

MIGRACIONES Y SALUD MENTAL: RECORDATORIO

Jorge L. Tizón

Equipo Psicosocial Piloto de La Verneda, La Pau y La Mina. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Aunque a menudo se piensa y se opina que la época de las grandes migraciones peninsulares ha terminado, fenómenos recientes hacen pensar que, sin embargo, el tema de las migraciones no va a poder ser dejado de lado por los estudiosos e investigadores ni por los clínicos y los organizadores asistenciales y sociales. En efecto, si bien las típicas migraciones intrapeninsulares y exteriores de la guerra civil, la postguerra y el desarrollismo pueden darse afortunadamente por acabadas —aunque no sus consecuencias sanitarias y sociales—, nuevas migraciones están haciendo su aparición en nuestro ámbito geográfico. Nos referimos a tres en particular.

En primer lugar, a las «migraciones de retorno» de los ancianos, jubilados, inválidos o pensionistas que vuelven a su tierra de origen, especialmente desde Cataluña y Euzkadi, o bien van a pasar sus últimos años en climas (o tierras) más benignas.

En segundo lugar, no hay que olvidar las migraciones más recientes de personas asalariadas que cada día están cobrando más importancia entre nosotros: inmigraciones de africanos y magrebíes, en especial hacia Cataluña y Levante.

En tercer lugar, hay que prestar ya atención a una inmigración hoy poco numerosa todavía, pero indudablemente creciente y cuyo porcentaje sobre la población global aumentará de forma llamativa a partir de 1991: la inmigración de técnicos y cuadros medios, así como de algunos grupos de obreros cualificados, procedentes de la Comunidad Económica Europea.

Esas migraciones hoy activas (y, po-

siblemente, crecientes), amén de la persistencia de numerosas secuelas de la migración intrapeninsular masiva de la guerra, la postguerra y el «desarrollismo franquista», no hacen sino mantener la vigencia de un tema que ya hace más de una decena de años comenzó a estudiar el Colectivo de Investigaciones Psicológicas y Psicosociológicas (CIPP) de la Fundación Vidal Barraquer.

En nuestros estudios anteriores sobre el tema general de las migraciones y la salud, realizados con especial hincapié en la relación migraciones-salud mental, y centrándonos en la migración asalariada a Catalunya durante el siglo XX, utilizábamos un punto de partida triple: clínico, bibliográfico y empírico¹⁻⁷. Como resultado de tales trabajos, proponíamos las siguientes conclusiones:

Conclusión general

Hay que considerar a la migración como un *conflicto psicosocial* que implica siempre a los que emigran y a las sociedades de partida y recepción. Tal *conflicto psicosocial* que, como todo conflicto, ha de ser *elaborado* por los migrantes y sus sociedades, a veces se expresa de forma psicopatológica y somática (además del inevitable nivel de expresión social y sociocultural). Los problemas reales externos, o bien las vulnerabilidades reales internas (psicológicas) pueden dificultar tal elaboración. Cuando existen esas dificultades hasta un determinado grado, se da una tendencia a la elaboración insuficiente del conflicto y, por tanto, a su expresión psicopatológica o somática. Ello convierte a la migración, y en especial

a la migración de asalariados de bajo escalafón, en un auténtico *factor de riesgo* y, más específicamente, de *riesgo psicopatológico*: así como determinadas costumbres o hábitos de vida favorecen el desarrollo de enfermedades como el úlcus gastroduodenal, los problemas cardiocirculatorios, los problemas osteoarticulares, etc., hemos de empezar a considerar que la migración es también un factor que puede coadyuvar, desencadenar o agravar el desarrollo de diversas afecciones somáticas y psicopatológicas, así como de trastornos mentales, descompensaciones psicopatológicas.⁸⁻¹³

Pero un factor de riesgo no es lo mismo que un factor causal, que una causalidad mecánica: sólo actúa de forma determinante si se juntan otras serie de «concausas» dentro de una específica estructura causal. Por ejemplo, todo trasplante implica una serie de reajustes del equilibrio que llamamos *salud*, una parte indivisible de la cual es la *salud (mental)*; de ahí el paréntesis, para hacer hincapié en la indivisibilidad del concepto —y el sentimiento— de *salud*¹⁴. Si tal situación difícil ocurre sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, puede crearse un marco biopsicosocial que favorezca la descompensación o trastorno con una probabilidad bastante conocida hoy día.

