

AAN

Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría

INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL

GRUPO SALUD MENTAL TRANSCULTURAL

Nabil Sayed-Ahmad Beirutí
(Coordinador)

CUADERNOS TÉCNICOS/ 2
Córdoba 2006

Inmigración y Salud Mental es producto del debate, reflexión y análisis del Grupo de Trabajo Salud Mental Transcultural de la AAN en los últimos años.

Relación de autores

- Nabil Sayed-Ahmad Beirutí. Psiquiatra. Equipo Salud Mental Roquetas, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Coordinador Grupo Salud Mental Transcultural. elinmigrante@telefonica.net
- Alma Mtz de Salazar Arboleas. Psicóloga Clínica USMI-J, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Grupo Salud Mental Transcultural. alma@correo.cop.es
- Francisca Sánchez Sánchez. Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. Grupo Salud Mental Transcultural. paqui@larural.es
- Encarnación Santiago Molina. Doctora en Psicología. Psicóloga Clínica. Área de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Grupo Salud Mental Transcultural. ensa@cop.es
- Pedro Luis Ibañez Allera. Psiquiatra. Jefe de Servicio Salud Mental. Hospital Poniente. El Ejido, Almería. Grupo Salud Mental Transcultural. pibanezallera@hotmail.com
- Clara Sánchez Sánchez. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. PIR-3. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.
- Susana Gutiérrez Moreno. MIR-4. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería
- Águeda Chinchilla Rodríguez Licenciada en Psicología. Psicóloga Interna Residente de Psicología Clínica (PIR-2). Área de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Clara Isabel Vázquez Arjona. Licenciada en Medicina. Médico Interna Residente de Psiquiatría (MIR-3). Área de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.
- Juan García García. Doctor en Psicología. Profesor Titular. Universidad de Almería.

Coordinación: Nabil Sayed- Ahmad Beirutí

Edita: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría – A.E.N.

Apartado 594 - 11500 El Puerto de Santa María (Cádiz)

aan@aan.org.es

www.aan.org.es



ÍNDICE

Prólogo	5
Grupo Salud Mental Transcultural	7
Inmigración: adaptación y duelo <i>Nabil Sayed-Ahmad</i>	9
Descripción de una realidad en la atención a la salud mental de la población inmigrante <i>Alma Mtz de Salazar Arboleas</i>	29
Psicosis e inmigración en la Comarca del Poniente Almeriense <i>Francisca Sánchez Sánchez. Carmen Sánchez Sánchez.</i> <i>Susana Gutiérrez Moreno</i>	41
Ingresos de la población inmigrante en la unidad de salud mental <i>Encarnación Santiago Molina. Águeda Chinchilla Rodríguez,</i> <i>Clara Isabel Vázquez Arjona. Juan García García. Pedro Ibáñez Allera.</i>	49



PRÓLOGO

La actual Junta Directiva de la AAN es elegida en el marco del VIII Congreso de la Asociación, dedicadas precisamente a Inmigración y la Salud Mental. Muchos pudimos apreciar el enorme interés de este tema, su imponente actualidad y la necesidad de actualizar conocimientos y de formar en ello a los profesionales.

Para entonces el Grupo de Salud Mental Transcultural de la AAN ya tenía en su haber una importante labor de detección y descripción de casos, mucho debate y análisis para la conceptualización y estudio de un fenómeno que aparece recientemente en nuestra tierra y con una importante presencia en el Levante Andaluz.

Inmigración ha habido siempre, se dice en el texto, a lo largo de la Historia de la humanidad. Este hecho ha supuesto la adquisición de nuevos valores culturales, humanos, históricos; y también ha supuesto desarraigo, sufrimiento y obligado a un ajuste forzoso y muy desadaptativo para algunas personas.

Nuestra Asociación, sus profesionales, tenemos como objeto de estudio y tratamiento –también de prevención y rehabilitación– el sujeto humano. Un sujeto social, personal, físico, un sujeto que sufre y al que intentamos atender.

Hoy tenemos por delante un significativo reto en el cuidado y atención en la salud mental de la población inmigrante.

Este Cuaderno Técnico nace con la intención de afrontar este asunto: su conceptualización, límites y abordajes; también la descripción, los datos de población inmigrante con Trastorno Psicótico, casos agudos con ingresos...Se aportan conclusiones y recomendaciones para la práctica clínica.

Agradecemos a este Grupo de Trabajo sus aportaciones, desde la AAN y para la AAN, y especialmente a Nabil Sayed, profesional brillante de labor callada, eficaz y rotunda, como se muestra en este Cuaderno Técnico.

Fermín Pérez
Presidente AAN

GRUPO DE SALUD MENTAL TRANSCULTURAL

El grupo ha sido formado en julio de 2001, por profesionales que están sensibilizados e interesados por la situación de la población inmigrante, en la provincia de Almería y en la Comunidad Autónoma Andaluza. Convencidos de que la inmigración no sólo está de actualidad, sino que se trata de un fenómeno estructural, y a nivel internacional, con las repercusiones que supone de cara al diagnóstico y tratamiento, y en general la falta de comprensión del fenómeno, fundamentalmente por la carencia de formación y de datos concretos y sistematizados.

La composición inicial del grupo ha sido de 11 miembros, entre psiquiatras, psicólogos, trabajadora social, enfermera, MIR, PIR y estudiantes de psicología. Ha habido una constante que es el cambio continuo de los miembros del grupo, por razones profesionales y/o personales, siendo la composición actual de tres psicólogas y tres psiquiatras. El continuo cambio de los miembros, la escasez de tiempo, la ausencia de financiación, situaciones personales, desmotivaciones, y la falta de apoyo institucional (todas las actividades del grupo se han realizado fuera del horario laboral), todos estos factores han ejercido influencia negativa en la dinámica del grupo y en su escasa productividad.

Los objetivos del grupo han sido los siguientes:

1. Estudio de variables psicológicas y culturales de la población inmigrante.
2. Comprensión del significado del síntoma y el concepto de salud y enfermedad, dentro del contexto cultural.
3. Elaboración de documentos y protocolos de intervención.
4. Investigación, formación y docencia mediante charlas, conferencias, talleres, etc.

La metodología definida ha sido la siguiente:

1. Confección de base de datos bibliográfica.
2. Elaboración de base de datos epidemiológica.
3. Discusión grupal de resultados y datos obtenidos, con la finalidad de planteamiento de hipótesis de trabajo a seguir.
4. Tratamiento estadístico, si fuese posible.

Resultados:

Se ha elaborado una base de datos epidemiológica de los inmigrantes que han consultado y consultan en la red de dispositivos de Salud Mental de la Provincia de Almería desde el año 2000 hasta el 2005.

Colaboración con las distintas instituciones sanitarias en la formación continuada de los profesionales y miembros de ONGs.



Colaboración con la Fundación Progreso y Salud, en diversas actividades y en la elaboración del “Manual Atención Sanitaria a Inmigrantes”.

Colaboración en la organización del VIII Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, celebrado en Almería en octubre de 2005, con el título “Salud Mental e Inmigración”.

Por último la confección del presente cuaderno técnico, como colofón de sus actividades, ya que casi todos sus miembros pasan a formar parte de la sección “Migración y Cultura en Salud Mental” de la AAN, una vez aprobada por la Asamblea a celebrar en las XXIV Jornadas AAN, en noviembre de 2006 en Córdoba.

Almería, Octubre de 2006

Nabil Sayed-Ahmad Beirutí

INMIGRACIÓN: ADAPTACIÓN Y DUELO

■ INTRODUCCIÓN

El movimiento migratorio no es nuevo sino que ha sido, y es, una constante en la historia de la humanidad. Por tanto, es un fenómeno natural que sirvió como vehículo de transmisión e intercambio del conocimiento y de la cultura; y el impulsor del desarrollo y la civilización humana.

El proceso de inmigración es un fenómeno complejo que implica dejar un “modelo de vida” y de identidad para incorporar otro “nuevo”. Psicológicamente supone un cambio vital, un Acontecimiento Vital Estresante. Asimismo se trata de un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante; es decir, involucra a los inmigrantes, a sus familiares y a la sociedad receptora.

Es una oportunidad para el intercambio de valores culturales, el conocimiento de otras costumbres y hábitos. La migración posibilita el autoconocimiento y la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro, facilitando de este modo la aceptación y el respeto a la diferencia y la diversidad.

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

La migración no es causa de trastornos mentales ya que el sujeto está capacitado por su propia evolución para afrontar esta situación; pero sí es un factor de riesgo para la salud mental, cuando el inmigrante no esté sano o padezca discapacidades y/o el medio de acogida sea hostil.

Emigrar significa salir de un país con historia, lengua, cultura, hábitos y costumbres, abandonar a la familia y a los amigos, en definitiva renunciar a una parte muy querida de la vida. Llegar a un país extraño del cual no se conoce casi nada, ni su historia, ni sus costumbres y, en muchas ocasiones, tampoco su lengua. Así también sentimientos de extrañamiento, de nostalgia, de soledad, desilusión y de ser objeto de rechazo.

La emigración está motivada fundamentalmente por dos tipos de factores: los macroestructurales, es decir económicos, políticos, conflicto bélicos, la globalización, la influencia de los medios de comunicación, etc.; y los microestructurales como la presión de la familia (economía familiar precaria) y la existencia de las redes sociofamiliares en el país destino de la emigración que actúa como un efecto llamada



porque reducen los costos de los desplazamientos y la incorporación de los nuevos inmigrantes procedentes del mismo sitio de origen (Sánchez, 2005).

Los flujos migratorios son inevitables, mientras permanezcan las diferencias en el reparto del Producto Interior Bruto (PIB), per cápita, entre el norte rico y el sur pobre (el de Estados Unidos es 6 veces mayor al de México, y el de España es 15 veces mayor al de Marruecos), o que la esperanza de vida en años oscile entre los 80 de la Unión Europea (UE), hasta menos de los 50 en la África Subsahariana. Por esto, ningún muro ni alambrada, ni ningún tipo de política policial puede pararlos porque es el efecto de una situación estructural injusta, de una distribución injusta de la riqueza, de los recursos y de las personas. No hay otra alternativa que no pase por la cooperación internacional basada en la inversión y la ayuda al desarrollo económico y social (0,7% por ejemplo), la eliminación de la expoliación y explotación de los recursos naturales de los países en desarrollo por parte de las multinacionales, la existencia de libertades y democracia en estos países y, por último, en la elaboración de normas consensuadas para frenar el movimiento migratorio.

“La migración ha sido en la historia la gran válvula de escape de los desheredados. Hoy el mundo está lleno” (Zigmund, 2005). Según el Informe de la Comisión de Población y Desarrollo de la Organización de Naciones Unidas (ONU). (El País, 16 de abril de 2006):

- Más de 191 millones de personas viven en un país distinto al de su nacimiento. Son 36 millones más que en 1990. En los 15 años anteriores habían crecido en 68 millones.
- El 60% emigran del Sur al Norte.
- El 40% (75 millones) emigran del Sur al Sur, la mayoría hacia países asiáticos.
- España en las últimas dos décadas ha pasado de ser un país exportador a receptor de inmigrantes. En 1990 no estaba entre los 20 países receptores, es ahora uno de los 10 que acogen a más extranjeros del mundo. Actualmente es uno de los tres, tras Estados Unidos y Alemania, con un mayor incremento en los últimos tres lustros: cuatro millones de personas.

■ EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

El proceso migratorio 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. En el proceso de adaptación están implicados tanto los sujetos inmigrados como la sociedad receptora y la de origen, en esto radica la complejidad de este proceso.

A lo largo del proceso de adaptación están presentes la ansiedad, el estrés y la ambivalencia, las características y el grado de elaboración de las mismas, por los implicados, van a definir el nivel de “adaptación y/o integración vincular”, considerada



ésta como la relación de integración y de aceptación mutua inmigrante - comunidad receptora (Sayed-Ahmad; Vicente; Río, 2004).

La inmigración es un fenómeno cada vez más extendido que supera las fronteras y convierte a las culturas en ambulantes. El mestizaje tiene lugar a través de la recepción de ideas, valores y costumbres que atraviesan lugares y límites (Soriano, 2004). Las cualidades de este mestizaje, la incorporación social, las distintas formas de asentamiento que los inmigrantes realizan, son consecuencia de tres importantes grupos de factores, a saber: 1) las políticas migratorias de los estados receptores, 2) los niveles de aceptación de la población y 3) la importancia sociocultural de la comunidad de los inmigrantes.

Existen diferentes modelos de enfocar la adaptación de los inmigrantes, que van desde los modelos que exigen la asimilación como sinónimo de integración (Francia), hasta el multiculturalismo y la exclusión (países anglosajones), en los últimos tiempos se viene hablando del interculturalismo como posición intermedia y que podría remediar y corregir muchos aspectos negativos de las otras posturas.

Asimilación → Integración/ Aculturación → Interculturalidad →
Multiculturalismo → Separación, Segregación y Exclusión

El proceso de adaptación se puede dividir en varias etapas: de preparación del proyecto migratorio, de la llegada, de la adaptación y de la encrucijada. Esta división es artificial y no está nítidamente delimitada ni es lineal y solo sirve para la observación, el estudio y exposición de este proceso.

Preparación del proyecto migratorio

Durante el proceso de la toma de decisión de emigrar o no, dominan los sentimientos ambivalentes hacia el hecho de tener que abandonar todo e ir hacia lo desconocido, tal circunstancia genera estrés, ansiedad, miedo al fracaso y a lo desconocido, pero también ilusión y esperanza de solución de los problemas causa de la emigración. Asimismo, surgen reproches hacia la sociedad de origen de la que, por sus carencias, se tiene que emigrar. Todos estos sentimientos están compartidos por los familiares que se quedan, además de la tristeza y los sentimientos de culpa por contribuir (presionar) en la toma de esta decisión.

Durante este periodo se elabora el proyecto migratorio, que influye positivamente en la toma de decisión a favor de emigrar, y lleva en su seno el germen de la ilusión y también del duelo migratorio. Proyecto cuya característica común es la vuelta a corto, medio o largo plazo; es decir, en la mayoría de los casos, no está contemplada la permanencia definitiva en el país de acogida, hecho que va a determinar e influir en el proceso de asentamiento y adaptación.



Asimismo contribuye en la toma de decisión de emigrar, la imagen de éxito real o ficticio de los compatriotas que habían emigrado con anterioridad, y regresan de visita cargados de regalos, o por lo que se observa de mejoría en las viviendas e incluso en el nivel de vida de sus familiares. Tales mejoras, entre otras cosas, son debidas a la gran diferencia entre el nivel de vida entre el norte y el sur y al enorme esfuerzo ahorrativo de los inmigrantes.

Llegada y asentamiento

“Como será llegar de noche a la costa de un país desconocido, saltar al agua desde una barca en la que se ha cruzado el mar en la oscuridad,...un hombre solo, sin documentos, sin dinero,...que no sabe nada de la lengua del país adonde ha llegado ...”

(Sefarad. Antonio Muñoz Molina)

Los sentimientos que dominan, al llegar, son de miedo, de confusión y desorientación por desconocimiento de las normas; así también emociones ambivalentes de alegría por lograr su objetivo de llegar a destino salvo y sano, con mezcla de tristeza por todo lo que ha tenido que abandonar. Esta ambivalencia señala el inicio del duelo migratorio.

Al principio el sujeto se encuentra inmerso en una situación que se puede calificar de anómica, debido al conflicto que se puede generar entre las normas propias y las de la sociedad receptora o, en algunos casos por la ausencia de normas por el abandono de las propias por no ser útiles en su nueva situación y por la no adquisición de las de la sociedad receptora. Esta situación podría generar estrés y angustia que podrían llevar a situaciones de crisis general y de identidad y alteraciones del comportamiento y de la convivencia debido a la desestructuración de la vida psíquica del sujeto.

El papel de “acomodador”, tanto de las instituciones públicas y privadas como del conjunto de la sociedad receptora, es crucial en esta fase y determina el futuro del proceso. Este papel consiste en orientar y ayudar a los inmigrantes, facilitándoles el acceso a todo lo necesario (documentación, contrato de trabajo, vivienda, etc.) para acomodarse e iniciar la convivencia en la sociedad receptora.

De igual modo es importante la comprensión y la promoción, por parte de la sociedad de acogida, de lo que llamo “el rito de iniciación a la inmigración” dicho rito consiste en la acogida, el apoyo y la orientación, de los recién llegados, por parte de las redes sociales de inmigrantes de su propio país como las asociaciones culturales. Basadas en el principio de reciprocidad (Sánchez, 2005), estas redes facilitan la reincorporación y adaptación de los recién llegados, evitándoles el someterse a situaciones críticas, al orientarles y explicarles las normas sociales, culturales y legales



del comportamiento, y el funcionamiento de las instituciones; y ayudándoles, también, en la búsqueda de vivienda, trabajo y todo lo necesario para iniciar su nueva vida. Esta circunstancia, en muchas ocasiones, no sólo no es comprendida por la sociedad de acogida sino criticada y de alguna manera temida, “siempre van juntos”, “se meten muchos en el mismo piso”, “no se relacionan con nosotros”, etc.

Adaptación/integración

El proceso de adaptación se inicia una vez superadas las situaciones críticas y resueltos los problemas económicos y sociales (trabajo, vivienda, etc.). Es un proceso heterogéneo, que depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, de género, edad, etc.

Se trata también de un proceso bilateral en cuanto que interdependiente. Es decir depende de la interacción entre inmigrados y sociedad de acogida por un lado, y por otro, entre el inmigrado y su entorno sociofamiliar.

Adaptarse, aclimatarse o integrarse no implica que el sujeto tenga que renunciar a su propia cultura y su identidad, sino supone una mezcla equilibrada entre lo que uno ha sido y es y lo que va adquiriendo por sus nuevas experiencias y vivencias por su contacto y convivencia en su nuevo entorno. Es decir, adaptarse conlleva tener una actitud receptiva a lo diferente y diverso, de incorporar lo nuevo a su bagaje cultural y personal, en definitiva una actitud intercultural.

La integración se producirá solo cuando haya interés tanto por parte de los inmigrados como por parte de la sociedad receptora. Es decir, que haya aspiración por parte de los inmigrantes a integrarse, y que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como valor positivo que contribuye al intercambio cultural y el mutuo enriquecimiento, convirtiéndose en verdadera sociedad de acogida, disminuyendo de esta manera los niveles de xenofobia, de rechazo y de prejuicios. Por tanto es necesario que exista el deseo de ambas partes a contribuir al desarrollo de buenas relaciones y el intercambio de valores culturales; logrando así una integración basada en el respeto mutuo de los valores culturales, en la interculturalidad, evitando en consecuencia actitudes de exclusión social o exigencias de asimilación. Tales ideas se reflejan en el Esquema de Berry, J. W., con algunas modificaciones, que se expone a continuación.

	Mantener la Identidad Aceptada por ambas partes	
Integrarse y ser aceptado en la sociedad de acogida	SI	NO
SI	Integración	Asimilación
NO	Separación/segregación	Marginalización
Esquema de Berry, J. W. (modificado)		



La adaptación es hallarse entre dos orillas culturales que se aceptan y se respetan mutuamente, que construyen puentes de encuentro y no muros de separación, siempre dentro del marco legal y constitucional del país de acogida. Esto supondría algunas renunciaciones como en cualquier relación y convivencia. El comer cerdo o no, el beber o no alcohol, la forma de vestirse, etc., no son sinónimos de adaptación o desadaptación, sino son cuestiones pertenecientes a creencias y hábitos sociales. La verdadera adaptación es el sentirse uno respetado y aceptado en lo referente a sus creencias y su persona, y respetar y aceptar las creencias y normas de convivencia; es el sentirse parte de un todo diverso y heterogéneo y no excluyente.

