

TEMA DE ACTUALIDAD

Salud mental en inmigrantes

RUBÉN ALVARADO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, cada vez más personas se desplazan por diferentes motivos (políticos, humanitarios, económicos, medioambientales). Es sabido que este movimiento migratorio tiene repercusiones en la salud de los inmigrantes¹, lo que ha motivado el desarrollo de acuerdos y políticas a nivel internacional² y regional³.

En el último medio siglo, Chile ha tenido una inmigración fluctuante. En el censo de 1952 se registraron 103.878 extranjeros, conformando el 1,8% de la población. Esta cifra fue descendiendo progresivamente y en el censo de 1982 los inmigrantes correspondían al 0,7% de la población total. En los censos de 1992 y 2002 se registran crecimientos sucesivos, tanto en números absolutos como relativos. En este último censo (2002) se llega a 184.464 personas, que corresponde al 1,2% de la población.

Hasta los años setenta, la inmigración predominante tenía su origen en Europa. Recién en el censo de 1982 comienza a prevalecer la inmigración hacia Chile de población de países fronterizos. Se estima que inicialmente esta corriente migratoria se relaciona con el crecimiento económico que mostraba nuestro país, para luego consolidarse producto de la estabilidad socio-política que Chile muestra dentro de la región.

De acuerdo a la información recogida en el último censo, la migración de origen sudamericano constituye un 67,8% del total de la población extranjera en Chile: 26% proviene de Argentina; 21% de Perú; 6% de Bolivia y 5% de Ecuador.

Otra característica importante del fenómeno migratorio reciente en Chile dice relación con el género. En efecto, más del 52% de la pobla-

ción de inmigrantes corresponde a mujeres, que en el caso de la población de nacionalidad peruana esta cifra se eleva por sobre el 60%.

Por otra parte, una proporción cada vez mayor de la población inmigrante se incorpora activamente al mundo laboral en Chile. En el censo de 1992 un 31% de la población de origen extranjero se encontraba económicamente activa, cifra que crece a 48% en el censo del 2002. Sin embargo, sólo un 45% se declara profesional, técnico o afín, comparado con el 60% que lo hacía en 1992.

Es posible afirmar que Chile se enfrenta hoy a un nuevo tipo de población inmigrante, con una proporción cada vez mayor que procede de Sudamérica (origen andino), donde su finalidad es encontrar mejores condiciones de vida e ingreso económico, procede de zonas urbanas, que se compone principalmente de mujeres, y que se incorpora en el país al desarrollo de labores relacionadas con la mano de obra, en el área de la construcción, la industria y en servicios domésticos.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN INMIGRANTES

Ya en la década de los '30 Odegaards señaló que el proceso de migración era un factor de riesgo para la salud mental⁴. En la década de los 50', los primeros estudios se concentraron en el Reino Unido, a propósito del intenso proceso migratorio de personas que provenían de sus colonias ubicadas en el Caribe y de otros países de la Commonwealth. Los resultados mostraban en forma consistente que esta población de inmigrantes tenía una mayor tasa de esquizofrenia, de hasta 14 veces, respecto de la población británica⁵. Estudios posteriores, que

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. ralvarado@med.uchile.cl

resolvieron problemas metodológicos que padecían los estudios iniciales, ratificaron la presencia de una tasa mayor, incluso en la segunda generación que ya había nacido en Gran Bretaña, pero focalizada específicamente en el grupo proveniente del Caribe⁶.

En las últimas décadas se han replicado estos estudios en otros países de Europa, en Estados Unidos y en Australia. En general, la evidencia actual demuestra que este mayor riesgo de padecer esquizofrenia se da en algunos grupos de inmigrantes (especialmente en afro-caribeños y africanos del este), en ciertos países específicos, que este riesgo se mantiene en la segunda generación de estas poblaciones y que es mayor cuando la migración se produce por situaciones de guerra o persecuciones políticas o de otro tipo⁶. Toda la rica discusión que han suscitado estas investigaciones ha puesto de manifiesto la importancia de la adversidad social como determinante del inicio de un episodio psicótico, haciendo que se dirija la atención con mayor énfasis sobre el proceso migratorio, dando origen a un modelo interaccional entre la biología y la experiencia social⁷.

