñez, MJ. 2002). No obstante, parece que las personas inmigradas podrían presentar menor proporción de trastornos psicóticos y una proporción más elevada de somatizaciones. Además, cuando los inmigrantes tenían una etiqueta diagnóstica recibían menos tratamientos que los autóctonos. Por otra parte, un estudio ha encontrado más del doble de trastornos multisomatiformes en un grupo de mujeres inmigradas con lengua nativa castellana, comparado con la población general de mujeres de la misma área (Herrero, M. 2003). Otro estudio, sin grupo control, ha encontrado un porcentaje mayor de síntomas depresivos en adultos jóvenes procedentes de diversas nacionalidades (Martínez, MF. 2001). En este caso, se ha encontrado una asociación negativa entre apoyo social y síntomas depresivos.

Por otro lado, los síntomas psicológicos y las patologías psiquiátricas, aun apareciendo de forma universal, pueden verse influenciadas por la cultura de cada persona, dificultando de esta forma su identificación y el estudio por parte del médico de familia.

El modelo multivariado de Goldlust y Richmond explica que el padecimiento de síntomas psicológicos causados por el fenómeno migratorio depende de factores individuales y de factores estresantes que el ambiente ejerce sobre el individuo. Los factores dependientes del individuo son: su perfil psicológico, su resistencia al cambio, su apoyo familiar en el país de origen, el apoyo social en el lugar de destino y el realismo o la idealización del proyecto migratorio. Si nos fijamos en los factores ambientales, habría que tener en cuenta aquellos derivados de la preinmigración donde encontraríamos, entre los más estresantes, la vivencia de guerras y los refugiados políticos; y los que conllevan la postinmigración, como podrían ser el desempleo, la falta de soporte social, así como las condiciones de marginalidad y discriminación (Martínez, M. 2006).

Existen una serie de factores que aumentan la probabilidad que tienen las personas inmigradas de desarrollar un problema de salud mental:

1. Factores personales:

- Sentimientos de soledad (aislamiento por razones idiomáticas, falta de relaciones sociales...).
- Sentimientos de culpa (alejamiento de los hijos, padres, esposa, marido...).
- Aislamiento (sentimientos de añoranza, la ausencia de una red de amistad y familiares).
- Duelo familiar por pérdidas que ocurren cuando no se está en el lugar de origen.
- Pérdida del proyecto migratorio (información y expectativas poco realistas).
- Nivel de salud previo o del resultado del viaje.

2. Factores psicológicos:

- Estrés laboral.
- *Motivación laboral*: La prioridad del trabajo y el ahorro máximo de los ingresos pueden menoscabar otras prioridades, como el mantenimiento de la salud.
- *Promoción ocupacional y social*: Es frecuente encontrar personas inmigradas en las cuales se observa un fuerte desfase entre la ocupación en la sociedad de destino y su categoría profesional.
- *Antecedentes psiquiátricos*: Una selección negativa de la personalidad pre o mórbida que, con dificultades psicológicas para la adaptación en su país o conductas asociales, puede ser la causa de la migración. Normalmente la selección es positiva.

3. Factores culturales:

- *Cultura sanitaria*: La cultura determinada por su nacionalidad, grupo religioso de pertenencia, grupo étnico y zona geográfica de origen, es el determinante fundamental de los deseos y del patrón de comportamiento de las personas y sus hábitos de salud.
- *Creencias, actitudes y percepción de la enfermedad*: Cada individuo tiene una forma propia de vivir e interiorizar su enfermedad, que determina el cuidado que presta a la misma.
- *Densidad étnica*: La salud mental de las personas inmigradas se correlaciona inversamente con la menor presencia de individuos de su grupo en la vecindad, esto pone de manifiesto la falta de redes de apoyo social directo, la pérdida percibida del enriquecimiento cultural y del orgullo de pertenencia al endogrupo.
- Relaciones previas de la cultura de las personas inmigradas y la sociedad receptora: facilitan el destino de la migración y definen la postura de recepción tanto como las expectativas de ajuste y aculturación.

4. **Políticos**: La Ley de Extranjería y sus reformas ha favorecido la marginación de las personas inmigradas que viven en el Estado español al dificultar su proceso de integración social, disminuir sus posibilidades y reforzar las fantasías de rivalidad, celos, envidia y recelos ante las capacidades y poderes que se le atribuyen.

5. **Religiosidad**: Se asocia en los adultos con menor sufrimiento psicológico y presencia de síntomas depresivos más leves.

