



El emigrante arrastra, en general, una pesada carga de frustraciones y renunciamento. Se desarraiga por necesidad, y no por afán de aventura.

EL EMIGRANTE Y LA ENFERMEDAD MENTAL

EN estos momentos en que cientos de miles de emigrantes españoles pascan por toda la geografía de nuestro país las migajas de la prosperidad europea —que ayudaron a construir con su trabajo y de la que, sin duda, se verán excluidos en cuanto se acentúen los síntomas de recesión que ya apuntan— quizá tenga cierto interés insistir una vez más acerca de las condiciones de vida de estas gentes en los países de inmigración; esta vez desde los aspectos de la salud mental.

Antonio Rodríguez López

Los datos que voy a exponer, recogidos durante mi estancia en Ginebra como becario del PANAP (1), en el verano de 1971, me fueron suministrados por los Servicios de Salud Mental, médicos españoles residentes en Suiza, la lectura de diversos trabajos que reseñaré en su momento y

(1) PANAP: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

el propio contacto personal con los emigrantes españoles, tanto sanos como enfermos. Puede que algunos de estos datos hayan variado desde entonces, pero, en general, pensamos que siguen siendo válidos.

Los dos problemas fundamentales a analizar eran: a) La posible relación entre el estatus social del emigrante y la frecuencia de determinados trastornos psiqui-

cos, y b) los problemas que presenta para el emigrante enfermo mental la asistencia psiquiátrica.

No se pretende aquí establecer una relación de causa-efecto a través de las estadísticas sociológicas y clínicas, sino mostrar la interdependencia del conjunto estructural que forman el enfermo y su medio.

Los datos sociológicos

Los lazos relacionales de un individuo con la sociedad en que vive, vienen caracterizados por las facilidades que encuentra para desarrollar su personalidad; es decir, por su estatus jurídico y por las condiciones de trabajo, seguridad social, alojamiento, transporte, alimentación, diversiones, educación, etcétera. Veamos cuáles son estas condiciones en el caso del emigrante español en Ginebra, que es el que en este trabajo nos ocupa.

Según los datos facilitados por el Consulado español, el número de emigrantes españoles en Ginebra, controlados como tales emigrantes, aumentó de una manera espectacular en los primeros años de la década setenta, de tal forma que la cifra de diez mil que daba el Servicio Cantonal de Estadística para el año 1969, se convirtió en diecisiete mil en el año 71, una gran parte de los cuales estaban en las condiciones de «permiso A».

Los tipos de permiso de estancia que afectan a la mayoría de los emigrantes españoles son: El «A», de temporeros; el «B», de residencia, y el «C», de establecimiento.

El «A» se concede generalmente por menos de nueve meses. No da derecho a llevar miembros de la familia si no tienen permiso de trabajo. Da derecho al permiso «B» después de cinco temporadas seguidas. Los que «disfrutan» de este permiso no pueden cambiar de empleo ni afiliarse a las Cajas de Seguros de paro.

El «B» se da generalmente por un año, y puede no ser renovado si el equilibrio del mercado lo exige. Para obtenerlo se precisa la garantía de un contrato de trabajo, alojamiento y —antes incluso de ir a Suiza— la seguridad de la autorización de residencia. La familia puede ir después de año y medio (seis meses, en caso de ser obreros especializados o técnicos) si el obrero tiene un alojamiento adecuado y una guardería infantil si la mujer trabaja. Puede cambiar de puesto de trabajo después de un año, pero para poder cambiar de profesión ▶

EL EMIGRANTE

o de cantón necesita una estancia de cinco años.

Para la obtención del permiso «C» es necesario haber obtenido el permiso «B» durante diez años seguidos. Este da derecho a cambiar de empleo y afiliarse a las Cajas de Seguro de paro.