Esta conclusión general conlleva para nosotros una serie de *corolarios*:

1. El conflicto (psicosocial) de la migración (o *trasplante psicosocial*) se expresa y puede observarse:
 - a) en el o los emigrantes;
 - b) en los habitantes del lugar de recepción;
 - c) en los que se quedan en el lugar de origen, sin emigrar.

2. En cualquiera de los tres grupos de población, la migración va a tener repercusiones:

- a) psicológicas y psiquiátricas;
- b) sociales y socioculturales;
- c) biológicas^{8,9}.

3. Hasta hoy, los aspectos más estudiados del *duelo migratorio*^{6,7,10-15} son aquellos que afectan a los emigrantes y a los habitantes de los lugares de recepción.

Secundariamente, las repercusiones sociales y socioculturales sobre los autóctonos y su cultura.^{1,7,9,16,17}

4. La expresión psicopatológica del inmigrante asalariado, diversificada y compleja, viene marcada por la tríada sindrómica^{7,9,18-22} de la *depresión*, la *somatización-hipocondría* y la *paranoia*. Prácticamente en cualquier cuadro de descompensación psicológica ligado al trasplante migratorio aparecen esos tres elementos, aunque el cuadro esté dominado por uno de ellos. Ello explica la facilidad con la que tales síndromes depresivos se medicalizan y se transforman en los *síndromes depresivos crónicamente medicalizados* estudiados en las consultas de Medicina de Cabeza y Neuropsiquiatría del INSALUD y sus homólogos autonómicos²³⁻³⁰.

5. Los lugares de máxima expresión (a menudo encubierta) de tales conflictos son:

- a) las consultas de enfermería, pediatría y medicina de cabecera de atención primaria;
- b) las consultas de Neuropsiquiatría de Zona del Institut Català de la Salut y sus homólogos autonómicos;
- c) las instituciones de servicios sociales y asistencia social;
- d) las instituciones pedagógicas;
- e) los servicios de urgencias de los hospitales generales.

6. Como apuntábamos en nuestra «conclusión general», de acuerdo con lo anterior, para nosotros la *migración* en general, y algunos tipos concretos de migraciones con mayor intensidad, han de ser considerados desde el punto de vista sanitario como un *factor de riesgo y, en especial, de riesgo psico(pato)lógico*. Como antes decíamos, todo «trasplante migratorio» implica una serie de reajustes en el equilibrio dinámico que llamamos *salud*, una parte in-

divisible de la cual es la *salud (mental)*. Si la migración ocurre sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, puede crearse un *marco biopsicosocial* que favorezca la descompensación o trastorno con unas probabilidades según grupos bastante conocidas hoy en día^{2,6,7,21,31}.

Sabemos, por ejemplo, cómo el hecho de haber nacido y crecido en el seno de una familia emocionalmente desunida predispone o favorece ese tipo de descompensaciones tras la migración; que las personas que ya antes han padecido descompensaciones psico(pato)lógicas o sociales tienen más riesgo de descompensarse tras el trasplante; que los trasplantes en edades maduras o en la «tercera edad» son más arriesgados desde el punto de vista somático y psicopatológico, así como las migraciones de retorno... Sabemos también cómo, aunque no se hayan dado esas circunstancias, las futuras posibilidades de integración personal y relación social del inmigrante pueden protegerse mediante una serie de dispositivos y cuidados, no excesivamente complejos o costosos^{1,6} además de con una mejora global de la calidad y capacidades de *contención* de los servicios sociales y sanitarios, etc.

7. Las personas trasplantadas estudiadas por nosotros (inmigrantes asalariados procedentes de otras «regiones» y nacionalidades del «Estado español») han tenido que vivir antes, durante y después de su migración unas difíciles situaciones psicosociales, agravadas por la inexistencia de hipotéticos «servicios de acogida», que hubieran podido prestarles ayuda, y agravadas más aún por la desorientación en el campo psicosocial de las instituciones en las que, finalmente, han ido a depositar sus peticiones de ayuda, más o menos directas y conscientes: las que hemos señalado en el punto 5.

8. Salvo para los diagnósticos de «esquizofrenia» y «alcoholismo» en sus formas más graves, que son más frecuentemente conferidos a los inmigrantes, no hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los diagnósticos psiquiátricos o de los resultados de los *screening test* y entrevistas estandarizadas entre los inmigrantes y

los autóctonos. Si las hay en cuanto a su frecuentación de los servicios sanitarios públicos²⁸⁻³³.

9. La tendencia a descompensarse psicopatológicamente no parece guardar relación apreciable con determinados índices de adaptación externa, social: hablar o no catalán, matrimonios mixtos, etc.