10.2. Valoración inicial

Está demostrado que los pacientes originarios de minorías étnicas presentan desigualdades en salud (Martíncano, JL. 2004). De los pocos estudios en nuestro medio al respecto, destacamos el de García Campayo, 2006 sobre las “Actitudes de los Médicos de Familia españoles hacia los pacientes inmigrantes”, sobre una muestra de médicos en Zaragoza, sólo el 11% de los médicos estaba interesado en la formación práctica sobre la atención a las personas inmigradas; y sólo el 27,7% reconoce como dificultad de la atención las diferencias culturales y están mayoritariamente en desacuerdo en que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica, tanto a nivel diagnóstico como, sobre todo, terapéutico, aunque en algún caso hay alguna etnia en la que son rechazados por su forma de ser.

En el abordaje diagnóstico de la patología mental de un paciente culturalmente diferente debemos intentar indagar en su lengua de origen y considerar la figura de un intérprete como fundamental (López, R. 2007). Se recomienda un intérprete ajeno a la familia y que conozca las peculiaridades culturales de su etnia y sus creencias acerca de la enfermedad, ya que la cultura determina cómo se definen los síntomas e incluso si un mismo síntoma es considerado o no una entidad patológica (Ruíz, M. 2007).

En la valoración inicial de un paciente inmigrado, se debe realizar una exploración psicológica básica (Galindo, JP. 2007), en la que debemos valorar:

- Estado de ánimo y autoestima: cómo se ve el paciente y cómo cree que lo ven los demás.
- La presencia de ansiedad y diferenciar si la misma es:
 - *Adaptativa*, como respuesta de alerta ante situaciones objetivas de peligro.
 - *Neurótica*, respuesta ante estímulos externos o internos que producen conductas de desajuste y bloqueo.
 - *Psicótica*, la respuesta que se produce es mucho más intensa, y va acompañada con ruptura del sentido de la realidad tanto a nivel de interpretación, percepción e interacción.
 - *Secundaria a proceso orgánico*, puede ser producida por alteraciones orgánicas como hipertiroidismo, hiperglucemia, angina de pecho, etc.
- La presencia de síntomas psicóticos que suponen ruptura con la realidad, como los delirios, alucinaciones y fenómenos de extrañamiento de sí mismo o del mundo exterior. Hay

que tener en cuenta las diferencias con los delirium, alucinosis, etc., que se producen por intoxicaciones o como manifestaciones de origen orgánico (tumores cerebrales...).

- La presencia de insomnio y la calidad del sueño.
- Observar el lenguaje no verbal, en especial la expresión facial, la mirada y los gestos, ya que nos ayudaran a paliar la dificultad lingüística y detectar la existencia de síntomas de sufrimiento mental como la ansiedad o la tristeza, etc.
- Capacidad de adaptación.
- Posibles sentimientos de rechazo, ira o aislamiento.
- Posible marginación o incomunicación.
- La existencia de apoyo sociofamiliar.
- Antecedentes personales y/o familiares de enfermedades mentales.
- En la mujer, hay que explorar la existencia de posibles discriminaciones de género.
- En los niños y niñas es importante la valoración del desarrollo psicomotor, utilizando el test de Denver y su evolución posterior.

10.3. Patología más frecuente

Las personas inmigradas no suelen utilizar los servicios de salud mental. El temor a una mayor estigmatización por parte de la población, y grandes dificultades en la interacción y utilización de unos servicios sanitarios diseñados para la población nativa, lo que implica importantes barreras culturales, en absoluto favorece la accesibilidad a estos recursos. Por eso, en ocasiones, las personas inmigradas vuelven a su país tras desarrollar un trastorno psiquiátrico, desapareciendo de nuestras estadísticas (Martíncano, JL. 2004). Se desprende esta misma conclusión en un estudio realizado en Madrid a finales del 2003, éste concluyó que las personas inmigradas que acuden a servicios especializados tienen un mayor nivel cultural, experiencia de contactos previos en salud mental, un entorno familiar protector o antecedentes de patología psiquiátrica grave. Las personas inmigradas adultas que demandan atención tienden a ser más jóvenes que la población autóctona. Destaca que las personas inmigradas asiáticas no acuden a estos servicios (Ruíz, M. 2007).