No existen normas especiales para los extranjeros en la reglamentación de los contratos privados de trabajo; sin embargo, Suiza no ha ratificado la convención referente a garantizar a los trabajadores emigrantes la igualdad con la mano de obra nacional en el terreno de la Seguridad Social y de la Asistencia Pública. En Suiza, el Seguro de Enfermedad es siempre un seguro individual, lo cual significa que el seguro que beneficia al trabajador no se extiende a sus familiares, que deben afiliarse personalmente a una Caja de Enfermedad. Los obreros extranjeros no tienen derecho a una pensión, aunque pagan las mismas cotizaciones que los nativos, a no ser que ellos o sus descendientes tengan su domicilio en Suiza y hayan cotizado durante diez años como mínimo. Lo mismo ocurre con el Seguro de Invalidez.

Alojamiento, transportes y diversiones

Los tipos de alojamiento son muy variados y, por lo general, miserables: a) «Les taudis» (cabanas, viejos garajes, casas en demolición, sótanos...); es difícil saber cuántos viven en estas condiciones, porque tanto las empresas como los emigrantes lo ocultan por miedo. b) «Les chambres» (habitaciones con diez y más camas, con un sólo retrete y sin cuarto de baño. c) «Las barracas» (barracones de madera de unos 20 x 5 metros), en poblados de diez a veinte pabellones, viviendo en cada uno treinta y dos personas; especialmente dedicadas a los temporeros. d) Los «HLM», viviendas más confortables pertenecientes a las empresas, que obtienen así un doble beneficio, ya que, además de ser rentables, les permiten retener mejor a los obreros que les interesan. El precio habitual de los tres primeros tipos era, en el año 71, de unos ochenta francos al mes.

Un índice del hacinamiento en que viven los emigrantes nos lo dan los datos siguientes, tomados, como la mayoría de los datos sociológicos que exponemos, de un estudio sociológico realizado por los alumnos de la Escuela de Psicología y Ciencias de la Educación de Ginebra.

Número total de habitantes del cantón	329.521
Número total de extranjeros en el cantón	111.041
Número total de habitantes en las diez comunidades (sobre 44) más pobladas	286.130
Número total de extranjeros en las diez comunidades más pobladas	105.895

Este cuadro nos muestra cómo en las diez comunidades más pobladas vive el 82,5 por 100 de los suizos y el 95,3 por 100 de los extranjeros, lo que viene a confirmar, además de lo dicho, que la segregación y el hacinamiento son más económicos (clase social) que nacionalistas. Este mismo hecho lo veremos repetido más adelante con respecto a la educación.

Los transportes son buenos, pero caros, y los espectáculos resultan, en general, prohibitivos para los emigrantes por la misma razón.

El sistema educativo

En principio, teóricamente, no existe ninguna discriminación a nivel educativo entre los niños suizos y los hijos de los emigrantes. La enseñanza es gratuita a todos los niveles. Los alumnos están divididos en clases que corresponden a la edad cronológica, y cada clase corresponde a un grado de escolarización. El contenido de la enseñanza es definido para cada grado por los programas oficiales y se supone que to-

dos los alumnos de una misma edad tienen el mismo nivel de desarrollo físico, intelectual, afectivo y social. El tiempo consagrado a cada disciplina está fijado, y el empleo del tiempo está reglamentado de manera rigurosa. A lo largo de los estudios se establecen diversas valoraciones (exámenes, notas...), que van realizando un filtraje y distribuyendo los alumnos hacia los distintos grados y ramas de la enseñanza. Un niño puede repetir un curso una vez, pero no dos. Si sucede esto último, el maestro deberá enviar el niño al Centro Médico-Pedagógico, que lo estudiará y hará el tratamiento oportuno o lo enviará a las clases especiales o de readaptación.