Es importante tener en cuenta algunos factores que influyen en el proceso adaptativo, dificultándolo como las actitudes de rechazo, la falta de documentación, trabajo o vivienda, etc.; o facilitándolo como las actitudes de solidaridad, el acceso al trabajo, a la educación, a la salud o vivienda digna, así como la agrupación familiar y la normalización de la situación jurídica entre otros.

La encrucijada

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, 1981). “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” (Calvo, 1977); en esta situación suelen hallarse la mayoría de los inmigrados, que han logrado adaptarse e integrarse a la nueva sociedad donde viven y conviven. Lo que caracteriza esta fase de la inmigración es que se trata ya de un estado permanente y de la mezcla de sentimientos ambivalentes y en ocasiones ambiguos. En definitiva es el vivir entre dos culturas, dos fronteras y en ocasiones fuera de lugar. Como muy bien dice Maalouf, (1999), “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 a caso más sincero si amputara de mí una parte de lo que soy?”.

La posibilidad de volver es contemplada, generalmente, por todos los sujetos en sus proyectos migratorios. Es importante el hecho de que los inmigrantes puedan volver a su país, sea de visita o definitivamente. Esta posibilidad de regresar influye positivamente en el proceso de adaptación y en la elaboración del duelo migratorio. El tener la seguridad de que las “naves” están amarradas y no están quemadas tiene un efecto tranquilizador en el sujeto inmigrado. Si volver es posible significa que las “puertas” están abiertas y esto permite que el contacto con el país y familia sea posible, haciendo que sea más tolerable la ansiedad del proceso migratorio. Pero si



volver no es posible (situación irregular por carencia de documentación y los exiliados, etc.), significa que no hay otra alternativa distinta que permanecer en el país receptor, sin ni siquiera la posibilidad de visitar al suyo. Esta situación contribuye al aumento del estrés y la ansiedad, pero también obliga a canalizar los esfuerzos en la dirección de la adaptación al nuevo medio, adaptación con sus características particulares.

Heterogeneidad del proceso de adaptación

Como se ha dicho anteriormente, el proceso de adaptación es heterogéneo, es decir depende de diferentes factores culturales, de género, y de edad. No es lo mismo adaptarse si se pertenece a una religión/cultura cercana a la de la sociedad receptora o tener el mismo idioma o pertenecer a otra muy diferente (hispanoamericanos, europeos o norteafricanos). Tampoco es lo mismo si se es niño, mujer, o si los motivos son por necesidades económicas, por estudio o exilio forzoso. En este último caso la salida del país no es voluntaria, es un “mal menor”, suele emigrar toda la familia, no hay perspectivas de retorno a corto plazo y esto depende de circunstancias ajenas a su voluntad; la actitud de la sociedad receptora y su administración suele ser algo más solidaria” (Sayed-Ahmad; Vicente; Río, 2004).

Factores culturales, hay muchas diferencias en el proceso de adaptación entre las distintas culturas, debido a la cercanía o lejanía entre la cultura de origen y la de acogida, es decir la distancia cultural. Se puede inferir que, a mayor Espacio Intercultural Compartido (valores culturales semejantes, misma religión o idioma, etc.) se requiere menor esfuerzo, por parte del sujeto y la sociedad de acogida, para el logro de mayor integración; a mayor Distancia Intercultural, es decir menor Espacio Intercultural Compartido, se necesita más esfuerzo, por parte del sujeto y la sociedad de acogida, para el logro de mejor integración. Asimismo a mayor Distancia Intercultural y más Diversidad Cultural, además del mayor esfuerzo integrador que se precisa por parte de ambos, existe el riesgo de la disminución de la capacidad integradora de la sociedad receptora, aumentando a su vez el riesgo del resurgimiento de las actitudes de prejuicios, de rechazo y de xenofobia entre otros.

La cultura no es un producto finalista sino es algo dinámico, diacrónico y sincrónico, por tanto no es estático y depende de la interacción de los individuos entre sí, con su entorno y sus circunstancias, y por ende pertenece al ser humano. Entiendo por interculturalidad, el encuentro y diálogo de culturas, que no se limita al estudio de los elementos culturales de identidad de cada grupo, sino también se fija en los aspectos socioeconómicos como principales determinantes de las desigualdades. El Interculturalismo presenta un doble plano (Soriano, 2004): el ético, es decir las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural, y el sociológico o sea la igualdad de todas las culturas en su interacción y la búsqueda de puntos comunes



entre sus creencias, valores y comportamientos. "Todas las culturas están en relación unas con otras, ninguna es única y pura, todas son híbridas heterogéneas, extraordinariamente diferenciadas y no monolíticas" (Said, 2001). El multiculturalismo es un hecho, una realidad, mientras el interculturalismo es una ideología sobre las relaciones entre las culturas, una actitud, una teoría y no una realidad, implica una interacción y relación.

El género. Las mujeres padecen más 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 estresores 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.

La edad. Dentro de esta heterogeneidad de la adaptación resulta elemental tener en cuenta la edad de la inmigración. Hasta este momento se ha hablado de la adaptación del adulto que decide emigrar con su proyecto migratorio, más o menos perfilado y asumido, pero no es así en el caso de los ancianos, niños y adolescentes.

Los ancianos. Emigran generalmente por reagrupación familiar, por tanto carecen de proyecto migratorio, con pocas expectativas de futuro debido a que el tiempo vivido es mayor del que queda por vivir. Hechos que dificultan enormemente su adaptación, con el riesgo de padecer importantes cuadros depresivos.

Los niños y adolescentes. Cuando una persona inmigrada logra adaptarse a su nueva situación muestra, generalmente, sentimientos y vivencias ambivalentes por el hecho de hallarse entre dos culturas, dos países, dos lealtades, etc. En el caso de los niños y adolescentes, estas vivencias son más intensas, debido entre otras cosas a la ausencia de una identidad de base fuerte. Es especialmente delicada la situación de los adolescentes por encontrarse inmersos en el proceso de metamorfosis que supone el cambio de niño a adulto, y porque viven doble crisis de identidad: la propia de cualquier adolescente y la motivada por su situación social. Es decir se encuentran en el cruce de dos edades y de dos culturas (Sayed-Ahmad, 2006).

Es conveniente a la hora de abordar la situación de los hijos de inmigrantes, diferenciar entre dos grupos:

- 1) los hijos emigrados con sus padres desde sus países de origen, teniendo en cuenta su edad de emigrar,



- 2) los hijos nacidos en la sociedad receptora de los padres. Como veremos a continuación, a pesar de los problemas comunes, existen rasgos específicos de cada uno de estos subgrupos.

Los niños y adolescentes inmigrados, mayormente por reagrupación familiar o que desde el principio acompañan a sus padres. Los muy pequeños suelen tener dificultades e incidencias, en su proceso de socialización, casi semejantes a los nacidos en el país de acogida.

Los adolescentes son los que presentan mayores dificultades de adaptación debido a que su proceso de socialización se interrumpe bruscamente y que el aprendizaje de nuevas estructuras culturales resulta dificultoso por la pérdida de la plasticidad infantil. La interrupción de su proyecto vital en el país de origen, la ausencia de proyecto migratorio propio, al mismo tiempo que las posibles actitudes negativas de la sociedad de asentamiento y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación.

Al principio de la inmigración el adolescente vive una situación de confusión en lo referente a las normas y control social. Con frecuencia muestra comportamientos ambiguos y conflictivos, debido a que se libera de las limitaciones de la sociedad de origen y a que no siente la necesidad de las nuevas limitaciones de la sociedad de acogida por no vivirlas como suyas. A medida que se va adaptando al nuevo medio sociocultural, resulta remodelado por este medio. Esto no supone la destrucción de su antigua educación, sino que en él podrían habitar dos fuerzas que van a luchar en el trasfondo de su ser: por una parte la fuerza que tiende a la divergencia cultural y al mantenimiento de la identidad previa, y otra, la que tiende a la convergencia cultural (interculturalidad) y la integración de los nuevos elementos en su identidad. Es elemental tener en cuenta este momento vital en el que se encuentra el adolescente para poder comprender mejor la problemática que padece; es decir cuando el conflicto entre las dos culturas es sentido no ya como un hecho exterior (conflicto entre la personalidad de base y el nuevo medio) sino como algo interior, entre dos partes de sí mismo, sentidas a la vez como suyas y contradictorias, afectando de este modo su equilibrio emocional por la lucha por el que fue y el nuevo ser que se está naciendo. Estos conflictos pueden manifestarse entonces por la inestabilidad, debida a la lealtad hacia dos grupos antagonistas, la ambivalencia de las actitudes, la desesperación porque no se pueden seguir dos corrientes a la vez cuando estas corrientes arrastran en dos direcciones opuestas, la imposibilidad de realizar una síntesis, el acrecentamiento de la emotividad y la hipersensibilidad (Bastide, 1978).

Los niños y adolescentes no inmigrados, es decir los nacidos en el país de la inmigración de sus padres, a mi juicio, no se les puede considerar inmigrantes de 2ª generación, ya que ellos no emigraron a ninguna parte. Son nacidos y viven en su país, en todo caso serían inmigrantes en el país de origen de sus padres. Sin



embargo la realidad es tozuda, ya que la sociedad, su sociedad, no les considera como ciudadanos suyos de pleno derecho. Dicha sociedad mantiene cierto grado de rechazo y marginación. Esta actitud, junto a las exigencias de su grupo cultural de comportamiento de acuerdo con sus normas, dificulta bastante el proceso de socialización y la adquisición de una identidad sólida y estable. Su conflicto consiste en que ellos viven en la sociedad de nacimiento, han adquirido ampliamente la cultura de su sociedad asistiendo a la escuela, además han tenido la influencia de su familia o barrio (habitualmente viven en barrios de inmigrantes), encontrándose entre dos culturas diferentes, a veces divergentes. Todo esto dificultaría su proceso de endoculturación, por las ambivalencias, las contradicciones y, en muchas ocasiones, las paradojas comunicacionales, obstaculizándose su proceso de socialización. No obstante, los adolescentes suelen adaptarse con bastante éxito a las dos culturas y tienden a desarrollar múltiples identidades externas según los contextos.

En general la calidad de adaptación e integración de los adolescentes se ve influenciada por:

1. La calidad de la integración de sus padres, su actitud hacia la sociedad de asentamiento y por el grado de elaboración del duelo migratorio. En muchas ocasiones los padres mantienen actitudes ambivalentes hacia su situación, postergando y delegando la elaboración de su duelo migratorio en sus hijos, lo que obstaculiza su labor socializadora al no poder transmitir e interiorizar en sus hijos las normas culturales y los valores del contexto en que viven.
2. La actitud excluyente de la sociedad, que obliga a los inmigrantes a vivir en barrios marginales (guetos) y a ocupar los lugares más bajos en la escala social. Se reducen de este modo las oportunidades de promoción y participación en la vida colectiva, manteniéndoles en situación de aislamiento social, cultural y lingüístico, impidiéndoles el acceso a los ideales culturales predominantes, posibilitando así la fusión de las imágenes negativas e identidades que cultivan tanto su grupo cultural como la sociedad donde vive (Erikson, 1977).
3. La actitud homogeneizante y totalizadora de la sociedad dificulta la adquisición y conquista de la conciencia de singularidad, resultado de una integración positiva, al negarle el derecho de ser y sentirse como individuo diferente y único, obligándole al anonimato y a la existencia amorfa y no diferenciada dentro de su colectivo de origen.

■ REACCIONES ADAPTATIVAS Y ENFERMEDADES MENTALES

La salud mental de los inmigrantes y de sus familiares responde a un conjunto complejo e indisoluble de factores individuales, sociales, económicos y culturales que remiten necesariamente al estatus del trabajador inmigrado en la sociedad industrial (Pechevis, 1995). No obstante, "en general, el 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).

La ansiedad en el proceso migratorio se manifiesta, según los Grinberg (1984), básicamente de tres formas:

1. Ansiedad Depresiva, que surge de las experiencias de pérdida masiva de todo lo que se ha dejado, con el temor de no poder recuperarlo jamás. Esta ansiedad facilita el inicio del trabajo de duelo.
2. Ansiedad Paranoide, que surge como respuesta a las exigencias de adaptación vividas por el sujeto como abrumadoras y a veces con pánico por temor al fracaso.
3. Ansiedad Confusional, que surge por los sentimientos ambivalentes hacia lo que se ha dejado y lo nuevo encontrado.

Podemos identificar una serie de factores de riesgo para la salud, comunes a todas las poblaciones inmigradas, que viven en situación de marginalidad sea cual sea la sociedad receptora:

1. Estrés crónico generado por el esfuerzo del proceso adaptativo, el miedo al fracaso, la soledad, el miedo a ser expulsado, etc.
2. Ser el blanco de reacciones de rechazo y de discriminación de la sociedad.
3. Aislamiento social y dificultades en el proceso de socialización y de adaptación, por la existencia de barreras comunicacionales, culturales y administrativas.
4. Lugares bajos en la escala social y escasas o nulas posibilidades de promoción, sobre todo en los jóvenes.
5. Vivienda inadecuada: sin residencia fija, hacinamiento y cohabitación forzada con otros individuos o familias. Vivir en zonas de riesgo social elevado.
6. Los modelos de conducta apoyados por el entorno son ambivalentes en la medida en que todo el grupo familiar está en crisis.
7. Ausencia de redes de apoyo sociofamiliar.
8. Situación administrativa de irregularidad.
9. Cambios climáticos y de hábitos alimenticios y de vida.
10. Dificultades en el acceso normalizado a la red sanitaria pública.

Tanto las enfermedades mentales como las reacciones adaptativas, son muy similares a los de la población receptora, pero están matizados por el estrés migratorio y los factores culturales, tanto en su concepción de salud y enfermedad como en la expresión del padecimiento físico y mental.

Las enfermedades mentales y reacciones adaptativas más frecuentes suelen ser las pertenecientes al síndrome ansioso-depresivo y el trastorno por el estrés crónico. En menor cuantía encontramos los trastornos pertenecientes a la esfera afectiva (depresión tardía o melancolía, cuadros maníacos o bipolares).



Las reacciones psicósomáticas, son bastante frecuentes en las consultas de Atención Primaria y también en la especializada. Son la expresión del estrés y la ansiedad así como la forma cultural de manifestar el malestar en que se encuentra el sujeto. Las más frecuentes son: malestar general, cefaleas, parestesias, mareos, alteraciones de la vista, temblores, dolor abdominal, trastornos gastrointestinales y alteraciones del sueño.

Asimismo, aunque muy poco frecuentes, hay trastornos de la conducta y de la personalidad, sobre todo los del tipo de comportamientos defensivo-agresivos, paranoide o disociativo. A pesar de que las transformaciones culturales rápidas, con el inevitable cambio del sistema de referencias valorativas, junto a la crisis de identidad que provocan, parece conllevar un mayor número de repercusiones y actuar como un factor básico de inseguridad, capaz por sí mismo de provocar una situación psicótica (Castilla, 1980); existen discrepancias en cuanto a la aparición y desarrollo de trastornos psicóticos en los inmigrantes mayor que en la población no inmigrante.

Es elemental estar en alerta para identificar y prevenir los efectos nocivos, sobre la conducta, producidos por la exclusión social y la vida marginal, como la drogodependencia, la delincuencia y la prostitución.

En los niños y adolescente, destacan las alteraciones del comportamiento, las regresiones o retraso en el desarrollo general; asimismo el fracaso escolar, debido a la inhibición intelectual por la falta de estimulación tanto en la escuela como en el entorno familiar y social.

Por último, una mención de los *Síndromes Vinculados a la Cultura* (Koro, Latah, la posesión o el mal de ojo, etc.), que hacen referencia a los trastornos mentales donde se manifiesta claramente la influencia de la cultura. Y que de un modo específico, dichos trastornos están fuertemente vinculados a los factores culturales, es decir a las creencias mágicas, religiosas y éticas, asimismo a las actitudes socioculturales de una sociedad determinada. Aunque los factores culturales afectan, de alguna medida, a todos los trastornos mentales, hay algunos menos influenciados (por ejemplo, la esquizofrenia) por la cultura que otros (la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos alimenticios, etc.) (Sayed-Ahmad, 2002). Los síntomas son más influenciados probablemente que el mismo trastorno, y cada uno de estos síndromes puede tener diferentes formas de expresión. Aunque lo relevante sería realizar una formulación psicosocial de cada caso concreto (Pérez, 2004), el no tener en cuenta a estos síndromes nos podría llevar a falsos diagnósticos y por tanto a tratamientos innecesarios o erróneos.



Síndromes Vinculados a la Cultura (Sayed-Ahmad, 2002)
Ufuyane. - Se manifiesta por sollozos, gritos, pérdida de conocimiento y convulsiones... , es frecuente en el sur de África y en Kenya. Es atribuido al efecto de pociones mágicas.
Ataque de nervios. - Es frecuente entre los latinos tanto en el mediterráneo como en América. Se manifiesta con sintomatología disociativa y ansiosa: bochornos, inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento.
Ansiedad maligna. - Se da en África (Nigeria). Es un estado de ansiedad intensa debida al estrés por el esfuerzo de adaptación a las situaciones vitales y los frecuentes cambios culturales. Se manifiesta por intensa ansiedad, agitación, irritabilidad y miedo.
Vudú. -Es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería. Los síntomas más frecuentes son: gran angustia, intenso miedo, alteraciones neurovegetativas, sintomatología delirante-alucinatoria y confusiones. Se da en África, Sur América, Australia y las Islas del Pacífico.
Mal de ojo. - Es característico de la cultura mediterránea, y se da sobre todo en niños y mujeres. Se atribuye a la capacidad o poder que tienen algunas personas en la mirada causando el mal a la persona envidiada por alguna característica o posesión. Las manifestaciones más frecuentes suelen ser de tipo psicossomático como el insomnio, fiebre, diarreas, vómitos, cefaleas y mal estar generalizado.
Zar. - El término zar se refiere tanto a una ceremonia como a una clase de espíritu. Es bastante común en Etiopía, Somalia, Sudan, Egipto (Nubia), norte y medio-este de África. El trastorno se caracteriza por experiencias de posesión tipo disociativo, con gritos, estereotipias, bailes y cantos. En estas sociedades no se considera como algo patológico.
Amok. - Se trata de un ataque indiscriminado de homicidio en masa. El individuo en un estado semejante al disociativo empieza a correr sin cesar destrozando todo lo que encuentra a su paso, matando a personas y animales que se ponen en su camino. Elige armas enormemente destructivas y lugares muy concurridos para cometer su homicidio masivo. Se da en Indonesia y Malasia.
Koro (Síndrome de Retracción Genital). - Se trata de un síndrome psiquiátrico cuyo síntoma principal es el pánico agudo o reacción de ansiedad, a causa del miedo a la retracción de los genitales. Por la suposición de que el pene va retrayéndose e incluso se invagina dentro del abdomen pudiendo causar la muerte; debido a la creencia de que por los excesos de la actividad sexual se produce pérdida de elementos Yang con el semen, produciendo ruptura en el equilibrio Yin-Yang. Se distribuye geográficamente en sudeste de Asia, sur de China, India y Malasia.

■ DUELO MIGRATORIO

El desarrollo y crecimiento psicológico, psicosocial e incluso el desarrollo humano en cualesquiera de sus facetas, no está exento de elecciones, de renunciaciones y de pérdidas; en consecuencia se puede entender la vida humana “como un conjunto de procesos de duelo escalonados e imbricados” (Tizón, 1997).

