

ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL DE INMIGRANTES ATENDIDA EN BIZKAIA

José Martín Zurimendi * M^a José Celorio Yolito Dolores Goiriena Siejo.*****

*Psiquiatra Jefe Servicio de Psiquiatría Hospital Galdakao. Osakidetza. **Antropóloga y Trabajadora Social Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad de Deusto. Módulo Psicocial de Rekalde. ***Socióloga. Red de Salud Mental de Osakidetza Bizkaia

Palabras clave

Emigración, Prevalencia Atendida, Demanda, Bizkaia

RESUMEN.

En relación a la salud de los inmigrantes, se señalan clásicamente como factores de riesgo de presentar patología mental, la soledad, el estrés, las dificultades de adaptación y las diferencias culturales e idiomáticas. La situación de algunos colectivos de inmigrantes puede ser más crítica, como la de mujeres y menores.

En referencia al mayor o menor uso de los servicios psiquiátricos por la población inmigrante los resultados son dispares, Entienden que se favorece la mayor utilización, los estudios que enfatizan las consecuencias de la migración. La menor utilización es descrita por los que recuerdan la mayor probabilidad de ser atendidos en otras alternativas.

La población inmigrante hasta 2009, venía progresivamente incrementándose en Bizkaia. Hemos cuantificado el porcentaje de población emigrante en relación con la población total en las comarcas asistenciales de Bizkaia (Osakidetza cuenta con una red sectorizada).

Se han cruzado los datos de la población emigrante con los de la incidencia tratada, a través del Registro de Casos. También se ha analizado la atención en Hospitalización y en Urgencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao.

Hemos encontrado que la tasa de incidencia tratada de los extranjeros duplica la tasa media en Bizkaia. Esta situación se produce en todas las comarcas, en especial en Bilbao. Esta circunstancia se da sobre todo en programas de adultos y de manera más acusada, en los de alcoholismo y otras toxicomanías. Lo mismo sucede con el porcentaje de pacientes que son atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao.

INTRODUCCIÓN.

Los flujos migratorios son una constante en la historia, no son un fenómeno nuevo. En las últimas décadas estamos asistiendo a esta realidad con intensidad, como es la migración de personas provenientes de los países más pobres del planeta a los países más desarrollados, cuestión ésta que preocupa en el ámbito político, laboral, sanitario, educativo o el de la convivencia ciudadana. El desafío de las migraciones en este momento histórico tiene, como denominador común, el profundo conflicto personal y la preocupación social que provocan, preocupación que encubre el aporte positivo de estos grupos a la sociedad y a la economía de los países de receptores¹.

Históricamente Europa ha interpretado las aportaciones culturales de los inmigrantes exteriores de forma negativa, como invasiones de pueblos inferiores. Pero la sociedad europea ha pasado de ser eurocéntrica desde el punto de vista cultural a ser una sociedad multirreligiosa, multicultural y multirracial.

Los flujos migratorios provocan, en mayor o menor medida, confrontación cultural, encuentros y desencuentros. El fenómeno migratorio con sus coordenadas actuales desafía los modelos sociales de los estados de acogida (Salinas de Frías, 2008). Este miedo que produce la marginación se traduce en exclusión social, sometiendo a estos grupos en interesantes como fuerza de trabajo y beneficio, pero no como personas, La actual crisis económica no hace sino empeorar esta situación.

La migración, en palabras de Achotegui (2004), se está convirtiendo para un amplio colectivo de personas, en un proceso extremadamente difícil que se acompaña de niveles de estrés casi insostenibles, derivados de problemas legales, familiares, de supervivencia, de situaciones traumáticas. También, se puede añadir, que es un encuentro con los problemas y el sufrimiento provocados por los procesos de cambio cultural, surgidos en los contextos de aculturación que suceden cuando dos o más grupos entran en contacto.

Dentro de las redes sociales en el fenómeno de la emigración hay que tener en cuenta la especial importancia de la familia, (la de origen y la que emigra) institución que puede adquirir formas culturales diferentes, señalando, entre otros aspectos de adaptación a las nuevas situaciones que se producen, la dificultad de

¹ Eurostat certifica en 2006 la entrada en España de más de 600.000 inmigrantes, un 20% más que Alemania, Francia, Gran Bretaña e Italia conjuntamente. La OCDE en el ritmo de los flujos humanos al convertirse en el segundo país en el ranking solo por detrás de Estados Unidos. Según el censo del 2009 el porcentaje de población inmigrante es del 12% (en la CAPV el porcentaje es del 8%) cuando una década antes era apenas del 1'6 por ciento.

integración de mitos y rituales en las familias transculturales, con problemáticas incorporaciones de las características identitarias de las culturas y la trascendencia que el diálogo cultural tiene para resolver distintas tensiones.

El encuentro con el “otro”, se da en el contexto clínico de atención psiquiátrica, en el que existe el derecho a la atención sanitaria, que está concebido como un derecho humano. La plasmación de este derecho en nuestro país se realiza a través del sistema sanitario que se proclama de carácter universal, aunque la relación terapéutica está afectada por el hecho cultural y tiene implicaciones para la propia enfermedad. La falta de comunicación, la dificultad de entender símbolos y pautas culturales, la relación de poder, los prejuicios, desvalorización de los pacientes y el trato desigual van a influir en el tratamiento.

En la asistencia psiquiátrica, particularmente, se generan recelos y suspicacias durante la prestación de servicios, tanto en los prestadores como en los receptores, por lo que no se puede desdeñar ningún enfoque que pueda aportar luz a la comprensión de los fenómenos sociales, y en este caso, las ciencias sociales pueden contribuir con aportaciones importantes a la eficacia del trabajo sanitario transcultural.

La percepción de la llegada de inmigración como un hecho amenazante para la posición del grupo y como competidores que ponen en riesgo nuestro sistema de bienestar social, puede implicar actitudes negativas de rechazo. Por eso es importante conocer hasta que punto los emigrantes llegan a hacer demandas de atención en el subsistema de salud mental.

La política psiquiátrica y de salud se centra en los dispositivos asistenciales, en la organización de las redes de atención y el derecho a la asistencia para todos los ciudadanos, pero se pueden olvidar aspectos clínicos específicos en la atención a los inmigrantes. Así, hasta los años noventa no comienza el interés por los efectos de la diversidad cultural, el aumento de la inmigración, fenómeno hasta entonces desconocido en nuestro contexto. El aumento constante de sus demandas y las dificultades para afrontarlas, hace crecer el interés de los profesionales por los problemas que los inmigrantes plantean en sus consultas y por la manera de resolverlos, por lo que gracias a ello comienzan a tener presencia y visibilidad².

1.- REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE DEMANDAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE.

² La inmigración extranjera es un fenómeno reciente en el País Vasco, la inmensa mayoría de los inmigrantes lleva residiendo menos de diez años.

La inmigración constituye un fenómeno complejo con implicaciones en el ámbito sanitario. El incremento de la población emigrante y la presencia de este colectivo entre los que demandan asistencia viene siendo puesta de manifiesto diversos estudios, análisis en los que se plantean dudas, que tan sólo en parte, han sido contestadas por las investigaciones. Por ello se ha revisado si existen en nuestro entorno estudios que nos acerquen a alguna de estas cuestiones.

Así, es de interés y puede ser motivo de estudio conocer si se tratan adecuadamente las demandas de salud mental de los inmigrantes. Se puede preguntar si se objetivan bien los casos nuevos en una población que cambia de manera constante, ¿qué se sabe de población transeúnte?, ¿hasta qué punto son fiables los registros de población inmigrante de asistencia psiquiátrica?, ¿qué relación existe entre esta población y el consumo de drogas?, ¿qué características específicas tiene la población infantil atendida?, ¿cuál es la proporción de casos atendidos según las diferentes patologías? Si está correlacionada la procedencia de los emigrantes con algún trastorno más relevante, ¿qué se hace con estos pacientes en riesgo de exclusión social?, ¿cómo estimar el reparto adecuado de los recursos?, ¿qué actitud se plantea ante las demandas no explicitadas de este colectivo?, y otros asuntos de interés clínico.

En las nuevas líneas de investigación, se podrían (deberían) comparar, por ejemplo, los diagnósticos e incidencia de trastornos mentales, entre inmigrantes de diferentes grupos culturales y población nativa, y un primer acercamiento a cuál es, en el momento actual y en nuestro contexto, la demanda de salud mental de la población inmigrante.

Parece que existe consenso en que la red sanitaria pública es la más utilizada por la población inmigrante, aunque resulta muy difícil estimar el número de asistidos a través de organizaciones no gubernamentales (ONG), o de los que utilizan medicinas alternativas. Los servicios de urgencia parecen ser el primer contacto con el sistema sanitario de muchos de ellos. A estos servicios llega una alta demanda de problemas que bien tendrían que ser abordados en la Atención Primaria.

En el sistema sanitario general, los motivos de consulta y hospitalización más habituales de los inmigrantes se relacionan con necesidades asistenciales de una población joven³. Las demandas más frecuentes son la atención gineco-obstétrica, la pediátrica y la medicina general. En general, el perfil de salud del inmigrante es el de

³ Según los últimos datos de Ikuspegi (Observatorio Vasco de Inmigración) el perfil que responde a la inmigración en Bilbao es el de una mujer latinoamericana de entre 25 y 44 años.

un joven sin enfermedades crónicas debilitantes a su llegada, aunque con posibilidad de tener enfermedades infecciosas. Los estudios destacan la falta de información estadística sobre el uso de los servicios sanitarios (no suele constar el origen del paciente), y concluyen que la población inmigrante utiliza proporcionalmente más la atención de urgencias hospitalarias, que las consultas de especialistas. Las diferencias en la casuística vienen marcadas por la edad y por las diferencias socioculturales. La pirámide de edad de la población hospitalaria inmigrante recompone la envejecida estructura de edad de los pacientes autóctonos y plantea la necesidad de recuperar el mayor peso de los servicios de ginecología-obstetricia y pediatría (Cots et al., 2002).

En este sentido la elevada fecundidad del importante contingente de mujeres jóvenes inmigrantes residentes en España, genera una importante demanda asistencial, para atender sus problemas generales de salud, sus necesidades específicas de servicios ginecológicos y materno-infantiles, y sus necesidades de atención para sus, también específicos, trastornos psicopatológicos.

Un estudio, cuyo fin fue conocer los elementos diferenciales entre mujeres autóctonas e inmigrantes con maltrato psíquico actual en cuanto a incidencia, antecedentes, tipo de maltrato y sintomatología diferencial, detectó diferencias significativas entre las mujeres inmigrantes y autóctonas. Las diferencias se apreciaban en la incidencia de maltrato psíquico (29,4% de las mujeres inmigrantes frente al 10,4% de las mujeres autóctonas), y en su historia de maltrato anterior, (55,9% de las mujeres inmigradas frente al 35,2% del resto). Por ello concluían, que ante una demanda de atención psicológica, hay una mayor probabilidad de encontrar una situación de maltrato psíquico en el colectivo de mujeres inmigrantes, que además presentaban más desconfianza y confusión, que podría relacionarse con un pasado recurrente de maltrato, agravado por el impacto del proceso migratorio (Samsó et al., 2007). Hay estudios que han hecho hincapié en las consecuencias de la migración de los maridos, asociándose esta ausencia con síntomas depresivos entre las mujeres que permanecían en México. (Bojorquez, I. et al 2009). Paradójicamente mujeres mejicanas emigrantes logran puntuaciones más altas en la ideología igualitaria de su rol de género, pero menores en la salud mental que el grupo no emigrante (Wilkerson J.A., et al. 2009).

