



Lo sociocultural y lo sanitario según algunos aspectos de la población inmigrante atendida en la psiquiatría comunitaria del territorio histórico de Álava

Social and cultural conditions and sanitary attendance according to some aspects of the immigrant population attended by the community psychiatry of the historical territory of Álava

J.I. Zuazo Arsuaga

Médico Psiquiatra

A. Etxebeste Anton

Enfermera Salud Mental

C.S.M. Gasteiz Centro

Resumen:

El campo psiquiátrico comunitario es un terreno donde se muestra la preferente implicación de las características sociales en lo sanitario. Un espacio importante es el de la atención a los inmigrantes. Salud y enfermedad mental son también aquí superficies móviles y variables en sus definiciones. En cualquier caso todo parece decir que según nuestra revisión los inmigrantes ni consultan más ni diferente a la población alavesa que los acoge a pesar de los desajustes adaptativos y depresivos predominantes en una población desaventajada por las pérdidas sociales implícitas a su condición.

Palabras Clave:

Inmigración. Social. Sanitario. Psicopatología.

Summary:

The community psychiatric field is an area where senior implications of the social characteristics over sanitary attendance are palpable. Attention to immigrants stands as a particularly relevant issue to this respect. Health and mental disease are also here mobile and variable surfaces in their definitions. However, everything points in the direction that that according to our review, immigrants neither consult more than nor different of how native population that hosts them do, in spite of the adaptive and depressive disorders prevailing in a population disadvantaged by the implicit social losses consequent to their condition.

Key words:

Immigration. Social. Sanitary. Psychopathology.



INTRODUCCIÓN

- Comenzaremos recordando que en Vitoria-Gasteiz reside el 80% de la población del territorio histórico de Álava (227.000 hbs). Los habitantes eran un cuarto de esa cifra hace una cincuentena de años. Es pues una ciudad que sabe de inmigraciones. Vamos a estudiar aquí algunas particularidades de la población extranjera atendida ambulatoriamente en los C.S.M. del territorio histórico de Álava así como en los programas específicos de alcoholismo y de otras drogodependencias. Sobrevolaremos tanto la población adulta como la infantil.
- Como se verá por algunos datos aportados, se trata de una población inmigrante que en su mayor parte se encuentra por encima de un umbral mínimo de posibilidades y cuidados y por tanto fuera de situaciones de desastre extremo socio-económico. Naturalmente nada describimos de aquellos que no acuden. Las facilidades de acceso de las personas al C.S.M. pueden ser calificadas de extremadamente amplias, quien lo desea consulta sin trabas sobreañadidas a sus condiciones socio-culturales/lenguaje, etc.
- La asistencia a los inmigrantes es uno de esos grandes temas en los que con frecuencia se invierten funciones en inferencias y actuaciones inadecuadas: el psiquiatra o el psicólogo se torna en activista político o recaudador de ayudas sociales, el trabajador social o quien anhela ayudar se hace psicoterapeuta, se piden peras económicas al olmo sanitario, se pretende con fármacos resolver las crueldades de las malas acogidas, se diagnostican sanitariamente malestares y conflictos intrínsecamente inevitables o, peor, artificialmente fomentados. En resumen: nos perdemos en confusiones teóricas y prácticas, y correteamos entre chivos expiatorios.
- Por razones varias nos interesa el tema que tratamos, una de ellas tiene que ver con el peso de lo social, y de lo socio-sanitario (ovillo a despejar si pretendemos un mejor futuro asistencial). “Sociosanitario” que a menudo se interpreta únicamente por uno de sus extremos polares, las demencias, la rehabilitación y readaptación sociolaboral, etc, sin tener en cuenta el otro, el extremo inicial de lo que va a ser o no asunto hegemónicamente sanitario en una determinada sociedad.
- Compartimos el sentir y decir de tantos autores que insisten en los solapamientos de los problemas (y traumatismos) en lo socioeconómico, cultural y psicológico (a veces psicopatológico). Por cierto, el deslinde de algunos de ellos creemos que es el único camino posible para la adecuación del desarrollo del trabajo psiquiátrico y psicológico (precisamente en sus dimensiones psicopatológicas). Asunto que además es de justicia social. Para nuestro trabajo en el C.S.M. pensamos que es de interés el plantearnos ante las demandas que se nos presentan algunas preguntas:
 - ¿Estamos ante un síntoma/síndrome psicopatológico propiamente dicho?. Para la lectura del síntoma/síndrome es exigida una distancia (cognitiva) que trate de evitar la imposición abusiva de valores y cogniciones. Su resultado habría de ser, para algunas manifestaciones, una relativización de lo que es o no es psicopatológico y, para otras, una diferenciación entre lo que corresponde a la patoplastia y lo relativo a la organización estructural (con visos etiopatogénicos).
 - ¿Cuál es la responsabilidad en ese desarrollo clínico de aconteceres traumáticos que actúan como desencadenantes y agravantes, sosteniendo después el peso de la patología?
 - ¿Qué necesidades, más allá de las terapéuticas asistenciales, son precisas de atender en conexión con el resto de dispositivos y ofertas comunitarias?.
 - ¿Nos encontramos ante problemas no psicopatológicos (al menos significativamente) pero cargados de pesar y sufrimiento, con ocasionales manifestaciones sustitutivas, que sin embargo requerirían apoyo afectivo,



escucha y cuidados (que pueden ser además preventivos con respecto al desarrollo de francas patologías)?

I) GENERALIDADES: ATENCION EN EL C.S.M. Y LO SOCIAL/CULTURAL

- En la medida en que el C.S.M. suma años de funcionamiento, en nuestro caso pasados los 25 años, dos asuntos sobre todo nos han obligado a tomar en consideración las vertientes de lo social y de lo cultural:
 - El primero tiene que ver con las variaciones socioeconómicas en las características de los casos atendidos. Estos cambios se refieren, por ejemplo, a temas económicos y de organización (como pueden serlo los viejos problemas consecuencia del paro, y los nuevos reflejos de algunas reorganizaciones con maltrato laboral). Más bien las propias demandas presentadas varían, y —lo que es más— las características semiológicas también lo hacen.
 - El segundo, aunque en cierto modo entra en el gran capítulo anterior, se particulariza también con elementos de índole cultural. Aquí mencionaremos tres ámbitos: el de las relaciones de género, sobre todo con la evolución en el espectro de la condición femenina; el de la queja como sufrimiento que invade (o es invadida) por la psicopatología; y el de la presencia de porcentajes crecientes de personas nacidas fuera de estos territorios a los que han emigrado.
- En ocasiones los temas se aproximan, y de igual manera a como parece que la sanitización, o la medicalización, de ciertos problemas consecuencia por ejemplo de taras en la gestión o en el reparto de salarios es más simple o económica que su resolución donde procede, algunas consecuencias de la explotación económica y de la pobreza son teñidas de consideraciones étnicas, religiosas o culturales, desplazando las posibilidades reales de solución.

- Podemos (y debemos) incidir sobre las diferencias que nos separan a unos de otros, en las condiciones en las que nos desenvolvemos, en nuestra posición de clase, y así sucesivamente, sin embargo es banal afirmar que todo ello no son sino minucias con respecto a aquello en lo que nos asemejamos. Así es también con respecto a lo disfuncional o a lo francamente patológico en el acontecer psicológico.

Se puede sufrir por uno, dos, mil distintos temas, se puede estar deprimido por mil ausencias distintas, pero siempre ambos —sufrimiento y tristeza— se repiten monótonamente en el ser humano. Que en Oriente o en la Inglaterra victoriana lo disimule y me avergüence de tales afectaciones, o que las exprese plañideramente no cambia lo general de esas vertientes. Y es que las variaciones en el grado de consciencia, o en la orientación predominantemente corporal de las afectaciones (emociones y sentimientos), son —también y sobre todo— posibilidades universales humanas.

- Lo anterior es válido para el funcionamiento normal, funcional o disfuncional, pero es especialmente manifiesto cuando de patología se trata, siempre más reducida, repetitiva y más restrictiva que la gran variabilidad del despliegue de la psicología normal. Y tal reducción, con sus variaciones, llena los abordajes teóricos y de diagnóstico, tanto categoriales como dimensionales.