El duelo, habitualmente, se entiende como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales por la pérdida de un ser querido o una abstracción (patria, objetos, paisajes, etc.) al cual se estaba afectivamente vinculado, que ponen en marcha un proceso de reorganización de la personalidad y de adaptación a la nueva realidad. Se trata por tanto de un proceso continuo que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. “Es, sobre todo y ante todo una realidad colectiva, social y cultural” (Tizón, 2004).

La inmigración, como todo cambio social y personal, tiene su parte de duelo. Dicho duelo se explica por la pérdida múltiple y masiva, el dolor y la frustración de



expectativas, que supone el hecho de trasladarse, desde un sitio con vínculos afectivos a otro nuevo al que tiene que adaptarse y desarrollar nuevos vínculos. Este duelo se manifiesta fundamentalmente con síntomas depresivos por las pérdidas y síntomas de ansiedad y confusionalidad debido al estrés del proceso adaptativo y la lucha por conseguir sus anhelos.

La sociedad receptora también sufre cambios sociales al admitir en su seno a nuevas personas, con hábitos culturales y costumbres diferentes. Por esto se enfrenta a un duelo particular por la pérdida de la "pureza" cultural y de costumbres, durante el cual tiene que elaborar y desarrollar nuevas actitudes y vínculos así como nuevos valores resultado del inevitable mestizaje. Duelo que será diferente, mejor o peor elaborado, dependiendo de la distancia cultural, el porcentaje de inmigrantes en su seno y de la velocidad de llegada de nuevos inmigrantes.

El duelo migratorio supone, por tanto, mantener y reelaborar vínculos con los objetos perdidos, así como adoptar y desarrollar nuevos vínculos con la sociedad de acogida. Este trabajo de duelo, que requiere del sujeto esfuerzo, podría ser simple si las condiciones donde se desarrolla son favorables, o complicado si se lleva a cabo en condiciones desfavorables por las condiciones personales (familia que se queda y no puede traerla,...) o sociales adversas en el país de origen o en el de acogida.

En el duelo migratorio no se pierde un sólo objeto, sino la pérdida es múltiple de personas y de abstracciones. El individuo que emigra pierde a la familia y los amigos, el estatus social, su proyecto vital, la lengua y cultura, el grupo y el sentimiento de pertenencia, la tierra y paisajes, etc.; todo lo cual exige al sujeto un trabajo de duelo diferente al habitual, con emociones amplificadas en su intensidad y ambivalencia.

Cuando evaluamos el duelo migratorio, hay que tener en cuenta que, en general, se trata de una vivencia emocional natural en todo ser humano pero, al mismo tiempo, tiene una serie de características que le hace diferente a otros duelos, estas son:

1. Desaparición súbita de un conjunto de objetos: personas, personajes, paisajes, etc.,
2. No hay desaparición definitiva, sino lejanía,
3. Es un duelo parcial, complejo, complicado, vincular, ambivalente y transgeneracional,
4. Miedo a crecer lejos y a perder sus referentes de pertenencia,
5. Afecta tanto al inmigrante, a los que se quedan en el país de origen como a la sociedad receptora,
6. Afecta a la identidad,
7. Es recurrente y con tendencia a la cronificación.

El duelo migratorio, se puede considerar como un síndrome, es decir un conjunto de emociones, de representaciones mentales y conductas, con vivencias ambivalentes. Vinculado a la cultura en su manera de manifestarse, porque la cultura canaliza el



modo de expresar las emociones y los síntomas. Las manifestaciones más frecuentemente son:

1. Síntomas depresivos: tristeza, llanto, tendencia al aislamiento. La apatía y la disminución de la actividad son menos frecuentes, porque tiene que seguir luchando por la adaptación y la supervivencia.
2. Estado de ansiedad por el estrés que se manifiesta por tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes y somatizaciones como el insomnio, cefaleas, irritabilidad, etc.
3. Síndromes confusionales como la desorientación temporal y espacial, pérdidas de memoria.
4. En situaciones límites y críticas, de inestabilidad social y emocional, sin apoyo sociofamiliar y en ambientes vividos como hostiles que les dificulta el establecimiento de relaciones sólidas y disminuye su autoestima, se pueden presentar síndromes de despersonalizaciones e incluso psicóticos.

Elaboración del duelo

Se trata de una serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida y su impacto afectivo y cognitivo, concluyen con la aceptación de la nueva realidad externa, la adaptación a la misma, la reorientación de la actividad mental y la organización del mundo interno (Tizón, 2004). La forma de elaborar el duelo migratorio es componente fundamental de la adaptación al entorno sociofamiliar, al trabajo y a las nuevas emociones.

El duelo bien elaborado, "permitirá integrar de manera discriminada los dos países, los dos tiempos, el grupo de antes y el grupo actual, que dará lugar a la reorganización y consolidación del sentimiento de identidad, que corresponderá a alguien que sigue siendo el mismo a pesar de los cambios y remodelaciones" (Grinberg; Grinberg, 1984). Un duelo bien elaborado contribuye a la mejora de la autoestima, la estabilidad emocional y asimismo a tener mejor salud mental y física. Para que dicha elaboración se lleve a cabo, hace falta que el sujeto tenga en buen estado sus capacidades personales de afrontamiento y resolución de conflictos, que el entorno sea favorable de apoyo y solidario; asimismo contribuye la situación administrativa regularizada, con acceso normalizado a vivienda, trabajo, educación y salud pública. Condiciones que le permitan entre otras cosas desarrollar y llevar a buen término su proyecto migratorio.

El duelo mal elaborado o complicado, es cuando el inmigrante no logra superar ni resolver psicológicamente los conflictos internos y externos que le supone su nueva situación. Esto ocurre por causas inherentes al individuo como la historia relacional anterior, su personalidad previa, sus limitaciones para adaptarse a los cambios, o pertenecientes al ambiente social hostil, la falta de redes sociofamiliares, a la situación jurídica, administrativa y laboral inestable y desfavorable (sin papeles, sin trabajo, hacinamiento,...), y por la no realización de su proyecto migratorio objeto ansiado



pero no obtenido. También influyen algunas características del propio duelo migratorio como el ser múltiple, parcial y recurrente debido a la nostalgia, que es como la brasa que se va consumiendo lentamente, pero su llama se puede avivar por el viento de cualesquiera circunstancias emocionales, que se generan durante el proceso migratorio. Esta falta de elaboración puede afectar, seriamente, a la autoestima del individuo, a su capacidad de adaptación y resolución de los conflictos y problemas, produciendo en él sentimientos de frustración y fracaso que se manifiesta con ira, rechazo y aislamiento. Así también, puede manifestarse en cualquiera de las reacciones adaptativas, psicosomáticas y enfermedades mentales, antes descritas, e incluso podría devenir en cuadros psicóticos graves como la esquizofrenia o trastornos paranoides.

■ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La inmigración debe ser considerada como Acontecimiento Vital Estresante y como tal podría ser un factor de riesgo para la salud mental de los inmigrantes. Tanto los inmigrantes como la sociedad receptora, con sus instituciones, deben tomar conciencia de este riesgo, para así poder prevenir sus posibles efectos perjudiciales tanto para el inmigrante como para el conjunto de la sociedad.

La inmigración no sólo es inevitable, sino que es deseable porque aporta soluciones económicas para el inmigrante, para el país receptor y para el país emisor. Asimismo por ser fuente de intercambios culturales, de conocimiento de otras costumbres y realidades, que brinda la oportunidad del mestizaje cultural, de perder el miedo a lo diferente, al otro, al extraño y salir de situaciones de aislamiento cultural, fuente de actitudes de xenofobia. Este conocimiento mutuo, además de permitir perder el miedo al otro, fortalece los elementos determinantes de la identidad sociocultural, al percibir de que el mestizaje cultural no debilita la propia cultura sino la enriquece y dota, al sujeto y a la sociedad, de más seguridad en sí mismos y en sus relaciones con los demás.

La importancia del conocimiento y comprensión de la cultura religiosa de los inmigrantes por la comunidad receptora, y viceversa, radica en que los valores y las normas que constituyen la cultura de un grupo étnico, influyen en su peculiar forma de adaptación, la manera de elaboración del duelo y en su modo de ver el mundo y en su interacción. Este conocimiento mutuo también ayudaría a la comprensión de las costumbres, hábitos, estructura funcional de la familia y otras instituciones, así como el conjunto de comportamientos culturalmente determinados.

Es muy importante que la sociedad y las instituciones cumplan con su papel de acomodador, facilitando y promoviendo el mejor conocimiento del funcionamiento de los servicios, entre ellos del sistema sanitario público, facilitando así la adaptación de los inmigrantes a la sociedad de acogida y por consiguiente el acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación y a la salud. Asimismo la promoción de actitudes pro-



activas de solidaridad, de apoyo y de igualdad, evitando así las actitudes reactivas de rechazo y xenofobia.

Otro aspecto a tener en cuenta es el porcentaje de la población inmigrante en una determinada zona geográfica. El aumento del porcentaje (concentración) de población inmigrante podría ser un factor de riesgo, por el posible desequilibrio sociocultural y demográfico que se produce, generando actitudes negativas y disminuyendo la capacidad de respuesta y de integración de la sociedad. Cuando dicho porcentaje es entre el 25% y el 30% podemos hablar de Zonas Necesitadas de Transformación Social que requieren de atención y actuaciones especiales para facilitar la integración y la adaptación a la nueva realidad y evitando así el resurgimiento de actitudes y actos de rechazo y xenofobia. Si además del porcentaje hay mayor distancia y diversidad cultural las dificultades y los riesgos aumentan.

Se hace necesario promover entre el colectivo inmigrante actividades socio-culturales que faciliten el contacto activo con la sociedad receptora, de apoyo y solidaridad interna. Asimismo el aprendizaje del idioma, por ser este el instrumento, mediante el cual los inmigrantes llegan a comprender y entender mejor la cultura, el funcionamiento de la sociedad y de sus instituciones, mejorando así su adaptación y su convivencia.

Todo esfuerzo será vano si no se comienza actuando sobre el medio de acogida y la población inmigrante. Dicha actuación pretende, la desaparición de las actitudes de rechazo, de xenofobia o racistas, que las leyes de extranjería no sean de exclusión sino de integración, y que los inmigrantes sean considerados como ciudadanos de pleno derecho con sus obligaciones y sus derechos.

Es básico el fomento de la actitud intercultural y promover la competencia cultural, entre los profesionales que atienden a los inmigrantes, entre ellos los sanitarios. Se entiende por competencia cultural la habilidad de contextualizar o encuadrar tanto la demanda como la respuesta a la misma, 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 reales de la población inmigrante, a la emisión de un diagnóstico adecuado, y a la elaboración de un plan de ayuda y de promoción eficaz y eficiente. La competencia cultural supone saber comprender y aprovechar de forma creativa y productiva las diferencias, no ignorarlas o simplemente superarlas. Supone también tener conciencia, conocimiento y habilidad cultural.

La falta de competencia cultural a menudo impide distinguir entre las manifestaciones culturales y determinados comportamientos patológicos, provoca diagnósticos y planes de cuidados erróneos y dificulta la identificación de las enfermedades vinculadas a la cultura. Es básica la formación en Competencia Cultural de los profesionales y de los agentes sociales. El conocimiento de los aspectos socioculturales y de su influencia en el proceso Salud-Enfermedad, ayuda a disminuir las barreras culturales y optimiza la calidad de la atención prestada (Sayed-Ahmad; Tesoro, 2006).



El cuidado transcultural exige de los profesionales de salud mental, tener competencia cultural, pero sobre todo sensibilidad cultural, es decir actitud de empatía con las personas y comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural, y no rechazar todo lo que venga de las otras culturas, en lo que a los cuidados se refiere, como algo negativo o acientífico. Esta sensibilidad supone además una actitud de respeto y trato de igual a igual a todas las culturas, y que estas no son “puras” y herméticas, sino son híbridas y porosas. Tener en cuenta que la valoración de las necesidades de cuidados de la población inmigrante es semejante a la de la población autóctona, el único elemento diferenciador es identificar aquellas necesidades de cuidados derivadas de su situación de inmigrante (Baraza; Lafuente.; Granados, 2004).

En consecuencia los profesionales de salud mental deben:

1. Adaptar y contextualizar sus planes de cuidados, y el conjunto de las intervenciones, a las necesidades de los inmigrantes y sus hábitos culturales de cuidados.
2. Contemplar y tener en consideración la interpretación que el paciente da de su padecimiento en lo referente a las causas y al significado de sus síntomas.
3. Tener en cuenta los factores estresantes en el proceso de adaptación en la inmigración (aislamiento, sentimientos de soledad y culpa, incomunicación lingüística, estrés crónico, hostigamiento y rechazo, etc....),
4. Recordar que la inmigración es un hecho, generalmente traumático y estresante, pero no es una enfermedad.
5. Que el duelo migratorio, en principio, no es patológico y solo precisa contención emocional y acompañamiento, pero también estar atento a la posible complicación del mismo, por la situación de los inmigrantes y las mismas características de este duelo, como se ha indicado anteriormente.

Una mención especial en lo referente a los hijos de inmigrantes, es elemental la promoción de cambios de actitudes de xenofobia y de rechazo en las instituciones educativas, tanto a nivel de los alumnos como de los profesionales. Realizar todos los esfuerzos necesarios para evitar el fracaso escolar y mejorar las expectativas de promoción social y laboral de los jóvenes. Asimismo fomentar una integración crítica, en base a un modelo alternativo de socialización, mediante diversas actividades grupales e interculturales, oponiéndose a la asimilación o la exclusión, para responder de esta manera a los problemas de identidad. La agrupación familiar, en general, es un factor positivo tanto para la integración como para el logro de la estabilidad emocional, la identidad y seguridad; pero es necesario tener en cuenta que los éxitos en un ámbito de la interacción humana puede conllevar fracasos en otros aspectos, nos referimos en particular a los niños y adolescentes que emigran siguiendo a sus padres y lo que supone de rupturas y crisis que ya han sido tratadas anteriormente.



■ BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui Loizate, J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural, Ed. Mayo, Barcelona, 2002.
2. Baraza Cano, M^a P.; Lafuente Roble, N.; Granados Alba, A. Cap. 13 "Atención de enfermería en población de origen extranjero", Pág. 163-176, en Lobato Astorga, P.; Regato Pajares, P.; Iglesias Arrabal, C.; Vázquez Villegas, J. editores. Manual de atención sanitaria a inmigrantes, 2^a edición. Edita Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud-Junta de Andalucía. 2004.
3. Bastide, R. Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI, 4^a edición, México, 1978.
4. Calvo, Francisco. Que es ser emigrante. Biblioteca salud y Sociedad. Editorial La Gaya Ciencia, 1977.
5. Castilla del Pino, C. Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general, Psiquiatría clínica. Ed. Alianza Editorial, Madrid, 1980.
6. Erikson, Erik H., Identidad, juventud y crisis. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.
7. Grinberg, L. y Grinberg, R. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Alianza editorial. Madrid, 1984.
8. Maalouf, A. Identidades asesinas, Alianza Editorial. Madrid, 1999.
9. Moliner, M. Diccionario del uso del español. Editorial Gredos, S.A., Madrid, 1981.
10. Pechevis, M., en Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soulé, M. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. VII, Cap. I, Pág. 19-34. Ed. Biblioteca nueva, Madrid, 1995.
11. Pérez Sales, P. psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Ed. Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao, 2004.
12. Said, E. Cultura e Imperialismo. Ed. Anagrama. Barcelona, 2001.
13. Sanchez Molina, Raúl. "Mandar a traer". Antropología, migraciones y transnacionalismo. Salvadoreños en Washington. Ed. Universitas, S.A., Madrid, 2005.
14. Sayed-Ahmad Beirutí, Nabil. Los hijos de los inmigrantes, "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. <http://www.samfycalmeria2006.net> <http://www.samfycongresos.com/pdfs/hijosinmigrantes.pdf>
15. Sayed-Ahmad Beirutí, N. "Trastornos mentales específicos de determinadas culturas", en Manual de Psicología Clínica y General, volumen II Psicopatología, Cap.22 (Pág.481 a 492), Cangas, A. J., Maldonado, A. L. y López, M. (Editores). Alborán Editores. ISBN: 84-607-6075-8. Granada, 2002.
16. Sayed-Ahmad Beirutí, N.; Vicente Gázquez, J.; Río Benito, M^a J. Cap. 5 "Salud Mental: el proceso de adaptación al hecho migratorio y problemas de salud derivados", Pág. 59-70, en Lobato Astorga, P.; Regato Pajares, P.; Iglesias Arrabal,



- C.; Vázquez Villegas, J. editores. Manual de atención sanitaria a inmigrantes, 2ª edición. Edita Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud-Junta de Andalucía. 2004.
17. Sayed-Ahmad Beirutí; 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.
 18. Soriano, R., Interculturalismo. Ed. Almuzara. Córdoba, 2004.
 19. Tizón, Jorge, L., San-José, Jaume, Nadal, Dolors. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Volumen I. ed. Herder, Barcelona, 1997.
 20. Tizón, Jorge, L. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Ed. Paidós, Barcelona, 2004.
 21. Zigmund Bauman. Vidas desesperadas. Ed. Paidós 2005.

DESCRIPCIÓN DE UNA REALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

■ INTRODUCCIÓN

De todos es conocido que, a pesar de encontrarnos en la era de la globalización, existe más de una realidad a lo largo y ancho de este mundo. Realidades que resultan ser muy diferentes entre sí y que someten a las personas a experiencias de vida que pueden llegar a ser muy distintas, algunas de las cuales van acompañadas de una gran carga de sufrimiento; bienestar, opulencia, estabilidad, afecto, protección.... junto a pobreza, hambre, paro, guerras, muertes, persecución...

El desarrollo tecnológico que se ha venido produciendo a lo largo del siglo XX ha favorecido "un mundo abierto de par en par" donde esas realidades diferentes, que se dan de forma simultánea, se encuentran como en un escaparate, exhibiéndose y llamando la atención sobre las desigualdades existentes y sus consecuencias. Una de esas consecuencias es el deseo, legítimo, de aquellas personas que viven en situaciones de mayor sufrimiento de "acceder a otros mundos", aunque para ello tengan que renunciar al lugar en el que viven, a sus valores y referentes culturales, a su idioma e, incluso, a su propia familia. Cerca de 175 millones de personas (el 2,9% de la población mundial) vive fuera de su población de origen (El País, 2006)

El acceso y llegada a esos "otros mundos" donde, en principio, se podrán encontrar mejores condiciones de vida, no está exento de obstáculos y riesgos y supone un proceso de adaptación a una nueva realidad que, en ocasiones, no resulta exitoso.

Según datos del Anuario Estadístico de Extranjería de este año 2006, los extranjeros residentes en España representan, en estos momentos, el 3,2% de la población (se estima que, en la Comarca del Poniente Almeriense, entre el 25 y el 28% de los habitantes son inmigrantes). El presente trabajo pretende asomarnos a una parte de este grupo social: aquellos cuyo grado de malestar psicológico les lleva a consultar en salud mental.



■ OBJETIVOS

- Determinar si se ha producido un aumento de la demanda de consultas de salud mental por parte de población inmigrante en los últimos años, en consonancia con el aumento de la inmigración en la comarca
- Conocer aspectos sociodemográficos del sector de población inmigrante que consulta en salud mental en el área del poniente almeriense
- Diseñar líneas de mejora de la atención a la salud mental en este colectivo por ser un grupo de riesgo psicosocial

■ MATERIAL Y MÉTODO

Dado que hasta hace pocos años las personas inmigrantes en nuestra comarca no eran un grupo especialmente numeroso y representativo, en la administración pública sanitaria no se hacía especial mención ni atención a la recogida de aspectos psicobiográficos que estuvieran relacionados con este fenómeno. Solamente la sensibilidad de ciertos profesionales (integrados en el Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría) hacía que algunos de estos datos se tuvieran en cuenta y se recogieran, aunque fuera de forma no muy sistemática.