10. Por último, la casi omnipresente existencia de *somatizaciones* (en su acepción DSM III ampliada: Escobar y cols. 1987³⁴) entre los consultantes a los servicios de Neuropsiquiatría de Zona estudiados, no nos había permitido comprobar nuestra hipótesis, precedente de Calvo¹¹, que presenta la *somatización* como una expresión descolante de la *elaboración inadecuada o insuficiente de los procesos de duelo por el trasplante*^{1,11,14,15}. Sin embargo, la práctica clínica cotidiana parece apoyar esta hipótesis y, desde luego, los más graves procesos de *cronificación medicalizada*^{3,29,30} son mucho más numerosos entre los inmigrantes y, en especial, entre los que realizaron trasplantes más desprotegidos desde el punto de vista psicosocial.

11. Una de las consecuencias del desconocimiento de la relación entre trasplante y salud (mental), así como de las más deficientes atenciones primarias actuales (médica y psicosocial), consiste en que los cuidados que dichos dispositivos proporcionan a los inmigrantes muy a menudo sirven... para cronificar y medicalizar los aspectos de sufrimiento, dolor o frustración inseparables a esas migraciones, más que ayudar a elaborarlos. En el caso del sistema sanitario, esa inatención contribuye de forma relevante a la extensión de la *somatización* —mecanismo de defensa y síndrome clínico—, tanto de los consultantes como de los equipos consultados: la tendencia a vivir referidas al cuerpo ansiedades que resulta excesivamente doloroso mentalizar o simbolizar. Desde el punto de vista sanitario, como hemos dicho, ello puede llevar a la *medicalización*, a la *yatrogenia*, a la sensación de impotencia profesional y personal, y a un importante despilfarro sanitario a raíz de la reiteración de exploraciones y medicaciones innecesarias e incluso nocivas^{6,27}.

En estas poblaciones, por tanto, se da una importante tendencia a las situaciones que uno de nosotros ha designado con el término *cronificación medicalizada*^{28,29,32}, en las cuales, a las cronificaciones propias de todo trastorno psiquiátrico no situacional, de haber sido mal atendido, se añade la somatización exacerbada de los sufrimientos, la cual entorpece la percepción y tratamiento del problema, por la dificultad de *descontextualizar los mensajes* que los pacientes presentan a sus médicos^{9,32,35}.

En resumen: el resultado de nuestros estudios anteriores y de nuestra revisión de la literatura internacional al respecto nos había llevado a configurarnos una idea del típico inmigrante a Cataluña con trastornos psicopatológicos que podría resumirse así:

- más frecuentemente mujer que hombre,
- un cuadro descolante de tipo depresivo atípico,
- en el que predominan la expresión somatoforme, con elementos paranoides o ansiedades persecutorias casi conscientes,
- claras dificultades psicosociales actuales,
- una historia llena de pérdidas insuficientemente elaboradas desde el punto de vista psicológico (no sólo la del trasplante),
- habitualmente cronificado,
- y cronificado mediante la *medicalización* abusiva proporcionada por una asistencia pública desorganizada, escomotizadamente biológica y, como consecuencia, yatrogénica en este campo en el que tanto se imbrican las variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

Bibliografía

1. Tizón JL, San José J, Salameró M, Pellejero N, Díaz-Munguira JM, Atxotegi J. *Migraciones y Salud Mental*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer, 1983 (polic.). Premio Luis Martín Santos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1983.