- La relación terapéutica implica, también, compartir valores y creencias, cogniciones y afectaciones en suma. ¿Qué es lo que esto significa?. Si me muevo por juicios, digamos, explícitos, no es menos cierto que ellos se encuentran sostenidos por prejuicios implícitos. Por cierto, el prejuicio no supone pura valoración negativa, sino que es requisito cognitivo inexcusable. En cualquier caso yo no tengo acceso —directo— a mis prejuicios; o bien el otro los capta y me los transmite, o bien por asociación e inferencia indirecta concluyo en su presencia.



Compartir exige, ante las diferencias, reconocer los espacios oscuros de lo implícito, de lo que puede movernos valorativa y cognitivamente por razones que intuitivamente ignoramos.

Tales asuntos son vistosamente evidentes en las relaciones entre miembros de culturas diferentes: el entramado de la familia extendida —por ejemplo— grita fidelidades ajenas al miembro del núcleo familiar elemental; la presencia de “magia” y “genios” elimina toda posibilidad de azar en el desarrollo de las enfermedades (quizás de manera no muy diferente a algunas abusivas aproximaciones neurológicas elementales y gratuitas).

- No olvidemos que los prejuicios tejen la telaña cognitivo–afectiva de quien acoge y de quien es acogido. Si los diagnósticos, para el tema que tratamos, presentan cierto núcleo duro en los casos extremos, todas las superficies de solapamiento son extremadamente variables y, por tanto, sujetas a modas.
- Además, para mayor posibilidad de confusión, no es que únicamente, según esas modas, simplemente diagnostique, digamos, más trastornos bipolares que esquizofrenias (variando el núcleo duro), y que con más frecuencia el trastorno de ansiedad generalizada aparezca y desaparezca en relación a sus manifestaciones críticas, o así lo hagan la fobia social y el trastorno límite de la personalidad en extensiones inusitadas, sino que percibo, capto, se me presentan los casos —aparentemente— así. ¿Será exclusiva patoplastia o habrá más?.

2) SOBRE SANITARIZACIÓN Y PROBLEMAS DIVERSOS

- Devereux (1) hablaba de “desórdenes étnicos” en los que la salud mental de los individuos se alteraba según patrones que detectaban tensiones características de una cultura y establecía procedimientos defensivos o normas de conducta más o menos definidos para esa cultura.

Hasta ahí el modo de presentación es clásico: los síndromes dependientes de la cultura se ordenarían según síntomas organizados —a menudo— jerárquicamente, y, con frecuencia también, solapables con las modernas clasificaciones sanitarias occidentales (“ataque de nervios” y ansiedad crítica por ejemplo).

Un cierto desplazamiento se dibuja cuando pasamos de la expresión clínica al mundo de las causas y motivaciones: ya no se trata —sobre todo— de síntomas y síndromes sino de la etiología supuesta; es el caso de los trastornos o “enfermedades de atribución” (2). El polo ocupado por el traumatismo y el estrés se hace entonces el más prominente.

- No es de extrañar el interés en los últimos temas para el trabajo diario en un C.S.M., que es de donde parten estas líneas:
 - Por un lado el hecho bruto de la diversificación de orígenes culturales/“étnicos” de las personas que acuden nos obliga a veces a modificaciones técnicas o, en todo caso, a una apertura de horizontes, informaciones y prestaciones asistenciales diversificadas.
 - Por otro los problemas de “atribución” hacen que grupos de demandas en el C.S.M. tengan que ver más que con la especificidad de los síntomas con su supuesto origen (trabajo, condición femenina, relación con los compañeros, inmigración, etc.). Pareciera en ocasiones que la supuesta materialidad del agente traumático diese un contenido más “científico” a su teorización.
- Los problemas se hacen más complejos, como se anunciaba, si tenemos en cuenta que a la ya citada sanitarización de dificultades cuya solución adecuada sería más comprometida o difícil, se añade la introducción en la dimensión semántica salud/enfermedad de todo lo que signifique sufrimiento e incluso “incomfort” (cuando no “infelicidad”).
- Y con respecto a la psiquiatría: ¿acaso sólo el objeto de estudio lejano y exótico —para un



europeo por ejemplo— es asunto “etnopsiquiátrico”, ¿tardará más, llegado el caso, el difunto chino en comer el arroz dejado en su tumba que en oler las flores el fallecido portugués?

La psiquiatría y la psicología no pueden sino asentar parte de sus saberes en mitos, y —especialmente— en ese eufemismo que es el concepto de ideología (que tal vez no es sino el mito a la occidental). Pero más precisamente, y vamos a insistir en ello, los diagnósticos psicopatológicos y las nominaciones vivenciales disfuncionales, se suceden según los momentos socioeconómicos y culturales: las clasificaciones están plagadas de ejemplos de todos conocidos. Cabe incluso preguntarse si tales clasificaciones nosológicas suponen realmente un saber acumulativo.

3) PSICOPATOLOGIA Y NO-PSICOPATOLOGIA: SANCIONES SOCIALES

• “Singularmente —escribe Devereux (1)— en las situaciones de estrés, la cultura proporciona al individuo indicaciones sobre modos de empleo abusivos (...) que Linton denomina ‘modelos de conducta’; todo sucede como si el grupo dijera al individuo: ‘No lo hagas, pero si lo haces, hé aquí como debes comportarte’”. Para el autor los desórdenes étnicos, esos síndromes dependientes de la cultura, serían los modelos de conducta. Serían “valores sociales antisociales que permiten al individuo ser antisocial de una manera socialmente aprobada y a veces incluso prestigiosa”.

Los modelos de conducta se comportan como pre-juicios que dan forma a los razonamientos e inferencias respectivas. Distinguiremos en tales movimientos:

- Los prejuicios culturales, especie de lentes coloreados que influyen, en tanto supuestos de base, incluso en nuestra captación del mundo.
- Las defensas (o modos de elaboración de los conflictos y frustraciones) en parte proporcionadas (o no) por la cultura en cuestión.

• Cuando un traumatismo (A) es culturalmente reconocido, y a menudo dotado de nombre, la sociedad sanciona: “estás autorizado a sentirte mal con (A)”.

Además la sociedad, a través de los responsables y de los saberes que correspondan, sitúa (A) según sus características: “el agente traumático puede ser así o así”.

Un paso más se da con lo relativo a la reacción que el individuo desarrollará: “en caso de que recibas el nefasto influjo de (A), tu reacción será (X)”. Sólo queda entonces situar (X) en el panorama psicológico y comportamental del lugar y de la época, así como proponer el procedimiento (Z) por el que será tratado (X).

• Bien es cierto que desde el punto de vista ontológico sería errado confundir las palabras y sus referencias, es la diferencia entre viajar por la Guayana o pasearse por un mapa que la representa. Aunque tenemos que recordar que los modos de narrar varían la “realidad” de —pongamos— las descargas de adrenalina. Las propuestas sociales que funcionan en forma de diagnóstico del traumatismo, de defensa psicológica o comportamental proporcionada, o de procedimiento terapéutico (más genéricamente, de elaboración) deben de contar con cierto isomorfismo o capacidad de sintonía con lo que abusivamente denominaremos “realidad física” (incluida la corporal).

• En todo caso, para nuestros afanes, seguiremos insistiendo en las imbricaciones entre estos asuntos sociales y culturales, el psiquismo individual y el trabajo en el aquí y ahora de nuestro C.S.M. Nos haremos ahora la pregunta de rigor: ¿la sanción social como reacción de enfermedad supone trastorno psicopatológico?: creemos que la respuesta clara y sostenida es “no”. La pregunta inversa sería, ¿si no hay sanción social no hay psicopatología?: de nuevo respondemos por la negativa.

• Añadamos que todas las combinaciones intermedias, jugando con las tres variables (A, X y



Z), son posibles: hay traumatismos no reconocidos como tales (o minusvalorados), hay reacciones no reconocidas, hay tratamientos (y sus variaciones) no aceptados.