Los hallazgos respecto de las tasas de prevalencia de trastornos mentales comunes en poblaciones de inmigrantes no son tan claros y consistentes como en el caso de esquizofrenia. Estudios sobre estrés emocional han demostrado tasas elevadas de ansiedad y depresión en estudiantes extranjeros en Gran Bretaña, pero con una gran variabilidad que depende del lugar de origen (por ej., un 28% de los estudiantes que provenían de Irán y Nigeria presentaban problemas psicológicos, en contraste con un 18% de los Indios y 14% entre los jóvenes británicos)⁸. Esto ha determinado que algunos autores⁹ estén trabajando en caracterizar las peculiaridades clínicas de un síndrome de estrés psicológico o trastorno adaptativo que sería propio y específico en grupos de inmigrantes.

Sobre prevalencia de trastornos afectivos, y depresivos en particular, ha habido menos estudios. En un estudio poblacional realizado en el Reino Unido¹⁰ se encontró una prevalencia de neurosis depresiva en la última semana que fue de 2,7% para varones y 4,8% para mujeres de

origen británico. Se reportaron cifras más elevadas en inmigrantes irlandeses y caribeños, pero cifras similares o más bajas en inmigrantes de Pakistán y Bangladesh. La reciente revisión realizada por D. Bhugra¹¹ concluye que la evidencia actual no es clara para afirmar la asociación entre migración y trastornos depresivos. Nuevamente, el mayor riesgo parece relacionarse con la vulnerabilidad personal y con la forma en que se produjo el proceso de migración¹².

El síndrome por estrés post-traumático ha sido descrito en muchas partes del mundo y se ha relacionado directamente con el proceso de migración que se origina en situaciones de guerra o conflictos bélicos, de desplazamiento de poblaciones o de otros eventos de gran intensidad para la vida de las personas¹³. Existe una extensa tradición de investigación en este campo, con grupos de refugiados, exiliados políticos, personas que sufrieron tortura o la muerte de seres queridos, así como en ex combatientes. No existen mayores cuestionamientos al vínculo causal propuesto, pero la discusión más importante en este ámbito ha girado en torno a la validez de reducir la experiencia traumática a una simple matriz psicopatológica, olvidando el contexto social y el significado personal para quienes están involucrados en este problema¹⁴.

Otro de los problemas que ha suscitado interés es el suicidio. En algunos grupos de inmigrantes se han encontrado tasas elevadas de pensamientos y de intentos suicidas. Por ejemplo, se han descrito tasas muy elevadas de intento suicida entre mujeres jóvenes provenientes del sudeste asiático, especialmente en la segunda generación de inmigrantes¹⁵. Pero, por otra parte, algunos grupos de inmigrantes presentan tasas menores a las observadas en la población general del país hacia donde migra¹⁰. En este caso, las características culturales del grupo étnico de origen y el contexto social y familiar parecen jugar un rol preponderante¹⁶.

Finalmente, es importante considerar que no siempre la migración se transforma en un proceso perjudicial. El estudio de Vega et al¹⁷, sobre una muestra de 3.012 adultos de origen mexicano que residen en Estados Unidos, concluye que éstos tienen una mejor salud mental que la

población nacida en ese país. Es interesante notar que los hijos de ellos (segunda generación de inmigrantes nacida en Estados Unidos) muestran tasas de prevalencia de trastornos mentales, que es más elevada que la de sus padres y similar al resto de la población norteamericana. Los autores concluyen que existen factores protectores en la cultura mexicana - especialmente en lo que se refiere a las características de la familia y el apoyo que ésta brinda a sus miembros -, que es mantenida por la primera generación de inmigrantes y que luego se perdería en la generación siguiente.