El departamento de Atención Sanitaria al Inmigrante de la Generalitat ofrece los siguientes datos: a un 6,5% de las personas inmigradas se les han diagnosticado trastornos mentales, que se deben al duelo por la separación de su entorno (duelo migratorio) y al estrés por los

problemas que tienen, falta de papeles, de trabajo...; un 58% de las personas inmigradas que van al médico en Barcelona tiene depresión, y un 37%, migraña. Una de las consecuencias de los problemas mentales que sufren las personas inmigradas y del desarraigo, es el consumo de drogas (elevado consumo de alcohol y tabaco), motivado, en parte, por la soledad, el estrés y los estados depresivos. Las psicopatologías en las personas inmigradas suelen aparecer con más frecuencia en las mujeres (depresiones).

Se ha comunicado la alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en personas inmigradas, asociados muchas veces a síntomas de somatización y otros ligados a la hiperactivación como trastornos del sueño y de la concentración, hipervigilancia o irritación. También son frecuentes los síndromes psicopatológicos agudos (síndromes confusionales) o crónicos (alcoholismo, drogodependencias, trastornos adaptativos).

10.3.1. Trastornos afectivos

A pesar de que pueda parecer que la depresión y la ansiedad son cuadros bien definidos, existen muchos aspectos de tipo cultural que inciden en la expresión clínica de este trastorno. En la persona inmigrada, la sintomatología depresiva es una de las más frecuentes y se asocia a dos tipos de trastornos: según el DSM-IV-TR al trastorno depresivo y distimia y a un tipo de trastorno más específico estudiado por Achotegui que se relaciona con las tensiones de la migración y el estrés migratorio: el síndrome del estrés crónico en el inmigrante o síndrome de Ulises (Ruíz, M. 2007) el cual se trata extensamente en otro capítulo.

DEPRESIÓN

En el ámbito transcultural, existe un infradiagnóstico de la depresión en atención primaria, algunas de las causas para este fenómeno son (Bhugra, D. 2004):

- Diferentes modelos explicativos entre clínico y paciente.
- Desconfianza a revelar los síntomas.
- Variabilidad en la presentación sintomática: metáforas somáticas.
- Barreras médico-paciente lingüísticas, raciales y culturales.
- Actitud y conocimiento de la depresión por parte del clínico.
- Experiencia insuficiente por parte del clínico.
- Edad del paciente; coexistencia de diagnóstico de somatización.

Un estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 sobre la sintomatología de la depresión entre distintas culturas concluyó que los síntomas más comunes -hasta en el 75% de los casos- eran: tristeza, anhedonia, ansiedad, tensión física, apatía, pérdida de interés y de capacidad de atención y concentración e ideas de insuficiencia e incapacidad. Sin embargo, encontraron marcadas diferencias en los síntomas de ideas de culpa e ideas de suicidio. El Islam, por ejemplo, prohíbe el llanto ante la pérdida de un ser querido, presentan asimismo menos sentimientos de culpa que en la cultura occidental cuyo origen tiene que ver con la trama religioso-cultural del pecado original. Sin embargo manifiestan más somatizaciones.

Entre los síntomas más vinculados a somatizaciones, los más prevalentes son la tríada insomnio-cefalea-fatiga. También otras somatizaciones de tipo articular, en menor porcentaje las abdominales, y por último las torácicas y neurovegetativas. Las alteraciones del sueño son las quejas más persistentes de las personas inmigradas, sobre todo en relación con el insomnio de conciliación. El insomnio presenta pocas diferencias culturales y afecta casi por igual a individuos de todas las etnias y culturas.

10.3.2. Síndromes funcionales psiquiátricos debidos a trastornos cerebrales o metabólicos

Existen cuadros psiquiátricos, por infecciones agudas del sistema nervioso central, que aparecen tras la llegada a nuestro medio con cortos períodos de incubación, pero potencialmente mortales, como la meningitis meningocócica, la malaria cerebral, la tripanosomiasis africana oriental y las encefalitis virales. También la malnutrición (emaciación, deshidratación, fiebre, déficit de tiamina y otras vitaminas), descompensación de padecimientos médicos crónicos, como neoplasias, trastornos endocrinos (enfermedades tiroideas y otras) y trastornos congénitos (hemoglobinopatías), pueden presentarse con síntomas psiquiátricos. Otras patologías que pueden manifestarse a más largo plazo serían: la tripanosomiasis africana occidental, cisticercosis, esquistosomiasis, meningitis tuberculosa, meningitis eosinofílica por *Angyostrongilus* y por *Gnathosoma*, sífilis terciaria, paragonomiasis y las micosis endémicas, como histoplasmosis, coccidioidomycosis, blastomycosis y criptococosis. El síndrome orgánico cerebral puede tener su origen como consecuencia de heridas de guerra, torturas (golpes, privación de oxígeno por sumersión en agua, corrientes eléctricas, etc.) (Martíncano, JL. 2004).