Peligrosos dualismos acechan en estas reflexiones, sin embargo pensamos que conviene mantenernos fuera del relativismo a ultranza afirmando que:

- Del mismo modo a como no hay un cuerpo y un psiquismo previos, posteriores o aislados en la vida del hombre, no hay una entelequia que sería “lo social” versus “lo psicológico individual”.
- La sanción social “esto es una reacción psicopatológica” puede mentir o decir la verdad solo si —y es lo que afirmamos— lo psicopatológico exige cambios cualitativos con respecto a lo “vivencial” o “funcional”.
- Lo opuesto también puede ser afirmado: que la sociedad no sancione un acontecer psicopatológico no lo borra del territorio (aunque sí del mapa).
- ¿Ya está claro?, desgraciadamente para nada. ¿Quién puede establecer con la más mínima claridad la posición de esa línea imaginaria que separa lo psicológico de lo psicopatológico: seguramente nadie, lo cual no significa que no podamos distinguir con alguna claridad los puntos situados en los extremos, y con eso habremos de conformarnos.

4) ELLOS Y NOSOTROS: NOTAS

- Sus aplicaciones son como el eco que se repite y se extiende: Ellos y Nosotros. Pueden ser ellos, los locos, los primitivos, pueden ser los extranjeros, pueden ser los “punkys”, e incluso —en un “narcisismo de pequeñas diferencias” (Freud, 3)— los de la región, la provincia o el pueblo de al lado. En cualquier caso el tema es excesivamente repetido y elemental como para no ser estructuralmente constituyente. Nosotros/Ellos cobra significación e importancia incluso con respecto a situaciones totalmente banales, como vivir en una calle (vs otra) o simplemente, como lo mos-

tró Tajfel (4) en relación al hecho de que un investigador nos adscriba a la derecha o a la izquierda de un pasillo.

- Quien homogeneiza no es, sobre todo, el comportamiento real o —si se quiere— las similitudes psicológicas entre los miembros del grupo, quien lo hace es el acto de decisión por el que construyéndose los otros como colectivo se construye el nosotros como otro tanto.
Pero esa decisión no se queda ahí, en el ámbito de la pura lógica atributiva o distributiva o en el de la psicología, esa decisión crea condiciones tan reales como puede serlo una cárcel, un pasaporte, un plato de alubias, una caricia, una bofetada, o la posibilidad de obtener una beca.
- Nos definimos tanto por lo que somos como por lo que no somos, y lo que no somos (seremos o hemos sido) es precisamente lo que son los otros. Esto, sin juegos de palabras, significa, como nos lo enseñaron nubes de pensadores (especialmente existencialistas, estructuralistas e incluso sus opuestos postmodernos), que en mi intimidad más profunda está el otro, que yo soy un colectivo (quizás una muchedumbre) donde estoy “yo”, quien aparentemente soy, y también se encuentra “ése” con quien me relaciono.
Desde el punto de vista colectivo, si los otros pasaran a ser nosotros (por ejemplo en inmigraciones previas) deben de surgir nuevos otros de donde quiera que sea. Todo parece decir que es ante todo un tema de funciones y posiciones.
Resulta interesante para el tema que Freud (5, 6) menciona ese narcisismo de pequeñas diferencias en tres ocasiones: en relación a la posición femenina y la virginidad, en su trabajo sobre psicología de las masas y al tratar sobre los malestares de la civilización.
- Desde cierta aproximación (7) en el individuo psicológico, siempre por encima de esos umbrales mínimos, los excesivos solapamien-



tos y la unión confusionante entre el sujeto y el otro son más generadoras de psicopatología que las excesivas distancias. Eso parece también ser el caso desde el punto de vista más colectivo: como nos recuerda Kozakaï (9) el antisemitismo nazi inicialmente se ensañó con la franja de judíos que precisamente estaban más asimilados a la cultura alemana.

En las persecuciones y en los oprobios despectivos resultan insoportables justamente las aculturaciones por las que podemos confundirnos con los otros: una vez más, si es así, no es un tema de diferencias, sino de similitudes.

- Mientras son diferentes me puedo relacionar con ellos: en un extremo se situaría el racismo puro y duro del “no son humanos a plenitud, como nosotros”, en el otro la visión aparentemente bienhechora de la mirada que “explora” a ese “primitivo” a educar, proteger, o simplemente contemplar.

Si la aculturación empuja, o si mi “mirada” no capta diferencias, no me puedo relacionar en el esquema Ellos/Nosotros que me constituye. Recuerda todo lo anterior a la situación de conflicto en la que parece situarse estructuralmente el individuo humano, sociable sin ser hormiga, individualista sin ser un adulto orangután, es decir: preso en el conflicto y por lo tanto inmerso en los juegos del símbolo y en las narraciones (Zuazo, 8).

- La consideración del extranjero, su existencia, no es pues asunto coyuntural, histórico o relativo, sino lógico: “el extranjero nos viene de fuera. Es en nosotros mismos donde se encuentra. Si falta se fabrica por todos los medios. Pues es un ingrediente inevitable e indispensable para la vida humana” (Kozakaï, 9). Seguramente buenas zonas de las identidades colectivas están cuajadas de mitos y ficciones quizás incluso ocurre así con todo su contenido. Sin embargo también puede ser posible que, dada su persistencia como movimiento de afiliación (y exclusión) repetido, esas ficciones identitarias sean, esta vez en

tanto formas, imprescindibles para construir las comunidades humanas. Su menoscabo o pérdida siendo entonces, así sean necesarios, origen de duelos a elaborar.

5) MIGRACIONES Y TRAUMAS

- La emigración finalmente es un amplio cajón, decir “migración” es como decir “mamífero”, cabemos la ballena azul, el ornitorrinco y nosotros, también el pequeño ratoncito. Sin embargo habría rasgos comunes definitorios, al menos los inmediatamente referibles al desplazamiento y a lo que se deja o se halla. Pareciera que dos amenazas se ciernen para la identidad: su destrucción como propiedad colectiva en las aculturaciones masivas, y su marginalización en reductos herméticos y disociados (10).

Hablamos de una moneda con dos caras, una es la emigración, “nos vamos”, otra la inmigración “llegamos”, ambas caras son indisolubles para bien y para mal. El fenómeno global en un Juno que destruye o socava, pero que también construye o refuerza nuevas identidades. Todo parece decir, tomándolo como ejemplo, que buena parte del judaísmo tal como lo conocemos nace tras el traslado masivo a Babilonia.

- El tema es extraordinariamente complejo, y resulta imposible situarse en los procesos migratorios sin prejuicios.

Sluzki (11), que vivió en carne propia el asunto, distinguía en la migración las dos clásicas etapas de preparación y de migración propiamente dicha y tres pasos más: un período de sobrecompensación seguido de otro de descompensación y finalmente uno correspondiente a los fenómenos transgeneracionales.

- Ciertamente se da una posición ventajosa de quien recibe, juega en su casa, es el propietario. Parte de una situación en la que vale por lo que “es” (ya que, por otra parte, a menudo “es” aquel que “tiene”). Que quien emigra es necesario para el bienestar (o incluso



la supervivencia) de quien recibe no resulta siempre evidente, sobre todo si se dan procedimientos de ocultación por quien recibe. El que emigren a mi tierra me valoriza sin que deba yo hacer nada (en ese sentido se asimila al racismo), el emigrante poco o nada “es” sino “hace”.