Diseño: estudio descriptivo transversal

Muestra: personas inmigrantes que acudían por primera vez a consultar a un Equipo de Salud mental del área del Poniente almeriense entre los años 2000 y 2004 (ambos inclusive). La muestra total fue de 464 personas (272 pertenecientes al equipo de Roquetas y 192 al de El Ejido).

Material y procedimiento: el primer paso fue elaborar una ficha de datos que sistematizara la recogida de las variables que consideramos de interés para este estudio (ver anexo 1) y que se administraba a todos los pacientes extranjeros que consultaran por primera vez.

Las variables relevantes consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, núcleo de convivencia, país de origen (agrupados en 6 categorías según proximidad geográfica: Norteafricanos, Subsaharianos, Hispanos, Europa del Este, Unión Europea y otros), tiempo en España, diagnóstico (según criterios CIE-10) derivación al ESMD y motivo de alta.

En segundo lugar, se revisaron las historias clínicas de estos pacientes con el fin de contar con los datos relevantes y que, por algún motivo, no estaban incluidos en la ficha.

En tercer lugar se creó una base de datos mediante el programa SPSS 11 con el fin de llevar cabo el análisis de los mismos.



■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Lo primero que se pone de manifiesto al analizar los resultados obtenidos, tal y como habíamos previsto en nuestras ideas iniciales, es el aumento de la demanda de *primeras consultas* que se había duplicado en cuatro años (Gráfico 1) pasando de 72 (año 2000) a 143 (año 2004), produciéndose, cada año, una mayor demanda en el Equipo de Roquetas que en el de El Ejido (Tabla 1).

GRÁFICO 1

Número de pacientes inmigrantes que consultan por primera vez en los ESMD del Poniente almeriense

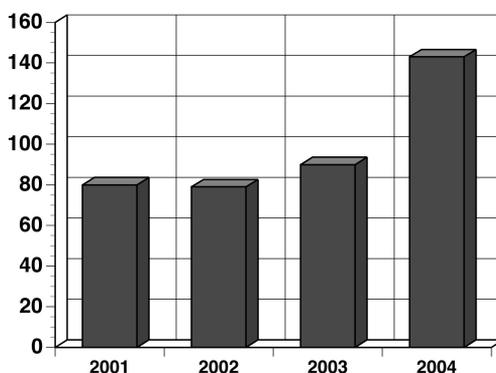


TABLA 1

Primeras consultas de pacientes inmigrantes por equipos

AÑO	EJIDO	ROQUETAS
2000	32	40
2001	30	50
2002	30	49
2003	42	48
2004	58	85

¿A qué países pertenecían?, ¿qué características tenía este grupo de pacientes?, ¿formaban, realmente, un colectivo que compartían rasgos comunes? La gran variabilidad de nacionalidades que encontramos (más de 50 países distintos) nos hizo agruparlos, de forma artificial, por la proximidad geográfica de los países de procedencia para poder analizar los datos. De esta manera establecimos seis grupos:

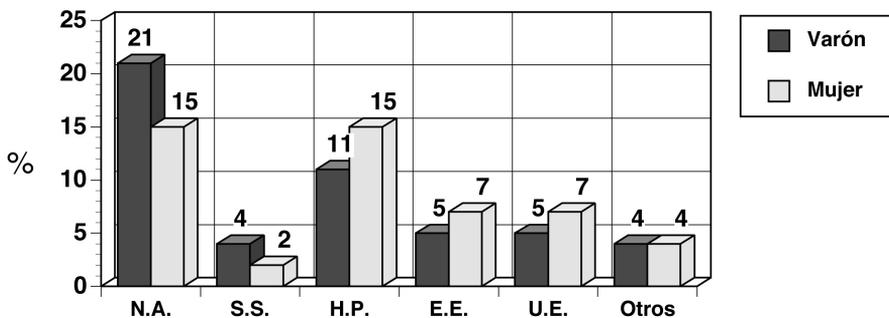


- Norteafricanos
- Subsaharianos
- Hispanos
- Europa del Este
- Unión Europea
- Otros

El grupo más numeroso es el de los norteafricanos (36%) lo que, indudablemente, se encuentra relacionado con la proximidad de estos países a la península ibérica y las redes existentes de inmigración que funcionan desde hace varios años. A este grupo le sigue el colectivo de hispanos (26%) para quienes la cercanía cultural y, evidentemente, el idioma común hacen de España el país de elección a pesar de la lejanía geográfica. Ambos grupos se encuentran por encima del porcentaje de inmigración europea (los países de la Unión Europea y Europa del este conjuntamente no superan el 24% del total de pacientes inmigrantes atendidos). Un aspecto a señalar: solo en los grupos de inmigrantes del continente africano, el porcentaje de hombres supera al de mujeres (ver Gráfico 2); ¿es porque éstas no consultan cuando se encuentran mal o porque hay menor número de mujeres norteafricanas inmigrantes? Los datos del Instituto Nacional de Estadística revelan una tendencia hacia la feminización de la inmigración también en la que procede del continente africano.

GRÁFICO 2

Porcentaje de pacientes inmigrantes según zona geográfica de procedencia y sexo

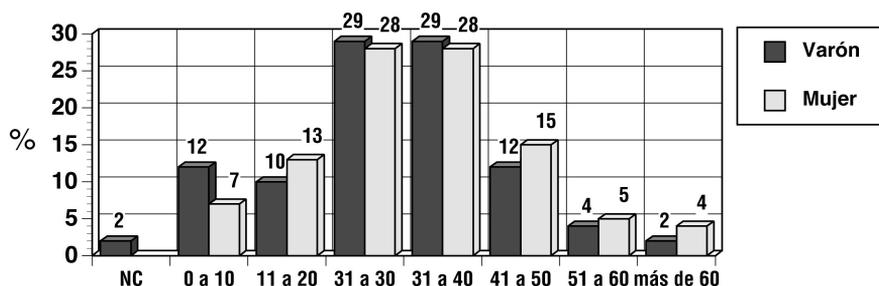


Teniendo en cuenta el momento en el que se encuentra España como país receptor de inmigración (todavía en una primera fase) era de esperar que, la mayoría de estas personas que habían sido atendidas en los dos equipos de salud mental se encontraran en una franja de edad intermedia, personas jóvenes, presumiblemente con buenas condiciones de salud física y psíquica que se encontrarían en el periodo



de vida laboral activa. Nuevamente los datos parecen apoyar el “sentido común”: más del 50% de los varones y de las mujeres que han acudido a estos equipos tienen edades comprendidas entre los 21 y 40 años (Gráfico 3).

GRÁFICO 3
Distribución de pacientes inmigrantes por intervalos de edad



¿En qué situación se encontraban en nuestro país? Si tenemos en cuenta que los equipos de salud mental en Andalucía forman parte de la red sanitaria de atención especializada y que, por tanto, la atención primaria actúa como filtro a la hora de la derivación, y, además, que el malestar psicológico se considera una necesidad secundaria cuando se encuentran en primer plano necesidades básicas como la comida, el trabajo, la vivienda, o la salud física, era de esperar que, la mayoría de las personas que consultan en estos equipos, con toda probabilidad, se encontrasen en situación regular en nuestro país (Tabla 2):

TABLA 2
Situación administrativa y laboral de pacientes inmigrantes atendidos

Situación administrativa	Situación laboral
Con papeles: 71.3%	Activo: 44.18%
Sin papeles: 21.3%	No activo: 31.47%
NC: 7.3%	Estudiante: 14.87%
	NC: 9.48%

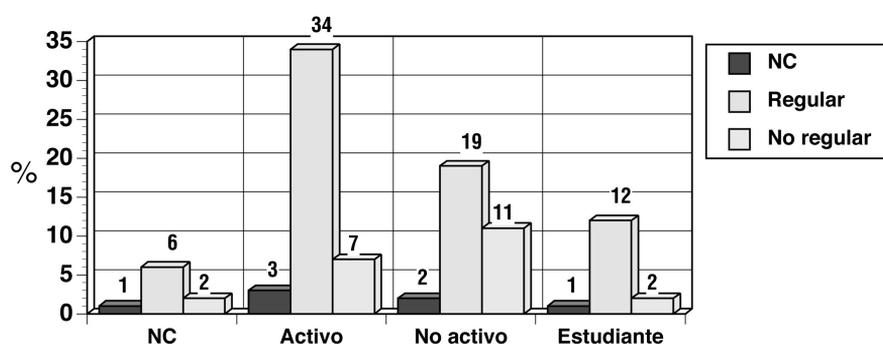
En el siguiente gráfico (Gráfico 4) vemos cómo interaccionan ambas circunstancias en la población atendida. Llama la atención el porcentaje de las personas que se encontraban en situación regularizada (contaban con su tarjeta de residente) y no contaban con un trabajo en el momento en que realizaban la consulta en el equipo



de salud mental (que respecto al total de personas regularizadas representan un 26% aproximadamente). Así mismo, señalar la existencia de un pequeño grupo de personas que refieren estar trabajando a pesar de no contar con “papeles” que regularicen su estancia en España (7%). Por último, un grupo que quizá se encuentre en una mayor situación de riesgo al no realizar trabajos remunerados y no encontrarse de forma legal e nuestro país, lo que no les facilita su acceso al mercado laboral (11%).

GRÁFICO 4

Distribución de pacientes inmigrantes según situación administrativa y laboral

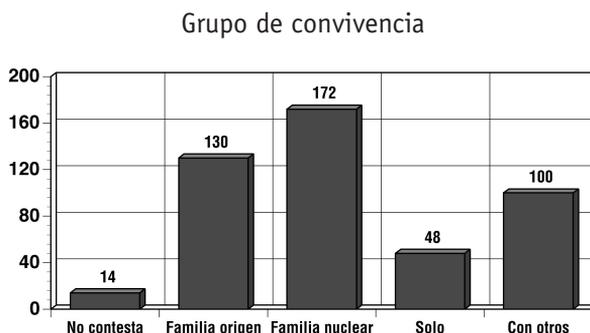
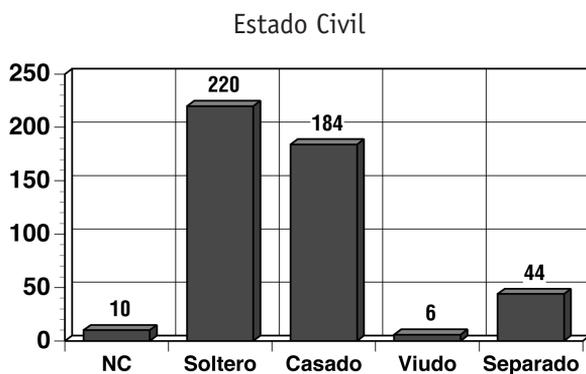


El apoyo familiar es uno de los grandes pilares de las personas que se encuentran en situación de inmigración y, por tanto, otra variable a tener en cuenta a la hora de estudiar aspectos de la vida de las personas que demandan consulta en salud mental. Para conocer dicha variable nos fijamos, no solo en el estado civil de estos individuos, sino también en el grupo de convivencia en el que se incluyen una vez que llegan a un país extranjero. Los resultados obtenidos muestran que, ya sea por necesidades económicas o afectivas, conviven, no solo con su propia familia, sino en ocasiones con otros grupos familiares (Gráficos 5 y 6).

Pudimos corroborar la importancia de las relaciones interpersonales en este grupo donde, solo un 10% referían vivir en condiciones de soledad. El 65% de este grupo de inmigrantes se encuentra viviendo con miembros de su propia familia (de origen o nuclear) lo que nos podría hacer presuponer, no solo el deseo de establecerse en nuestro país de forma duradera, sino también la circunstancia de encontrarse aquí desde hace varios años. Los datos de nuestro estudio ponen de manifiesto que el 53% de los inmigrantes atendidos en los Equipos de Salud Mental llevan residiendo en España más de 2 años.



GRÁFICOS 5 Y 6
Número de pacientes inmigrantes según estado civil y grupo de convivencia



Pero, ¿por qué eran derivadas estas personas a los equipos de Salud mental y, desde dónde se producían dichas derivaciones?

Tanto en lo que se refiere a los varones como a las mujeres, los diagnósticos más frecuentes son los *Trastornos adaptativos* (F40, según criterios CIE-10) diagnosticados en un 44% de las mujeres que consultan y el 33% de los varones, seguido de los *Trastornos afectivos* (F30, según criterios CIE-10) que aparecen en un 18% de mujeres y un 11% de varones. La presencia de ambos grupos de trastornos 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... y donde las pérdidas reales producidas en el proceso de inmigración (idioma, casa, familia, amigos, costumbres...) puede llevar a manifestar sentimientos de tristeza, desánimo, apatía... Los estudios (Pérez Sales, 2004)



han evidenciado que el factor cultural tiene una influencia determinante en la forma de expresión del estrés. En las culturas menos occidentalizadas, los fenómenos disociativos/conversivos siguen teniendo relevancia clínica (Pérez Sales, 1990); la hipocondría y los trastornos psicósomáticos parecen ser el principal diagnóstico en hombres en medios árabes y la neurastenia el principal diagnóstico no psicótico en China (Kleinman, 1988).

Los datos encontrados respecto a otro tipo de alteraciones psicopatológicas, tal y como son consideradas en nuestro marco referencial cultural, no indican frecuencias significativamente superiores a las encontradas en población no inmigrante. El Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia de la OMS (1973) y otros muestran que se diagnostican cuadros de esquizofrenia en todas las culturas y hábitats. La incidencia es similar cuando se utiliza el diagnóstico CIE- 10 estricto y la prevalencia varía por factores ambientales o genéticos.

En la siguiente tabla (Tabla 3) hemos querido mostrar no solo las distintas vías de acceso a los Equipos de Salud mental si no también las formas en las que este grupo de pacientes sale del sistema sanitario. Como se puede observar en la tabla, más de la mitad de las derivaciones se producen desde los dispositivos de "Atención Primaria" (58%), los cuales constituyen el centro del Sistema Sanitario Público Andaluz y, el hecho de que exista un 25% de información desconocida respecto a este dato nos hace pensar que, al ser la derivación desde un canal adecuado y mayoritario (como es Atención primaria), no ha llamado la atención el acceso de estos pacientes y no ha sido recogido en la ficha por ser la vía habitual.

Por otro lado, al analizar la duración de las intervenciones realizadas con estos pacientes se constató una impresión que los profesionales teníamos y que hacía referencia a los abandonos. Como se observa en la Tabla 3, el 41% de los inmigrantes atendidos en estos Equipos de Salud mental abandonan el tratamiento antes de ser dados de alta y se desconocen los motivos. Solamente en un 15% de los casos queda constancia de la mejoría de la sintomatología que motivó la derivación mientras que, un porcentaje llamativo (24%) de las derivaciones, al ser valoradas por los profesionales de salud mental, no son consideradas susceptibles de intervención especializada y son remitidas nuevamente a su centro de salud de referencia. ¿Es posible que, en estos casos, el malestar esté directamente asociado a las carencias respecto a necesidades básicas o al duelo migratorio y, por tanto, sea más adecuada la atención prioritaria desde otras administraciones o instancias? Es un dato en el que habría que profundizar.



TABLA 3
Canales de acceso y salida de los pacientes inmigrantes en los
ESMD del poniente almeriense

ENTRADA AL ESMD	SALIDA DEL ESMD
ATENCIÓN PRIMARIA: 58%	MEJORÍA: 15%
UNIDAD HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL: 4%	ABANDONO: 41%
SERVICIOS SOCIALES: 0%	VOLUNTARIA: 1%
OTROS: 13%	NO PRECISA TTº: 24%
NC: 25%	NC: 3%

■ CONCLUSIONES

La inmigración se caracteriza por una serie de situaciones conflictivas y crisis psicosociales, constituyendo un importante factor de riesgo para la salud mental debido al esfuerzo y al estrés crónico que genera el proceso de adaptación a la nueva situación, la ruptura de los lazos socio-familiares, la frustración de expectativas, el proceso de multiduelo, las frecuentes situaciones críticas a lo largo de todo el proceso de adaptación, el afrontamiento de situaciones de incomprensión y hostigamiento y las carencias, tanto de recursos económicos como sociales (trabajo, vivienda, salud, educación, etc.), (Lobato Astorga, P y otros, 2004).

De los datos obtenidos mediante el presente trabajo se ha podido constatar que, en una zona geográfica donde se ha producido un aumento significativo de población inmigrante como está siendo el Poniente almeriense en los últimos años, también se han incrementado las consultas que este grupo de personas realiza en los equipos de Salud Mental.

De este grupo de 464 personas que se han atendido en los Equipos de Salud Mental de Roquetas y El Ejido, 238 eran varones y 226 mujeres y, en ambos grupos, más del 50% se encontraban entre 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 conviven con su familia, residen en España desde hace más de dos años y consultan en salud mental por sintomatología compatible con trastornos afectivos y de ansiedad.

Debido a la gran diversidad cultural podemos hallar múltiples situaciones y demandas distintas a la hora de atender a este grupo poblacional en los dispositivos sanitarios públicos. Entre las dificultades que nos hemos encontrado podíamos nombrar:



- Dificultades de comunicación:
 - Idioma: entre los inmigrantes del Poniente almeriense se estima que puede haber más de 100 idiomas
 - Códigos no verbales distintos: importantes en la modulación de la comunicación, sobre todo cuando no se comparte el idioma
- Desconocimiento del sistema de valores: dificulta la contextualización sociocultural de los problemas de salud, la búsqueda de soluciones y la aceptación de las mismas.
- Invalidez de herramientas diagnósticas de “nuestro mundo”
- Red de apoyo sociofamiliar deficitaria/inexistente

Estas dificultades requieren que, de algún modo, la respuesta del Sistema Sanitario Público Andaluz articule instrumentos que permitan un acercamiento a estos grupos de población con el fin de adecuar la atención que reciben a su realidad más inmediata.

Desde nuestro punto de vista, las estrategias de solución pasan por empezar por cambios mínimos y posibles dentro de nuestro contexto de trabajo, tales como

- Traducción de documentos y mayor presencia de la figura del traductor y/o mediador cultural
- Facilitar el acceso (prontitud en las citas) para evitar abandonos prematuros en los tratamientos
- Colaborar con otras instituciones, asociaciones y ONGs que están en contacto directo con estos grupos de inmigrantes
- 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

Para poder llevar a cabo estos cambios es necesario entrenar a los profesionales en la sensibilidad cultural (Kleinke, 1995) y en los cambios que, la situación de inmigración, lleva aparejados en el individuo y que, sin duda, lo hacen más vulnerable.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Castilla del Pino, C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Ediciones Península, Barcelona, 1974.
2. El País, 16 de Abril 2006-10-11
3. Instituto nacional de Estadística
4. Kleinke, C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: DDB.



5. Kleinman, A. (1988). Patients and healers in the context of culture. University California Press: Berkeley.
6. Lobato Astorga, P.; Regato Pajares, P.; Iglesias Arrabal, C.; Vázquez Villegas, J. editores. Manual de atención sanitaria a inmigrantes, 2ª edición. Edita Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud-Junta de Andalucía. 2004.
7. OMS (1973). The international pilot study of schizophrenia. Ginebra.
8. Pérez Sales, P. (1990). Camptocornia. British Journal of Psychiatry, 157, 765-767.
9. Pérez Sales, P (2004). Psicología y Psiquiatría transcultural. Bilbao: DDB.