Este aparente perfeccionismo adolece de un defecto de base: el considerar iguales a niños que no los son. Esta criba sucesiva, hábilmente establecida, hace que el nivel de enseñanza que alcanzan los hijos de extranjeros —cuyo tanto por ciento de nacimientos en el cantón pasó del 28, en 1960, al 50 en 1968— sea netamente inferior al de los suizos, según se desprende del siguiente cuadro, tomado del Anuario de la Educación de Ginebra (Sept. 1970):

Tipo de enseñanza	Porcentaje de extranjeros
Clases infantiles, Primarias y C. especiales	36
Secundaria inferior	22
Secundaria superior. Apprentis (Aprendizaje)	16
	26



La necesidad que le lleva a emigrar, unida a su precaria situación jurídica en el país, hace que frene todo impulso de rebeldía y se someta sin protesta a los mayores atropellos y vejaciones.

Como se puede observar, la enseñanza universitaria no figura en la estadística, ya que prácticamente ningún hijo de extranjero llega a este nivel. Los hijos de los emigrantes carecen de ese «bagaje cultural» que los hijos de los cuadros dirigentes poseen por el simple hecho de serlo; carecen, además, de la ayuda de sus padres en la realización de los «deberes» para casa, muy importantes en la escuela suiza. En este aspecto quedan también afectados los hijos de los obreros sin calificar aunque sean suizos (en los datos clínicos volveremos a encontrar este paralelismo), pero los hijos de los emigrantes, además del «hándicap» común, tienen otros muchos: a) Bilingüismo. b) Problemas afectivos derivados de su pertenencia a dos medio socio-culturales a menudo antagónicos, que crean en él una bipolarización y un sentimiento de inseguridad. c) Separación de la madre, en el caso de los temporeros, durante uno a cinco años. d) Aislamiento relativo de sus camaradas suizos. e) La duda de los padres, en muchas ocasiones, respecto al tiempo de permanencia en Suiza, que hace que no manden los niños al colegio. f) Escasas relaciones de los padres con la escuela, no por desinterés, sino por ignorancia y recelo. A este respecto, el Centro Médico-Pedagógico ha tenido que hacer varias campañas de orientación entre los emigrantes, ya que los padres se negaban a llevar a consulta a sus hijos cuando lo solicitaba el maestro sin consultarles previamente, por miedo a que la revisión médica no fuese más que un subterfugio para expulsarles del país.

Toda esta problemática, que afecta a los padres y a los niños y a las relaciones mutuas entre ellos, crea situaciones familiares conflictivas, generadoras, a su vez, de ansiedad y sentimientos ambivalentes entre padres e hijos.

A lo largo de este breve análisis sociológico hemos podido comprobar cómo un sistema social duro y discriminatorio, sin otra visión que el beneficio, somete al obrero emigrado a una explotación no sólo en su trabajo sino también en su tiempo de ocio (alojamiento, diversiones, sistema educativo...). A todo esto se añade la propia inseguridad del emigrante, siempre con la vista puesta en el país de origen, con la esperanza siempre de que cada año de emigración será el último y con el temor, al mismo



tiempo, de que esto ocurra si deciden inesperadamente su repatriación. En el caso de los temporeros, la necesidad perentoria que, por lo general, le lleva a emigrar, unida a su precaria situación jurídica en el país, hace que frene todo impulso de rebeldía y se someta sin protesta a los mayores atropellos y vejaciones. El sentimiento de hostilidad que percibe en el medio hace que se repliegue sobre sí mismo o se refugie en su grupo, lo cual aumenta la desconfianza y la hostilidad del medio, cerrándose así el círculo vicioso y trágico que caracteriza la psicología del «ghetto» y la xenofobia.

Para el patrono, el emigrante es un ser despreciable pero necesario, porque le permite controlar el precio de la mano de obra autóctona; para el obrero suizo es, por esta última razón, un enemigo, un esquirol, pero al mismo tiempo lo necesita porque realiza los trabajos más penosos y desagradables, y, en este sentido, lo está también explotando indirectamente.

Sujeto y, en la mayoría de los casos, objeto en este interjuego de fuerzas psicológicas y sociales abrumadoras, el emigrante dispone de pocas armas para defender su integridad mental.