- Así pues el fenómeno de migración es un encuentro, con cita previa o sin ella pero un encuentro. De ahí las consideraciones sobre “quién” emigra, sus características, su “proyecto migratorio”, la situación política social y económica de partida, las finalidades del movimiento, su inmediatez, las atmósferas culturales y socioeconómicas de su sociedad, y tantos acercamientos que van a incidir sobre lo perdido y lo anticipado. Estrés dibujado en el fondo de las pérdidas y de sus tentativas de elaboración como duelos.
- Pero la migración al ser encuentro se confronta con el comportamiento de quienes reciben; es la confrontación de lo imaginario anticipado con la realidad. Autores como Atxotegui (12) nos han hecho dirigir la mirada hacia esas condiciones de recepción a veces extremadamente traumatizantes. Cuando están por debajo de un umbral mínimo de satisfacción de las necesidades borran la importancia y consideración del resto de dificultades y hacen peligrar la identidad (y a veces la vida) de ese “quien” que emigra. En ese cajón que es la emigración ciertas situaciones son tan extremas que el resto poco importa.
- Como escribe Nshimirimana (13) siguiendo a Martens “numerosas investigaciones en sociología de la inmigración han mostrado desde hace largo tiempo que la integración de los extranjeros en el seno de una sociedad estaba en función de la apertura de la sociedad de acogida y no de las características culturales propias al extranjero”.
En sentido similar Basabe y cols. (14) concluyen en un trabajo sobre la integración de los

inmigrantes en el País Vasco: “Es importante destacar que las diferencias culturales, aún siendo relevantes, no son el principal problema de los que se enfrentan inmigrantes y autóctonos, la cuestión esencial es la ‘exclusión social’”. De los factores que analizaron, los que podrían afectar a “la adaptación socio-cultural y al ajuste psicológico” fueron, además de la exclusión social comentada, el “tener o no tener apoyos y contacto con las personas autóctonas y las dificultades sociales y prácticas (como la situación jurídico-legal, los ‘papeles’)”.

No es el lugar aquí (ni estaríamos capacitados para ello) para profundizar en los males y las bondades de los procesos de integración, asimilación o de marginación; sin embargo sería errado —pensamos— imaginar un proceso de emigración/inmigración fuera del conflicto (como por otra parte casi todas las relaciones humanas). También como en otros aspectos se trataría de elaborar el traslado con las menores dosis de sufrimiento posible; lo que exige recordar que el mayor problema del emigrante muchas veces no es lo que deja atrás sino lo que no encuentra.

A la vez, el elaborar los conflictos —inevitables— ha de asentarse sobre unas dosis de frustración aceptables (siempre por encima del umbral mínimo del que hablábamos).

6) SOBRE TRAUMATISMOS, ESTRÉS Y DUELOS

- Que los procesos de emigración se solapen e incluso se identifiquen con los modos del estrés y de esa forma particular de estrés prolongado que es el duelo no es —casi— sino una paráfrasis, un decir lo mismo con otras palabras.
- Los acontecimientos generadores de estrés son impactos. Estos impactos tienen la propiedad de ser, en buena medida, definidos según la captación que hace el sujeto de ellos. Esa definición (en su caso con selección perceptiva) tiene que ver con las características



psicológicas del individuo (a las que pertenecen en red las modulaciones y “modelaciones” según el ámbito sociocultural de pertenencia).

- La reacción ante los impactos señalados supone (cuando no se da desgarramiento de la capacidad de elaboración por intensidad desmesurada) el establecimiento de procedimientos defensivos de adaptación (una vez más, algunos de ellos proporcionados por la cultura correspondiente). En este sentido, el ámbito físico y psíquico de la emigración en tanto “impactante” se comporta como cualquier otro agente o grupo de agentes con capacidad más o menos traumatizante (según grados). Pero además, también como en otros acontecimientos, hemos de añadir la capacidad del impacto, esta vez como desencadenante, de contribuir a generar disfunciones psicopatológicas.
- Aún a riesgo de caricaturizar, podemos sugerir que no se da patología propiamente dicha en el impacto y en su reacción sino cuando se dibuja alguna (o ambas) de las siguientes alternativas: cuando un exceso traumático es tal que el individuo se encuentra sin capacidades defensivas, o cuando el agente funciona como desencadenante en el sentido antes citado.
- Puesto que las características psicológicas del individuo se fraguan en el contexto sociocultural, la detección/valoración de los estímulos y los modos de defensa/elaboración se encuentran sino definidos sí preñados por las características históricas y las sanciones de la sociedad en el grupo cultural en cuestión.
- Únicamente puede perderse lo que se tiene (o se cree tener), más complicada resulta la pérdida de rasgos de lo que se es, en cualquier caso no volveremos sobre los duelos múltiples que se aprecian en el acontecer de la emigración tan exhaustivamente estudiados por diversos autores (12). Aunque más adelante volveremos sobre el tema de las

pérdidas, quisiéramos esbozar en estos duelos algunas vertientes a veces menos recordadas:

- Por una parte, como se mencionaba, los duelos clásicos de quien emigra están sometidos a los flujos y reflujos de las experiencias vitales previas en el marco de esos “quienes” (personalidades desplegadas en el medio de origen). El conjunto, bien o mal recibido, se tiñe en las —siempre presentes— propias ambivalencias de ese movimiento emigratorio que, salvo excepciones, no deja de nacer en una primitiva voluntaria renuncia.
- Por otra parte hay con excesiva frecuencia un duelo, subsumido en el resto, por el que se pierden ilusiones y anticipaciones sobre lo que se iba a obtener en el lugar/cultura de acogida.
- Al final puede agazaparse el duelo de retorno (o de su “proyecto”), y lo que es mucho más frecuente, su anticipación dolorosa. Al fin y al cabo es el duelo de Ulises, Odisea del retorno que se complica, de la llegada en la que puede encontrarse a Penélope con alguno de los pretendientes. En la ambivalencia, el emigrante Ulises era un invasor correteando y saqueando Troya; quien retorna es el Ulises “indiano”.

7) TRABAJANDO CON IDENTIDADES

- Quizás el insulto verdadero es el que toca carne. En ese sentido el traumatismo espléndido habría de tocar la identidad, lo que se es; y él realmente pesa si previamente considero tal o cual aspecto correspondiente de mi identidad (física, psicológica, etc.) como defectuosa o inferior, como debilidad. Si el insulto o menosprecio “miente” o si se integra en una escala de valores que no me pertenece me afecta de otra manera, tal vez como imposición. Así pues señalábamos que se trata en lo profundo menos de diferencias que de similitudes, la cultura dominante comienza por imponer valores y mundos semánticos que funcionan en la distancia como campos magnéticos que influyen (y atraen).



De ahí el peso de la identidad de quien emigra, de la carga ideológica ya en el llamado proyecto migratorio. Puesto que, ¿quién decide si esto o lo otro va a formar parte de mi identidad como aspecto negativo?, ¿quién decide que esto es feo y aquello es bonito, que esto tiene “clase” o “categoría” y que aquello no lo tiene?, ¿quién decide incluso que un determinado conjunto de rasgos forma un “esto” o un “aquello”?

Hay un impersonal dominante: todos estos menesteres “se hacen”, nos llegan y nos modelan, vienen de fuera y nos construyen identitariamente, cogniciones y afecciones que construye nuestros pre-judicios.

- El racismo devalúa a la víctima porque ya antes ella se reconoce como víctima, el racismo triunfa porque es una ignorada ilusión compartida. Pero desgraciadamente —visto así— la ilusión no es mentira, es incluso la verdad del sufrimiento, y yendo más allá conlleva el daño y su terapéutica. La sociedad, en general, no es suicida.

Cuando el racismo es extremo, cuando no hay ilusión compartida, es ignorancia; ese racismo no devalúa (o mantiene al dominado en su posición inferior), sino que genera pura extrañeza y miedo: ya no es tema de la misma especie, sino que se torna en distancia total. En cualquier caso todas las consideraciones nos llevan, como señalábamos más arriba, en nuestro trabajo diario del C.S.M. a una superposición de problemas y de propuestas de solución (a veces erradas) en cuanto al peso de los malestares, y uno de ellos tiene que ver con todo esto, con la inmigración, con el “ellos y el nosotros”.

8) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Hemos llevado a cabo un estudio sociodemográfico y clínico sobre aquellas personas que procediendo de fuera del estado español han contactado con nuestros dispositivos comunitarios de salud mental de Álava entre el 01/01/2006 y el 30/06/2007 (18 meses). El

territorio histórico de Álava cuenta con 5 C.S.M. (4 en Vitoria–Gasteiz, 1 en Llodio) así como un centro que atiende las dependencias alcohólicas y ludopatías, y otro que lo hace con el resto de dependencias. Los niños (por debajo de 16 años) son seguidos por la Unidad de Psiquiatría Infanto–Jvenil.