ANEXO 1

Grupo Salud Mental Transcultural

Nombre:

F. de nacimiento o edad:	
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Nº S.S. :	
Equipo: Roquetas <input type="checkbox"/> Ejido <input type="checkbox"/> Almería <input type="checkbox"/> Hosp. Día Poniente <input type="checkbox"/> U. H.S.M. <input type="checkbox"/> Albox <input type="checkbox"/> Huercal-Overa <input type="checkbox"/> USMI-J <input type="checkbox"/>	
Nº de Historia:	
Fecha de admisión:	
Fecha de Alta:	
Tipo de Convivencia: Familia de Origen <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Familia propia <input type="checkbox"/> Con otros <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro:	
Situación Laboral: Activo/a <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No activo/a <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico CIE 10 (F) o Diagn. Si no especifica código * :	
Derivación: E.S.M.D. <input type="checkbox"/> A. Primaria <input type="checkbox"/> H. Día Poniente <input type="checkbox"/> U.H.S.M. <input type="checkbox"/> U.S.M.I.-J. <input type="checkbox"/> S. Sociales <input type="checkbox"/>	
Tiempo (en meses) de estancia en España :	
Nacionalidad :	
Tipo de alta: Abandono <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> No procede tratamiento <input type="checkbox"/>	

MOTIVO DE CONSULTA:

OBSERVACIONES:

* Caso de no especificar código de diagnóstico, poner diagnóstico que conste en historia.

Francisca Sánchez Sánchez. Carmen Sánchez Sánchez; Susana Gutiérrez Moreno

PSICOSIS E INMIGRACIÓN EN LA COMARCA DEL PONIENTE ALMERIENSE

La evolución de la población humana sobre la tierra, nos muestra una tendencia importante y continua a la expansión. Estas expansiones han sido desiguales; períodos de fuerte crecimiento, ralentización en el crecimiento o incluso disminución en el volumen de la población; la población no se ha distribuido de forma uniforme, siempre han existido importantes desplazamientos en el espacio, principalmente por razones económicas, pero también por otros motivos.

Durante varios milenios desde el inicio del paleolítico, la población creció muy lentamente al límite de sus posibilidades biológicas, con una tasa alta de mortalidad infantil y maternal y escasez de alimentos. Se estima que al final de este periodo la población humana no sobrepasó la cifra de 5 millones y la esperanza de vida pudo situarse alrededor de los 20 años. Con el neolítico y la revolución agrícola comienza un proceso largo de expansión que culminara con la revolución industrial. La población se hace sedentaria. Pero a pesar de esta supuesta estabilidad y asentamiento, las guerras, catástrofes naturales y los sucesos políticos y económicos han influido siempre en que se produzcan movimientos migratorios de las poblaciones humanas, que son sensibles a estos acontecimientos. Estos cambios bruscos en el desarrollo y desplazamientos de las personas han sido a veces de gran amplitud como aquellos en los que Europa ha sido y sigue siendo ejemplo. Recordemos que a partir del siglo V la Europa Central y Meridional conoció múltiples invasiones, mientras que el movimiento poblacional de Europa a América duró hasta la primera mitad del siglo XX. A principios de 1990 se calculaba que existían unos 40 millones de refugiados en el mundo y en nuestros días, los movimientos migratorios masivos constituyen uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia.

En el siglo XXI, se están produciendo enormes movimientos migratorios y aunque las causas no siempre son las mismas (obligadas, voluntarias, con toda la familia, solitaria, con riesgo para la vida, de forma legal, ilegal, etc.), sin embargo, existen diferentes procesos (adaptación, duelo, desarraigo, etc.) que se repiten y están presentes en los fenómenos migratorios. Un acercamiento al impacto del desarraigo y el desplazamiento sobre la salud nos muestra que el desarraigo es siempre un aconte-



cimiento psicológicamente desestabilizador. Incluye un trastorno de la vida familiar y una ruptura radical con la cultura, los valores y la “seguridad” tradicionales. La incertidumbre que pesa sobre el trabajo y los demás elementos de la vida que los inmigrantes pueden considerar fuera de su control, agudizan su estrés y su angustia.

El “conflicto” cultural en la primera fase del contacto con la sociedad de acogida es un factor importante para la salud psicosocial y mental. Las dificultades lingüísticas son parte del problema y explican por qué numerosos problemas de salud, especialmente mental, tienden a no ser objeto de un diagnóstico exacto en los grupos de inmigrantes. La edad y la selectividad por sexo de la inmigración, así como las políticas que rigen la inmigración de mano de obra y el reencuentro familiar, influyen sobre numerosos aspectos de la vida familiar y la salud en su conjunto. También la somatización de los problemas psicosociales puede ser una importante fuente de confusión para el personal sanitario cuando éste no está familiarizado con los procesos del impacto de la inmigración sobre la salud psicológica.

Entre las afecciones psiquiátricas más frecuentes entre la población inmigrante se pueden señalar los trastorno de estrés postraumático, Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple /Síndrome de Ulises, Trastornos adaptativos, Esquizofrenia y paranoia, Trastornos somatomorfos (disociativos, psicósomáticos), Ansiedad y depresión, Enfermedades ligadas a la cultura, suicidio infantil.

Si bien se acepta que los síndromes psiquiátricos y psicológicos son fenomenológicamente universales, su expresión clínica está determinada por factores culturales. Por esto se hace necesario ampliar el concepto de salud, dirigir nuestra atención no solo a la enfermedad sino también al funcionamiento social del pacientes, redes de apoyo; conocer su uso del lenguaje, la conducta de estar enfermo, la importancia de la red familiar, las creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir el padecimiento y elaboración del proceso de duelo migratorio.

Con estas inquietudes profesionales y humanas de mejorar en la atención y práctica clínica que se ofrece, se han ido formado diferentes grupos de trabajo en el país desde Atención Primaria hasta niveles especializados. En esta línea y con este interés surge en Almería, la formación del Grupo de Salud Mental Transcultural.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes inmigrantes con diagnóstico del espectro psicótico.

El término “psicosis” se utiliza para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad. La psicosis altera funciones fundamentales del ser humano, como son los pensamientos, los sentimientos, la percepción y la conducta; y la naturaleza de los síntomas predominantes permite diferenciar entre varias formas clínicas de psicosis.

La psicosis no siempre es una condición clínica estable, sino que varía considerablemente en la persona que la padece. Cuando aparecen o se reactivan los síntomas de psicosis se describe dicho estado como un “episodio o brote psicótico”.



Las psicosis más frecuentes son la Esquizofrenia y las Psicosis Afectivas. Otras manifestaciones de psicosis son los Trastornos Paranoides, el Trastorno Esquizoafectivo, el Trastorno Esquizofreniforme, el Trastorno Psicótico Breve o las Psicosis Orgánicas.

El manual de la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, que se centra en los Trastornos mentales y del comportamiento, realiza una clasificación internacional con descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico en esta categoría específica que denomina "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes". El código que identifica estos trastornos se extiende desde el F20 a F29 (Tabla 1).

TABLA 1

F20. Esquizofrenia
F21. Trastorno Esquizotípico
F22. Trastornos de ideas delirantes persistentes
F23. Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24. Trastorno de ideas delirantes inducidas
F25. Trastornos Esquizoafectivos
F28. Otros Trastornos psicóticos no orgánicos
F29. Psicosis no orgánica sin especificación

La muestra evaluada pertenece al Área de Salud Mental en la Comarca del Poniente de Almería; con una población de 208.952 habitantes, según el último censo de marzo 2005. A este número hay que añadir un volumen importante de población inmigrante, no censada, por residir de forma irregular.

La Comarca del Poniente almeriense está formada por los municipios de El Ejido, La Mojonera, Roquetas de Mar, Vícar, Dalías, Berja y Adra según decreto 6/1996, de 9 de Enero, por el que se acuerda la formulación del plan de ordenación del territorio de la Comarca del Poniente de la provincia de Almería (publicado en el B.O.J.A. nº 17, de 3 de febrero de 1996).

Constituye un territorio caracterizado por un gran dinamismo socioeconómico, fundamentado en su potencialidad para el desarrollo turístico y, sobre todo, para la agricultura forzada extratemprana. El desarrollo de esta última actividad, que constituye el principal motor de su economía, ha provocado una transformación radical de esta comarca.

Desde el punto de vista de los recursos sanitarios, la comarca cuenta con un Hospital Comarcal, 29 Centros de Salud y 2 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD): El Ejido y Roquetas.



■ METODOLOGÍA

Sujetos

La muestra utilizada estuvo compuesta por un total de 464 sujetos, sin restricción de edad, con residencia en la Comarca del Poniente de Almería. Todos ellos pacientes que acudieron por primera vez a Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) del Área de Salud Mental de la provincia objeto de estudio.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario diseñado para recoger las variables significativas que se contenían en las historias clínicas de los Equipos de Salud Mental Distrito, para iniciar una primera valoración de la población objeto de interés.

Cuestionario diseñado por el Grupo de Investigación de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría en la provincia de Almería.

Dicho cuestionario consta de un total de 15 ítems con respuestas dicotómicas y politómicas con dos o más niveles de contestación y 2 ítems de respuesta abierta.

Procedimiento

La recogida de información se realizó por parte del personal sanitario de los ESMD de Roquetas de Mar y El Ejido de la provincia de Almería, revisando las historias clínicas y a través de las bases de datos disponibles en dichos dispositivos sanitarios.

VARIABLES ANALIZADAS: sexo, edad, estado civil, diagnóstico, tiempo de permanencia en España, situación laboral y país de origen, tipo de alta y dispositivo derivante.

Tras la recepción de los cuestionarios se introdujeron los contenidos de los ítems en una base de datos diseñada para tal fin.

El análisis estadístico se ha realizado a través del paquete estadístico Statistical Product for Service Solutions (SPSS) versión 11.5.

■ RESULTADOS

El análisis de las variables evaluadas de una muestra de 464 sujetos reflejan los siguientes resultados:

Consultan con diagnóstico de Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes (F20-F29 según CIE-10) un total de 26 pacientes que suponen el 5.6%, siendo la cuarta patología que demanda atención de salud mental.

A continuación se especifican los trastornos específicos de esta categoría (Tabla 2) en función de los pacientes:



Tabla 2

F20. Esquizofrenia: 10
F22. Trastornos de ideas delirantes persistentes: 5
F23. Trastornos psicóticos agudos y transitorios: 7
F29. Psicosis no orgánica sin especificación: 4

En esta categoría F20-29 (Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes) consultan 19 hombres frente a 7 mujeres

La población que más consulta presenta una edad comprendida entre 31-40 años y representan un 28,7 % y una edad media de 35, 5.

El estado civil predominante son los solteros, con el 42,1 % realizan más consultas con diagnóstico F20, seguidos de los casados 38, 46%

Refieren convivir con otros ciudadanos, no familiares que supone la red de apoyo social en el país de acogida (diferentes a su familia propia o de origen).

Estas personas llevan en España menos de 2 años (27,6%) seguidos con un porcentaje de 23,1% de las personas que llevan entre 2 y 4 años en este país, con trabajo (44,2%) y administrativamente se encuentran en situación legalizada (71,3%).

La población que acude a Salud mental previamente ha sido valorada en Atención Primaria y derivada al ESMD referente. La demanda de pacientes en ambos equipos es muy similar

La evolución clínica se valora y recoge a través de los distintos tipos de altas y/o tratamientos del paciente (alta por abandono, alta voluntaria, mejoría, sigue tratamiento). Aquí los resultados señalan que el mayor porcentaje de ciudadanos que consulta en salud mental continuaba en tratamiento.

Convivir con otras personas, aunque no sean familiares y tener el apoyo de una red social en el país de acogida es un elemento protector.

El país de origen es Marruecos con 18 (69,23%) sujetos con diagnóstico dentro la categoría F20.

■ CONCLUSIONES

El análisis de los resultados describen un perfil de paciente con diagnóstico dentro del espectro psicótico, con una edad entre 31 y 40 años, hombre, soltero, convivencia en grupo, en activo laboralmente, con papeles y procedente de Marruecos que refieren llevar en España menos de 2 años.

El género y tipo de convivencia son dos diferencias a señalar de los resultados respecto a la muestra total. Son hombres, el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes



y la red social y de convivencia no se encuentra formada por familiares. Es decir, el apoyo emocional de la familia y el factor protector que tradicionalmente se le atribuye en los procesos de inmigración no se aprecia al analizar en este estudio la variable convivencia.

El interés por los problemas transculturales no es nuevo. Se señala que el primer estudio que hace referencia a la relación entre cultura y esquizofrenia fue publicado en 1932 por Odegard, quien llama la atención sobre el exceso de prevalencia de esquizofrenia en noruegos que emigraron a Estados Unidos en comparación con los que se quedaron en su país. En la literatura se recogen varias hipótesis en relación a la salud mental y la posibilidad de presentar un trastorno dentro de la categoría de las psicosis de las personas que emigran. Por un lado emigran los más fuerte (siguiendo el principio de selección darwiniano), los pacientes con síntomas psicóticos presentarían más dificultades para emprender el viaje; otros defienden que no (estudios en Inglaterra y Australia), que emigran población con vulnerabilidad y con índices elevados de esquizofrenia y autolisis. En los años 70 se realizaron estudios en el Reino Unido que señalaban que la tasa de esquizofrenia en inmigrantes era muy superior a la encontrada en los países de origen; estos hallazgos se replicaron en Dinamarca y con suicidio en Australia.

Sin embargo, en otros estudios se refleja que emigrantes chinos y mejicanos que llegaban a EEUU, presentaban mejor salud mental que la población del país receptor (Martincano Gómez, J.L. y García Campayo, J., 2004).

Los datos del estudio que se presentan en este artículo, no encuentran una tasa superior de psicosis en inmigrantes que en la población del país de origen, y van más en la línea de trabajo de autores españoles (Achotegui, J., 2000) que señalan que la patología más frecuente se encuentra en el grupo de los Trastornos neuróticos, con síntomas ansiosos y depresivos y elaboración de duelos y trastornos adaptativos.

Apoyarían también los resultados encontrados que en los dos primeros años de estancia en el país receptor las consultas por salud mental son más frecuentes (Martínez Moreno, M. y Martínez Larrea, A., 2006).

No obstante son necesarias muestras más amplias que permitan un análisis pormenorizado de la procedencia y los diagnósticos y poder explicar si la variabilidad está en las diferencias diagnósticas y/o expresión sintomática. Un acercamiento a la epidemiología transcultural informa que los trastornos muestran una variabilidad en la expresión y manifestación de los síntomas. Los estudios de la OMS y la investigación etnopsiquiátrica trabajan e investigan en esta dirección (analizar el lugar de origen y el país receptor que realiza la investigación al respecto). Se puede hipotetizar que las concepciones culturales tienen algún peso sobre la expresión de la enfermedad. Las culturas varían en su concepción y expresión de la salud y enfermedad. El idioma, el apoyo del grupo de iguales, pérdidas múltiples son variables a considerar en el acercamiento y tratamiento de los problemas de salud mental donde la palabra es



tan importante en una población que llega de otro lugar y con otras claves contextuales y culturales. Aquí la enfermedad se puede entender como un fenómeno que trasciende el ámbito fisiológico para implicar una constelación de relaciones sociales, emocionales, familiares, procesos económicos, políticos y culturales

Realizar un análisis homogéneo de la población inmigrante favorece la pérdida de varios elementos esenciales (diferentes culturas, diferentes percepciones de la salud y enfermedad en cada país de origen), una tarea compleja y que precisa una cantidad de recursos humanos, económicos y voluntad política ahora mismo incipiente, pero que la descripción de la realidad como en este tipo de estudios, resulta imprescindible para atender las necesidades y cubrir las realidades en las que nos encontramos actualmente inmersos en nuestra práctica clínica.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui, J. (2000). La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Mayo.
2. Martincano Gómez, J.L. y García Campayo, J. (2004). Los Problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Madrid: Novartis.
3. Martínez Moneo, M. y Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales de Sistema Sanitario Navarro*, 29 (suplemento 1), 63-75. Navarra.
4. Martínez Otero, V. (2002). El reto de la interculturalidad. Investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. En *IV Congreso de Católicos y Vida*.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Observatorio Permanente de Secretariado de Inmigración. Madrid.

*Encarnación Santiago Molina, Águeda Chinchilla Rodríguez, Clara Isabel Vazquez
Arjona, Juan García García, Pedro Ibañez Allera*

INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL EN CRISIS

Ingresos de la población inmigrante en una Unidad de Salud Mental

■ INTRODUCCIÓN

La realidad migratoria en España

La migración como fenómeno social es un tema de actualidad, pero no se trata de un fenómeno nuevo. Las emigraciones han tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad. El colectivo migratorio no cesa de aumentar desde los últimos veinte años no respondiendo a un patrón único. Sin embargo, la inmigración en España, con ser una realidad que se impone aceleradamente, es mucho menos intensa que en otros países europeos con una mayor tradición de acogida.

La década de los ochenta representa para España el período de transformación de un país históricamente emigratorio en inmigratorio; pero es en los años noventa y principios del siglo XXI donde se produce la consolidación e intensificación del nuevo papel de España en el conjunto del sistema internacional de migraciones (Recaño y Domingo, 2005). Así pues, España ha pasado de ser un país netamente emigrante hasta el final de la década de los setenta, a ser fundamentalmente receptor de inmigrantes. La dirección de la corriente migratoria se invierte, especialmente, a raíz del ingreso en la Comunidad Económica Europea. Además de este hecho, existen otros factores tales como el retorno de los españoles que emigraron en la década de los sesenta, la afluencia de extranjeros de países comunitarios de reciente incorporación y de países pobres geográficamente cercanos como Marruecos, o de antiguas colonias, como los países hispanoamericanos.

Es un hecho constatado que en España el número de inmigrantes va experimentando un incremento progresivo. Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004) en el año 2003 había en España casi 2.7 millones de extranjeros empadronados, lo que supondría el 6'2 % de la población total residente en España. Los datos actualizados por el INE muestran que la población extranjera se sitúa ahora en 3.9 millones, lo que supone un 8'7 % del total de población (INE, 2006). Según datos elaborados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006) el número total de inmigrantes residentes en nuestro país se duplicó en el periodo de



cinco años, concretamente de 2000 a 2005. Es evidente, no obstante, que estas cifras dejan fuera a la población inmigrante en situación irregular, pues si se computara dicha población las cifras serían notablemente más altas. Recaño y Domingo (2005) plantean, en una primera estimación, que el número de irregulares en España podría cifrarse en 1.117.228 de personas.

Los porcentajes más elevados de población extranjera se localizan en el litoral mediterráneo y Madrid, oscilando en estas provincias entre el 7'8 y el 15'1 % respecto a la población residente (INE, 2004). Las zonas que acogen el grueso de la población inmigrante son Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y el Sureste español, concretamente las provincias andaluzas de Málaga y Almería, así como la Región de Murcia. Almería ocupa el sexto lugar según número de inmigrantes que alberga, siguiendo a las provincias de Madrid (en primer lugar), Barcelona, Alicante, Valencia y Murcia (INE, 2006).

En cuanto a lugar de procedencia y atendiendo a datos relativos a 2005, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006) refleja que sobre el 40% procede de Europa, en su mayoría de países extracomunitarios; le siguen en número los procedentes de los países hispanoamericanos en su conjunto (32%), y de los países africanos (16%).