Los datos clínicos

En un trabajo del año 1967, el doctor J. Teijeiro y el profesor

J. de Ajuriaguerra (2), estudiaron los problemas psico-patológicos de la emigración española en Ginebra sobre una muestra de 284 casos, repartidos de la forma siguiente:

Centro Psico-social (años 1963 a 1966)	134
Polic. Psiq. del Hosp. Cantonal (1959 a 1966)	62
Clín. de Bel-Air (1957 a 1966). 88	

La mayoría de los enfermos pertenecían a las categorías profesionales más bajas, aunque su estatus no era inferior al que tenían en España, ni trabajaban más horas. El nivel socio-cultu-

nebra en un medio industrial. El 3 por 100 procedía de un medio agrícola y estaba establecido en otro similar y el 14 por 100 procedía de zonas industrializadas. Estas cifras son muy ilustrativas si se tiene en cuenta que el origen de la totalidad de los emigrantes españoles se repartía en aquel momento de la forma siguiente: Grandes ciudades, 44 por 100; villas, 23 por 100; pueblos con menos de 1.000 habitantes, 30 por 100; sin información, 3 por 100.

Con respecto al diagnóstico y clasificación de los trastornos, nos interesan especialmente los datos referentes a la clínica de

CUADRO I

	Proceso Esquí.	Delirio delirante	Ps. maníaco-depres.	Dep. nev. o reacc.	Alcoh.	Peris. psicop.
Espanoles	11,3	27,2	3,4	18,1	6,7	12,4
Suizos	8,4	4,8	9,5	10,2	8,9	8,3

ral era también muy bajo, con un 12,5 por 100 de analfabetos, un 28 por 100 que sabían leer y escribir pero sin formación y un 43 por 100 con formación primaria; el 16,5 por 100 tenía formación secundaria.

El 83 por 100 procedía de regiones poco o nada industrializadas, y estaban establecidos en Gi-

nebra, en los que se establece una comparación con los suizos. Son los dados en tanto por ciento en el cuadro I.

De estos datos extraemos como hechos más importantes: 1) El bajo nivel profesional y socio-cultural de los enfermos. 2) La relación inversa que existe entre los porcentajes del lugar de origen de la totalidad de los emigrantes y el lugar de origen de los enfermos; las grandes ciudades, que daban en aquel momento el

44 por 100 de la totalidad de los emigrantes, sólo daban el 14 por ciento de los enfermos, mientras que los pueblos, con el 30 por ciento del total, daban el 83 por ciento de los enfermos. 3) La aparición en el cuadro de diagnósticos de un elevado porcentaje, muy superior al que dan los suizos (27,2/4,8), de «Bouffées delirantes», cuadros caracterizados por la «aparición súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y sus expresiones, que suele remitir en poco tiempo pero con el peligro de recidivas» (H. Ey). 4) La diferencia que se observa en el mismo sentido en el grupo de las depresiones neuróticas y reactivas.

Trastornos psico-patológicos en los niños hijos de emigrantes

En un estudio realizado por el doctor R. Rodríguez (3), del Servicio Médico-Pedagógico, sobre los problemas de adaptación de los hijos de los emigrantes italianos y españoles en Ginebra (1967), comparando un grupo de 74 niños españoles que habían sido consultados en el citado Servicio con el conjunto de la población consultante de un sector en la misma época, llegaba a las siguientes conclusiones:

1) No aparecen síndromes psicóticos específicos que afecten selectivamente a los niños españoles, pero las molestias psico-somáticas, los trastornos enuréticos y los trastornos del lenguaje son mucho más frecuentes en éstos, y la estructura psíquica aparece más inmadura.

2) Mientras en el grupo testigo el 70 por 100 de los niños seguía normalmente sus clases, en el grupo de niños emigrantes era el 70 por 100 el que presentaba un retraso escolar, a menudo importante, aunque los cocientes intelectuales se repartían según una curva de Gauss idéntica en las dos poblaciones.