Durante este período de tiempo han contactado 505 pacientes diferentes sobre un total de 6.895, lo que supone un 7,3 % de los casos atendidos. Según el Observatorio Vasco de Inmigración (15) y para el 2006, Vitoria–Gasteiz en una población de 227.568 habitantes contaría con 14.242 extranjeros (6,26 %). Desde estas cifras quienes consultan en psiquiatría apenas superarían en un 1% a su franja de población. Quizás, como veremos, más interesantes resultan las variaciones porcentuales en el interior de la población inmigrante, comenzando por la casi ausencia de población rumana o china y la total ausencia de pakistaníes, a pesar de representar sucesivamente un 4,4 %, 2,1 % y un 1,3 % de los habitantes de nuestra ciudad.

- Las cifras no nos hablan de los inmigrantes en sentido genérico, sino de una franja concreta: aquellos que han acudido a nuestras consultas en un período determinado. Como consecuencia, al menos, cuatro grupos de inmigrantes con dificultades permanecerán transparentes a nuestra mirada:
 - Los que no acceden a los Servicios Sanitarios y no son enviados por los Servicios Sociales.
 - Los que son vistos por la Atención Primaria y no se juzga su envío a la Atención especializada.
 - Los que acceden a Salud Mental pero lo hacen únicamente a las urgencias hospitalarias o al Servicio de Psiquiatría del Hospital General.
 - Los que acuden a iniciativas de cuidados y apoyo psicológico en la Comunidad en instituciones no sanitarias propiamente dichas.
- Según el origen de los casos que han acudido a consulta de Salud Mental en nuestro terri-



torio histórico, América latina representa con 281 consultantes el 55,6 % de los casos, Europa (incluyendo Portugal) con 118 consultantes el 23,4% y África con 100 consultantes el 19,8 %. El resto corresponde tan solo a un 1,2%.

- Hemos diferenciado, por la fuerte carga cuantitativa en Europa del Oeste (Alemania, Andorra, Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Grecia, Holanda, Suiza, Italia) a Portugal (sucesivamente: con un 7,3 % y 37 casos y un 7,5 % para 38 casos). Europa del Este (no comunitaria) (Bulgaria, Croacia, Georgia, Lituania, Moldavia, Rep. Checa, Rumania, Rusia, Ucrania, Yugoslavia) con 43 casos supone un 8,6 %. (Gráfico 1)
- Con respecto a África distinguimos los países del Magreb (Argelia, Marruecos, Sahara, Mauritania) con un 15,8 % para 80 casos y El Sub-Sahara (Angola, Costa de Marfil, Guinea, Guinea Ecuatorial, Liberia, Nigeria, Senegal, Sudáfrica) con un 4 % para 20 casos. (Gráfico 1).
- Latinoamérica cuenta en nuestra distribución arbitraria con 4 países en solitario (sucesivamente: Colombia con un 19 %, Ecuador con un 7 %, República Dominicana con un 3,8 % de los casos y Brasil con un 7,1 %) y 3 conjuntos de países agrupados: Latino América 1 (Argentina, Uruguay, Chile) con un 7,6 %, Latino América 2 (Bolivia, Perú, Paraguay) con un 4,6 % y Latino América 3 (Cuba, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela) con un 6,5 %. (Gráfico 2).
- En la distribución por sexo, como así suele acontecer, mientras que para Europa la situación se balancea (54,20 % de hombres para 45,80 % de mujeres), en África (sucesivamente 72 % y 28%) y América Latina (31,90 % y 68,10 %) la situación se invierte.
- En cuanto a las edades observamos una clara preponderancia, en todos los casos, de los grupos de 26/35 años y de 36/55. Contrariamente, los niños representan en

América Latina un 16,60 %, porcentaje que baja a 11 % para Europa y, aún más, a 5,50 % para África (que cuenta con el porcentaje más alto —18 %— de los inmigrantes comprendidos entre 16 y 25 años).

- Las distribuciones según el estado civil no presentan grandes diferencias (40 a 50 % de solteros).
- El nivel de instrucción inclina la balanza del analfabetismo hacia África (9,8 %), encontrándose únicamente el 0,4 % en los procedentes de América Latina (1,7 % para Europa). (Gráfico 3).
- La situación laboral refleja la peor posición de los africanos, tanto por el porcentaje menor de activos (42,50 %) como por las cifras de parados sin subsidio (23,20 % frente al 8,50 % en los latinoamericanos); también por las situaciones “ocultas” (13,8 %). Para América Latina el porcentaje de estudiantes triplica a los africanos y casi duplica a los europeos. (Gráfico 4).

9) DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

- Para las distribuciones diagnósticas, además de las relativas a los problemas infantiles, hemos distinguido 6 grupos. Hemos optado por estas agrupaciones dadas las pesadas diferencias en los diagnósticos según centros y profesionales:
 1. El primero corresponde a la esquizofrenia, los delirios y las psicosis agudas.
 2. El segundo está integrado por los trastornos bipolares. De salida diremos, dados los diagnósticos presentados, que probablemente un grupo importante de lo que pudieran ser —genéricamente— psicosis agudas han sido diagnosticados como estados maniformes.
 3. El tercero está formado por los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad.
 4. Al cuarto grupo pertenecen los trastornos de adaptación, los trastornos por



- estrés, las reacciones y los trastornos somatomorfos.
5. El quinto consta de los trastornos por abuso y/o dependencia (alcohol, opiáceos, cannabis, cocaína).
 6. El último denominado como “sin patología” se refiere a aquellos casos en los que explícitamente tras la consulta de acogida y la primera consulta se concluye así, o bien con un diagnóstico situacional y “vivencial” sin patología significativa (diagnósticos “Z” en la DSM IV, 16).

PSIQUIATRÍA GENERAL ADULTOS

- Mencionaremos que fuera de estos grupos se han presentado de manera repartida según sus orígenes 8 trastornos de personalidad, 3 trastornos sexuales (2 hombres latinos y 1 del Magreb), 5 ludopatías (3 hombres magrebies y 2 mujeres latinas) así como 3 trastornos de alimentación (1 hombre y 1 mujer latinos y 1 mujer europea).
- Notamos en los gráficos 5 y 6 la casi nula presencia de las series de las esquizofrenias y delirios. Tal asunto seguramente tiene que ver con los recursos cognitivo-afectivos de una relativamente reciente población inmigrante.
- Prácticamente la mitad (47% de los pacientes africanos subsaharianos portan un diagnóstico de trastorno de adaptación, reactivo o somatomorfo; el porcentaje cae en los magrebies a un 11,30%. En Europa la zona Oeste cuenta con un 31%, mientras que la del Este baja a un 10%. (Gráfico 5)
- El subgrupo Latinoamérica I (Cono sur) cuenta con un porcentaje de trastornos de adaptación de un 38,10 % seguido por Colombia (33,30 %) y la República Dominicana con un (23,10 %). Sin embargo quien presenta el porcentaje mayor (44,40 %) es el subgrupo 2 (Bolivia, Perú y Paraguay). (Gráfico 6).

- Los porcentajes con respecto al grupo híbrido de los trastornos de adaptación, etc., nos hace pensar que cuenta con dos variedades que lucen muy diferentes en su contextualización y tal vez en su origen:
- Aquellas manifestaciones, de aspecto reactivo depresivo y/o ansioso, enraizadas con dificultades, en el reconocimiento social (duelo, trabajo, relaciones consideradas como desvalorizantes, etc) y correspondientes genéricamente a sociedades económicamente más potentes o a inmigrantes integrados en los valores en cuestión.
- Aquellas manifestaciones teñidas de elementos ansiosos, de agitación y de disociación con mayor carga de expresión somática, y correspondientes a sociedades económicamente más precarias y menos “occidentalizadas”.

En realidad, para los casos que aquí tratamos, el tema no parece tanto de origen como de adaptación a las propuestas socioeconómicas y culturales del lugar de inmigración.