España presenta unas características especiales en la inmigración, en comparación con los países del entorno (Achotegui, 2001): predominio de inmigrantes de primera generación, alto índice de situación administrativa irregular, puerta de entrada al espacio europeo para el colectivo africano y lazos culturales con el colectivo hispanoamericano. La diversidad aparece como una de las características principales de la inmigración en España. El colectivo migratorio no responde a un único patrón. Existen refugiados de guerra, inmigrantes económicos, profesionales cualificados, estudiantes, temporeros... y dentro de estas categorías conviven a su vez los que disfrutan de estabilidad legal con los que carecen de ella, siendo esta diversidad una de las características principales de la inmigración en España .

Aproximación a los factores implicados en la vulnerabilidad de los inmigrantes a padecer un trastorno mental.

En los últimos años algunos autores señalan la existencia de una correlación entre las migraciones actuales y el incremento de los trastornos mentales. Hay autores que proponen que ello puede ser debido a las difíciles condiciones sociales en las que se está llevando a cabo esta migración, lo que origina duelos complicados que acaban por favorecer la aparición de patología mental (Achotegui, 2002). Otros consideran que la emigración per se no produce un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que depende, al menos en parte, de las experiencias concretas sufridas durante el proceso migratorio. (Ochoa, Vicente, Díaz, 2004). Profundicemos más en dicha supuesta correlación entre migración y trastorno mental así como en los factores implicados.



Todos los procesos migratorios representan un cambio drástico en la vida de los individuos que los sufren. Como es sabido, cualquier cambio lleva asociado cierto nivel de estrés que será mayor o menor en función de la magnitud de éste y de los recursos con que la persona cuente para hacerle frente. En el caso de la inmigración, el sujeto debe soportar situaciones altamente estresantes y mantenidas en el tiempo que derivarán o no en un problema de salud mental dependiendo de los recursos individuales de la red social de apoyo de la que disponga el sujeto inmigrante (Berra, Elorza, Bartomeu, Asuman, Serra-Sutton y Rajmil, 2004), de cómo se posicione el inmigrante frente a su grupo cultural de origen y frente al grupo de acogida, así como del modo en que el grupo de acogida reaccione ante el inmigrante (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006).

Los inmigrantes están sometidos simultáneamente a varios factores de vulnerabilidad para padecer un trastorno mental. Martínez Moneo y Martínez Larrea (2006) señalan entre dichos factores el desempleo, la estigmatización, el hacinamiento, la violación de derechos humanos y los obstáculos de accesibilidad a los recursos sanitarios en general y de salud mental en particular. Por su parte, otros autores han señalado factores de vulnerabilidad específicos: el desconocimiento de la lengua, la falta de apoyo social y las barreras para acceder a los recursos sanitarios. (Berra et al., 2004).

Al mismo tiempo, hay una serie de factores que pueden propiciar el inicio de una crisis en el inmigrante. Entre tales factores se señalan las características sociodemográficas, personales, psicológicas, culturales y políticas, sin olvidar las actitudes de la sociedad receptora frente a este fenómeno así como el apoyo en este sentido (Martincano y García, 2004).

En definitiva, atendiendo a todas las dificultades que el inmigrante debe de hacer frente y a los escasos recursos con los que cuenta, en la mayoría de los casos, es fácil concluir a nivel teórico, quién sufrirá con mayor probabilidad problemas de salud mental en comparación con la población general no sometida al proceso migratorio. En este sentido existen diversos estudios que ponen de manifiesto que la mayoría de la población inmigrante sufre cuadros de ansiedad y estrés (Navarro y Morales, 2002); la existencia de un porcentaje mayor de síntomas depresivos en adultos jóvenes inmigrantes (Martínez, García y Maya, 2001) y la diferencia significativa de trastornos multisomatormorfos en un grupo de mujeres inmigrantes comparado con la población general de mujeres de la misma zona (Herrero, González, Valverde y Caballero, 2003).

Los problemas de salud mental más frecuentemente detectados entre la población inmigrante son los trastornos adaptativos, relacionados con el duelo migratorio, y los psicósomáticos. Siguiendo a Martínez Moneo y Martínez Larrea (2006), consideramos que “el duelo migratorio” es más un problema de salud mental que una enfermedad mental en sí misma aunque puede ser la base sobre la que se desarrollen enfermedades mentales graves, como la depresión. No obstante, no podemos olvidar la elevada



frecuencia de sintomatología de tipo ansioso-depresivo y somatizaciones que aparecen en la población inmigrante y que no identificamos por tratarse de manifestaciones diferentes a las de nuestro medio, ya que están muy mediatizadas por la cultura propia del individuo.

Uno de los cuadros que podemos ver en los inmigrantes es el “síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple”, que engloba una serie de síntomas de la esfera afectiva (tristeza, llanto, baja autoestima, culpa, ideas de muerte, anhedonia), la ansiedad (manifestada como irritabilidad, alteraciones en el sueño, preocupaciones recurrentes y excesivas), y con frecuencia la aparición de somatizaciones tales como cefalea, fatiga, dolor abdominal,... (Achotegui, 2002).

Respecto a la clínica psicótica, que es precisamente la que mayor número de ingresos hospitalarios genera, se vienen realizando investigaciones desde 1930 dirigidas a delimitar el peso que tiene el proceso migratorio como un factor de riesgo para esta patología mental (Odegaard, 1932). Hay trabajos que afirman una mayor prevalencia de dichos trastornos en la población inmigrante. Algunos afirman que la inmigración es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos psicóticos, mediado por factores no sólo culturales o étnicos, sino principalmente sociales y económicos (Hutchinson, 2004; Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006). Otros autores van más lejos y afirman que la emigración es un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia, suponiendo un aumento importante en el riesgo de padecerla entre esta población con respecto a la nativa (Cantor-Graae y Selten, 2005; Reeves, Saber, Stewart, Granger y Howard, 2001). Por otra parte, hay estudios que ponen en duda esto y postulan como posibles causas de la mayor tasa de esquizofrenia observada en los inmigrantes un efecto cohorte en los estudios realizados, el sesgo de los psiquiatras al diagnosticar pacientes de grupos étnicos diferentes al propio, etc. (Collazos, Achotegui, Caballero y Casas, 2005).

Demanda de asistencia sanitaria del paciente inmigrante

Actualmente, en España, la atención sanitaria de urgencias, así como de embarazadas y de niños, está garantizada para cualquier ciudadano extranjero, independientemente de su situación administrativa. (Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero). Para el resto de los casos, el acceso a los servicios sanitarios depende de la obtención de la tarjeta sanitaria, que sólo requiere el empadronamiento en el municipio. Muy diferente es la condición de residencia, relacionada con la situación laboral del extranjero, y por lo tanto, de su afiliación a la seguridad social. En Andalucía la población inmigrante obtiene la tarjeta sanitaria acudiendo al Centro de Salud o Distrito Sanitario correspondiente.

No obstante, la demanda asistencial de esta población aumenta a medida que ésta también crece, siendo la red sanitaria pública la más utilizada. Los servicios de urgencia son frecuentemente el primer contacto con el sistema sanitario, relacionán-



dose los motivos de consulta y hospitalización con el uso propio de una población joven predominando la atención ginecológica y obstétrica en el caso de las mujeres, las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva) y la asistencia pediátrica (Jansá y Garcia Olalla, 2004; Berra, Elorza Ricart, Bartomeu, Asuman, Serra-Sutton, Rajmil, 2004).

En cuanto a la demanda de servicios de Salud Mental de la población inmigrante, las cifras son algo menores que en otros servicios, pero no dejan de ser cuantitativamente importantes. Un estudio realizado en la comunidad de Madrid determinó que el 3'2% de los pacientes atendidos en un Centro de Salud Mental y el 4% de los ingresados en un Unidad de Hospitalización eran inmigrantes (Ochoa, Vicente y Díaz, 2004). Otro estudio llevado a cabo en la Unidad de Agudos del Hospital Sant Joan de Deu determina el perfil de los pacientes inmigrantes ingresados en el periodo de un año, concluyendo que mayoritariamente se trata de varones, con edad media 33'8 años, solteros, sin actividad laboral, de origen sudamericano, con diagnóstico de trastorno psicótico y que recibieron tratamiento con psicofármacos (Rivero y Nogueroles, 2003).

Justificación del estudio

Andalucía ocupa el tercer lugar en número total de extranjeros en España (12.7% del total) y en número de residentes en régimen general pero, el primero en residentes en régimen comunitario.

En el sureste español y concretamente en la provincia de Almería, la realidad de la inmigración se ha convertido en un fenómeno generalizado y estructural que tiende a aumentar día a día dadas las características socioeconómicas (importante oferta laboral de puestos de trabajo poco especializados en la agricultura bajo plástico) y situación geográfica de la ciudad que la convierten en una de las puerta de entrada a Europa para el flujo incesante de inmigrantes procedentes del continente Africano.

El aumento de la población inmigrante en la provincia de Almería, según los datos correspondientes a 2003, es de más de 56.000 personas, es decir, casi el 20% de la población extranjera que vive en Andalucía. Esto sitúa como un objetivo prioritario la asistencia sanitaria a inmigrantes, y entre ella la atención a la Salud Mental.

■ OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como se ha expuesto anteriormente, el inmigrante se sitúa en una posición potencial de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales. Es por ello que consideramos importante aproximarnos a la realidad asistencial a la salud mental de los pacientes inmigrantes. Con el presente estudio pretendemos mostrar la realidad existente de la demanda sanitaria de la población inmigrante a una Unidad de de Salud Mental de un Hospital General.



Los objetivos del presente trabajo son:

1. Realizar un análisis descriptivo sociodemográfico y de las características clínicas y del abordaje terapéutico de pacientes inmigrantes que ingresan en la Unidad de Salud Mental en el Hospital Torrecárdenas de Almería.
2. Analizar la evolución de la demanda de ingresos de los pacientes inmigrantes en dicha Unidad de Salud Mental desde enero de 1998 hasta septiembre de 2005.
3. Extraer conclusiones dirigidas a adecuar y mejorar la atención asistencial en las crisis agudas de los pacientes inmigrantes que ingresan en una Unidad de Salud Mental de un Hospital General.

■ MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo que aquí se expone es un estudio descriptivo transversal ambipectivo sobre el universo de pacientes mentales inmigrantes que ingresan en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Torrecárdenas de Almería (U.S.M.-H.G). El periodo temporal que contempla el estudio es desde Enero de 1998 a septiembre de 2005.

Participantes. Ciento cincuenta y un pacientes participaron en este estudio. Los participantes fueron los pacientes extranjeros que ingresaron por primera vez en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Torrecárdenas de Almería. No existió ningún criterio de exclusión, incluyéndose a todos los pacientes inmigrantes ingresados en dicha Unidad desde Enero de 1998 hasta Julio de 2006.

Material. El material utilizado para la obtención de los datos fue el siguiente:

- *Una ficha de recogida de datos sociodemográficos.* La ficha fue elaborada por los autores del estudio. Las variables recogidas fueron el sexo, la edad, la nacionalidad (Europa Occidental, Europa del Este, África Magrebí, África Subsahariana, América del Norte, América del Sur, Asia y Oceanía), el estado civil (soltero, separado/divorciado, casado/pareja de hecho, viudo), el tipo de convivencia (en soledad, con familia de origen -F.O.- , con familia nuclear -F.N.-, con amigos, otros) y la situación laboral (activo, parado, jubilado, sus labores, estudiante, otros, incapacidad laboral transitoria -I.L.T.-).
- *La historia clínica* del paciente de la que se extraía información sociodemográfica, clínica y de su abordaje terapéutico.
- *Informes de alta* del paciente de los que se recogían los diagnósticos al alta. Los diagnósticos se realizaron de acuerdo a la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Trastornos Metales y del Comportamiento -CIE-10- (Organización Mundial de la Salud, 1992). Las categorías diagnósticas recogidas fueron las siguientes: Trastorno Mental Orgánico (F00-09), Trastorno Mental debido al Consumo de Sustancias (F10-19), Trastornos Psicóticos (F20-29), Trastornos del Humor (F30-39), Trastornos Neuróticos, secundarios a Situaciones Estresantes



y Somatomorfos (F40-49), Trastornos asociados a Disfunciones Fisiológicas y Factores Somáticos (50-59), Trastornos de Personalidad (F60-69), Retraso Mental (F70-79), Suicidios y Lesiones Autoinfligidas (X60-84), Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99), Sin patología.

- *Información aportada por la Unidad de Informática* del Hospital sobre el número de pacientes autóctonos ingresados en la Unidad de Salud Mental y el número de pacientes totales ingresados en el Hospital Torrecárdenas a lo largo del periodo temporal que contempla el estudio.

Procedimiento. En primer lugar, se detectaron, desde Enero de 1998, a los pacientes inmigrantes que habían realizado su primer ingreso en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Torrecárdenas a través de los registros de dicha Unidad. Al mismo tiempo se seleccionaban los pacientes inmigrantes que ingresaban por primera vez en la U.S.M.-H.G. Torrecárdenas hasta la fecha en que se cierra el periodo del estudio (septiembre de 2005). Seguidamente, se realizaba la ficha sociodemográfica elaborada para cada uno de los pacientes participantes. Se consultaron las historias clínicas e informes de alta hospitalaria de cada uno de los pacientes con objeto de recabar la información necesaria. Finalmente se le solicitó por la vía reglamentaria a la Unidad de Informática del Hospital la información necesaria sobre los ingresos hospitalarios generales y en la U.S.M.-H.G. Torrecárdenas a lo largo del periodo temporal del estudio.

■ RESULTADOS

El estudio ha podido constatar el aumento de atención a pacientes inmigrantes en la Unidad de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas en los últimos años, comprobándose un incremento progresivo en los sucesivos años del estudio (Tabla 1). Los pacientes inmigrantes ingresados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas representa un 2.11% del total de los pacientes ingresados en dicha Unidad; y un 0.076% del total de pacientes ingresados en el Hospital Torrecárdenas en el periodo del estudio.



TABLA 1
Tasa de pacientes inmigrantes ingresados desde
Enero de 1998 a Septiembre de 2005

AÑO	Nº DE PACIENTES TOTALES	Nº DE PACIENTES INMIGRANTES	TASA DE PACIENTES INMIGRANTES
1998	1006	8	0.80
1999	1050	18	1.71
2000	1008	20	1.98
2001	969	23	2.37
2002	980	28	2.86
2003	884	26	2.94
2004	781	18	2.31
2005	652	10	2.86

Los datos obtenidos se sometieron a distintos tipos de análisis, todos ellos realizados con SPSS 12.0. A continuación se exponen los análisis realizados, dirigidos a responder a las expectativas que motivaron el estudio.

1. Análisis de la distribución de la muestra en función de cada una de las variables incluidas en el estudio.

El perfil más frecuente entre la muestra tratada puede ser definido por varón (70,2%), entre 18-30 años (50,3%), del África Magrebí (39,7%), con estado civil soltero (55,3%), con un modo de convivencia en familia (46,9%), ya sea nuclear o de origen, que mantiene una relación laboral de trabajador activo (44,5), y que el diagnóstico mayoritario corresponde a trastornos psicóticos (41,1%) y que suele tener un abordaje terapéutico farmacológico (82,1%) (Tabla 2 y Gráfica 1 a Gráfica 8).



TABLA 2

Distribución de la muestra (en frecuencias y porcentajes) en función del sexo, edad, nacionalidad, estado civil, tipo de convivencia, situación laboral, diagnóstico y abordaje terapéutico.

		Frecuencia	% por Variable
SEXO	Varón	106	70,2%
	Mujer	45	29,8%
	Total	151	
EDAD	18-30	76	50,3%
	31-40	45	29,8%
	41-50	17	11,3%
	51-60	9	6,0%
	61-70	3	2,0%
	>70	1	,7%
	Total	151	
NACIONALIDAD	E. Occidental	40	26,5%
	E. Este	21	13,9%
	A. Magrebí	60	39,7%
	A. Subsahariana	18	11,9%
	AM. Norte	2	1,3%
	AM. Sur	9	6,0%
	Asia	1	,7%
	Oceania	0	,0%
Total	151		
ESTADO CIVIL	Soltero	83	55,3%
	Separado-Div.	25	16,7%
	Casado-Pareja	42	28,0%
	Viudo	0	,0%
	Total	150	
TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	26	17,4%
	F.O.	37	24,8%
	F.N.	33	22,1%
	Amigos	31	20,8%
	Otros	22	14,8%
	Total	149	
SITUACION LABORAL	Activo	65	44,5%
	Parado	34	23,3%
	Jubilado	11	7,5%
	S.L.	9	6,2%
	I.L.T.	0	,0%
	Estudiante	3	2,1%
	Otros	24	16,4%
	Total	146	
DIAGNÓSTICO	F00-09	3	2,0%
	F10-19	11	7,3%
	F20-29	62	41,1%
	F30-39	26	17,2%
	F40-49	24	15,9%
	F50-59	1	,7%
	F60-69	6	4,0%
	F70-79	1	,7%
	X60--84	10	6,6%
	Z00-Z99	5	3,3%
	Sin patología psiquiátrica	2	1,3%
	Total	151	
	ABODAJE TERAPEUTICO	Farmacológico	124
Psicológico		11	7,3%
Social		16	10,6%
Total		151	



GRÁFICO 1
Sexo de los pacientes

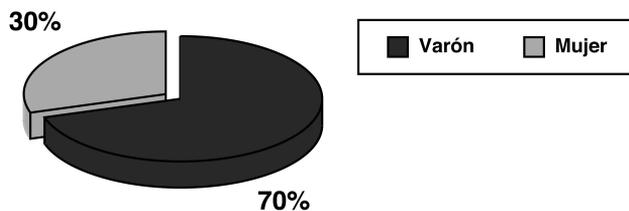


GRÁFICO 2
Distribución de pacientes en función de la edad.

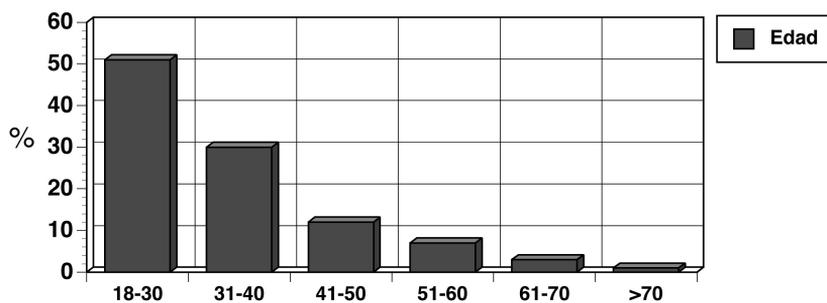


GRÁFICO 3
Pacientes en función del estado civil

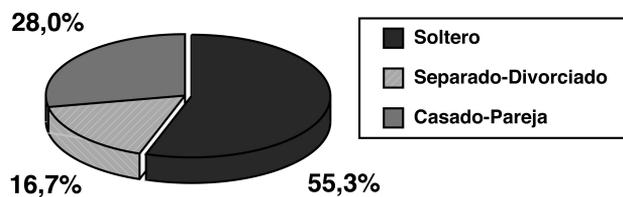




GRÁFICO 4
Pacientes en función de la nacionalidad

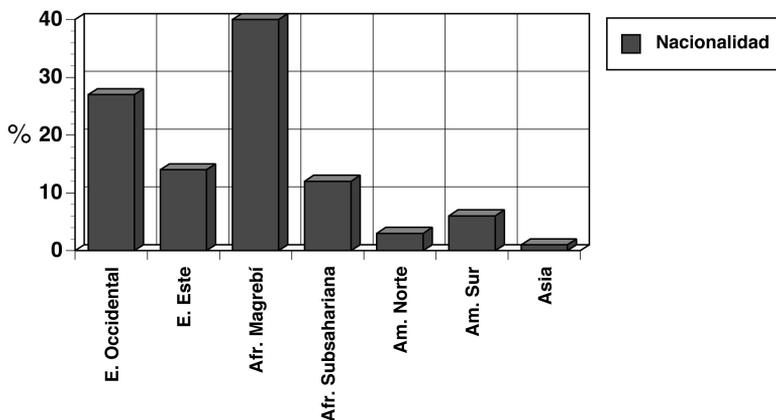


GRÁFICO 5
Pacientes en función del tipo de convivencia.