10.3.3. Trastorno por estrés postraumático

Presenta una prevalencia del 8% en la población general. Entre grupos de riesgo, como son las personas inmigradas, oscila entre el 35-50% de los expuestos. Dentro de este colectivo, se presenta con mayor frecuencia en refugiados, en circunstancias de represión política y social (guerras, tortura) a las que se vieron sometidos en sus lugares de origen. No obstante en los inmigrantes no refugiados también se presentan altas tasas de TEPT debido a experiencias como la discriminación racial, el desempleo, las dificultades del viaje desde su país, o las relaciones con la política de inmigración (Ruíz, M. 2007) (Cervantes, C. 1989).

10.3.4. Psicosis: esquizofrenia y paranoia

Existen numerosos estudios que hablan de la mayor incidencia de psicosis en personas inmigradas, entre las teorías que se manejan a la hora de explicar este hecho figuran:

- El que los factores que rodean al propio hecho de emigrar, como factor estresante, actúen sinérgicamente, ya que se ha observado una mayor incidencia de psicosis de origen tardío en la población inmigrada, que indica que el riesgo persiste a lo largo de toda la vida.
- Existe una tendencia a sobrediagnosticar esquizofrenia en población inmigrada debido a limitaciones culturales e idiomáticas y la diferencia en la expresión sintomática. Por ejemplo, pacientes caribeños residentes en el Reino Unido presentan mayor frecuencia de sintomatología afectiva y positiva, fundamentalmente experiencias alucinatorias.

10.4. Abordaje diagnóstico

En el abordaje diagnóstico de la patología mental de un paciente culturalmente diferente, ya se ha reseñado, en la valoración inicial, la importancia de la utilización de intérpretes ajenos a la familia (López, R. 2007 y Ruiz, M. 207).

A la hora de abordar los problemas de salud mental de la persona inmigrada por el médico de familia es útil (Martínez, L. 2006):

- Tratar de recordar que muchas afirmaciones que nos parecen obvias son, en realidad, sólo válidas en nuestra cultura.
- Normalizar la ambivalencia producida por la identificación con dos culturas: La tensión producida por esta situación forma parte del proceso de transculturación, están viviendo una reacción normal ante una circunstancia que precisa adaptación, como es la emigración.
- Utilizar un lenguaje que tenga en cuenta la denominación y el funcionamiento de los síntomas psicológicos en la cultura de origen del paciente:

En muchas culturas no existe una distinción clara entre mente y cuerpo, es muy importante ayudar al paciente a comprender esta distinción. Esta situación es fundamental en Atención Primaria porque se suelen atender a muchos pacientes con molestias inespecíficas y síntomas psicósomáticos (cefaleas persistentes, mareos, sensación de debilidad, etc.). Habría que simplificar el lenguaje adaptándolo a las características del paciente e intentar conocer las connotaciones religiosas, culturales o de género que pudiera tener.

- Tratar de saber desde el principio qué es lo que la persona espera de nosotros: es muy importante no generar falsas expectativas.
- Intentar averiguar cómo intenta el paciente explicar su enfermedad y, si es posible, tratar de utilizarla con fines terapéuticos: podría ser útil indagar sobre la utilización de sanadores o curanderos y ver cuál es la explicación que les ha dado e intentar utilizarla en nuestro tratamiento.
- Ayudar al paciente a normalizar sus reacciones: Insistir en la despatologización de las formas de afrontamiento de los problemas; el llorar, el tener miedo, el sentirse solo, pueden ser reacciones normales a la situación en que se encuentra.
- Tratar de devolver a la persona cierta sensación de control interno, de manejo sobre su propia vida. Procurar que esté activa y que se dedique a los aspectos de su vida que dependen de ella: búsqueda de recursos, conocimiento de la cultura de acogida, etc. Ayudar a la persona a ver cómo cambia su vida cuando hace algo por sí misma.
- Intentar que el paciente entienda la situación y los síntomas que está viviendo como algo transitorio; sus problemas de salud mental son un estado temporal de respuesta a una situación muy dura.