- Mientras que los diagnósticos “sin patología” están ausentes en el África SubSahariana y son tan solo de 4 % en los portugueses, Europa del Oeste y el Magreb comparten porcentajes del 10 al 11 % y Europa del Este llega a un 15 %. Para el total de las primeras consultas realizadas en el territorio histórico de Álava a estas demandas inapropiadas corresponde un 18,50 %. Con respecto a América Latina, Brasil (26,70 %) y Ecuador (25 %) ocupan la franja más alta de los diagnósticos “sin patología”. El subgrupo I (Argentina, Uruguay y Chile) y Colombia se encuentran en porcentajes que van de 12 al 15 %. (Gráficos 5 y 6).

ABUSOS Y DEPENDENCIAS

- A lo largo de los 18 meses han sido vistos 76 casos de abusos o dependencias, lo que representa un 15 % del total. Los hombres predominan de manera abrumadora (92,10 %).



Los porcentajes se distribuyen desde un 39,50 % para la dependencia alcohólica a un 10,50 % en la del cannabis (21,10 % para los opiáceos y 28,90% para la cocaína).

- Posición preponderante para Portugal (60 %), Europa del Este (60 %) y Africa Magrebí (45 %) de los abusos/dependencias al alcohol y a otras drogas. (Gráfico 5)
- Con respecto a los latinoamericanos, solo el subgrupo I (Argentina, Uruguay y Chile) presenta unos abusos/dependencias inferiores al 15 % (4,80 %), siendo la República Dominicana quien asume el liderato con un (30,80 %). (Gráfico 6).

INFANTIL

- La población infantil evaluada es de 51 casos (10,10 % del total) distribuida en 56,9 % de niños y 43,10 % de niñas. El diagnóstico predominante es el de “trastornos neuróticos” (21,70 %) seguido de las patologías reactivas (19,60 %). (Gráfico 7)

10) SOBRE INGRESOS Y CONSULTAS

- Aunque carecemos de datos claros que lo refrenden, un buen número de casos vistos en las urgencias psiquiátricas y que son referidos a los C.S.M. no acuden o únicamente lo hacen en la inicial acogida. Los ingresos y reingresos de los inmigrantes en el servicio de psiquiatría del Hospital Santiago representaron el 7,5 % de las aproximadamente 800 admisiones del año 2006.

En un trabajo publicado en el 2005 (correspondiente a las admisiones psiquiátricas del 2003 en el hospital bilbaíno de Basurto), Vivanco y cols. (17) concluían en que el 4,5 % de los ingresos eran inmigrantes (73 % hombres y 27 % mujeres). El 68,2 % eran de origen africano y en un 60% consumidores de tóxicos. Entre las mujeres un 50 % eran de origen sudamericano. Con respecto a los diagnósticos, los trastornos psicóticos representaron el 41 % y los adaptativos un 26 %.

Resulta de interés que 40 % no siguieran un tratamiento posterior, y el 35 % lo hicieron de forma irregular.

- En los pacientes que llegan a nuestro C.S.M. Gasteiz–Centro hemos observado que un 15,2 % de pacientes (en un 70 % hombres) forma parte del grupo de problemas en el control de impulsos, a veces con cóleras incontrolables y con momentos de fuerte irritabilidad y/o con frecuente consumo desafiado de alcohol u otras drogas. Es precisamente en este grupo donde se dan los porcentajes más altos de abandono del seguimiento (tras la consulta de acogida).
- Todo parece llevarnos a postular en los inmigrantes tres bolsas de pacientes clínicamente diferenciables que son tratados sea en varios dispositivos sanitarios psiquiátricos complementarios, sea en uno solo de ellos muy probablemente un estudio detallado de las alternativas nos llevaría a toparnos, también, con diagnósticos diferenciados:
 - Personas vistas únicamente en el C.S.M. (en la Unidad de psiquiatría infantil o en los Dispensarios para drogodependientes) enviados por los equipos de atención primaria y/o los Servicios Sociales. Este grupo constituye la gran mayoría de pacientes inmigrantes ambulatorios.
 - Pacientes que tras el ingreso psiquiátrico o tras la atención en las urgencias hospitalarias son asumidos por los dispositivos de Salud Mental Comunitarios.
 - Pacientes que son vistos en Urgencias psiquiátricas hospitalarias, o que son además hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital General y que no acuden posteriormente (o lo hacen precariamente) a su seguimiento especializado en la Comunidad. Es probable que actualmente ellos constituyan el porcentaje mayor de ingresos y atención de urgencia en los inmigrantes.
- Las magnitudes porcentuales que estamos estudiando habrían de ser ampliadas con los datos hospitalarios psiquiátricos y de aten-



ción en las Urgencias. El género masculino predomina significativamente tanto en los ingresos de los inmigrantes como en los casos atendidos en el tratamiento del alcoholismo y en el de las otras drogodependencias.

Seguramente entre las personas que no acuden a los C.S.M. (habiendo sido citados) habría dos o tres subgrupos de dificultades diferenciables:

- Trastornos con implicación comportamental, agresividad crítica, etc.
- Trastornos con desestructuración cognitivo-afectiva importante diagnosticados según los casos como trastornos disociativos o psicóticos agudos.
- Manifestaciones críticas con incontinencia emocional o fuerte demanda de escucha (con o sin psicopatología de carácter estable sobreañadida).

En cada uno de los subgrupos pueden darse además pasajes al acto, con sobreingestas —por ejemplo— medicamentosas, o con otras manifestaciones de daño a la propia corporalidad.

11) EN EL C.S.M. GASTEIZ-CENTRO

• En nuestro C.S.M. Gasteiz-Centro los no nacidos en el estado español representan el 7,6 % (92 casos) de las 1207 personas diferentes vistas en el período de 18 meses que estudiamos. Queríamos continuar ahora con algunas reflexiones directamente ligadas al trabajo en el C.S.M. citado pero que, pensamos, pueden ser generalizadas al resto de dispositivos, al menos, del territorio histórico de Álava.

• Intentaremos transcribir algunos de los propósitos, preocupaciones e inferencias que nos transmiten quienes, en las poblaciones señaladas, acuden al C.S.M. También mencionaremos alguna particularidad sintomática.

Dentro de las preocupaciones y quejas expresadas se repiten las que tienen que ver con la escasa red social, es sin embargo a señalar la frecuencia de desconfianzas generalizadas expresadas (incluso con los propios compatriotas) atribuida a razones de envidia o de actitudes de “chismosas”. Desconfianza e irri-

tabilidad, así sea a mínima, tiñen muchos cuadros. Tal vez no son ajenas a ello —dadas las frustraciones en las anticipaciones del “proyecto migratorio”— las actitudes de sobrecompensación en las que podrían entrar las sobrevaloraciones de —por ejemplo— las supuestas características comerciales emprendedoras en el país de origen, la magnificación de los fallos en el de acogida, y lo contrario en movimientos que traducen una especie de identificación al agresor.

• Un capítulo, también repetido, tiene que ver con el peso de la responsabilidad y de la exigencia adquiridas con los familiares que permanecen en el país de origen. Peso y demandas que a veces obliga más allá de los malesares que motivan su presencia en el C.S.M. (y que quizás, en algunos casos, la originan).

• Dada la distribución de géneros presentados podría preverse y así sucede que buena parte de las mujeres magrebies que acuden son mujeres independientes, heterodoxas a veces y con quejas ligadas a las consecuencias de esas posiciones (en la crianza sola de hijos, en asuntos sentimentales con o sin maltratos).

• Este último punto nos lleva a las tentativas de identificación, por parte de quienes acuden, de los agentes que motivan sus malestares. El tema de la crianza complicada de los hijos (nos referimos sobre todo al control explícito de adolescentes y adultos jóvenes) que señalábamos más arriba es solicitado como razón de padecimientos también en mujeres latinoamericanas (4,3 %).

12) VOLVIENDO AL ELLOS Y NOSOTROS

• Quizás todo (en lo que va transcurriendo el tiempo y siempre por encima del cubrimiento de las necesidades mínimas) se complica precisamente en las redefiniciones de ese ellos/nosotros.