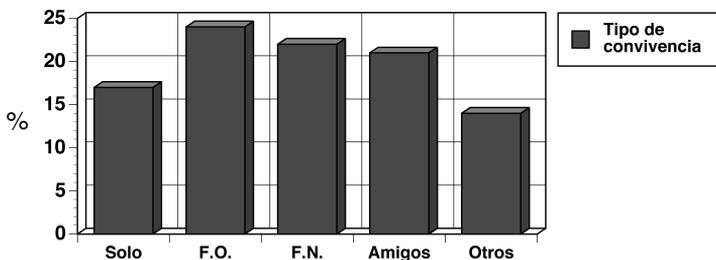


GRÁFICO 6
Pacientes en función de la situación laboral.

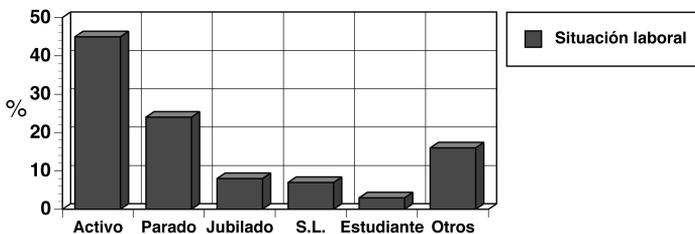




GRÁFICO 7
Pacientes en función del diagnóstico

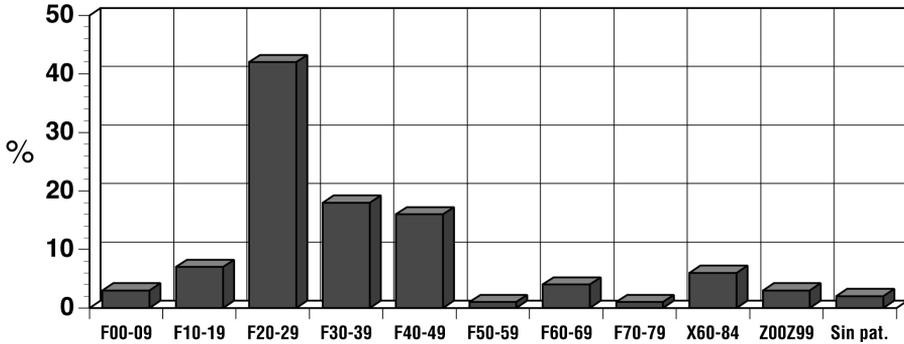
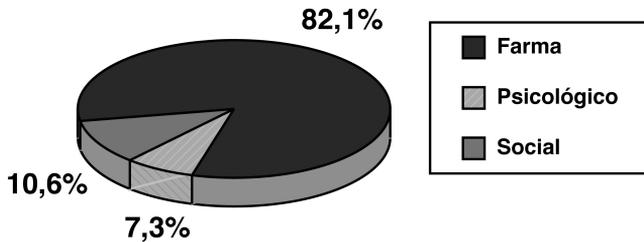


GRÁFICO 8
Pacientes en función del abordaje terapéutico



2. Un segundo nivel de análisis

Se centra en dos aspectos fundamentales. Por un lado (a) Analizar los aspectos más concretos de interacción de las variables sociodemográficas: nacionalidad, estado civil, edad y tipo de convivencia. Y de otro, (b) estudiar las relaciones que se producen entre las variables analizadas en la predicción de los trastornos encontrados. Esto se concreta en el análisis de distintas expectativas respecto a las características sociodemográficas de los pacientes.



A. Análisis de algunos aspectos más concretos de las variables sociodemográficas: nacionalidad, estado civil, edad y tipo de convivencia.

1. Esperamos encontrar que los pacientes de Europa Occidental y del Este sean de mayor edad y con estado civil casado frente a los pacientes de origen africano (Magrebí y Subsaharianos), esperando que se confirme que estos sean más jóvenes y solteros.
2. En relación al origen de procedencia y tipo de convivencia, se espera encontrar:
 - a) Que los pacientes de Europa Occidental y de Europa del Este convivan mayoritariamente con familia nuclear (FN).
 - b) Que los pacientes Africanos (magrebíes y subsaharianos) convivan mayoritariamente con amigos ó familia de origen (FO).
 - c) Que los pacientes de América del Sur convivan mayoritariamente con grupo de amigos

En primer lugar se procedió a recodificar la variable nacionalidad entre europeos y africanos. De este modo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($c2(5)=22,38$; $p= 0,000$; $r=0,4$; $N=139$) entre estas dos zonas de procedencia y la edad, obteniéndose un adecuado tamaño del efecto. Por otro lado, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre estas dos zonas de procedencia y la variable estado civil, con un tamaño del efecto más moderado ($c2(2)=11,58$; $p= 0,003$; $r=0,29$; $N=138$). En concreto, realizando las comparaciones guiadas por las hipótesis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la mayor proporción de jóvenes menores de 30 años en la muestra de africanos (61,5%) que en la de europeos (36,1%), con respecto a su propias subpoblaciones ($Z = -3,09$; $p = 0,001$). De igual forma, con respecto a la variable estado civil, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($Z = -2,80$; $p = 0,003$) entre la mayor proporción de solteros en la muestra de africanos (67,5%) que en la de europeos (47,3%).

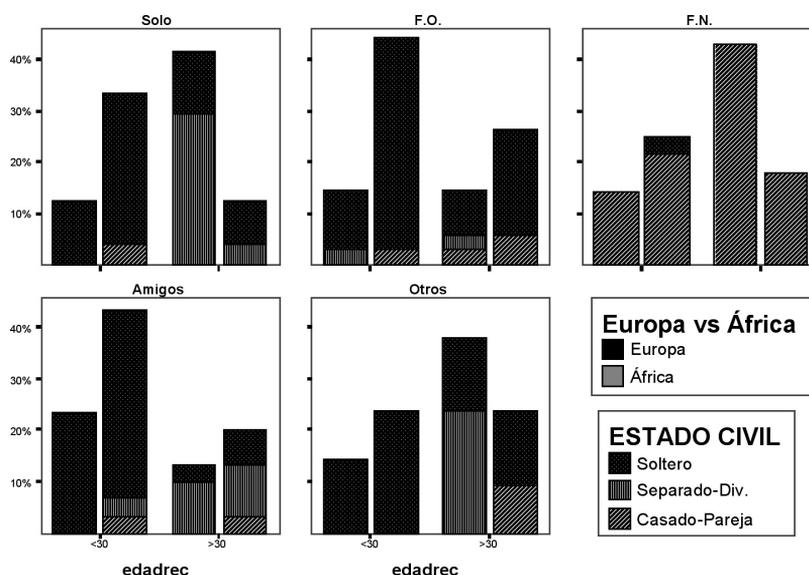
Con respecto a la variable tipo de convivencia, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($c2(5)=7,12$; $p= 0,29$; $N=137$), en esta variable con respecto a las poblaciones de africanos y europeos, si bien, desde el punto de vista descriptivo la mayor proporción de europeos convive en familia nuclear (26,2%), frente a los africanos que lo hacen en familias de origen (31,6%). No se realizó análisis del tipo de convivencia de los pacientes de América del Sur por bajo tamaño muestral de esta nacionalidad.



Tabla 3
Tabla de contingencia Europa vs África * TIPO DE CONVIVENCIA

			TIPO DE CONVIVENCIA					Total
			Solo	F.O.	F.N.	Amigos	Otros	
Europa vs África	Europa	Recuento	13	10	16	11	11	61
		% de Europa vs África	21,3%	16,4%	26,2%	18,0%	18,0%	100,0%
		% de TIPO DE CONVIVENCIA	54,2%	29,4%	57,1%	36,7%	52,4%	44,5%
		% del total	9,5%	7,3%	11,7%	8,0%	8,0%	44,5%
	África	Recuento	11	24	12	19	10	76
		% de Europa vs África	14,5%	31,6%	15,8%	25,0%	13,2%	100,0%
		% de TIPO DE CONVIVENCIA	45,8%	70,6%	42,9%	63,3%	47,6%	55,5%
		% del total	8,0%	17,5%	8,8%	13,9%	7,3%	55,5%
Total	Recuento	24	34	28	30	21	137	
	% de Europa vs África	17,5%	24,8%	20,4%	21,9%	15,3%	100,0%	
	% de TIPO DE CONVIVENCIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	17,5%	24,8%	20,4%	21,9%	15,3%	100,0%	

Gráfica 9
Contingencia Europa vs Africa * Tipo de Convivencia
Pacientes en función de la nacionalidad, estado civil y tipo de convivencia.





B. Estudio de las relaciones que se producen entre las variables analizadas en la predicción de los trastornos encontrados.

En este nivel de análisis se planteó establecer cual sería el modelo de predicción de los trastornos diagnosticados en función del resto de variables presentadas en el estudio. Se realizó un modelo de regresión mediante el procedimiento de escalamiento óptimo, tomando como variable dependiente los diagnósticos que habían tenido una incidencia mayor del 5% (ver tabla 1), y como variables independientes el sexo, la edad, nacionalidad, estado civil, tipo de convivencia situación laboral y abordaje terapéutico. El modelo resultante fue estadísticamente significativo $F_{22, 127} = 1,935$; $p = 0,014$; con una $R^2 = 0,29$, siendo las variables predictoras, tipo de convivencia ($\beta = 0,178$; $p = 0,004$), abordaje terapéutico ($\beta = 0,279$; $p = 0,000$), situación laboral ($\beta = 0,245$; $p = 0,000$) y nacionalidad ($\beta = 0,211$; $p = 0,00$), las que resultaron estadísticamente significativas.

TABLA 4
Coeficientes

	Coeficientes tipificados		gl	F	Sig.
	Beta	Error tip.			
SEXO	,088	,089	2	,975	,381
ESTADO CIVIL	-,077	,085	3	,807	,493
TIPO DE CONVIVENCIA	,178	,088	4	4,091	,004
ABORDAJE TERAPEUTICO	,279	,087	3	10,221	,000
EDAD	,065	,095	2	,466	,629
NACIONALIDAD	,211	,086	4	6,101	,000
SITUACION LABORAL	,245	,091	4	7,280	,000

Variable dependiente: diagnóstico.

Por otra parte, se realizó un análisis dirigido a confirmar el agrupamiento de los pacientes en función de sus variables sociodemográficas y diagnósticos. Esperábamos encontrar los siguientes grupos de pacientes:



1. Un grupo diferenciado constituido por pacientes varones, jóvenes (menores de 30 años), de origen magrebí, subsahariano y de Europa del Este, activos laboralmente o parados y con mayor predominancia de diagnóstico de Trastorno Psicótico (F20-29).
2. Un grupo diferenciado constituido por pacientes de edad adulta-madura (mayores de 30 años), de Europa Occidental y América del Norte, jubilados o dedicados a sus labores y con predominio de diagnósticos de Trastornos Mentales Orgánicos (F00-09), Trastornos del Humor (F30-39) y suicidios y lesiones autoinflingidas (X60-84).
3. Un grupo diferenciado constituido por pacientes jóvenes (menores de 30 años) de América del Sur, activos laboralmente y con predominio de diagnósticos Trastorno del Humor (F30-39), Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49) y Suicidios y lesiones autoinflingidas (FX60-84).

Los análisis de regresión y la descripción que sigue a continuación con las tablas por diagnóstico responden a nuestras expectativas.



TABLA 5. Tablas por diagnóstico
Tabla 5.1. Trastorno Mental Orgánico

Diagnóstico: F10-19		Recuento	% de columna	N total
SEXO	Varón	10	90,9%	
	Mujer	1	9,1%	
	Total	11	100,0%	11
EDADREC	<30	4	36,4%	
	>30	7	63,6%	
	Total	11	100,0%	11
SITUACION LABORAL	Activo	3	33,3%	
	Parado	5	55,6%	
	Jubilado	0	,0%	
	S.L.	1	11,1%	
	I.L.T.	0	,0%	
	Estudiante	0	,0%	
	Otros	0	,0%	
	Total	9	100,0%	11
NACIONALIDAD	E. Occidental	4	36,4%	
	E. Este	4	36,4%	
	A. Magrebí	2	18,2%	
	A. Subsahariana	1	9,1%	
	AM. Norte	0	,0%	
	AM. Sur	0	,0%	
	Asia	0	,0%	
	Oceanía	0	,0%	
	Total	11	100,0%	11
TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	2	18,2%	
	F.O.	3	27,3%	
	F.N.	3	27,3%	
	Amigos	2	18,2%	
	Otros	1	9,1%	
	Total	11	100,0%	11
ABORDAJE TERAPEUTICO	Farma	10	90,9%	
	Psicológico	1	9,1%	
	Social	0	,0%	
	Total	11	100,0%	11



Tabla 5.2. Trastornos Psicóticos

Diagnóstico: F20-29		Recuento	% de columna	N total
SEXO	Varón	49	79,0%	
	Mujer	13	21,0%	
	Total	62	100,0%	62
EDADREC	<30	41	66,1%	
	>30	21	33,9%	
	Total	62	100,0%	62
SITUACION LABORAL	Activo	34	54,8%	
	Parado	16	25,8%	
	Jubilado	2	3,2%	
	S.L.	0	,0%	
	I.L.T.	0	,0%	
	Estudiante	2	3,2%	
	Otros	8	12,9%	
	Total	62	100,0%	62
NACIONALIDAD	E. Occidental	8	12,9%	
	E. Este	12	19,4%	
	A. Magrebí	31	50,0%	
	A. Subsahariana	9	14,5%	
	AM. Norte	0	,0%	
	AM. Sur	2	3,2%	
	Asia	0	,0%	
	Oceanía	0	,0%	
	Total	62	100,0%	62
TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	12	19,4%	
	F.O.	19	30,6%	
	F.N.	11	17,7%	
	Amigos	14	22,6%	
	Otros	6	9,7%	
	Total	62	100,0%	62
ABORDAJE TERAPEUTICO	Farma	55	88,7%	
	Psicológico	0	,0%	
	Social	7	11,3%	
	Total	62	100,0%	62



Tabla 5.3. Trastornos del Humor

Diagnóstico: F30-39		Recuento	% de columna	N total
SEXO	Varón	14	53,8%	
	Mujer	12	46,2%	
	Total	26	100,0%	26
EDADREC	<30	11	42,3%	
	>30	15	57,7%	
	Total	26	100,0%	26
SITUACION LABORAL	Activo	10	41,7%	
	Parado	4	16,7%	
	Jubilado	3	12,5%	
	S.L.	3	12,5%	
	I.L.T.	0	,0%	
	Estudiante	0	,0%	
	Otros	4	16,7%	
	Total	24	100,0%	26
NACIONALIDAD	E. Occidental	12	46,2%	
	E. Este	1	3,8%	
	A. Magrebi	4	15,4%	
	A. Subsahariana	4	15,4%	
	AM. Norte	2	7,7%	
	AM. Sur	2	7,7%	
	Asia	1	3,8%	
	Oceania	0	,0%	
	Total	26	100,0%	26
TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	6	23,1%	
	F.O.	5	19,2%	
	F.N.	8	30,8%	
	Amigos	5	19,2%	
	Otros	2	7,7%	
	Total	26	100,0%	26
ABORDAJE TERAPEUTICO	Farma	22	84,6%	
	Psicológico	1	3,8%	
	Social	3	11,5%	
	Total	26	100,0%	26



Tabla 5.4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Diagnóstico: F40-49		Recuento	% de columna	N total
SEXO	Varón	16	66,7%	
	Mujer	8	33,3%	
	Total	24	100,0%	24
EDADREC	<30	9	37,5%	
	>30	15	62,5%	
	Total	24	100,0%	24
SITUACION LABORAL	Activo	11	45,8%	
	Parado	5	20,8%	
	Jubilado	1	4,2%	
	S.L.	2	8,3%	
	I.L.T.	0	,0%	
	Estudiante	1	4,2%	
	Otros	4	16,7%	
	Total	24	100,0%	24
NACIONALIDAD	E. Occidental	7	29,2%	
	E. Este	3	12,5%	
	A. Magrebi	11	45,8%	
	A. Subsahariana	2	8,3%	
	AM. Norte	0	,0%	
	AM. Sur	1	4,2%	
	Asia	0	,0%	
	Oceanía	0	,0%	
	Total	24	100,0%	24
	TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	3	13,0%
F.O.		5	21,7%	
F.N.		6	26,1%	
Amigos		4	17,4%	
Otros		5	21,7%	
Total		23	100,0%	24
ABORDAJE TERAPEUTICO	Farma	19	79,2%	
	Psicológico	4	16,7%	
	Social	1	4,2%	
	Total	24	100,0%	24



Tabla 5.5. Suicidios y Lesiones Autoinflingidas

Diagnóstico: X60-84		Recuento	% de columna	N total
SEXO	Varón	6	60,0%	
	Mujer	4	40,0%	
	Total	10	100,0%	10
EDADREC	<30	4	40,0%	
	>30	6	60,0%	
	Total	10	100,0%	10
SITUACION LABORAL	Activo	4	40,0%	
	Parado	2	20,0%	
	Jubilado	2	20,0%	
	S.L.	2	20,0%	
	I.L.T.	0	,0%	
	Estudiante	0	,0%	
	Otros	0	,0%	
	Total	10	100,0%	10
NACIONALIDAD	E. Occidental	3	30,0%	
	E. Este	1	10,0%	
	A. Magrebi	4	40,0%	
	A. Subsahariana	1	10,0%	
	AM. Norte	0	,0%	
	AM. Sur	1	10,0%	
	Asia	0	,0%	
	Oceania	0	,0%	
	Total	10	100,0%	10
TIPO DE CONVIVENCIA	Solo	1	10,0%	
	F.O.	2	20,0%	
	F.N.	3	30,0%	
	Amigos	4	40,0%	
	Otros	0	,0%	
	Total	10	100,0%	10
ABORDAJE TERAPEUTICO	Farma	5	50,0%	
	Psicológico	4	40,0%	
	Social	1	10,0%	
	Total	10	100,0%	10



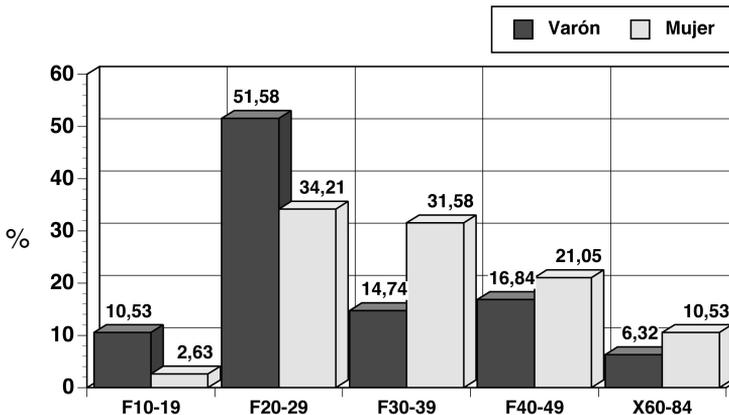
Por otra parte, esperábamos encontrar que los pacientes varones que ingresan presentan predominio de diagnóstico de Trastorno psicótico (F-20-29) frente a las mujeres en las que se espera encontrar un predominio de diagnósticos de Trastornos del Humor (F30-39) y Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49).