La investigación dirigida por Regidor (2008), sobre las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española, sobre una muestra de 29.622 usuarios concluye que los inmigrantes consultan menos de lo esperado por problemas de salud en general, generalmente

piden ayuda a través de las urgencias hospitalarias cuando el trastorno está ya muy avanzado y presenta peor pronóstico.

En cualquier caso, el número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de patologías mentales es aun escaso. En la revisión de los estudios de prevalencias S. Mental de población emigrante, sobre 5 estudios, en 2 de ellos se señalan prevalencias de depresión muy similares, en 1 prevalencia de este trastorno mucho más elevada y en otro una prevalencia de depresión significativamente más baja. Por ello concluye Atxotegi (2009) que es necesaria la realización de nuevos estudios al respecto.

Lo señalado anteriormente coincide con el informe sobre el estado de la cuestión en la Unión Europea de Junio de 2007 (Mladovsky, 2007), que afirma que se conoce relativamente poco sobre la salud de los inmigrantes. La salud y el acceso a los servicios sanitarios varían en función del contexto, la edad, el género, el tiempo de estancia y los países. Hay enfermedades específicas donde las tasas de mortalidad son más elevadas en inmigrantes (infecciones, accidentes y violencia), mientras son más bajas en enfermedades crónicas. Esta ventaja en mortalidad de los inmigrantes frente a los nativos europeos puede desaparecer con el aumento del tiempo de estancia y en las segundas generaciones de inmigrantes.

Las investigaciones sociosanitarias mostradas en los Informes SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) confirman que las desigualdades sociales (empleo, ingresos, educación, vivienda y condiciones medio ambientales) explican una parte importante de las diferencias de las tasas de mortalidad y morbilidad. En este sentido, la población inmigrante, va a ocupar mayoritariamente posiciones sociales más vulnerables, esto conlleva un efecto pernicioso que va a repercutir en su salud. Con respecto a esta problemática se ha evaluado la prevalencia de síntomas psicóticos entre los inmigrantes rumanos que viven en condiciones muy precarias. (Tarricone, I. et al. 2009)

Muchos autores reconocen que el acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante, es una de las dificultades más importantes en la provisión de servicios. La diferencia en la accesibilidad se asocia a barreras conocidas (desconocimiento del sistema sanitario, el idioma, el concepto de enfermedad y de salud, la religión) que pueden afectar a los procesos de atención sanitaria (diagnóstico, decisiones terapéuticas, seguimiento, cumplimiento, etc.).

En el área específica de la salud mental, el estudio de Toronto, trata de identificar las barreras específicas de acceso a los recursos de Salud Mental, concluyendo que las causas fundamentales son: la escasa información acerca de la existencia de tales dispositivos por parte de la población inmigrante; ausencia de servicios integrales que combinen especificidad étnica, experiencia en salud mental y geriátrica; falta de profesionales que puedan ofrecer servicios apropiados lingüísticos y culturales y la necesaria presencia de intérpretes (Sadavoy et al., 2004).

La mayor evidencia científica relacionada con el acceso y la utilización de los servicios psiquiátricos, procede de estudios realizados en otros países, principalmente en el Reino Unido y USA. Los estudios apoyan la hipótesis de que los pacientes inmigrantes, o pertenecientes a minorías étnicas, siguen itinerarios más negativos en el acceso a los servicios psiquiátricos, que los individuos nativos. Estos itinerarios más negativos, menos deseables, implican con mayor frecuencia la intervención de la policía, el ingreso por vía judicial e involuntario, la utilización de los servicios de emergencias sanitarias y de urgencias sociales, etc. El acceso a ciertos servicios sanitarios parece tener dificultades independientes de la situación legal, pero son el desconocimiento del sistema y el miedo por su situación de irregularidad los motivos principales de las dificultades de acceso (Baca García et al., 2005). También en el Reino Unido se observaron diferencias significativas en las vías de remisión, de los menores no acompañados, con más probabilidades de ser remitidos por los servicios sociales y siendo menos probable que se les deriven a los organismos médicos. (Michelson, D. et al 2009).

Existen discrepancias importantes y resultados dispares referente al mayor o menor uso de los servicios sanitarios y psiquiátricos por la población inmigrante, encontrándose datos contradictorios en función de los estudios. Entienden que se favorece la mayor utilización de los servicios psiquiátricos por parte de los inmigrantes, los estudios que enfatizan las consecuencias nocivas de la experiencia de la migración, la discriminación y la aculturación. Enfatizan también el menor tiempo empleado por los psiquiatras en la evaluación de estos pacientes, una mayor utilización de altas dosis de antipsicóticos, menor utilización de de psicoterapia y una menor duración de los ingresos con mayor tasa de reingresos, etc. La menor utilización de los servicios psiquiátricos por parte de los inmigrantes, es puesta de manifiesto por los estudios que recuerdan que los inmigrantes tienen mayor probabilidad de ser enviados a una institución penitenciaria que psiquiátrica, que son más reticentes a acudir a la red sanitaria por miedo al tratamiento, a ser identificados y a ser hospitalizados o buscan ayuda informal y otras redes de apoyo, o medicinas

alternativas (Mora, 2007). Debido a las diferentes condiciones de la migración con variables como: la motivación para las migraciones (por ejemplo, los colonos, los refugiados,...), la distancia de la cultura de acogida, la capacidad para desarrollar estructuras de mediación, la situación de residencia legal y otros factores no se puede considerar a los inmigrantes como un grupo homogéneo en relación al riesgo de enfermar mentalmente. (Carta M.G., et al. 2005). Así los que emigraron durante la preadolescencia y la adolescencia, sin objetivos claros tenían mayores niveles de angustia psicológica que los que emigraron durante la edad adulta. Por otra parte, se encontró que la migración bien planificada reduce el estrés. (Gong, F. et al. 2011)

Según el perfil del paciente inmigrante atendido en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente de Granada (Parrilla, 2006), el 1,4 % de la demanda de urgencias de este hospital eran los problemas de salud mental de este colectivo. El estudio enfatiza en la utilización de los servicios de urgencias como puerta de entrada al sistema sanitario. En el trabajo coordinado por González de Rivera, sobre el registro de 2.741 consultas psiquiátricas en el Hospital de la Concepción de Madrid, observó que los trastornos que llevaban a solicitar ayuda médica a la población inmigrante (por vía de urgencias psiquiátricas hospitalarias, sobre todo) no coincidían con los cuadros más habituales de consulta en la población autóctona (depresión y ansiedad) sino que presentaban cuadros de mayor severidad. Los resultados de Pascual ,JC. et al. muestran que en el servicio de urgencias psiquiátricas el trastorno límite de la personalidad se diagnostica con menos frecuencia en el grupo de inmigrantes que en el grupo autóctono.

Uno de los estudios más exhaustivos sobre la utilización de recursos de asistencia psiquiátrica por parte de la población inmigrante, es la revisión de la literatura científica sobre las necesidades de salud y la utilización de los servicios sanitarios en Cataluña llevada a cabo por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (Berra et al., 2004) que recoge también estudios de otras Comunidades Autónomas, señala la escasez de estudios empíricos que aborden las diferencias en la psicopatología presentada por los colectivos de inmigrantes y de población autóctona. Aunque el número de estudios dirigidos a analizar la salud de los inmigrantes ha aumentado en los últimos años, refieren no obstante, que permanecen importantes vacíos en el estudio de la salud de este grupo de población: "La mayoría de los estudios no son concluyentes con respecto a las diferencias de problemas de salud entre inmigrantes y nativos, ni en relación con las intervenciones de salud específicas dirigidas a este colectivo. Además, los estudios analizados presentan importantes carencias en aspectos metodológicos, o no pueden responder

determinadas hipótesis por problemas del propio diseño o por falta de muestra. Entre las limitaciones encontradas pueden destacarse las limitaciones en la identificación de la población inmigrante, en los diseños de investigación y en la falta de instrumentos adaptados correctamente”.

Nueva Zelanda permite una cuota de tonganos a emigrar cada año, con una papeleta al azar, ha posibilitado comprender verdaderamente el efecto de la migración al comparar la salud mental de los migrantes con lo que sería si hubieran quedado en su país de origen. En este contexto informan que la migración da lugar a mejoras en la salud mental, en particular para las mujeres y las personas con mala salud mental. (Stillman, S.; et al. 2009). En el estudio Perú Migrante, no se observó una diferencia en la prevalencia de trastornos mentales comunes, entre los grupos de migrantes y urbanos estables. (Loret de Mola, Ch. et al. 2012.)

En la investigación llevada a cabo por Sancho et al. (2006) sobre la salud de los inmigrantes que demandan en un Centro de Salud de Atención Primaria, con una muestra de 300 pacientes, el diagnóstico más frecuentemente encontrado fue el de trastorno mental, destacando el síndrome ansioso-depresivo como primera causa de consulta (19% de la demanda de un año). La población inmigrante podría tener más somatizaciones, o clínica con sintomatología mal definida como expresión de sus problemas de salud mental..

En Barcelona, y también en el nivel de Atención Primaria (Pertiñez et al., 2003) se estudiaron algunos datos epidemiológicos, con el objetivo de conocer las características de esta población inmigrante, comparándolas con la población autóctona, y se evaluó el nivel de registro de estos datos en las dos poblaciones. En el estudio de trastornos mentales de la muestra de grupos étnicos, comparada con la muestra control de población autóctona no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, aunque se evidenció una tendencia del grupo inmigrante a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% frente a 13,4%) y de trastornos por somatización (10,7% frente a 6,3%) y una menor proporción de trastornos psicóticos. Respecto al principal objetivo, en el estudio no se observó un mayor porcentaje de trastornos mentales en la población inmigrante estudiada. Otro estudio realizado en un Centro de Salud de Madrid, encontró más del doble de trastornos somatomorfos⁴ en un grupo de mujeres inmigrantes con lengua

⁴ Quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables. Pueden estar relacionados con problemas o acontecimientos estresantes.

nativa castellana, comparado con la población general de mujeres de su zona de actuación. (Herrero et al., 2003).

En el contexto de la atención especializada, en el estudio realizado por Sanz et al. (2007) sobre salud mental, inmigración y adhesión a tratamiento, llevado a cabo en un Centro de Salud Mental de Madrid (95 pacientes inmigrantes y un grupo control de 95 pacientes autóctonos), constataron cómo a pesar del incremento de la población extranjera, el aumento del colectivo de emigrantes en los servicios de salud mental no fue tan elevado y que el número total de pacientes atendidos fue el 0,32 % de la población inmigrante en comparación con el 0,85% de prevalencia de la población autóctona. Entienden que el problema no es que acudan menos a consultas de salud mental, sino que los inmigrantes que acuden, muestran una menor adherencia al tratamiento.

Respecto a esta alta incidencia de la interrupción de la continuidad de cuidados, Gotor et al., (2004) en su estudio con 95 pacientes indica que los factores relevantes asociados a una ruptura en la continuidad son el hecho de ser inmigrante, una baja renta mensual, ausencia de colaboración con el tratamiento de la familia o tener un trastorno de la personalidad. Por todo ello concluyen que, el hecho de ser un inmigrante obstaculiza la continuidad del cuidado en los pacientes admitidos en las unidades de hospitalización psiquiátricas en Madrid, por lo que alertan sobre la necesidad de mejorar la continuidad de tratamientos entre las distintas unidades asistenciales.