3) Comparando el grupo de niños emigrantes con un grupo de niños suizos equivalente, es decir, compuesto en su totalidad por hijos de obreros sin calificar, que habían consultado al Servicio en la misma época, observaba: a) Una falta de madurez afectiva equivalente en los dos grupos, y b) el número de niños

(3) Rodríguez, R., «Problèmes d'adaptation des enfants d'immigrants italiens et espagnols à Genève», Médecine et Hygiène, Genève, 1968.

EL EMIGRANTE

de este grupo con retraso escolar era del 60 por 100, muy próximo al de los españoles. Esta última observación coincide con los datos facilitados por las estadísticas del Anuario de la Educación sobre la situación escolar en Ginebra, que resumimos en el cuadro II.

Como se puede apreciar claramente, existe una alta correlación entre clase media y suizos y clase inferior y extranjeros.

El emigrante, enfermo mental

Explotación, hacinamiento, marginación..., por una parte; recelo, inhibición, hostilidad..., por la otra. He aquí los vectores relaciones anómicas son ya una su entorno. En sí mismas, estas relaciones anómicas, son ya una «sociopatía», pues, como dice Bastide (4): «Si la cohesión social no impide la existencia de trastornos psiquiátricos, tiene, sin embargo, un papel eficaz de orden terapéutico o preventivo para reducir las tensiones e impedir la alienación social».

No se trata de sostener la idea de que el emigrante es el hombre feliz traumatizado por una sociedad patológica. Por el contrario, el emigrante es un hombre previamente traumatizado por su comunidad de origen, que arrastra, en general, una pesada carga de frustraciones y renunciamentos, que se desarraiga por necesidad y no por afán de aventura; es el hombre que, sufriendo la doble alienación de sus comunidades de origen y de adopción, puede verse arrastrado a esa tercera alienación que es la enfermedad mental («el sufrimiento de ese débil lazo que une al emigrante con su entorno», como diría Hochmann). «No tenía más que dos soluciones —explicaba un emigrante al psiquiatra—, o le rompía un ladrillo en la cabeza al capataz o hacía una crisis de nervios». Por esta vez había hecho una crisis de nervios.

¿Qué práctica terapéutica se dirige a esta «sociopatía» cuando hace crisis en un individuo concreto, en un emigrante? «Nuestro papel —escribe Ajuriaguerra— no es adaptar un sujeto a un sistema social determinado, sino darle la posibilidad de obtener su propia adaptación en el marco de su propia libertad en elección, teniendo en cuenta la existencia de estructuras y de estatus sociales, libre de combatir estas organizaciones».

Sin embargo, a la vista de los datos sociológicos expuestos, nos preguntamos si es posible una tal práctica terapéutica con relación a los emigrantes. L. W. Thomas opina que «cada sociedad no tiene más que los locos que merece», pero nosotros pensamos que cada sociedad tiene la asistencia psiquiátrica que necesita para mantener la estabilidad y rentabilidad del sistema. La práctica terapéutica va a ir, por lo tanto, encaminada a reintegrar a la sociedad un productor-consumidor, o si esto no fuese posible a cor-

con el médico suele ser una barrera casi infranqueable. En primer lugar, el emigrante enfermo no ve en el médico a alguien que puede ayudarlo, sino a alguien que representa a la sociedad hostil, que «está aliado con sus enemigos» (no hay que olvidar que un alto porcentaje de los temas delirantes son de persecución) y que puede decidir su repatriación, lo que supone perder su trabajo y la posibilidad de obtener un sueldo, casi siempre angustiosamente necesario. A esta desconfianza y hostilidad del enfer-

te que cualquiera que entre en un sistema manicomial puede prestarse a una descripción de este tipo: a falta de signos verdaderamente patológicos, los rasgos caracteriales de cada uno pueden siempre ser puestos de relieve e interpretados como síntomas».