Si como escribíamos más arriba mucho es cuestión de fronteras y límites, si las identidades están



en buena medida en las membranas fronterizas, no es sorprendente que se redefinan los bordes. Algunas muestras que hemos escuchado:

- “Ellos” como los que se quedaron, “nosotros” como los que emigramos; lo que puede permitir una identificación mayor con la cultura de acogida, y también grados de hibridismo integrativo a elaborar psicológicamente. De hecho es lo que a veces de manera dolorosa nos dicen: “¿de dónde somos ahora?, ni de allí del todo, ni de aquí del todo”. “Tras emigrar ya nada es igual, ni siquiera con el regreso”. Traer a las personas significativas no solo es ayudarlas sino que es hacerlas de nuevo “nosotros” en esa nueva plenitud. Sin embargo no siempre todo es un lamento, pareciera que se olvida que además de las pérdidas migratorias con sus duelos, están lo que pudiéramos llamar ganancias migratorias propias de las oportunidades que también exigen reconstrucciones y elaboraciones. Todo es complejo ante la dualidad de preguntas posible: ¿qué se busca?, ¿de qué se huye?
- A veces el Ellos/nosotros cubre un “ellos” o un “nosotros” según los casos que suma ciertos colectivos inmigrantes a los autóctonos (un “nosotros” de lugareños y latinoamericanos en nuestra experiencia versus un “ellos” que deja a los magrebies musulmanes en esa zona). En otras ocasiones los lugareños son asimilados al resto de europeos por razones de color de la piel. Elaboraciones, compensaciones y sobrecompensaciones se suceden.
- Es evidente que nunca se parte de cero, pero a veces se olvida. Quien no lo hace es la mujer que tal vez por su anatomía y capacidades sabe carnalmente que nada empieza de nada, que hay, más allá de afiliaciones, una filiación. Frecuentemente nuestras pacientes femeninas portan el estandarte de la tradición (alimentación, lenguaje, etc.), pero también el de la creación que así sea recomienzo comporta disimilitudes con respecto al otro género. Disimilitudes, en nuestros casos, que son con frecuencia agentes de dificultades.

13) TEMAS EN TORNO AL GENERO Y A LA SEXUALIDAD

- Las manifestaciones alrededor de la posición de género toman una inclinación particular cuando los cambios tienen que ver con mujeres que se hacen activas, libres, dinámicas y con un acceso al trabajo más rápido o remunerado (a menudo por su multiplicidad) que el de sus esposos. Estos se sienten afectados y devaluados, añadiéndose en sus males la insuficiencia en las características de sus nuevas relaciones masculinas y la añoranza de las antiguas. En este marco de dificultades (12 %) los consultantes en los dos tercios de los casos son los hombres (por razones de ánimo bajo y celos, de irritabilidad o de manifestaciones somatomorfias) y en el otro tercio son mujeres que solicitan un tratamiento de pareja. Todos nuestros casos son de personas latinoamericanas sin un predominio específico de procedencia.
- La llamada directa a lo sentimental en su aplicación a la pareja (“falta de cariño”, celos, quejas de desinterés, etc.) se repite en el 8,7 % de los casos. Se trata fundamentalmente de mujeres latinoamericanas. Habremos de añadir los casos que en su gran mayoría no llegan a la 1ª consulta (psiquiátrica o psicológica) y proceden de episodios críticos vistos en Urgencias hospitalarias.
- Finalmente entre las personas sin diagnóstico psicopatológico casi un tercio vienen también marcados por situaciones de “desengaños amorosos” o similares.

14) SOBRE MANIFESTACIONES CORPORALES

- Además del grupo de pacientes ya mencionados dominados por situaciones impulsivas, disociativas y pasajes al acto, merece especial interés el de las manifestaciones ligadas a la corporalidad.



Parecieran dibujarse tres grupos semiológicos: por un lado, el sostenido por las quejas en torno a dolores variados (especialmente osteoarticulares y cefálicos, en menor grado abdominales y digestivos); por el otro el de las quejas sobre pérdidas de la eficacia cognitiva, mareos y disfunciones mnésicas (este grupo con mayor carga hipocondríaca); y finalmente el de los trastornos francamente psicósomáticos (en su sentido lesional).

Los casos en que, sea de manera hegemónica sea como acompañante fundamental, aparecen los trastornos corporales cubren un 15,2 % del total (la distribución por géneros es similar así como la presencia de sujetos latinoamericanos y magrebies). Ello no es óbice para que en otros diagnósticos tales posiciones del cuerpo no estén también presentes. Lo que sin duda eleva significativamente la presencia —esta vez no hegemónica— de estos malestares corporales.

- Así pues, y sin entrar en apreciaciones etiopatogénicas, en un cierto número de pacientes la presentación somática se acompaña de una pobre sintomatología psíquica (más allá de atmósferas suspicaces, reivindicativas o claramente demandantes de prestaciones socioeconómicas, incluso con ocultaciones a veces). A diferencia de estos casos en los que, por razones socioculturales o idiosincrásicas, se da una interdicción o una no autorización, o una incapacidad a generar o expresar síntomas psíquicos, en otros se dibuja además de los síntomas psíquicos una clínica psíquica desbordante.

14) REFLEXIONES SOBRE PERDIDAS Y EMIGRACIONES: VIVENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS.

- Desde un punto de vista general, los C.S.M. de Osakidetza se han orientado hacia el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, y por tanto hacia la psicopatología; y mucho más es así en el caso de las estructuras hospitalarias e intermedias (hospitales de día, etc.).

Los puntos de mira se han dirigido hacia la prevención secundaria y la terciaria. La prevención primaria en psiquiatría (por definición “pre-psicopatológica”) luce complicada ante algunas serias dificultades ya en la propia definición de las enfermedades mentales y, por tanto, de los marcadores específicos fiables.

Seguramente el psiquiatra y —sobre todo— el psicólogo tienen mucho que decir sobre “primariedades” y sufrimientos “vivenciales”, pero otros (sociólogos, diversos sanitaristas, ciudadanos en general) tienen tanto o más que declarar. De igual manera, el manejo apoyo y cuidado de los malestares psicológicos son tema preferencial de la psicología social y comunitaria; pero quizás en esos casos (que incumben también al tema de la inmigración), todavía más, la comunidad en todas sus vertientes habría de mostrarse activa tanto en su eventual resolución como en su cuidado (hablamos de la autoorganización y de la autoayuda y, en nuestro contexto, de las iniciativas comunitarias ligadas a los Ayuntamientos y a las Diputaciones).

- La realidad del día a día en el trabajo de los C.S.M. y similares es sin embargo otra, se escapa como una masa de gelatina del modelo. Los C.S.M. se ven literalmente sometidos a una demanda de cuidados para los que no han sido definidos ni integrados (equipos). Hablamos pues del sufrimiento y de los problemas vivenciales ligados a los nuevos modos de exigencias sociales, económicas y culturales en su sentido amplio. Además, como cada quien sabe, aconteceres francamente psicopatológicos se encuentran en ocasiones seriamente instalados en problemas no sanitarios que exigen simultáneamente soluciones múltiples.
- Tal como lo vemos aquí, intentar no psicopatologizar, o psiquiatrizar y sanitarizar si se quiere, este tipo de dificultades no significa que no haya la sociedad de apoyar, ayudar, cuidar, a quienes sufren estas situaciones. Más acá de las graves alteraciones que se producen en los fenómenos inmigratorios



salvajes y desconsiderados, toda emigración comporta pérdidas importantes en las que —al menos en los estados de evolución social actual— el reconocimiento de sus consecuencias ha de ser de rigor. Hablamos de la autorización de los duelos consecutivos. Su apoyo y cuidado no será sino la consecuencia de tal autorización. Aunque el desplazamiento sea voluntario (al menos aparentemente) y sea conocido que tal movimiento comporta un inevitable sufrimiento colateral, el derecho a la queja es asunto ineludible.