Con respecto a la variable diagnósticos con una incidencia mayor al 5% no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(4)=8,64$; $p=0,07$; $N=133$), en esta variable con respecto a la variable sexo. Desde un punto de vista descriptivo (ver tabla 6 y Gráfica 10) se aprecia una distribución de frecuencias diferencial en función de los diagnósticos.

TABLA 6
Distribución en función del diagnóstico

		SEXO						
		Varón			Mujer			
		Recuento	% de columna	N total	Recuento	% de columna	N total	N total
diagnóstico	F10-19	10	10,5%		1	2,6%		
	F20-29	49	51,6%		13	34,2%		
	F30-39	14	14,7%		12	31,6%		
	F40-49	16	16,8%		8	21,1%		
	X60--84	6	6,3%		4	10,5%		
	Total	95	100,0%	106	38	100,0%	45	151

GRÁFICO 10
Pacientes en función del Sexo y Diagnóstico





■ DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran el aumento progresivo de *la demanda* de los pacientes inmigrantes a la Unidad de Salud Mental del Hospital General Torrecárdenas en los últimos años, tal y como podría esperarse por el drástico crecimiento de la población de inmigrantes residentes en Almería. Según datos el Instituto Nacional de Estadística dicha población se ha incrementado en un 140% entre el año 2000 y 2005 en dicha provincia (INE, 2006).

La demanda de ingreso en nuestra Unidad de Salud Mental por pacientes mentales inmigrantes representa un 2.11% de total de los pacientes mentales ingresados en dicha Unidad a lo largo del periodo del estudio. Dicha demanda difiere de la encontrada en estudios similares (Ochoa, Vicente y Díaz, 2004; Rivero y Nigueroles, 2003). Las diferencias encontradas pueden responder a la heterogeneidad de las muestras de los estudios en cuanto a la proporción de los inmigrantes residentes en cada territorio. En un ámbito más cercano al nuestro, Ibáñez Allera (2005) estudió las características diferenciales entre pacientes españoles e inmigrantes ingresados en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Poniente de El Ejido Almería. En el caso de esta U.S.M.-H.G. Poniente de Almería, la atención a pacientes inmigrantes representa un 10% (frente al 2.11% de nuestro estudio) del total de los pacientes ingresados en dicha Unidad; siendo la atención a pacientes mentales (inmigrantes y autóctonos) un 3.6% (frente al 0.076% de nuestro estudio) del total de pacientes ingresados en el Hospital Poniente a lo largo del periodo de su estudio. Llama la atención el contraste de nuestros resultados con los obtenidos por Ibáñez Allera (2005); estando la razón en que la comarca de referencia del Hospital de Poniente de Almería se caracteriza por ser una zona basada en una economía muy próspera de agricultura bajo plástico que en los últimos años presenta un aumento masivo de población inmigrante.

El perfil sociodemográfico hallado de los pacientes participantes en el estudio coincide con los datos que refleja la literatura relacionada y con los datos esperables según las características de la población inmigrante de la provincia de Almería.

El perfil obtenido del paciente inmigrante tipo que ingresa en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Torrecárdenas es el de un varón (70,2%), entre 18-30 años (50,3%), del África magrebí (39,7%), con estado civil soltero (55,3%), con un modo de convivencia en familia (46,9%), ya sea nuclear o de origen, que mantiene una relación laboral de trabajador activo (44,5), y que el diagnóstico mayoritario corresponde a trastornos psicóticos (41,1%) y que suele tener un abordaje terapéutico farmacológico (82,1). Respecto a la nacionalidad de origen, sumando el porcentaje de europeos occidentales (26,5%) y europeos del este (13,9%), éste se equipara al de magrebíes (39,7%) pero dadas las diferencias notables entre los dos primeros grupos, hemos considerado más adecuado tratarlos por separado. Destaca en la población obtenida, la poca proporción de pacientes latinoamericanos (6%) y orientales (0,7%) respecto a otras Comunidades Autónomas siendo esto muestra, probablemente, del



diferente patrón asentamientos, en función de la nacionalidad, de los inmigrantes en la provincia de acogida. Muestra de ello es el caso del estudio realizado por Rivero y Nogueroles (2003) sobre los aspectos epidemiológicos en el ingreso de extranjeros en la Unidad de Agudos de Barcelona. Estos autores encontraron que predominaban los pacientes provenientes de Latinoamérica (35,8%) y el Magreb (21,6%).

Mientras que una gran parte de pacientes autóctonos ingresados se encuentran jubilados por enfermedad, en la población de nuestro estudio esta situación no supone más del 7%, siendo activos el 44% o desempleados el 23% del total. Esto podría deberse a la juventud de los afectados, lo reactivo y autolimitado de los cuadros o incluso a la poca "cultura" de incapacitación en sus países de origen.

En la población inmigrante instalada en Almería se pueden distinguir, en líneas generales, varios sectores bien diferenciados. Por una parte, desde la década de los 60 aproximadamente se han venido instalando inmigrantes provenientes de Europa Occidental, adultos o jubilados, de convivencia familiar. En los últimos años y en la actualidad, la afluencia proviene principalmente de los países del Magreb y de Europa del Este. En el primer caso se trata de hombres jóvenes, que en principio se instalan sin familia y dedicados principalmente a la actividad de la agricultura bajo plástico. En el caso de los inmigrantes de Europa del Este, suele instalarse la unidad familiar, siendo su actividad laboral más diversificada. Por tanto el perfil sociodemográfico encontrado de los pacientes inmigrantes que ingresan en la Unidad de Salud Mental de estudio coincide lógicamente con un sector de población inmigrante importante que reside en Almería en los últimos años: un hombre joven (menor de 30 años), de origen magrebí, dedicado en la mayoría de los casos, sea de forma continua o de forma esporádica, a la actividad agrícola bajo plástico que convive con familia de origen y con diagnóstico de Trastorno psicótico. Otro grupo diferenciado es el de varón, de Europa Occidental, mayor de 30 años, activo laboralmente, que convive con familia nuclear y con diagnóstico de trastorno del humor. El perfil de un tercer grupo es el de varón, mayor de 30 años, parado, de Europa (Occidental o del Este), que convive con familia (nuclear o de origen) y con diagnóstico de consumo de sustancias. Otro grupo lo representa el perfil de un varón mayor de 30 años, activo, de origen magrebí, que convive con familia nuclear y con diagnóstico de trastorno neurótico, secundario a situaciones estresantes y somatomorfos. Por último aparece que los pacientes que ingresan por intentos autolíticos o lesiones autoinflingidas responden al perfil de varón, activo laboralmente, de origen magrebí y que convive con amigos.

Nuestros resultados son congruentes con los aportados por otros investigadores. Egea, Nieto, Rodríguez y Jiménez (2005) encontraron que el perfil sociodemográfico de los inmigrantes llegados a Andalucía entre 1997 y 2001 se caracteriza por el predominio cuantitativo de los hombres sobre las mujeres; igualmente predominan las personas con menos de 60 años (el 89%), y dentro de ellas destaca el porcentaje de los que no superan los 30 años (48,8%). Este perfil varía según el tipo de inmigrantes



y según su procedencia. Así tenemos, que los inmigrantes que proceden de países no pertenecientes a Europa Occidental son los que se caracterizan por una mayor significación de población masculina, son también los más jóvenes (edad media de 28,6 años) y los peor preparados (dos tercios no tienen estudios).

El perfil clínico del paciente inmigrante ingresado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas no se diferencia del perfil clínico de cualquier otro paciente que ingresa en una Unidad de Salud Mental hospitalaria (habiéndose obtenido como diagnóstico al alta más frecuente el de psicosis).

El hecho de que los diagnósticos más frecuentes sean los incluidos en el grupo de trastornos psicóticos no coincide, como era de esperar, con los trastornos más frecuentemente detectados en este colectivo. Esto se podría explicar acudiendo a dos grandes razones.

1. Por una parte, las características asistenciales de las unidades de hospitalización hacen que sean los dispositivos donde ingresan los trastornos que suponen mayor gravedad y desestructuración conductual; es decir, los codificados según la CIE-10 como Trastornos Psicóticos (F-20 y F-30).
2. Por otro lado, es posible que algunos de estos diagnósticos correspondan a verdaderos trastornos afectivos que cursen con clínica psicótica y neurótica que por su especial expresión cultural sean considerados dentro de otra categoría. En este sentido ya hemos apuntado con anterioridad que algunos autores responsabilizan a los profesionales de un sesgo al diagnosticar la psicosis en pacientes de grupos étnicos diferentes al propio (Collazos et al, 2005) ya sea por la barrera idiomática que surge para la comunicación y/o por el desconocimiento por parte de los profesionales de las cultura de origen del inmigrante y de la plástica de la clínica que imprima la cultura.

Se sabe que los síndromes psiquiátricos mayores son, desde el punto de vista fenomenológico, comunes a toda la población, pero su expresión clínica está en primer lugar determinada por factores culturales. Esto supone encontrarnos con las mismas enfermedades que ya conocemos, pero manifestadas de forma distinta (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006). Respecto a las manifestaciones clínicas, apenas existe bibliografía que muestre aspectos diferenciales entre población inmigrante y autóctona. Sin embargo, llama la atención la elevada incidencia de diagnósticos erróneos en población inmigrante, con tendencia a sobre-diagnosticar psicosis, principalmente en población hispana, que no es precisamente la nacionalidad del perfil sociodemográfico hallado en el grupo de pacientes del estudio. Una de las causas que podrían explicar este error diagnóstico puede ser la diferencia entre la expresión sintomática en función del marco cultural. Se ha visto que los pacientes de origen caribeño residentes en el Reino Unido presentan mayor frecuencia de sintomatología afectiva y positiva, fundamentalmente experiencias alucinatorias (Hutchinson, 2004).



De hecho se ha constatado que muchos pacientes maniacos reciben el diagnóstico de esquizofrenia y algo similar ocurre con los cuadros depresivos mayores con sintomatología delirante.

Por otra parte, la estancia media de hospitalización de los pacientes ha sido de 14.20 días. Este dato concuerda con la indicada según los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para los trastornos psicóticos (que supone 18 días o más de hospitalización), que son precisamente los más frecuentemente encontrados en el estudio. Es decir, no se ha encontrado ninguna diferencia entre la estancia media de los pacientes inmigrantes frente a la que está marcada por el GRD para los trastornos psicóticos de los pacientes autóctonos que ingresan en la Unidad de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas. Sin embargo, otros estudios muestran estancias medias superiores (Rivero y Nogueroles, 2003 y Ibáñez Allera, 2005). Ibáñez Allera (2005) encontró que la estancia media de hospitalización de los pacientes españoles fue de 10.7 días y en los pacientes inmigrantes de 11.75 días. Esta diferencia la atribuye el autor al hándicap que supone la barrera idiomática para la comunicación y las diferencias culturales que afectan a la manifestación clínica, a la concepción de enfermedad y a la adherencia al tratamiento.

Respecto al tipo de abordaje terapéutico realizado con los pacientes del estudio, destaca especialmente el farmacológico (82.1%), frente al social (10.6%) y al psicológico (7.3%). Sabemos que los psicofármacos son una herramienta importante en el tratamiento de los trastornos mentales, pero también sabemos que un tratamiento integral que contemple un abordaje psicológico y social, es más efectivo y apropiado. Las razones, que no justificaciones, para que no se haya ofrecido un tratamiento integral hay que buscarlas en las características asistenciales de las Unidades de Hospitalización, la compleja realidad de estos pacientes y en la barrera idiomática existente entre el profesional y el paciente.

■ CONCLUSIONES

Las conclusiones que aquí se exponen son el fruto de la reflexión sobre los resultados obtenidos en el presente estudio y de la experiencia cotidiana que nos da la atención a la salud mental de la población residente en Almería desde el Sistema Sanitario Público.

El creciente fenómeno de la inmigración se refleja en todos los ámbitos de la sociedad, siendo la sanidad uno de los más importantes. *La necesidad y demanda de atención sanitaria general, y de salud mental en particular, por la población inmigrante está experimentando un aumento correlativo al aumento que este sector de la población está experimentando en el territorio español en las últimas décadas.* De hecho, la asistencia sanitaria en Salud Mental a este grupo de población adquiere tal magnitud, por las características propias de las patologías que se manejan, que



se hace preciso plantear la *necesidad de una formación específica de los profesionales* en este campo. De este modo se podría mejorar la asistencia y evitar una estigmatización innecesaria. No podemos obviar que la enfermedad mental se manifiesta de forma diferente en determinados grupos poblacionales, estando ello muy influido por la cultura del individuo enfermo.

Actualmente en España residen más de un millón y medio de inmigrantes, sin incluir aquellos que han adquirido la nacionalidad española o que se encuentran en situación no regularizada. Esta cifra supone un aumento no previsto de población, la cual tiene necesidades de atención sanitaria. Si dicho aumento no se acompaña de un *incremento paralelo de recursos*, puede contribuir a la saturación de los servicios sanitarios por un exceso de demanda de los mismos.

La *inmigración* lleva consigo una serie de cambios y dificultades que suponen *un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental* ya que supone un fenómeno generador de estrés. El efecto de ese estrés depende en gran medida de cómo se posicione el inmigrante frente a su grupo cultural de origen y frente al grupo de acogida, así como del modo en que el grupo de acogida reaccione ante el inmigrante.

Tal y como se ha apuntado anteriormente, los síndromes psiquiátricos mayores son universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. La inmigración puede dar lugar a manifestaciones diferenciadas de los cuadros mentales que conviene conocer, para no confundir las reacciones vivenciales con los auténticos trastornos mentales y evitar así tanto la psiquiatrización del malestar como la medicalización de reacciones vivenciales normales como son el "duelo migratorio".

En la atención a la salud mental de los inmigrantes existen una serie de *factores que vienen a dificultar el proceso*, jugando esto en perjuicio de la atención prestada. Entre tales factores se pueden señalar:

- La existencia de estereotipos y prejuicios negativos de la población general y del personal sanitario en relación al inmigrante.
- Las dificultades de comunicación verbal y no verbal entre el paciente y el personal sanitario.
- La expresión plástica de la clínica en función del marco cultural de referencia del paciente mental.
- Las diferencias culturales entre el paciente y el profesional. El desconocimiento por parte del profesional de la cultura del paciente va a determinarle en la forma de considerar los síntomas y la enfermedad, lo que condicionará el proceso diagnóstico y terapéutico.
- La realidad compleja de la población inmigrante, en muchos casos con problemas socioeconómicos, legales y de marginalidad social sobreañadida.
- La falta de preparación académica, clínica, cultural, social o antropológica de los profesionales para atender a una población multicultural; de forma que la



respuesta que se ha venido dando a la población inmigrante ha sido, con mayor o menor fortuna, de manera individual.

- Escaso apoyo organizado por parte de las instituciones a las que el fenómeno migratorio que estamos experimentando en las últimas décadas ha cogido también desprevenida.

Como hemos venido exponiendo a lo largo de este trabajo, la inmigración es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos mentales, que va mediado por condicionantes no sólo culturales o étnicos, sino principalmente sociales y económicos. La prevención de estos riesgos excede la capacidad de los sistemas sanitarios y recae *en medidas de tipo político y de carácter social, económico, laboral, sanitario*, etc. La importancia de este tema es tal que el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007) recoge explícitamente a la población inmigrante como un sector de la población susceptible de ser mejorada su atención sanitaria.

Los resultados hallados en este estudio, las inquietudes surgidas a la luz de estos y nuestra práctica clínica diaria nos lleva a considerar la necesidad de seguir profundizando en la investigación multidisciplinar del fenómeno migratorio y los trastornos asociados a este, desde una actitud abierta y de sincero interés por parte del profesional. Somos conscientes que ello supone un esfuerzo importante pero gratificante por el enriquecimiento que supone un trabajo bien hecho y el conocimiento de otras culturas.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Achotegui, J. (2001). La salud mental de los inmigrantes. En *Informe Anual S.O.S. racismo*.
2. Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo. Bun Barcelona . Páginas 46-56.
3. Berra S., Elorza Ricart J.M., Bartomeu N., Asuman S., Serra-Sutton V., Rajmil L. (Mayo de 2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña*. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitar i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
4. Cantor-Graae E., y Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Anales Journal Psychiatry*.162:12-24.
5. Collazos Sánchez, F., Achotegui Loizate, J., Caballero Martínez, L, Casas Brugué, M. (2005). Emigración y psicopatología. En: Vallejo Ruiloba, J., Leal Cercós, C. *Tratado de Psiquiatría*. Volumen II. Barcelona: Ars Medica, 2259-2272.



6. Egea Jiménez, C., Nieto Calmaestra, J.A. Rodríguez Rodríguez, V. Jiménez Bautista, F. (2005) La Inmigración Actual En Andalucía (1997-2001). *Geo Crítica Scripta Nova Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Universidad de Barcelona. Vol. IX, núm. 192.
7. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Médica Clínica*. 118:187-91.
8. Herrero M., González E., Valverde T., Caballero L. (2003). Utilización del cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Med Clin*, 18(117):719.
9. Hutchinson, G., Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc. Psychiatry Epidemiol*. 39:350-357.
10. Ibañez Allera, P. (2005). Algunas características diferenciales entre pacientes españoles e inmigrantes ingresados en una Unidad de Salud Mental. *Comunicación en Congreso de Salud Mental e Inmigración*. Almería.
11. Instituto Nacional de Estadística (2004). Cifras INE. Boletín Informativo .
12. Instituto Nacional de Estadística (2006). Cifras INE. Boletín Informativo.
13. Jansà, Josep M., García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*, vol.18, suppl.1. Barcelona.
14. Martínez M.F., García M., Maya I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema* ,13(4):605-10.
15. Martínez Moneo, M., Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 29, Suplemento 1.
16. Martincano Gómez J. L., García Campayo J. *Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante*. Instituto de Formación Novartis. Madrid: 2004.
17. Navarro J.C. y Morales, R.: Un 53% de los inmigrantes que viven en Granada sufre ansiedad y padece un alto estrés. *Campus* 225. 39.
18. Ochoa Mangado, E., Vicente Muelas, N., Díaz Moreno, H. (2004) Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría Com*. 8(3).
19. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 205(3): 116-8.
20. Odegaard, O. (1932). Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr Neurol* 1932;7: 1-2006.
21. Organización Mundial de la Salud (1992). Décima Edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra.
22. *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007)*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.



23. Recaño, J., Domingo, A. (2005). Factores sociodemográficos y territoriales de la inmigración irregular en España. *Papers de Demografia*, 268. 2005.
24. Reeves, S.J., Sauer, J., Stewart, R., Granger, A.J., Howard, R.J. (2001) Increased first contact rates for very late onset schizophrenia like psychoses in African and Caribbean born elders. *Br. J. Psychiatry*. 179:172-174.
25. Rivera Ortega S., Nogueroles R. (2003) Aspectos epidemiológicos en el ingreso de extranjeros en una unidad de agudos durante el periodo 2001/2002. *Rev Psiquiatria Fac Med Barna* .30 (6):314-318.



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D. profesional de la Salud Mental, con título de que desempeña en (Centro de trabajo) y con domicilio en Población D.P. Provincia Teléfono: E-mail:

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:/...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre: Dirección: BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal: Cuenta n.º: Población:

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi: [] Cuenta Corriente [] Libreta de Ahorros n.º el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Firma:

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal: Cuenta n.º: Población:

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma,