- Orientar a la persona hacia el futuro, hacia la búsqueda de soluciones, tratar de que salga del pensamiento rumiativo.
- Ayudar al paciente a recordar las estrategias de afrontamiento que haya utilizado en otras ocasiones y que le hayan resultado eficaces para solucionar los problemas.
- Ayudar a la persona a encontrar redes sociales o familiares en que apoyarse.

10.5. Tratamiento

Las creencias y prácticas culturales de los individuos, pueden afectar la aceptación o no, por parte de la persona inmigrada, de las intervenciones relacionadas con la salud mental. De hecho, aparecen muchos abandonos y bajas tasas de remisión a los servicios especializados en atención mental de los pacientes de minorías étnicas. Situación que provoca un tratamiento subóptimo de los problemas de salud mental en estas minorías y un riesgo asociado de cronicidad (Martícano, JL. 2004).

Se han descrito las siguientes barreras para la atención mental de las minorías (Comino, EJ. 2001):

- **Principales:**

- Disgregación social.
- El costo de la atención médica.
- Reconocimiento de la enfermedad mental como estigma social.
- Excesiva organización burocratizada y fragmentada de los servicios.
- Falta de conocimiento del sistema de atención médica.

- **Adicionales:**

- Falta de conocimientos en los profesionales sobre la cultura de los pacientes de las minorías.
- Tendencia a basarse sólo en conceptos y en tradiciones diagnósticas de la cultura occidental.
- Prejuicio e incapacidad de los profesionales de la salud para hablar el idioma de los pacientes de las minorías.
- Desconfianza de las minorías en los tratamientos «oficiales».
- Racismo y discriminación sociales que afectan a la salud mental y contribuyen a su más bajo estado económico, social y político.

10.5.1. Manejo de psicofármacos según el grupo étnico

Existen datos que recomiendan indicaciones especiales, principalmente en la dosificación y elección del fármaco en poblaciones determinadas (Ruíz, M. 2007).

En la raza negra: Se desprende de algunos estudios que los pacientes de raza negra suponen un grupo de interés por factores genéticos y enzimáticos que los harían más susceptibles a algunos problemas de farmacodinamia:

- Responden más rápido a los tricíclicos pues el 45-70% son metabolizadores lentos.
- Serían de elección los ISRS debido a su menor efecto en el sistema hepático del citocromo p450, por su menor toxicidad.
- El litio también parece producir más efectos secundarios.
- Se recomendaría usar los nuevos estabilizantes del humor debido a sus menores efectos secundarios y por ser más efectivos en formas clínicas atípicas, predominantes en estos pacientes.

En personas procedentes de Latinoamérica: Estudios recientes muestran que no se encuentran diferencias entre personas latinoamericanas y anglosajonas respecto a la respuesta a tricíclicos o a serotoninérgicos como se creía hasta ahora.

En personas de origen asiático:

- Se requieren dosis menores de tricíclicos pues presentan respuesta terapéutica a niveles séricos menores.
- Los IMAO tienden a no utilizarse porque muchas de sus comidas tradicionales contienen tiramina. Si se necesitaran, se emplearía la fenelzina a elevadas dosis porque la mayoría son acetiladores rápidos.
- No hay estudios comparativos con antidepresivos serotoninérgicos.
- Responden al litio con dosis plasmáticas más bajas que las requeridas en otras poblaciones, en el rango de 0,3-0,9 mEq/l.
- Respecto al tratamiento con antipsicóticos existen datos acerca de varios polimorfismos, sobre todo a nivel del complejo enzimático del citocromo p450 que modificarían la respuesta a clozapina y olanzapina en la población japonesa. La significación clínica de estos polimorfismos varía individualmente por lo que los autores recomiendan considerarlos en el caso de que dosis estándar resultaran ineficaces o produjeran efectos secundarios excesivos.