2. Tizón JL, Atxotegi J, San José J, Sainz F, Pellejero N, Salameró M. La migració com a factor de risc psicosocial i mèdic. *Llibre de ponències: El procés d'emmalaltir. XIIè Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana*. Castelló de la Plana-Benicàssim: Institut d'Estudis Catalans. Institut Alfons el Magnànim, 1984.
3. Tizón JL. Aproximación al análisis de la demanda en las consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD. La psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado español. *Psiquis* 1984, 4 (5): 23-33.
4. Tizón JL, Atxotegi J, San José J, Sainz F, Pellejero N, Salameró M. La migración como factor de riesgo para la salud (I) y (II). *Gac Sanit* 1986; 28 (5): 149-56.
5. Salameró M, Atxotegi J, San José J, Pellejero N. *Los adolescentes de la segunda generación de emigrantes. Conflictos psicológicos y sociales*. Barcelona: Escola Universitària de Treball Social, 1987 (polic.). Memoria de la beca de investigación.
6. Tizón JL, Atxotegi J, San José J, Sainz F, Pellejero N, Salameró M. La migración como factor de riesgo psicosocial y somático (I y II). *JANO Med y Human* 1983; 34, 816: 50-68 y 68-78.
7. Tizón JL, Salameró M, Pellejero N, Sainz F, Atxotegi J, San José J, Díaz-Munguira JM. *Migraciones y Salud Mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya*. Barcelona: (en prensa).
8. Friessem DH. Travailleurs étrangers en République Federale Allemande. Quelques resultats et réflexions dans une optique médico-sociale et Psychiatrique. *Informations Psychiatriques* 1975; 51: 283-91.
9. Colledge HA y Svensson P-G (eds.). *Migrations and Health: towards an understanding of the health care needs of ethnics minorities*. La Haya: OMS, 1986.
10. Calvo F. L'emigración: une réalité complexe dans la biographie de beaucoup de patients. *Rev Franc Psychanal* 1971; 35 (5-6): 1.015-22.
11. Calvo F. *Emigración y elaboración de duelo*. Barcelona: Universidad Autónoma, Facultad de Medicina, 1972.
12. Calvo F. *¿Qué es ser emigrante?* Barcelona: La Gaya Ciencia, 1977.
13. Calvo F. Identitat i emigració. *Rev Catalana de Psicoanàlisi* 1985; 2 (2): 189-97.
14. Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora, 1982.
15. Gimberg L, Grimberg R. *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza, 1984.
16. García-Sevilla L, Muntaner C, Coyo TM, Lledó M, Balada F, Trullàs R, Martí N. Experiències vitals pressuradores de la població immigrant i no immigrant de Catalunya. *Llibre de ponències: El procés d'emmalaltir. XIIè Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana*. Castelló de la Plana-Benicàssim: Institut d'Estudis Catalans. Institut Alfons el Magnànim, 1984: 253-64.
17. Spruit IP. Health care for labour-immigrants: Perceptions of problems. En Colledge M y Svensson P.G. (eds.). La Haya: OMS, 1986.
18. Lazarus S, Locke BZ, Thomas DS. Migration

differentials in mental disease: State patters in first admission to mental hospitals for Ohio and California as of 1950. *Milbank Men Fund* 1963; 41: 25-42.

19. Lazarus S, Locke BZ, Thomas DS. Migration Differentials in Mental Disease. *Milbank Men fund* 1966; 44: 23-48.

20. Melon J, Timsit M. Étude statistique sur la psychopathologie des immigrants. *Acta Psychiat Belg* 1971; 71: 98-120.

21. Berner P. Psychopathologie des migrations. *Enciccl Méd-Chirug Psychiatrie* 1967; 37880 a 10. (b).

22. Berner P, Zapotoczky HG. Psychopathologie des trasplantés. *Confrontations Psychiatriques* 1969; 4: 135-54.

23. Rendueles G, Menéndez JM, Fernández C, Bermejo M. Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1982, 2(4): 49-55.

24. Rendueles G. La invalidez por causa psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1984; 11 (4): 419-22.

25. Tizón JL. Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad. *Medicina Clínica* 1974; 63, 2: 72-9.

26. Tizón JL, Bermejo J, Garre A. Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD. (I) Descripción de las consultas. *Informaciones Psiquiátricas* 1981; 83 (2): 143-69.

27. Tizón JL, Bermejo J, Garre A. Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de neuropsiquiatría de zona del INSALUD. (y II) Psiquiatría psicológicamente orientada versus Neuropsiquiatría biológicamente orientada. *Informaciones Psiquiátricas* 1981; 84 (3): 255-72.

28. Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellejero N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: Una perspectiva desde la neuropsiquiatría de zona. *Psiquis* 1986; 71: 37-58.

29. Tizón JL, Spagnolo E. La neuropsiquiatría de la zona dentro de la asistencia primaria actual. Una investigación con resultados críticos (I). *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1986; 60: 463-97.

30. Tizón JL, Spagnolo E. La neuropsiquiatría de zona dentro de la asistencia primaria actual: una investigación con resultados críticos (y II). *Rev Sanidad e Higiene Pública* 1986; 60: 711-44.

31. Odegard Q, Astrup C. Internal migration and mental disease in Norway. *Psychiat Q* 1960; 34: 116-30.

32. Tizón JL. La atención primaria en Salud (mental): Una perspectiva. *Rev Asoc Esp de Neuropsiquiatría* 1986; 17 (6): 229-52.

33. Herrera H, Autonell J. et al. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 1987; 107: 11-41.

34. Escobar JM, Burman MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the Community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713-19.

35. Tizón JL. *Componentes psicológicas de la práctica médica*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1987.