NOTAS FINALES

- La sociedad nos sitúa sobre el cómo habremos de comportarnos, y también —de manera más sutil— en el modo como habremos de hacerlo si pretendemos rebelarnos y oponernos. Padecimientos variados nacidos en incompetencias e injusticias, o simplemente en el seno de la condición humana, pueden ser redefinidos como enfermedades y psicopatologías supuestas, diagnosticables y tratables por los encargados socialmente de hacerlo. A veces contribuyen también a cierta confusión las asimilaciones abusivas entre correlaciones y etiopatogenias. Se trata sin duda de complejos asuntos sobre los que sin embargo conviene incidir.
- Sin embargo parte de lo que hemos tratado de señalar en estas reflexiones es simple:
 - Un problema que no es psicopatológico no debe de ser tratado como si lo fuera.
 - No por lo anterior un problema “vivencial” sin significación psicopatológica debe de ser desautorizado.
 - Si no es ignorado, tal dificultad debe de ser tratada y cuidada con modos específicos comunitarios y sociales para su acompañamiento.
 - Las dificultades ligadas a las migraciones (en sus vertientes de emigración y de inmigración) requieren según los casos un apoyo sanitario (psiquiátrico y psicológico) o de cuidados “vivenciales”, pero siempre con una consideración especial a los aspectos cultu-

rales, ideológicos, legales y económicos (en sus diversas facetas).

- En lo que toca a las vivencias no francamente psicopatológicas, nosotros, desde el C.S.M. donde nos encontramos, consideramos que un psiquiatra puede cuidar o apoyar en tales menesteres, pero ni su preparación está diseñada para tales tareas (hasta ahora al menos), ni el tipo y cantidad de demandas psicopatológicas se lo van a permitir. Los psicólogos en los C.S.M. también, por razones estructurales, dirigen sus funciones hacia lo psicopatológico manifiesto. ¿Entonces?: además de la práctica de los cuidados de enfermería en salud mental, las miradas habrían de dirigirse, y de hecho así se están generando experiencias, hacia la atención y apoyo en otros dispositivos y organizaciones con las que podemos y debemos colaborar las estructuras sanitarias (siempre si los modelos actuales no varían).
- Aunque es de rigor la necesidad de reorientar nuestro trabajo, y ello incumbe también al mundo de la inmigración, este modelo en el que nos desenvolvemos ciertamente tiene varias e incluso muy atractivas alternativas, pero es digno como hipótesis de trabajo (y por tanto también discutible), tan digno como los modelos consecutivos a otras hipótesis operativas asistenciales.

En cualquier caso en los temas de psiquiatría, o de salud mental si se quiere, la policausalidad y los “efectos mariposa” son tales que —combinados con lo poco que sabemos a ciencia cierta— exigen modos teóricos de acercamiento y dispositivos flexibles fáciles de montar (y de desmontar llegado el caso). La necesidad de implicación por un lado en el sistema general sanitario y por el otro en la comunidad es conclusión evidente.

Contacto: J.I. Zuazo Arsuaga
C.S.M. GASTEIZ-CENTRO
C/Santiago Nº 7 Bajo
(01002) Vitoria-Gasteiz
Tfno: 945 27 95 55





Gráfico 1

DISTRIBUCION POR ORIGENES EUROPA / AFRICA

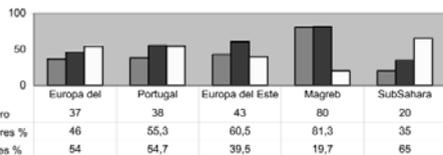


Gráfico 3

NIVEL DE INSTRUCCION (%)

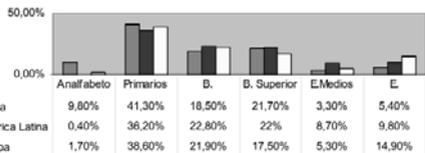
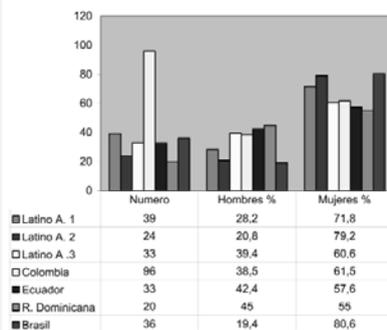


Gráfico 2

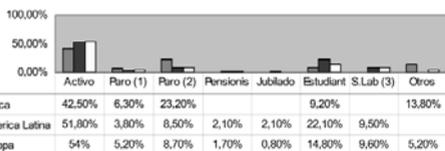
DISTRIBUCION POR ORIGENES AMERICA LATINA



Latino América 1 (Argentina, Uruguay, Chile)
 Latino América 2 (Bolivia, Perú, Paraguay)
 Latino América 3 (Cuba, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela)

Gráfico 4

SITUACION LABORAL %



Paro (1) = Paro con subsidio de desempleo
 Paro (2) = Paro sin subsidio de desempleo
 S. Lab. (3) = Sus labores/ ama de casa

Gráfico 5

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS EUROPA / AFRICA

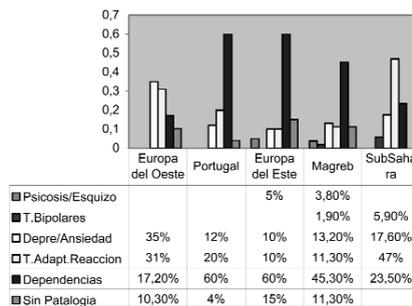


Gráfico 6

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS AMERICA LATINA

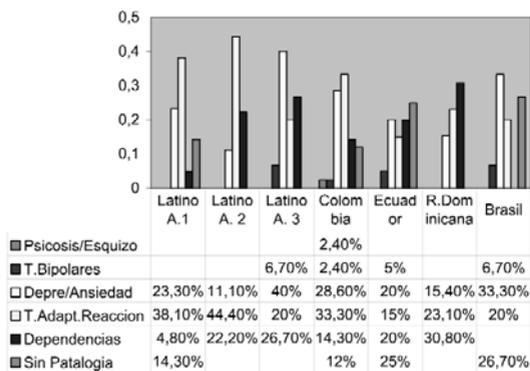
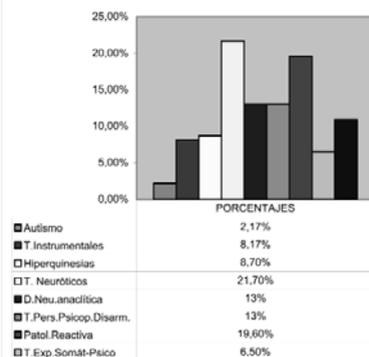


Gráfico 7

DIAGNOSTICOS INFANTIL





BIBLIOGRAFÍA

1. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. París: Gallimard; 1977.
2. Levine R E, Gaw A C. Culture-bound syndromes. *Psychiatric Clinics of North America* 1995, 18, 3: 523–536.
3. Freud S. El tabú de la virginidad. *Obras Completas*. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
4. Tajfel H. *Differentiation between Social Groups*. London: Academic Press; 1978.
5. Freud S. *Psicología de las masas y análisis del yo*. *Obras Completas*. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
6. Freud S. *El malestar en la cultura*. *Obras Completas*. Tomo VIII Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
7. Zuazo J.I. El sistema de relaciones objetales como estructura psicológica y la psicoterapia (II): sujetos, clases objetales y distancia oportuna. *Anales Psiquiatría*, 14,8, 1998: 377–387.
8. Zuazo J I. *Psicología y psicopatología de los conflictos*. Las oposiciones lógicas (I): dimensiones semánticas, metáforas, elaboraciones mediante el símbolo. *Anales de Psiquiatría* 2004, 20,7: 299–322.
9. Kozokai T. *L'étranger, l'identité*. Payot: París; 2007.
10. Berry J. Acculturation and adaptation in a nw society. *International Migration* 1992, 30: 69–85.
11. Sluzki C E. Migration and family conflict. *Family Process* 1979, 18, 4: 379–390.
12. Atxotegui J. La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de Salud Mental* 2007, 27: 17–30.
13. Nshimirimana L. Inmigrés en souffrance: traiter la différence ou soigner l'accueil. *Cahiers Critiques de Thérapies Familiales et des pratiques en réseaux* 2002, 28: 139–166.
14. Basabe N, Zlobina A, Páez D. Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. Vitoria–Gasteiz: Gobierno Vasco; 2004.
15. Panorámica de la Inmigración. *Boletín Ikuspegi*, octubre 2006, 12.
16. *DSM–IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
17. Vivanco E, Hernández S, Rodríguez M T, Villarde L, García O, Cobos A M. Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados? *Norte de Salud Mental* 2005, 23: 63–73.