Como ejemplo de tratamiento de algunas patologías, se propone (Martíncano, JL. 2004):

DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS	INTERVENCIÓN	
Trastorno depresivo mayor, distimia, síndrome de Ulises, trastorno por estrés postraumático, duelo complicado	Depresivos, ansiedad, somatomorfos, disociativos	ISRS, tricíclicos (mayores secundarismo)	
	Ansiosodepresivos, pensamientos recurrentes	Ciomipramina	
	Ansiedad, insomnio	Mirtazapina	
TEP refugiados	Ansiosodepresivos, somatomorfos	Alivio sintomático y reducción del estrés, labores educativas, psicoterapia de soporte y grupos de socialización*	
Estrés, duelo simple	Estrés	Ansiolíticos	
	Desorganización y confusión	Terapia cognitiva: clarificación, el retorno del sentimiento, la perifrasis...	
	Aguda tipo de ansiosodepresivo	Técnicas dinámicas**	Sostén emocional
			Contención emocional
		Terapias cognitivas	Disminuir la confusión y los errores cognitivos
Falta de apoyo social	Intervención social	“Papeles, carencias, alimentación, vivienda, trabajo, seguridad personal, explotación laboral...”	
Síndromes dependientes de la cultura	Somatomorfos, ansiedad, depresivos	Según correspondencia	Colaboración medicina tradicional

* Tareas de aculturación a la sociedad huésped.

** En la psicoterapia se considera que son mejores los tratamientos *task oriented*, dirigidos a una mejor estructuración de las actividades del paciente, que una psicoterapia *insight oriented*.

10.5.2. Interconsultas y derivaciones

Para el médico de Atención Primaria puede ser muy útil discutir la situación con un psiquiatra antes de remitir al enfermo, bien para evitar la derivación o bien como ayuda para hacerla de la forma más adecuada. Cuando se planea la remisión, ésta debe comentarse abierta y cuidadosamente con el paciente (Martíncano, JL. 2004). Se pueden considerar como indicaciones de derivación a servicios especializados de salud mental las siguientes (Tizón, JL. 1988):

- Psicosis.
- Trastorno depresivo severo o resistente al tratamiento.
- Trastornos de personalidad.
- Conductas peligrosas para el propio paciente o para los demás.
- Intento de suicidio o ideas suicidas.
- Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para actividades simples.
- Conductas disfuncionales que requieren cambios caracteriológicos y conductuales.
- Necesidad de tratamientos reservados al especialista.
- Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica del especialista.
- Síndromes dependientes de la cultura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui Loizate J. Intervenciones terapéuticas sobre la depresión de los inmigrantes. En: Achotegui Loizate J. La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002:57-65.
2. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004.
3. Bhugra D, Mastrogianni A. "Globalisation and mental disorders". Br J Psychiatry 2004; 184, 10-20.
4. Caballero Martínez L. Patología psiquiátrica y emigración. Psiquiatría y Atención Primaria 2002; 3(3):17-26.

5. Cervantes C, Salgado de Snyder VM, Padilla A. Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico. *Hosp Com Psychiatry* 1989; 40:615-19.
6. Comino EJ, Silove D, Manicavasagar V, Harris MF. Acuerdo sobre síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes y los médicos de familia: la influencia de la etnia. *Centro de Salud* 2001; 9(3):193-200.
7. Galindo Pelayo JP, Vázquez Villegas J. Protocolo inicial de atención sanitaria a la población inmigrante. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud Junta de Andalucía* 2007:163.
8. García Campayo J, González Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero Martínez L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(6):371-6.
9. Herrero M, González E, Valverde T, Caballero L. Utilización del cuestionario PRIME-MD® para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes [carta]. *Med Clin* 2003; 18(117):719.
10. López Izquierdo R, Martín del Barco OH, Álvarez Manzanares P. Entrevista al paciente inmigrante. *AMF* 2007; 3(5):263.
11. Martincano Gómez JL, García Campayo J. Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante. *Semergen* 2004. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/inmigrante/inmigrante.htm>. Último acceso: 18-10-07.
12. Martínez MF, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema* 2001; 13(4):605-10.
13. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006;29 (Supl. 1):71-2
14. Martínez Muiño L. Salud mental e inmigración. Guía de atención al inmigrante 2ª ed. *Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.* 2006 ISBN 84-8473-505-2.
15. Pertíñez MJ, Viladas JL, Clusa GT, Menacho P, I, Nadal GS, Muns SM. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un area urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29(1):6-13.
16. Ruiz Gómes M. Salud mental e inmigración. *CAP-SEMFYC* 2007. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/fCap.php?VmVvYIHVuYSBhY3R1YWxpemFjafNu&MTE2>. Último acceso 18-10-07.
17. Tizón García JL. Componentes Psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. *Ediciones Doyma* 1988:203.
18. Tizón JL. Migraciones y salud mental. *Gac Sanit* 1989; 3:527-529.



RED
iSir
INMIGRACIÓN
Y SALUD