LA INMIGRACIÓN COMO DETERMINANTE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Para comprender la relación que existe entre el proceso de migración y el desarrollo de un problema en la salud mental es necesario tener presente una diversidad de dimensiones, que incluyen características de la persona, condiciones previas a la migración, características propias del proceso de migración y condiciones en la nueva sociedad donde se llega a residir. Ya en 1974, Goldlust & Richmond¹⁸ desarrollaron un modelo que involucraba todos estos aspectos, y que ha permitido ir identificando diferentes condiciones específicas que se relacionan con el riesgo de presentar distrés emocional o un trastorno mental. Una de las lecciones importantes que han dejado estos estudios es que no es posible generar un único modelo explicativo para este problema, y más bien hay que plantearse diferentes mecanismos de producción de un problema de salud mental dependiendo de la forma en que se conjugan e interactúan cada una de estas condiciones.

D. Bhugra¹⁹ ha hecho una síntesis de todos estos aspectos. Él concluye que los aspectos más estudiados y que han demostrado una asociación con el problema planteado, son las siguientes condiciones:

a. Factores que están presente en la etapa pre - migración

- Características de personalidad

- Habilidades para enfrentar problemas y situaciones de estrés
- Condición forzada de migración
- Inicio de la migración bajo condiciones de persecución.

b. Factores del proceso de migración

- Intensidad de los sentimientos de pérdida y de culpa
- Apoyo social durante el proceso
- Presencia de estrés postraumático

c. Factores que están presente en la etapa post - migración

- Características del shock cultural
- Conflicto cultural
- Dificultades de lenguaje
- Discrepancia entre las expectativas y lo que se esperaba
- Apoyo social
- Condiciones socioeconómicas
- Discriminación por parte de los miembros de la nueva sociedad

La inserción socio cultural del inmigrante dentro de la nueva sociedad puede desembocar en cuatro alternativas²⁰, las cuales -a su vez- se relacionan con los resultados en el estado de salud mental de las personas.

Una primera posibilidad es la asimilación, donde la persona adopta la nueva cultura, perdiendo la original. Una segunda, es la integración, donde la persona mantiene la cultura de origen y, a la vez, es capaz de adoptar la cultura que le acoge. Una tercera posibilidad es la marginalización, en que la persona se margina tanto de la cultura de origen como de la existente en la sociedad donde llega. Y la cuarta posibilidad es la segregación, que consiste en mantener la cultura de origen y adoptar conductas de rechazo activo hacia la cultura del nuevo lugar. Estudios realizados en Canadá, Francia y España señalan que el resultado más frecuente es la integración, seguido de la asimilación y la segregación²¹. Pero sin lugar a dudas, que el resultado final dependerá de la forma en que se conjugan los diferentes elementos que fueron señalados anteriormente.

Uno de los aspectos psicosociales más estudiados dentro del proceso migratorio es la reacción de duelo, que algunos autores han denominado “duelo migratorio”. J Atxotegui²² ha señalado que las pérdidas más importantes que tienen lugar durante el proceso migratorio son siete y cuya elaboración psicológica dará origen a un duelo que puede tener carácter psicopatológico o no:

- Pérdida del contacto con familiares y amigos
- Pérdida de la lengua materna
- Pérdida de la propia cultura
- Pérdida de los paisajes y de la tierra
- Pérdida del status social
- Pérdida del contacto con el grupo étnico de origen
- Pérdida de la seguridad física

En síntesis, se puede concluir que la migración es un proceso que involucra grandes cambios psicosociales, cuyo efecto en la salud mental de las personas que emigran dependerá de un conjunto de factores individuales, del contexto social y del propio proceso de migración. Es necesario desarrollar modelos integrales, que incluyan todas estas dimensiones, para comprender la forma en que se produce este fenómeno y así desarrollar intervenciones que sean efectivas y culturalmente adecuadas.