En estas condiciones, la posibilidad de hacer una terapéutica como la señalada por Ajuriaguerra es prácticamente nula. Especialmente en el caso del emigrante temporero, de lo que se trata es de reintegrarlo rápidamente en su puesto de trabajo o, en su defecto, ponerlo en condiciones de viajar, remitiéndolo a su país de origen. En muchos casos, el médico ha de limitar su papel a una caridad tan humanitaria como estéril, haciendo las gestiones necesarias para que esta repatriación no se haga de manera oficial, ya que esto supondría que el enfermo no podría emigrar de nuevo en varios años. Esta medida tiene muchas veces un efecto «boomerang», que conduce a ese círculo vicioso en que quedan encerrados muchos de estos enfermos: emigración-enfermedad y enfermedad-repatriación-emigración-enfermedad mental...

La repatriación, en cualquiera de sus formas, aunque colabora en una más rápida desaparición de los síntomas, no resuelve el problema de base. El Seguro suizo se desentiende del enfermo desde el momento en que abandona el país, encontrándose aquél sin Seguro alguno que lo proteja, sometido, si quiere seguir un tratamiento, a unos gastos que están fuera del alcance de su economía. Para hacer frente a estos gastos ha de contraer unas deudas que le forzarán más tarde a emigrar de nuevo, sumergiéndose así en el terrible círculo vicioso a que antes nos referíamos.

Marginado de su comunidad de origen y de su forzada comunidad de adopción, convertido en una carga para su propia familia, el enfermo acaba por alienarse definitivamente en su enfermedad. «El enfermo mental —como opina Orwell— no es, quizá, más que una minoría de uno».

Esta trágica perspectiva no es, desgraciadamente, un simple grito alarmista, sino la constatación de una realidad vivida en la clínica diaria. El autor ha tenido la triste posibilidad de ver en la Clínica Universitaria de Bel-Air, en Ginebra, algún enfermo que había tratado con anterioridad en la Clínica Universitaria de Santiago de Compostela y que podría servir de paradigma para ilustrar este dramático círculo que hemos señalado. ■ A. R. I.



Un sistema social duro y discriminatorio, sin otra visión que el beneficio, somete al obrero emigrado a una explotación no sólo en su trabajo, sino también en su tiempo de ocio.

to plazo, reexpedirlo a su lugar de origen.

¿Cuál es, en estas circunstancias, el camino terapéutico que suele seguir el emigrante enfermo mental?

El emigrante, por timidez, desconfianza, desconocimiento del idioma, temor a la repatriación, etcétera, retrasa todo lo posible la consulta médica, con la consiguiente agravación de la dolencia. Cuando llega, por fin, a la consulta, la dificultad de comunicación

mo viene a sumarse, con frecuencia, la del médico, disgustado por la imposibilidad de establecer contacto con el enfermo. El desconocimiento por parte del médico de las características psicoculturales de los emigrantes, unido a todo lo anteriormente señalado, puede llevarlo a diagnósticos precipitados; «enfermo o no —escribe Gentis (5)—, es eviden-

(5) Gentis, R., «Les murs de l'asile». Cahiers Libres 163. Paris, 1970.

CUADRO II

Factores	Categorías	% de alumnos retrasados					
		1P	2P	3P	4P	5P	6P
Clase social	Superior . . .	2,6	3,3	6,5	7,0	9,9	12,0
	Media	2,6	5,2	11,9	14,5	19,1	25,5
	Inferior	5,8	14,5	20,0	24,9	32,4	35,0
Origen	Suizos	2,1	7,1	12,6	15,0	20,1	24,6
	Extranj.	7,1	14,8	21,1	27,0	36,1	37,2

(P = Primaria).

(4) Bastide, R., «Sociología de las enfermedades mentales». Siglo XXI. México, 1967.