Arias et al., (2006) han estudiado las características de la población inmigrante que ingresó en una Unidad de Agudos de Psiquiatría (33 admisiones), en un periodo de dos años. Los ingresos de inmigrantes supusieron el 5,38% de los ingresos totales en la unidad en el periodo estudiado. Casi la mitad se encontraba en situación ilegal y el 42,4% de los pacientes eran considerados portadores de problemática social. Las diferencias en estancia media y en medios de sujeción mecánicos en otro estudio de nuestro contexto, parecen confirmar la existencia de un sesgo discriminatorio de los profesionales sanitarios, similar al encontrado en otros países. (Alda Díez, M. et al . 2010.)

El problema de las dificultades en el diagnóstico de la población extranjera es otra cuestión conocida. En salud mental la experiencia de la depresión es reconocible a través de diversas culturas, aunque los investigadores convengan que la presentación clínica puede variar de una a otra cultura. Además los síntomas somáticos son una característica predominante de la depresión, la psiquiatría cultural

contemporánea deberá saber identificar “las metáforas somáticas” y poder así superar ciertos problemas metodológicos en la investigación intercultural. Según Bhugra (2004), en esta era de globalización, el desafío para la psiquiatría cultural es identificar diferencias genuinas entre las poblaciones, sin caer en el posible error producido por la estereotipia étnica. Las diferencias individuales son tan grandes como las étnicas. Para este mismo autor (2005) cuando las personas emigran de un tipo de cultura a otro, es probable que, dependiendo de sus propios rasgos de personalidad y de vulnerabilidades psicosociales, puedan desarrollar trastornos psiquiátricos. Los clínicos por ello deben tener en cuenta los antecedentes culturales al plantear cualquier intervención, para permitir una alianza terapéutica más fuerte.

La falta de comunicación, sobre todo por el desconocimiento de la lengua, representa una barrera importante para la atención en salud mental, tanto en la atención primaria como en la especializada, barrera agravada por el uso de instrumentos de medida y clasificación que no han tenido en cuenta las diferentes expresiones culturales de enfermedad mental en el contexto de países y culturas diferentes al occidental. La relación médico-enfermo y las creencias religiosas y sociales con respecto a la salud mental podrían tener una influencia potencial en el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de los problemas de salud mental en inmigrantes. En sus conclusiones, García-Campayo y Sanz (2002) solicitan una progresiva sensibilización hacia estos aspectos de la inmigración y reclaman de las instituciones el desarrollo de programas y recursos específicos para abordar este problema. Respecto a las manifestaciones clínicas, a pesar de que es escasa la bibliografía que muestre aspectos diferenciales entre población inmigrante y autóctona, llama la atención la elevada incidencia de diagnósticos erróneos en población inmigrante, con la tendencia a sobrediagnosticar psicosis, principalmente en la población hispana (Juárez et al., 2007).

Un meta análisis de estudios clínicos llevado a cabo por Sanne et al., (2007) sobre la incidencia de los trastornos del estado de ánimo entre inmigrantes concluye que no hay evidencia para el incremento del riesgo de los trastornos de estado de ánimo asociados con la migración. Incluso hay estudios que señalan que los inmigrantes pudieran padecer menos problemas de salud mental que la población autóctona, este efecto es conocido en la literatura como “paradoja de la asimilación”. Así, en los resultados de la investigación que cruzó los registros de datos en USA del National Latino and Asian American Study y del National Comorbidity Survey Replication el riesgo de la mayoría de trastornos psiquiátricos fue más bajo para los individuos latinos que para los blancos no latinos. Parece, en concordancia con la

“paradoja del emigrante” que los inmigrantes se benefician de un contexto protector (Fossion et al., 2004).

El tiempo empleado en el nuevo país, así como la comunicación intergeneracional y los conflictos con los padres han, estado relacionados en varios de los estudios, con las tendencias suicidas en los jóvenes inmigrantes. (Bursztein L. et al. 2011). También se han analizado los factores de resiliencia familiar en el contexto migratorio actual (Perera et al 2009)

En una revisión de estudios de prevalencia de salud mental en migraciones muy pocos incluyeron grupos de segunda generación, y la mayoría de los estudios fueron transversales, señalándose como un factor de riesgo una movilidad social descendente o el subempleo. (Das-Munshi, J et al 2012). Entre los estudios la prevalencia de trastornos de la conducta aumenta dramáticamente a través de generaciones de población de origen mexicano después de la migración a EEUU" (Breslau,J.et al. 2011) En emigrantes kurdos en Suecia se señalan los factores de protección para una buena salud mental (sentido de pertenencia, y re-creación de la identidad, el sentido de la libertad, la satisfacción con uno mismo) y como factores de riesgo de mala salud mental la preocupación por la situación política actual en el país de origen, la falta de sentido de la libertad, la insatisfacción con la sociedad sueca. (Taloyan, M. et al. 2011)

Las ventajas e inconvenientes de salud mental entre los inmigrantes vietnamitas en relación con otros grupos de ciudadanos vietnamitas llega a la conclusión de que las redes sociales y la salud física desempeñan importantes papeles explicativos. (Fu, H. et al. 2012).y si bien la exposición a eventos traumáticos repercutió en el bienestar mental de las personas migrantes, dificultades de vida posteriores a la migración tuvo mayor relevancia en la predicción de resultados en salud mental entre refugiados birmanos llegados a Australia . (Schweitzer R.D. et al. 2011)

Por último, a pesar de lo señalado en algunos estudios sobre la menor incidencia de psicosis en la población inmigrante, uno de los resultados más constantes en la epidemiología de la psicosis en el Reino Unido, es la alta incidencia del trastorno psicótico entre grupos minoritarios migratorios y étnicos. El ejemplo más llamativo, y quizá mejor conocido, es el de la población africana y del Caribe en el Reino Unido. Se ha observado que las tasas de primeros ingresos y primeros contactos por psicosis eran entre dos y cuatro veces mayores en este grupo. Los inmigrantes de primera y de segunda generación parecen tener un riesgo más alto de

psicosis que los individuos británicos blancos. Las investigaciones han constatado que esta población está, no sólo en mayor riesgo de desarrollar psicosis, sino que también es más probable que tengan acceso a cuidados médicos psiquiátricos a través de vías indirectas (policía o internamientos involuntarios). Otros estudios británicos de primeros episodios psicóticos en inmigrantes refuerzan la hipótesis de la migración como un factor de riesgo en psicosis. Se han tratado de identificar los aspectos que explicarían la potencialidad de la migración como factor de riesgo, los autores concluyen que la causa principal podría estar relacionada con los factores sociales de cada etnia, y citan la posible influencia de elementos como la discriminación o el aislamiento social (Hutchinson y Haasen 2004; Morgan et al., 2006; y Coid et al., 2008).

El antecedente personal o familiar de inmigración constituye un importante factor de riesgo de esquizofrenia en el metaanálisis presentado por Cantor-Graae, E., También en Ontario con la edad y el sexo ajustados en función de los modelos, las tasas de ingreso para los trastornos psicóticos fueron más altas en las zonas con mayor proporción de inmigrantes. (Durbin, A et al. 2011)

2.- APROXIMACIÓN CUANTITATIVA AL ANÁLISIS DE DATOS SECUNDARIOS: INICIOS A TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO AMBULATORIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN BIZKAIA.

Parece evidente, y constatado según los datos del Observatorio vasco de Inmigración, Ikuspegi, que la población inmigrante viene progresivamente incrementándose tanto en Bizkaia, como en toda la Comunidad Autónoma Vasca.

Tabla 1

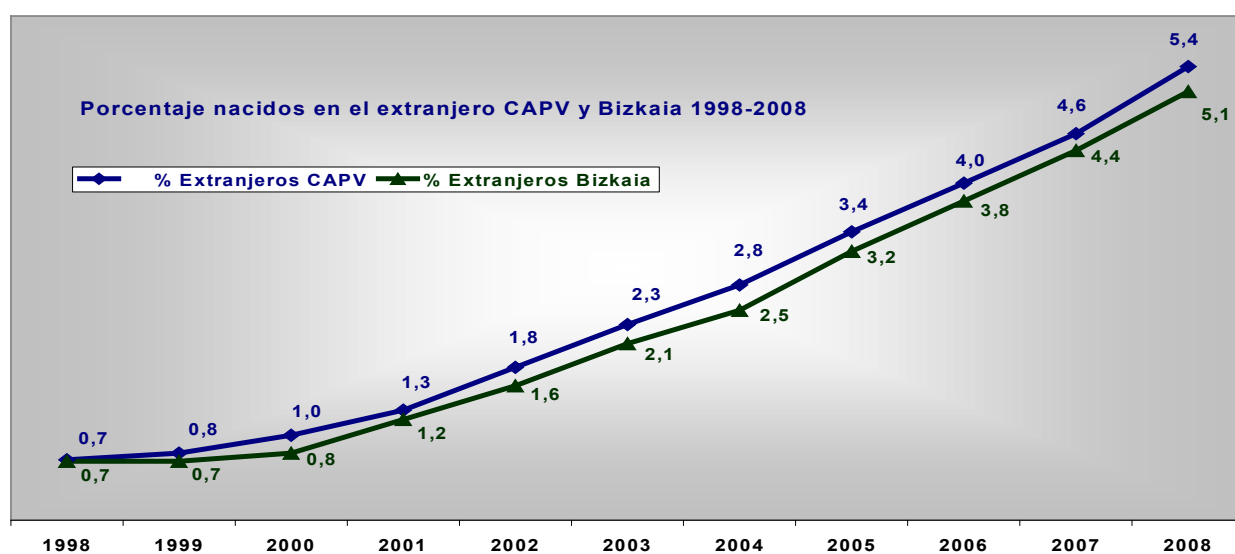
Población.Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tot. CAPV	2.098.628	2.100.441	2.098.596	2.101.478	2.108.281	2.112.204	2.115.279	2.124.846	2.133.684	2.141.860	2.157.112
Extranjeros	15.198	16.794	21.140	27.438	38.408	49.231	59.166	72.894	85.542	98.524	117.337
No extranjero	2.083.430	2.083.647	2.077.456	2.074.040	2.069.873	2.062.973	2.056.113	2.051.952	2.048.142	2.043.336	2.039.775
Mujeres	7.515	8.369	10.598	13.742	18.867	23.917	28.787	35.511	42.048	48.708	56.978
Hombres	7.683	8.425	10.542	13.696	19.541	25.314	30.379	37.383	43.494	49.816	60.359
Tot. Bizkaia	1.062.571	1.090.429	1.177.375	1.093.333	1.166.313	1.138.476	1.155.040	1.131.781	1.141.974	1.138.455	1.148.275
Extranjeros	7.438	7.633	9.419	13.120	18.661	23.908	28.876	36.217	43.395	50.092	58.562
No extranjero	1.055.133	1.082.796	1.167.956	1.080.213	1.147.652	1.114.568	1.126.164	1.095.564	1.098.579	1.088.363	1.089.713
Mujeres	3.665	3.806	4.798	6.751	9.478	12.048	14.496	18.242	22.066	25.687	29.496
Hombres	3.773	3.827	4.621	6.369	9.183	11.860	14.380	17.975	21.329	24.405	29.066

Fuente: Ikuspegi.

Elaboración propia.

Asimismo, el porcentaje de población emigrante con respecto a la población total de la CAPV y de Bizkaia viene también, y de manera paulatina, incrementándose.

Gráfico 1



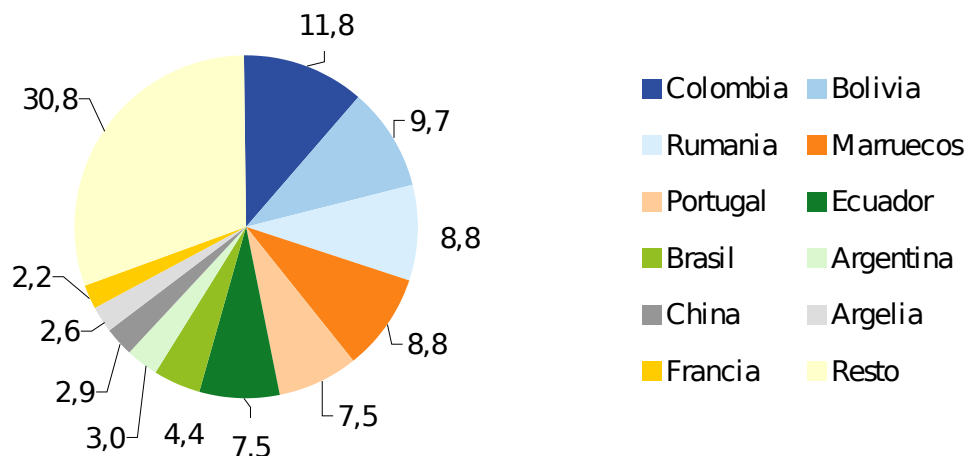
Fuente: Ikuspegi.

Elaboración propia.

Según Ikuspegi seis son las principales nacionalidades extranjeras, que suponen el 54,1% del total de la CAPV en el año 2007.

Grafico n 2

Fuente.: Ikuspegi.



Una primera cuestión que nos hemos planteado, ha sido la cuantificación del porcentaje de población emigrante en relación con la población total en las cuatro comarcas asistenciales en que divide la asistencia psiquiátrica la atención a la población de Bizkaia. Es decir de las Comarca de Bilbao, Eskerraldea (Margen Izquierda), Uribe Kosta e Interior, comarca que incluye a los municipios de Basauri, Galdakao, así como al valle de Arratia, el Duranguesado, Gernikaldea y Lea-Artibai. Hemos elaborado la distribución del total de nacidos en el extranjero a lo largo de los últimos años, agrupados según la sectorización psiquiátrica. Según informe presentado el 27 de junio de 2009 por Ikuspegi, la población extranjera de Bilbao en 2008 se elevó a 28.372, casi el 8% de la población de Bilbao.

Tabla 2

Zona / Año	2003	2004	2005	2006	2007
Bilbao	11.096	13.049	16.215	19.611	21.890
Eskerraldea	2.811	3.764	4.999	6.412	7.858
Interior	4.257	5.477	7.010	8.279	10.177
Uribe	5.744	6.586	7.993	9.093	10.167
Bizkaia	23.908	28.876	36.217	43.395	50.092

Fuente: Ikuspegi.

Elaboración propia.

Como se aprecia, el número de personas nacidas en el extranjero en los últimos años se ha incrementado en más del 100% en las Comarcas de Bizkaia,

siempre según el mapa de ordenación sanitaria de la atención psiquiátrica de Osakidetza. Este incremento se ha producido sobre todo en Eskerraldea (179%) e Interior (139%), Por el contrario, donde menos se ha incrementado es en la Comarca de Uribe (77%).

Tabla nº.3

Comarca	Incremento 2003-07
Bilbao	97,3%
Eskerraldea M.I.	179,5%
Interior	139,1%
Uribe	77%
Bizkaia	109,5%

Fuente: Ikuspegi.

Elaboración propia.

Osakidetza cuenta con una red de Centros a lo largo de toda la geografía de la CAPV y de Bizkaia. La atención se encuentra zonificada, y la sectorización de la asistencia psiquiátrica puede comprobarse en la página Web de los Centros de Salud Mental de Bizkaia. Aunque la asistencia sanitaria exige una regularización de la persona emigrante, la realidad es que la red de Centros de Salud Mental han mantenido una actitud “abierta”, de aceptación de la demanda, entendiendo que los problemas de salud mental, muchos de ellos con gran repercusión social (psicosis, drogodependencias, etc.) son una prioridad de salud pública.

Una cuestión que presenta Ikuspegi de manera específica es el porcentaje de los nacidos en el extranjero por municipio de residencia. Estos datos los hemos elaborado y trasplantado a la tabla nº 4 que recoge el porcentaje de nacidos en el extranjero sobre el total de la población, según el mapa psiquiátrico.

Tabla 4

Zona	2007			2008		
	Total	Extranjero	%	Total	Extranjero	%
Bilbao	353.168	21.890	6,2	353.340	24.942	7,1
Eskerraldea M.I.	132.718	4.883	3,7	133.501	5.925	4,4
Interior	310.178	13.410	4,3	312.339	15.432	4,9
Uribe	3.786.267	154.726	4,1	3.483.958	179.773	5,2
Bizkaia	1.141.457	50.092	4,4	1.146.421	58.562	5,1

Fuente: Ikuspegi.

Elaboración propia.

Como podemos apreciar, mientras que el porcentaje de población inmigrante en Bizkaia en su conjunto pasaba del 4,4% en el año 2007, al 5,3% de la población en 2008, este porcentaje se elevaba notoriamente en Bilbao (6,2% y 7,1% respectivamente) y estaba menos representado en la Eskerraldea (Margen Izquierda) donde ha pasado del 3,7% al 4,4%. Uribe Kosta se mantiene en la media de Bizkaia (4,4% y 5,2% en los dos últimos años), al igual que la Comarca Interior (4,3% y 4,9% respectivamente).

Una cuestión a debate, y con resultados contradictorios según diferentes investigaciones, consiste en determinar hasta qué punto la población emigrante consulta y solicita más atención psiquiátrica que el resto de la población. Para ello y como indicador, nos hemos centrado en la atención extrahospitalaria, en la demanda por problemas de salud mental, en los centros públicos de atención psiquiátrica especializada.

Hemos llevado a cabo una primera aproximación, comparando los datos de la población emigrante proporcionada por dicho Observatorio, con los datos de incidencia tratada, es decir, de los casos a nuevos en la red de Centros de Salud Mental de Bizkaia. Con tal fin hemos tomado como referencia el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP), registro que contempla a todas nuevas peticiones de atención especializada de salud mental en dicha red. Este registro tiene además la característica de que, en principio, no duplica los datos, ya que cuenta sólo un nuevo paciente por cada año, independientemente de que solicite una cita, o más, al año, en los Centros de Osakidetza. Hay que tener en cuenta que la entrega de datos falsos de filiación, en los centros sanitarios, podría alterar las estadísticas.

Las cifras que se presentan se encuentran en las Memorias de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB) y hacen referencia a la actividad registrada por el Sistema de Información de Salud Mental. La información sanitaria referente a consultas se presenta desagregada en dos grandes bloques; la actividad desarrollada en la red de servicios dependientes de SMEB y por los Centros Concertados por el Departamento de Sanidad (Módulos de Asistencia Psicosocial, etc.). Tal y como refleja la Memoria de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia: “a lo largo de los años se observa un incremento de los casos nuevos a tratamiento”. Este incremento también es constatable en los datos de la población inmigrante.

Hemos tomado como base la población de Bizkaia, y en lo relativo a la incidencia tratada hemos desestimado los pacientes nuevos a tratamiento ambulatorio, en el programa de toxicomanías de las Fundaciones Gizakia (Proyecto Hombre) y Etorkintza, dado que ambas instituciones atienden a toda la población de Bizkaia. No se encuentran sectorizados, son fundaciones privadas sin ánimos de lucro, y no nos permitirían cotejar los datos por zonas geográficas, como es nuestra intención. Tampoco se encuentran recogidos los datos de otras entidades y ONGs (Médicos del Mundo, Cáritas, etc.) que no forman parte de la red de asistencia psiquiátrica.

También nos hemos preguntado por la incidencia tratada en el colectivo de paciente inmigrantes y en la incidencia total del territorio de Bizkaia. Si en los casos nuevos de salud mental de las diferentes Comarcas, pudiera existir algún tipo de relación entre ambos grupos.

Tabla 5

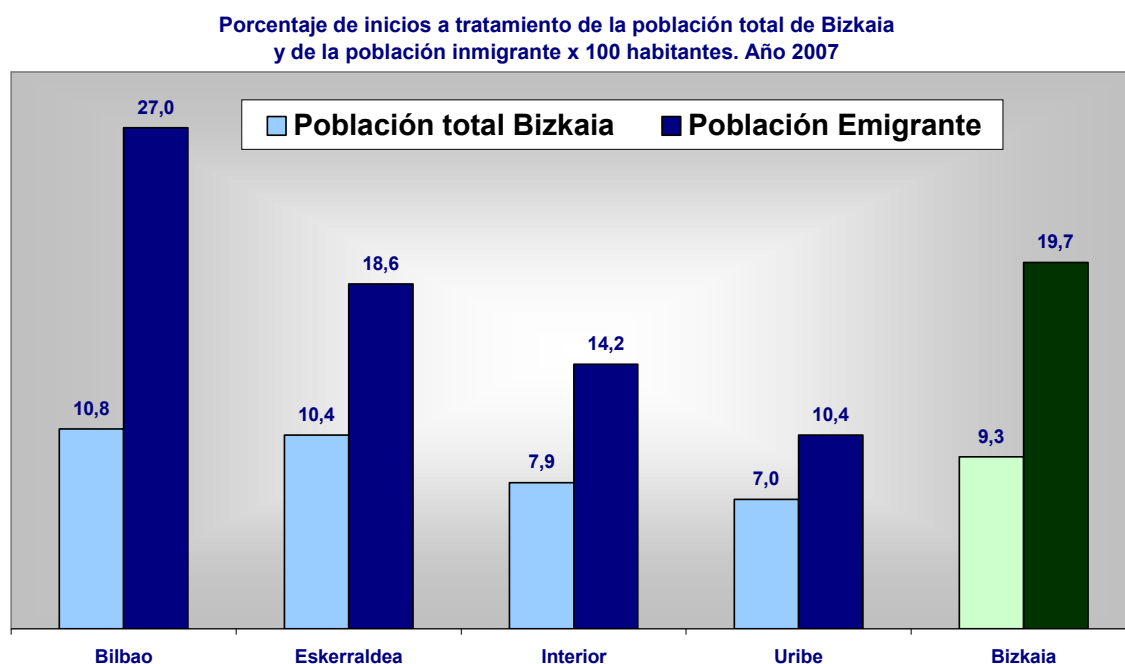
2007	Población total Bizkaia			Población Emigrante Bizkaia		
Comarca	Población Total Bizkaia	Casos nuevos	Incidencia /1000 habitantes	Población Emigrante	Casos nuevos	Incidencia /1000 habitantes
Bilbao	353.168	3.803	10,8	21.890	591	27,0
Margen l.	293.903	3.067	10,4	7.858	146	18,6
Interior	278.589	2.193	7,9	10.177	145	14,2
Uribe	215.797	1.504	7,0	10.167	106	10,4
Bizkaia	1.141.457	10.567	9,3	50.092	988	19,7

Fuente Ikuspegi y Osakidetza

Elaboración propia.

Tal y como apreciamos en la tabla 5, correspondiente al año 2007, en la incidencia tratada en Bizkaia, es decir, en el número de casos nuevos a tratamiento en la red, encontramos que la incidencia de los extranjeros prácticamente duplica la tasa de incidencia media en Bizkaia. Esta elevada tasa se produce en todas las comarcas y de manera más acusada en la Comarca de Bilbao y en la Margen izquierda.

Gráfico 3



Fuente: Ikuspegi.y Osakidetza

Elaboración propia.

Otra cuestión a estudio, es comprobar si esta circunstancia constatada por Ikuspegi en el año 2007, se ha venido desarrollando a lo largo de los últimos años.

Tabla 6

Incio/Prog.	2003			2004			2005			2006			2007		
	Total	Extran	%	Total	Extran	%	Total	Extran	%	Total	Extran	%	Total	Extr	%
Infantil	1.479	49	3,3	1.255	42	3,3	1.428	75	5,3	1.414	78	5,5	1.286	95	7,4
Adultos	8.917	368	4,1	9.226	411	4,5	8.908	427	4,8	8.773	577	6,6	8.544	753	8,8
Drogodep	1.013	74	7,3	1.017	101	9,9	952	99	10,4	863	162	18,8	824	147	17,8
Total Inicio	11.409	491	4,3	11.498	554	4,8	11.288	601	5,3	11.050	817	7,4	10.654	995	9,3
Población	1.138.476	23.908	2,1	1.155.040	28.876	2,5	1.131.781	36.217	3,2	1.141.974	43.395	4,4	1.138.455	50.092	5,1

Fuente: Ikuspegi.y Osakidetza

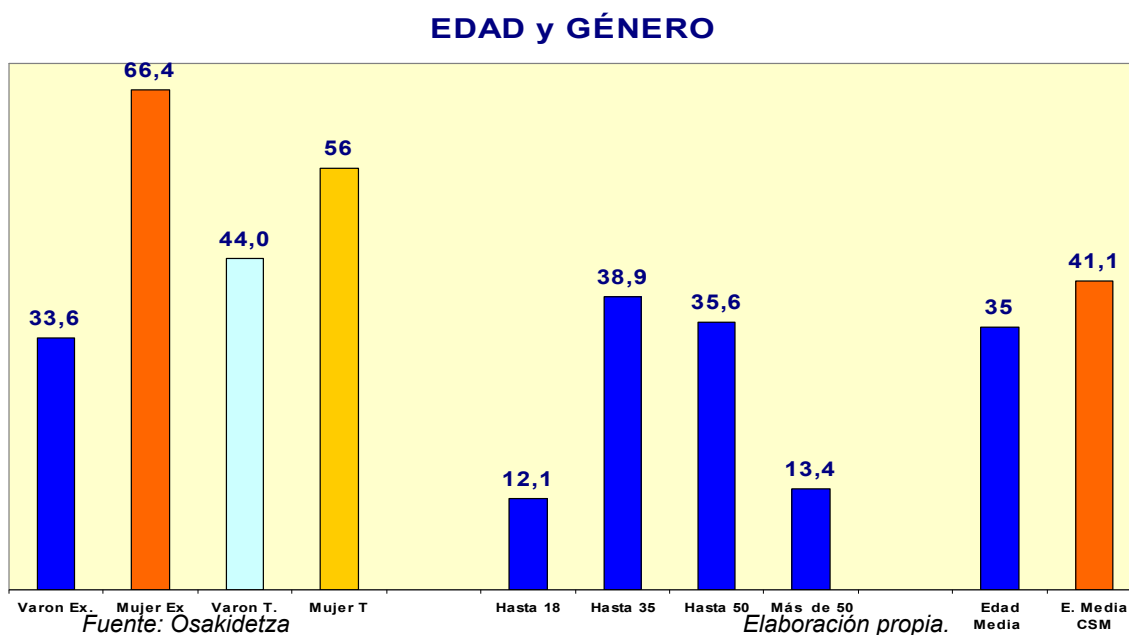
Elaboración propia.

En la tabla 6 se analiza el porcentaje de pacientes extranjeros del total de pacientes “nuevos” de Bizkaia, según los diferentes programas asistenciales (adultos, infantil, toxicomanías y la suma de ellos, es decir, el total de inicios) y se compara con la población total y inmigrante de Bizkaia a lo largo de los últimos cinco años. De los datos se desprende que la proporción de pacientes inmigrantes que consultan por primera vez por un problema de salud mental, es superior al del porcentaje de personas emigrantes que habitan Bizkaia. Esta circunstancia se da especialmente en los programas de adultos y de manera más significativa, en los programas de drogodependencias (alcoholismo y otras toxicomanías).

De las cifras reflejadas en el gráfico 3 y en la tabla 6, podríamos deducir que las personas inmigrantes no sólo están incrementando su presencia en Bizkaia, sino que esta presencia, cuantificada en forma de porcentaje, es aún superior en la población que solicita tratamiento psiquiátrico. Lo que es lo mismo, acuden proporcionalmente en mayor medida a solicitar un tratamiento en la red de salud mental que el total de la población.

Ya se ha comentado la variabilidad de la prevalencia según edad y género. Comparando los datos de los emigrantes en tratamiento en la Red de Osakidetza en Bizkaia y la edad comprobamos como la población emigrante (Ex) atendida tiene una mayor presencia de mujeres que la del Total de Bizkaia (T) y que la edad media de los emigrantes es menor que la edad media de los pacientes atendidos en los CSM de Bizkaia

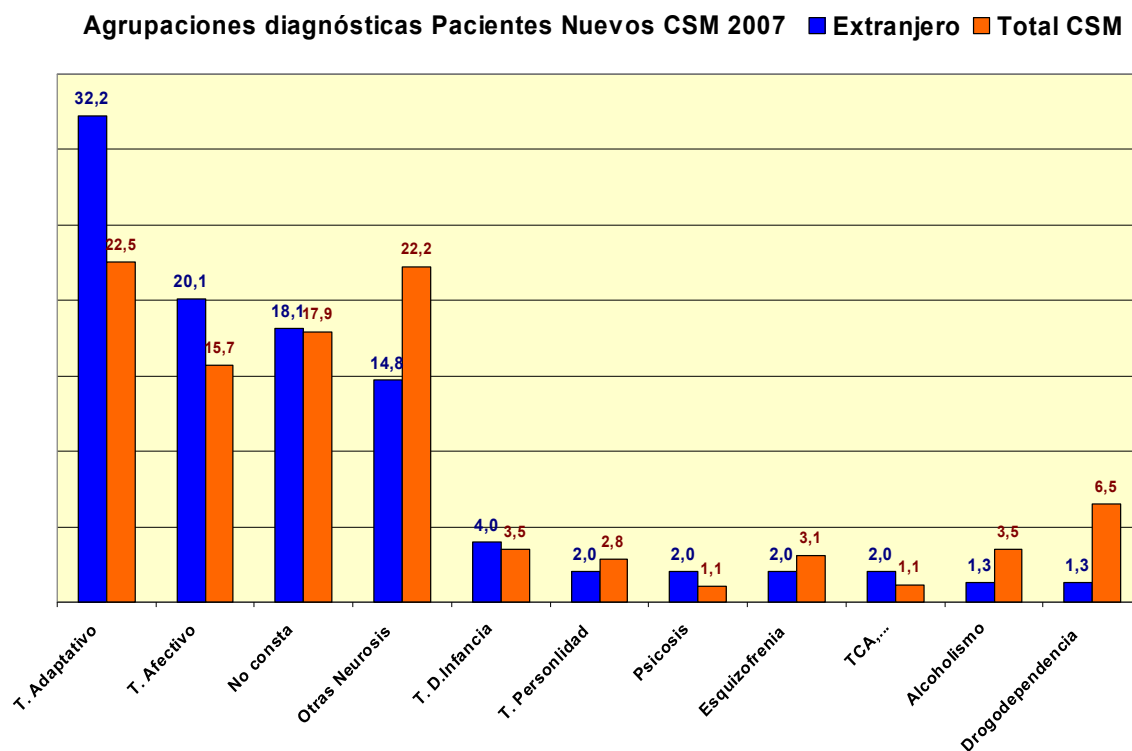
Grafico 4.



Así en el gráfico anterior (4) se puede comprobar cómo los varones representan el 33 % de los emigrantes tratados mientras entre los autóctonos representan el 44 %. La edad media de los nacidos en el extranjero es de 35 años, mientras la de los no extranjeros es de 41 años. Por ellos podremos afirmar que la población emigrante que demanda asistencia psiquiátrica es más joven y con mayor presencia femenina.

Con respecto a los diagnósticos de los pacientes nuevos a tratamiento en 2007, los extranjeros presentan mayores porcentajes de trastornos adaptativos y afectivos, y los autóctonos mayores porcentajes de alcoholismo y otras drogodependencias.

Gráfico 5.



Fuente: Osakidetza.

Elaboración propia

Una última cuestión consiste en valorar la incidencia tratada de enfermedades mentales de las personas inmigrantes en Bizkaia, según sus comarcas de residencia. Pretendemos constatar si existe relación entre el porcentaje de población inmigrante en cada una de ellas y su correspondencia con el porcentaje de población extranjera que solicita atención psiquiátrica en los CSM de Bizkaia. Están excluidas las Fundaciones con una atención supracomarcal (Gizakia, Etorikintza y Apnabi, que

atiende al autismo en Bizkaia). El cuadro de incidencia tratada según comarca de residencia y origen de la población es el siguiente:

Tabla 7

	2.003		2004		2005		2006		2007	
	Casos nuevos	Nuevos inmigr.	Casos nuevos	Nuevos inmigr..	Casos nuevos	Nuevos inmigr..	Casos nuevos	Nuevos inmigr.	Casos nuevos	Nuevos inmigr.
Bilbao	4.007	266	3.923	293	4.021	312	4.079	486	3.803	591
Eskerraldea M.I.	3.259	73	3.398	85	3.291	103	3.154	117	3.067	146
Interior	2.272	89	2.386	96	2.334	102	2.229	119	2.193	145
Uribe	1.745	58	1.680	77	1.539	84	1.531	93	1.504	106
Osakidetza-Bizkaia	11.283	486	11.387	551	11.185	601	10.993	815	10.567	988

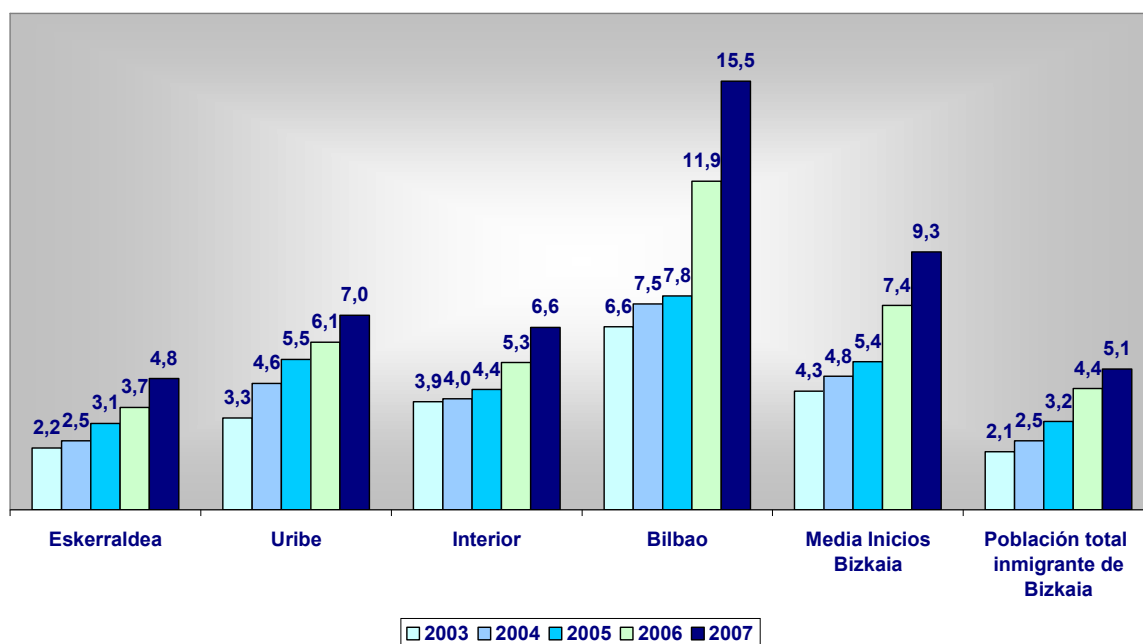
Fuente: Ikuspegi.y Osakidetza

Elaboración propia.

La comparación gráfica de estos datos, atendiendo al porcentaje que suponen las demandas de atención de población nacida en el extranjero, nos proporciona la siguiente gráfica.

Gráfico 6

Porcentajes de nacidos en el extranjero en los inicios a tratamiento por Comarcas en relación con el porcentaje de población inmigrante en Bizkaia 2003-2007.



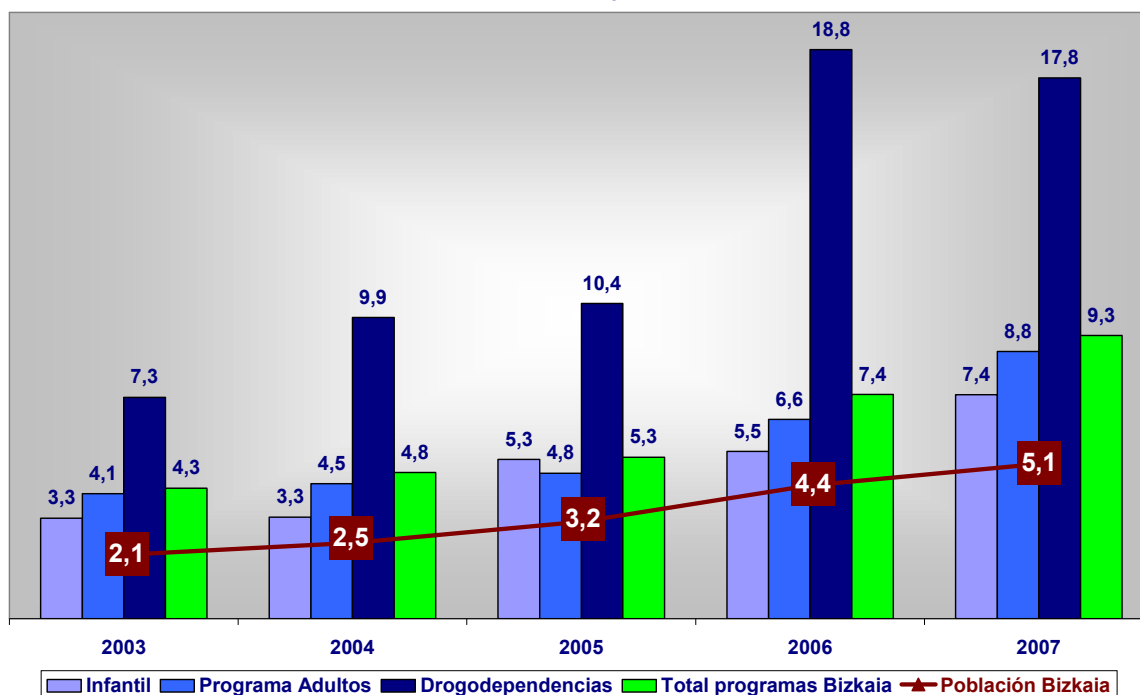
Fuente: Ikuspegi.y Osakidetza

Elaboración propia.

En ella puede observarse cómo el porcentaje de pacientes nacidos en el extranjero, que ha venido incrementándose a lo largo de los últimos años en todas las Comarcas de Bizkaia, muestran también una representación creciente en la evolución de los casos nuevos en los CSM de Bizkaia. Este incremento escalonado se produce en todas las comarcas y presenta la mayor incidencia en Bilbao.

Finalmente, en relación a los diferentes programas asistenciales, y al porcentaje de población extranjera de Bizkaia en los años 2003 – 2007 (del 2,1 al 5,1%) se destaca que los emigrantes presentan una mayor proporción de demanda de asistencia psiquiátrica y en el programa de alcoholismo y toxicomanías llega a alcanzar el 18 % de la población emigrante en tratamiento. *Gráfico 7*

Porcentaje de población extranjera en los inicios a tratamiento en los diferentes programas (Adultos, Infantil ,Toxicomanías y Total de Programas) y porcentaje de población nacida en el extranjero en Bizkaia, 2003 - 2007



Fuente: Ikuspegi.y Osakidetza

Elaboración propia.

3.- DEMANDA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GALDAKAO.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakao cuenta con 40 camas de hospitalización psiquiátrica. 30 de ellas, en la Unidad de Agudos (UA) atienden a la Comarca Interior de Bizkaia, un total de 270.000 habitantes.

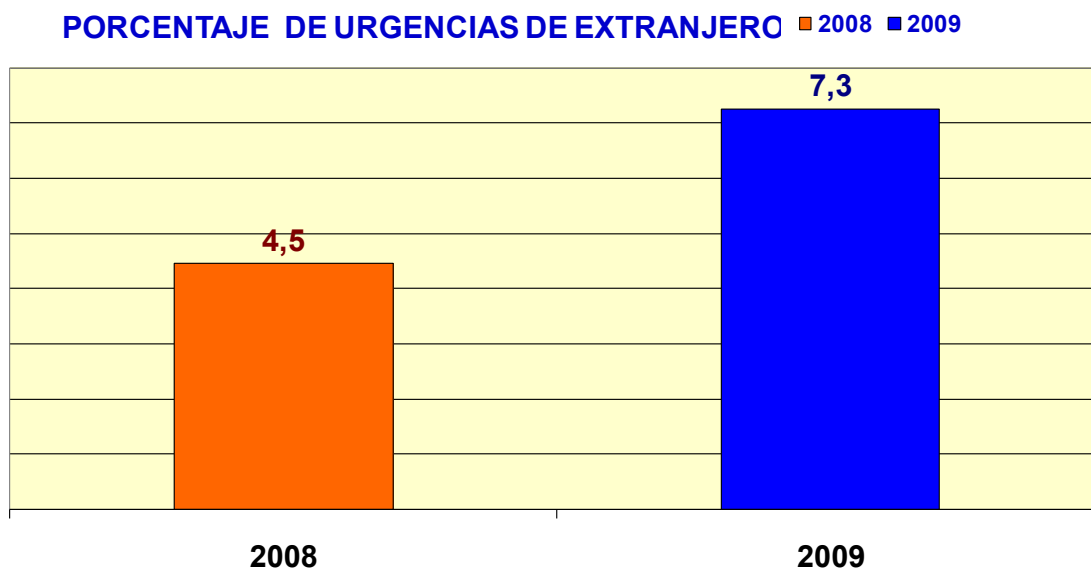
La Unidad de Desintoxicación (UD) cuenta con 10 camas (la mitad orientadas al alcoholismo de la Comarca Interior) y las otras 5 de desintoxicación de toxicomanías no alcohólicas de toda Bizkaia.

Cuenta también con atención a Urgencias y programas específicos (consultas, Hospital de día,...)

3.a.- ATENCION A LAS URGENCIAS

Se ha analizado la demanda en las Urgencias de Psiquiatría del Hospital y su evolución en los años 2008 y 2009. Mientras el porcentaje de demanda de asistencias urgentes de personas nacidas en el extranjero en el año 2008 era del 4,5 %, del total de las urgencias psiquiátricas, un año más tarde, en 2009 alcanzaba la cifra de 7,3%.

Gráfico 8.



Fuente: Osakidetza

Elaboración propia

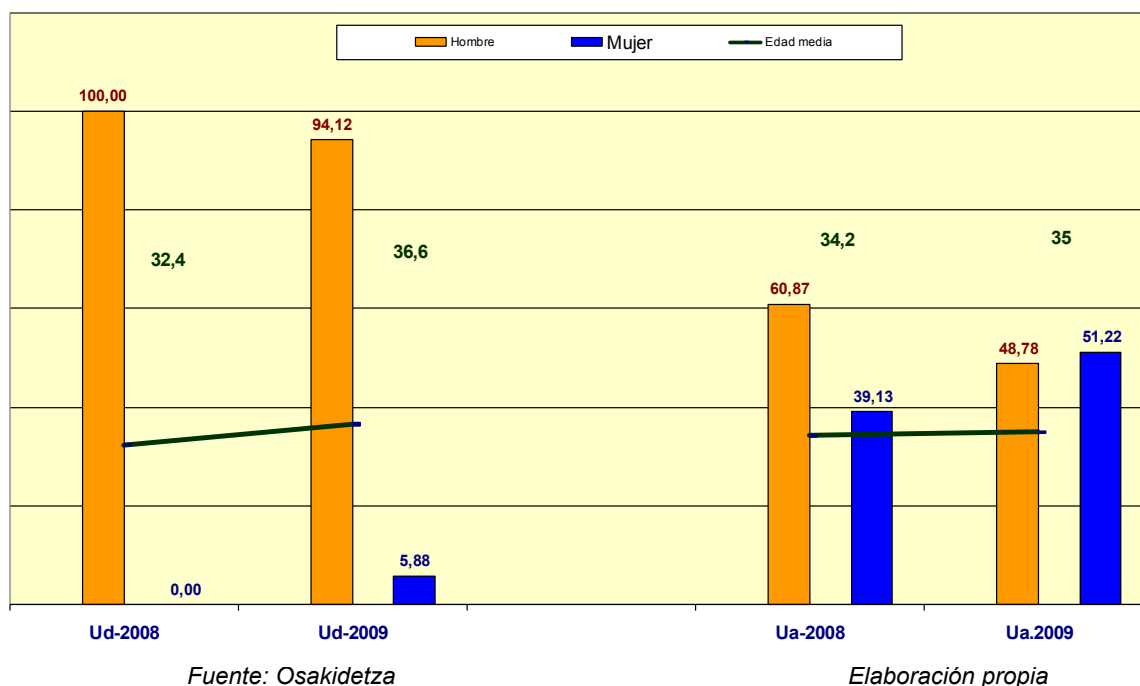
3.b.- INGRESOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS Y DE DESINTOXICACIÓN.

En el año 2008 se llevaron a cabo 669 ingresos en la Unidad de Agudos. De ellos, 24, el 3,5% de las admisiones, fueron de personas nacidas en el extranjero. La tasa de hospitalización de psiquiatría en la Comarca Interior fue de 2,4 ingresos /1000 habitantes, mientras que la de extranjeros fue de 1,9 / 1000 habitantes. Hay que tener en cuenta que la Comarca contaba con una población emigrante del 4,5%

En el año 2009, 49 de los 690 ingresos lo fueron de emigrantes, con lo que el porcentaje ascendió al 7,1 %. Mientras que la tasa general de ingresos por 1000 habitantes se mantenía en 2,4 /1000 habitantes, la de los ingresos de extranjeros ascendía a 3,4 / 1000 habitantes inmigrantes, cuando la Comarca había alcanzado una tasa de población emigrante del 4,9%

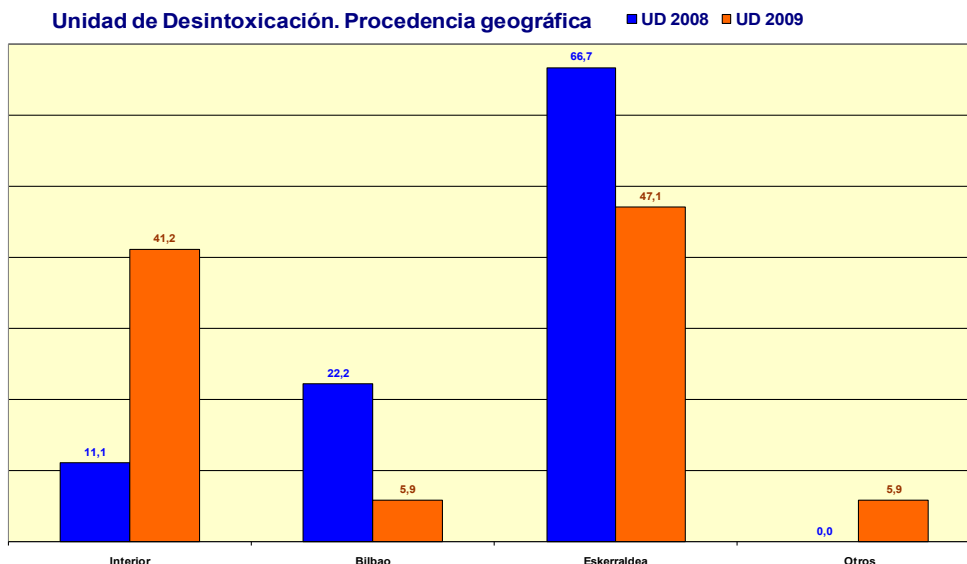
Con respecto a la edad y el género de los ingresos de las personas inmigrantes en las Unidades en los referidos años, en la Unidad de Desintoxicación (Ud) fue fundamentalmente de varones, habiendo ascendido la edad media de los 32 a los 36 años. En Psiquiatría de Agudos (Ua) los ingresos de mujeres emigrantes superaron en 2009 a los varones, manteniéndose una edad media de 35 años. *Gráfico 10.*

EDAD Y GÉNERO



Del lugar de residencia, de los Ingresos en la Unidad de Desintoxicación (UD) llama la atención el alto porcentaje de ingresos para desintoxicación derivados desde la Margen Izquierda (Eskeraldea), aunque esta demanda se moderó en al año 2009

Gráfico 11

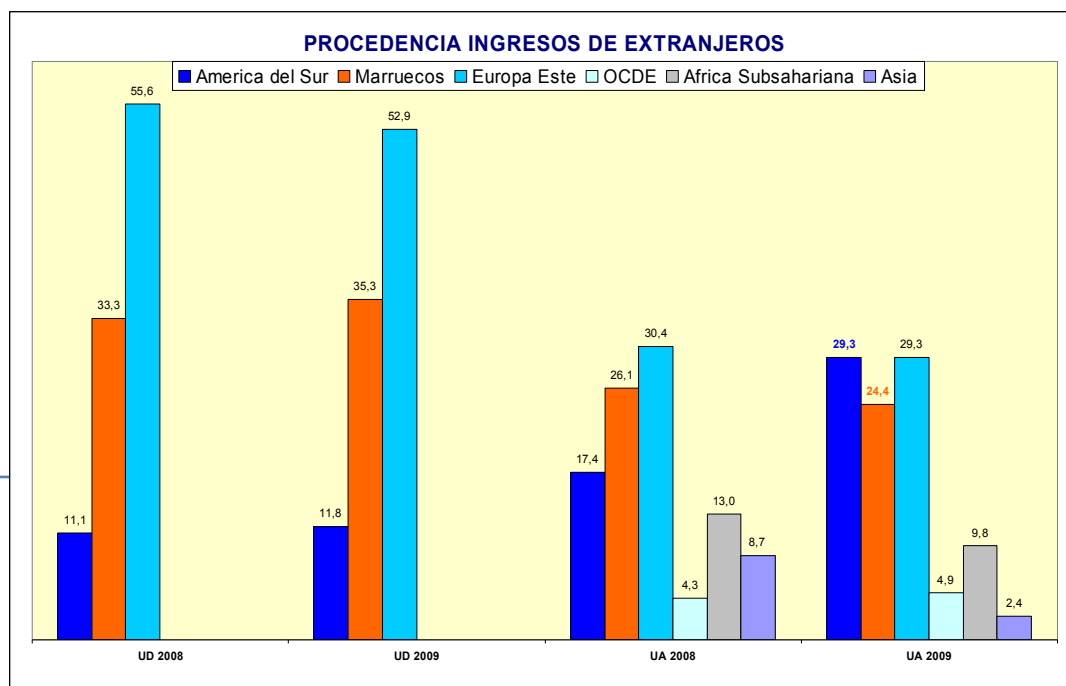


Fuente: Osakidetza

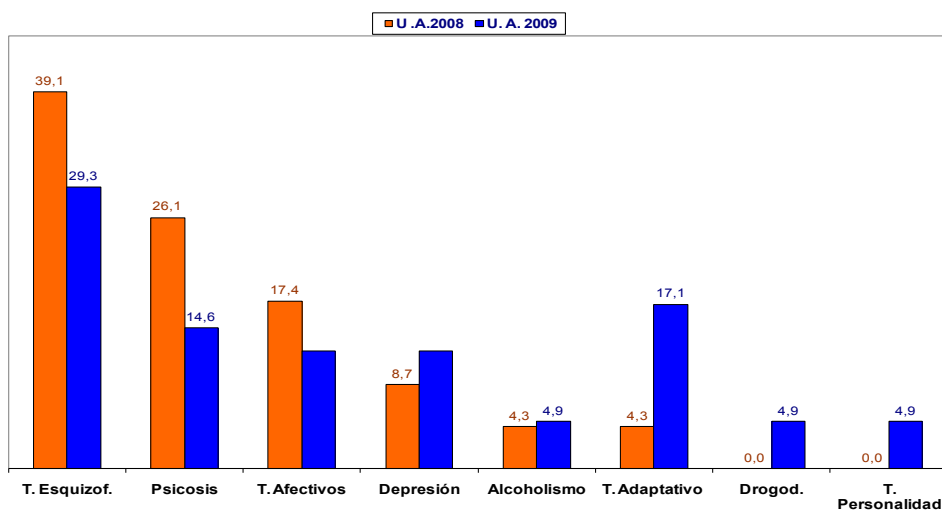
Elaboración propia

Con respecto al país de origen de las personas extranjeras ingresadas, destaca el importante porcentaje de ingresos de países del Este, siendo más reducido el de Marruecos y el de países latinoamericanos. En la Unidad de Agudos esta procedencia está más repartida habiendo igualado en 2009, los latinos a los ciudadanos procedentes del Este de Europa.

Gráfico 12



Con respecto a los motivos de admisión del colectivo de paciente inmigrantes ingresados en la Unidad de Agudos, el principal diagnóstico representado (un 29%) es el de la esquizofrenia, habiendo subido en el año 2009 los trastornos adaptativos, la depresión, los trastornos de la personalidad y las drogodependencias. *Gráfico 13.*

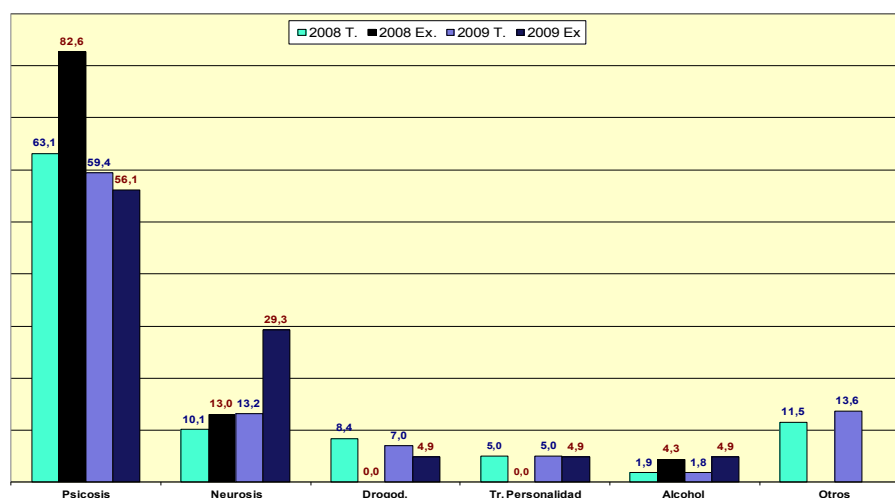


Fuente: Osakidetza

Elaboración propia

Comparando los ingresos de extranjeros con los del total de la Unidad nos encontramos que mientras que la esquizofrenia suponía el 82 % de los ingresos de emigrantes en 2008 (el 63 % de la Unidad en su conjunto), en el año 2009, y coincidiendo con el incremento del número y porcentaje de ingresos de extranjeros, el porcentaje de los emigrantes con esquizofrenia era del 56 %, más acorde con los de la Unidad (el 53%), mientras ascendían las neurosis, más representadas en los ingresos de los emigrantes en Agudos, que los de los autóctonos. *Gráfico 14.*

PORCENTAJE INGRESOS EN AGUDOS EXTRANJEROS Y TOTAL, 2008 Y 2009

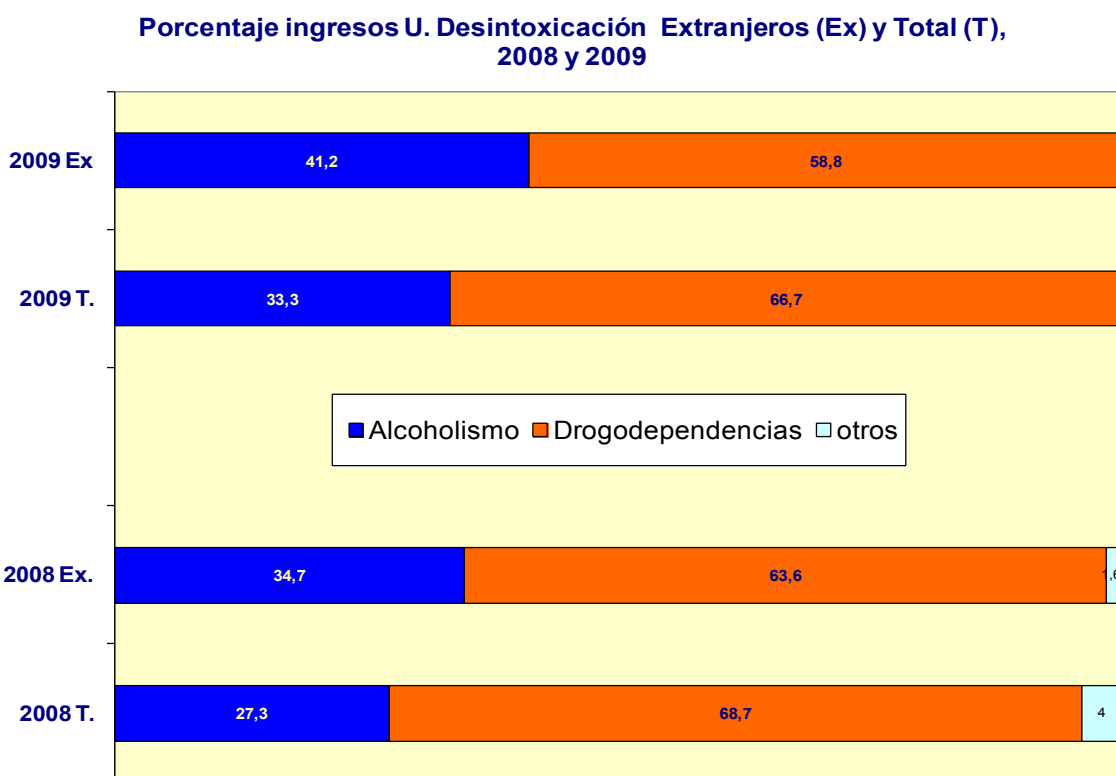


Fuente: Osakidetza

Elaboración propia

Con respecto a la Unidad de Desintoxicación, en 2009, ha aumentado la proporción de alcohólicos emigrantes (Ex) que han demandado asistencia y que representan el 41 % de los ingresos de emigrantes, habiendo descendido el porcentaje de ingresos debidos a otras drogodependencias

Gráfico 15



Fuente: Osakidetza

Elaboración propia

De los datos presentados se deduce que existe una relación directa entre el incremento de la población emigrante en Bizkaia y de sus demandas de atención psiquiátrica, tanto en medio hospitalario como ambulatorio y que tal circunstancia, posiblemente agudizada en los años de crisis posteriores a los del estudio actual. Se ha de fomentar una adecuación de nuestros servicios a una situación cambiante para poder garantizar unos cuidados de salud mental a los que deben tener derecho como cualquier persona, en especial la de los más vulnerables, bien por su patología (las más graves), bien por sus condiciones socioeconómicas (agravadas en un momento de crisis) o culturales (mujeres,...).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ACHOTEGUI, J. (2004): Emigrar en situación extrema: el síndrome de inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, nº 21:39-52.

ACHOTEGUI LOIZTEA, J., MORALES SUÁREZ-VARELAB, M-M., CERVERA BOADAC, P., QUIRÓS BAUSETD, C., PÉREZ FUSTERE, J-V., GIMENO CLEMENTEF, N., LLOPIS GONZÁLEZG, A., MOLTÓ LORENZO, J., TORRES CANTEROD, A-M., BORRELL THIÓD, C. (2009) Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud Mental* nº 35 •

ALDA DÍEZ, M., GARCÍA CAMPAYO, J., SOBRADIEL, N.,(ET.AL). (2010) Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: Un estudio controlado. 24/nov/2010 *Actas Españolas de Psiquiatría*. Oct;38(5):262-269.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA (SMEB): Osakidetza. www.osakidetza.net.

BACA-GARCÍA, E. PÉREZ-RODRÍGUEZ, M., QUINTERO, F.G., MARTÍNEZ, M., BASURTE, I., SEVILLA-VICENTE, J., CEVERINO, A., GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L. REVUELTA, J.L. (2005) Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante. *Monografías de Psiquiatría*, vol. 17, nº 4: 11-17.

BASABE, N., PÁEZ, D., AIERDI, X. JIMÉNEZ-ARISTIZABAL, A. (2009): *Salud e Inmigración: Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida*. Ikuspegi: Observatorio Vasco de Inmigración y UPV/EHU.

BERRA, S, ELORZA, J.M., BARTOMEU, N., HAUSMANN, S., SERRA-SUTTON, V., RAJMIL, L. (2004): Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

BHUGRA D, (2004): Globalization and mental disorders Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 10-20.

BRESLAU, J. (2011) La prevalencia de trastornos de la conducta aumenta entre los emigrantes. *Archives of General Psychiatry*. Dic;68(12):1284-1293.

- BOJORQUEZ, I., SALGADO DE SNYDER, N., CASIQUE, I. (2009) International migration of partner, autonomy and depressive symptoms among women from a mexican rural area. *The International Journal Of Social Psychiatry [Int J Soc Psychiatry]* 2009 Jul; Vol. 55 (4), pp. 306-21.
- BHUGRA, D. (2005): Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 84-93.
- BURSZTEIN, LIPSICAS, C., HENRIK MÄKINEN, I. (2010) Immigration and Suicidality in the Young. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010 May;55(5):274–281.
- CARTA, M.G., ET AL. (2005) Migration and mental health in Europe (The state of the mental health in Europe working group: Appendix I). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 1 ,
- COID, J.W., KIRKBRIDE, J. B., BARKER, D., COWDEN, F., STAMPS, R., YANG, M., JONES, P.B., (2008): Raised Incidence Rates of All Psychoses Among Migrant Groups Findings From the East London First Episode Psychosis Study. *Archives of General Psychiatry*, 65(11): 1250-1258.
- COTS. F. CASTELLS, X., OLLE, C., MANZANERA, R., VARELA, J., VALL, O. (2002): Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(5): 376-84.
- DAS-MUNSHI, J. LEAVEY, G. STANSFELD, S A. PRINCE, M J. (2012) .Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health*. 17(1-2):17-53,
- DURBIN, A., LIN, E., TAYLOR, L., CALLAGHAN, C. (2011) First-Generation Immigrants and Hospital Admission Rates for Psychosis and Affective Disorders: An Ecological Study in Ontario *Canadian Journal of Psychiatry* / Jul
- FOSSION, P., SERVAIS, L., REJAS, M.C., LEDOUS, Y., PELC, I., MINNER, P. (2004): Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study, *European Psychiatry*, 19(6): 338-343.
- FU, H., VANLANDINGHAM, M.J. (2012) Mental health consequences of international migration for vietnamese Americans and the mediating effects of physical health and social networks: Results from a natural experiment approach. *Demography*. 49 (2) (pp 393-424),.

GARCÍA-CAMPAYO, J., SANZ, C.C. (2002): Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5): 187-191.

GONZÁLEZ DE RIVERA J.L. (2005): Patología mental en la población inmigrante. Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En Sánchez, M. *Más pobres, más solos, más tristes*. El País, 5 de Abril.

GOTOR, L., GONZÁLEZ-JUÁREZ, C. (2004): Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, nº 7: 560-568.

HERRERO, M., GONZÁLEZ, E., VALVERDE, T., CABALLERO, L. (2003): Utilización del cuestionario PRIME-MD® para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Medicina Clínica*, 18(117): 719.

HUTCHINSON, G., HAASEN, C. (2004): Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (5): 350-357.

IKUSPEGI: Observatorio Vasco de Inmigración. <http://www.ikuspegi.org/es/>.

JUÁREZ, S.; ESPARZA, C., DÍAZ, J.M. (2007): Inmigración y Salud mental: algunas consideraciones metodológicas para las encuestas de salud Memorias Neuroinmunología de Instituto Cajal (IC) Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Disponible en:.....
[http://www.cajal.csic.es/gruposDeTrabajo/memorias/MEMORIA%20Neuroinmunologia%20\(22866\).doc](http://www.cajal.csic.es/gruposDeTrabajo/memorias/MEMORIA%20Neuroinmunologia%20(22866).doc) (consultado el 27 de junio de 2009).

MLADOVSKY, PH. (2007): Migration and health in the EU. *Research Note for the European Commission*. The London School of Economics and Political Science: Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities".

MORA, F. (2007): Inmigración. Una Perspectiva Transcultural. *Revista de Salud Mental*. Disponible en:.....
<http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2007/psiquiatria-inmigracion-perspectiva-transcultural-julio07.html> (Consultado el 27 de Junio de 2009).

MORGAN, C, DAZZAN, MORGAN, P.K., JONES, P., HARRISON, G., LEFF, J. MURRAY, R., FEARON, P. (2006): First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study 1 *World Psychiatry*, 5(1): 40–46.

PARRILLA, F.M. (2006): *El perfil del paciente emigrante atendido en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente*, 38(11): 506-10. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16499505.pdf>. (Consultado el 27 de Junio de 2009)

PASCUAL, J-C., MALAGÓN, A., CÓRCOLES, D., GINÉS, J-M., SOLER, J., GARCÍA-RIBERA, C., PÉREZ, V., BULBENA, A. (2008) Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science* [Br J Psychiatry] Dec; Vol. 193 (6), pp. 471-6.

PEREDA, E., PEREIRA, R. Resiliencia e inmigración. *INTERPSIQUIS*. -2; (2009).

PERTIÑEZ, M.J., VILADAS, J.L., CLUSA. G.T., MENACHO P, I, NADAL, G.S., MUNS, S.M. (2003): Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29(1): 6-13.

REGIDOR, E. (2008): *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://www.fcs.es/publicaciones>.

SADAVOY, J., MEIER, R., ONG, A. (2004): Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49: 192-199.

SALINAS DE FRÍAS, A. (Dir.) (2008): *Inmigración e integración. Aspectos sociales y legales*. Madrid: Sequitur.

SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN. VIII Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (2005): *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXV, nº 95: 201-207.

SANCHO, C., LLITERAS, M., DEL AGUA, E., VÁZQUEZ, M.D. (2006): Estudio de prevalencia en población inmigrante. *Anales de Psiquiatría*, vol. 22, nº 2: 67-71.

SANZ, L.J., ELUSTONDO, I., VALVERDE, M., MONTILLA, F., MIRALLES, M. (2007): Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol.27, nº 2: 09-19.

SANNE, G., SWINNEN, M, SELTEN, J.P. (2007): Mood disorders and migration: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, nº 190: 6-10.

SCHWEITZER, R.D., BROUGH, M., VROMANS, L., ASIC-KOBE, M. (2011) Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: Contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 45 (4) (pp 299-307),.

STILLMAN, S., MCKENZIE, D., GIBSON, J. (2009) Migration and mental health: Evidence from a natural experiment *Journal Of Health Economics [J Health Econ]* May; Vol. 28 (3), pp. 677-87.

TARRICONE, I., ATTI, AR., SALVATORI, F., BRACA, M., FERRARI, S., MALMUSI, D., BERARDI, (2009)D. Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna. *The International Journal Of Social Psychiatry [Int J Soc Psychiatry]* May; Vol. 55 (3), pp. 203-13

WILKERSON J.A., YAMAWAKI, N., DOWNS, S.D. (2009) Effects of husbands' migration on mental health and gender role ideology of rural Mexican women. *Health care for women international*. 30 (7) (pp 614-628),.