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE

Todos los estudios en este campo han demostrado que existen importantes barreras para que la población inmigrantes acceda a una atención sanitaria de calidad, lo que ha dado origen a acuerdo internacionales y a medidas político-administrativas en busca de soluciones²³.

Un primer tipo de barrera es de carácter legal-administrativa. Una parte importante de la población de inmigrantes se encuentra en condiciones de ilegalidad dentro del país, por lo que no puede acceder al sistema de atención que allí existe. Cuando su estancia es legal, no

siempre son beneficiarios del sistema de salud, o no conocen los procedimientos para acceder a la atención de salud. Los sistemas privados suelen ser muy caros y su acceso es muy limitado para los inmigrantes.

Un segundo tipo de barrera es de carácter cultural. En especial, en el campo de la salud mental se ha puesto énfasis en las diferencias culturales con que se expresan los trastornos mentales y la forma en que esto afecta el logro de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado. Los trabajadores de la salud requieren entrenamiento especial para la atención de problemas de salud en poblaciones de inmigrantes, y en especial en el campo de la salud mental²⁴.

Recepción: 5 de julio de 2007
Aprobación: 1 de abril de 2008

REFERENCIAS

1. KANDULA NR, KERSEY M & CURIE N. Assuring the health of immigrants: What the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health* 2004, 25: 357 – 76.
2. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. HEALTH AND MIGRATION SEMINAR: Report of the meeting. Geneva, 30 November – 3 December 2004.
3. CUMBRE IBEROAMERICANA. DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO. 5 de noviembre de 2006.
4. ODEGAARDS O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr et Neurol* 1932, 7: 1 – 206.
5. HARRISON G ET AL. A prospective study of severe mental disorder in Afro – Caribbean patients. *Psychol Med* 1988, 18: 643 – 57.
6. HUTCHINSON G & HAASEN CH. Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39: 350 – 57.
7. VAN OS ET AL. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry* 2003, 160: 477 – 82.
8. STILL R. Mental health in overseas students. In Furnham A & Bochner D eds. *Culture shock*. London: Routledge, 1998.
9. RITSNER R & PONIZOVSKY A. Psychological symptoms among an immigrant population: a prevalence study. *Compreh Psychiatry* 1996, 37: 17 – 22.
10. NAZROO J. Ethnicity and mental health. London: PSI, 1997.
11. BHUGRA D. Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 108 (suppl 418): 61 – 72.

12. FOYLE MF ET AL. Expatriate mental health. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 97: 278 – 83.
13. APA. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL*, 4TH ED. Washington DC, USA: APA Press, 1994.
14. SUMMERFIELD D. WAR AND MENTAL HEALTH: A brief overview. *BMI* 2000, 321: 232 – 35.
15. BHUGRA D ET AL. Attempted suicide in West London I: rates across ethnic communities. *Psicol. Med* 1999, 29: 1125 – 1130.
16. TAYLOR R ET AL. Suicide in urban New South Wales, Australia 1984 – 1994: socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med* 1999, 47: 1677 – 86.
17. VEGA W, KOLODY B & AGUILAR-AXIOLA S. Lifetime prevalence of DSM III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 55: 771 – 78.
18. GOLDLUST J, RICHMOND AH. A multivariate model of immigrant adaptation. *Internacional Migration Review* 1974, 8: 193 - 225.
19. BHUGRA D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109: 243 – 58.
20. BERRY JW, KIM U. Acculturation and mental health. In P Dasen, JW Berry, N Sartorius (eds): *Health and Cross-cultural Psychology: Toward application*. London: Sage. 1988.
21. MARTÍN BERISTAIN C. *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria. 1999.
22. ATXOTEGUI J. *MIGRAR: duelo y dolor. Qué ganan y qué pierden los emigrantes al alejarse de su país*. Informa ACIM N° 24. Associació Catalana per la Infancia Maltractada, 2001.
23. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *Health and Migration Seminar: Report of the meeting*. Geneva, 30 November – 3 December 2004.
24. ALONSO A. *Guía de atención al inmigrante*. España: ERGON. 2006.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl