Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

MIGRACIÓN DE ZONA ANDINA EN ESPAÑA: ELEMENTOS PSICOSOCIALES PARA TRABAJADORES DE SALUD MENTAL

Pau Pérez-Sales

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo revisa los datos existentes sobre epidemiología de trastornos mentales no psicóticos en población inmigrante de zona andina en España, y se analizan en profundidad las especificidades que este grupo de población presenta para el trabajador de salud español, especialmente en tres aspectos: impacto silenciado de la violencia política, especificidades culturales y cambios en las dinámicas familiares asociados a los proyectos migratorios.

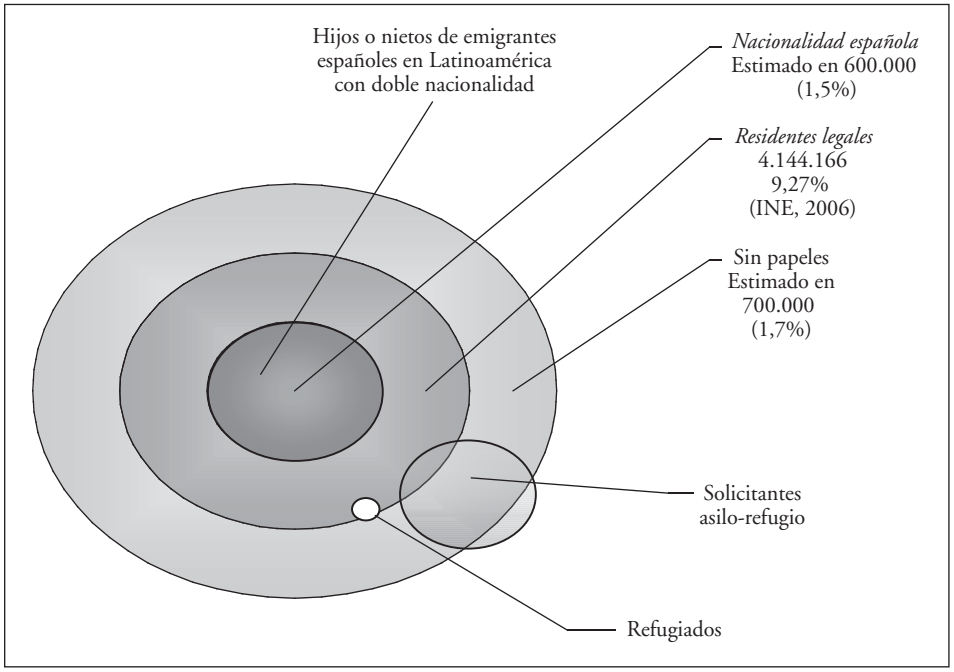
INMIGRANTES DE ZONA ANDINA: ¿DE QUIÉN HABLAMOS?

La *inmigración en España* es, desde la década de 1990, un fenómeno de gran importancia en la demografía y la economía nacionales. Según el censo del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2006, el 9,27% de la población de España es de nacionalidad extranjera. A ello hay que sumar el cada vez mayor número de per-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

sonas que, habiendo nacido en el extranjero, han obtenido la nacionalidad española, de las que la mayoría son latinoamericanas (fig. 1).

Figura 1. Estatuto legal de personas nacidas fuera del Estado español.



Estas cifras, siguiendo los sucesivos censos del INE, triplican las de hace sólo 5 años (1.370.657 [3,33% del total de población]) y son siete veces superiores a las de hace apenas 10 (542.314 [1,37%]). Desde el año 2000, España ha presentado una de las mayores tasas de inmigración del mundo (de tres a cuatro veces mayor que la tasa media de Estados Unidos, ocho veces más que la francesa) y ha sido, tras Estados Unidos, el segundo país que más inmigrantes ha recibido en números absolutos. Esta inmigración no se ha distribuido por igual. El 44,81% de todos los inmigrantes censados en España se concentra en tan sólo tres provincias (Madrid, Barcelona y Alicante), donde la población inmigrante se estima que ronda ya el 15% de la población total. Mientras que en Alicante se trata de inmigración comunitaria, en Madrid y Barcelona se concentra la extracomunitaria, si bien en Cataluña hay el doble de personas procedentes de África (magrebíes y subsaharianos) que de Latinoamérica y en Madrid sucede, en cambio, lo contrario: la inmigración es, esencialmente, latina. Así, por ejemplo, el 34% de todos los ecuatorianos residentes en España en el año 2005 se encuentran en la

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Comunidad de Madrid. Aunque, según el censo del INE de 2006, el país del que proceden un mayor número de inmigrantes sea Marruecos (alrededor de 600.000 personas, [13,59%]), en España, la mayoría de los inmigrantes provienen, como zona geográfica, de Iberoamérica (1.500.785; el 36,21% del total de extranjeros afincados en España) y de éstos, la práctica totalidad de los países de Sudamérica central (zona andina, selva y costa). Procedentes, por este orden, de Ecuador (11,13%), Colombia (6,40%), Argentina (3,63%), Bolivia (3,37%), Perú (2,31%) y Brasil (1,75%). Teniendo en cuenta que la inmigración argentina está en relación con la reciente crisis económica del país y está en franca disminución, la inmigración latinoamericana es, esencialmente, de los países de zonas andinas. Hay que señalar, sin embargo, que el porcentaje de inmigrantes procedentes de Iberoamérica es aún mayor debido a que pueden acogerse a convenios de doble nacionalidad por ser hijos o nietos de españoles, y porque tienen mayor facilidad para nacionalizarse que el resto de extranjeros.

La población de estas zonas ha venido en diferentes momentos. Mientras que inicialmente, entre los años 2000 y 2006 hubo una inmigración masiva desde Ecuador, en la actualidad hay un aumento proporcionalmente muy superior de personas procedentes de Bolivia y Paraguay, en gran medida porque hasta hace poco no requerían visado para entrar al país. El flujo de colombianos ha sido constante por las condiciones políticas y de violencia del país, que no han cambiado sustancialmente.

En la inmigración latinoamericana hay mayor porcentaje de mujeres que de hombres tanto entre quienes proceden de Sudamérica (un 53,42% de mujeres) como de Centroamérica (59,42% de mujeres). Se trata de una población mucho más joven que la autóctona, el 30,19% de los extranjeros tienen entre 25 y 34 años, frente a un 17,44% del conjunto de la población. Dado que hay un efecto del cerca de un millón de europeos «jubilados» que viven en la costa de Alicante, el promedio de edad del colectivo andino es mucho más joven si cabe, y que trabaja mayoritariamente en profesiones de muy baja cualificación y remuneración (hostelería en hombres y mujeres y servicio doméstico en mujeres). Los inmigrantes representan el 45% del total de nuevas afiliaciones a la Seguridad Social en el año 2005, lo que supone un balón de oxígeno para ésta y para la economía española en general que debe gran parte del crecimiento sostenido de su producto interior bruto (PIB) a esta población que aporta una importante fuerza de trabajo a muy bajo coste. Se trata de una población, como decimos, joven y saludable, que por tanto aporta un caudal importante de recursos a la tesorería de la Seguridad Social y conlleva, en cambio, un gasto sanitario muy escaso. Dado el casi nulo por-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

centaje de población dependiente o con minusvalías de tipo físico o psíquico entre el colectivo inmigrante, se trata de un grupo social que, en conjunto y contra lo que dicta el discurso del «sentido común», comporta un saldo positivo de ingresos frente a gastos en las arcas de la ciudadanía. Construcción, hogar, hostelería y agricultura son sectores en crecimiento por la existencia de una población laboral flotante dispuesta a trabajar temporalmente por salarios poco competitivos y que aporta, en general, con sus impuestos, más de lo que recibe.

La población de esta zona que llega corresponde a estratos de clase media urbana del país de origen. No corresponde a un campesinado de Ecuador, Bolivia o Perú, sino que procede de Quito, Guayaquil o Bogotá. Mientras el campesinado andino o de selva es, en muchos lugares, «monohablante» indígena (quechua, aymara) o bilingüe, y mantiene sistemas de etnomedicina y organización social y comunitaria muy cerrados y apegados a la tradición. Se trata, por lo mismo, de población que ha realizado desplazamientos internos masivos derivados de la violencia política (masacres y ejecuciones sumarias a manos de Sendero Luminoso y el Ejército Peruano en los departamentos de Ayacucho, Andahuaylas, Huancavelica o Apurimac, en Perú, con desplazamientos de alrededor de un millón de personas de las comunidades andinas a capitales departamentales y de éstas a Lima; acciones paramilitares [Autodefensas Unidas], del ejército colombiano y de la guerrilla [ELN y FARC] en Colombia con un mínimo estimado conservador de dos millones de desplazados de las zonas del norte y centro a Bogotá, Cali o Medellín; políticas de erradicación de cultivos de coca en Bolivia o Colombia con desplazamientos internos en zonas de selva, explotación minera por transnacionales norteamericanas en amplias zonas andinas de Ecuador y desplazamientos masivos de alrededor de 700.000 personas en la frontera entre Colombia y Ecuador según cifras de ACNUR entre el año 2004 y 2007, etc.). Se estima que el 10% de la población de la zona ha sufrido desplazamientos internos masivos fruto de la violencia política, las acciones de transnacionales con intereses mineros, de extracción de crudo o madera, o las políticas de erradicación de cultivos ilícitos.

Muchas de estas personas (especialmente en el caso colombiano) forman parte del contingente migratorio, si bien las personas de las zonas empobrecidas que huyen en condiciones extremas forman bolsas de pobreza en los cinturones urbanos de las capitales departamentales o las grandes urbes y la posibilidad de llegar a Europa se reserva para la población de clase media y urbana. Se trata, por tanto, del segmento de población andina, de costa y selva con mayor cercanía lingüística y cultural a la población autóctona española.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Esto, unido a que aún no se ha agotado la capacidad de generación de empleo de la economía española (lo que, siguiendo lo ocurrido históricamente en países como Alemania o Francia en décadas anteriores, ocurrirá tarde o temprano) ha facilitado que el proceso se haya desarrollado sin generar graves tensiones sociales, y que la integración latina haya sido, hasta ahora, razonablemente armónica. El español medio no ve al latinoamericano como un competidor por recursos, sino como un trabajador fiable, honesto y barato que le ha permitido pasar, como veíamos por los datos de afiliaciones a la seguridad social, de trabajador autónomo o por cuenta ajena, a pequeño empresario.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SALUD MENTAL EN PACIENTES DE ZONA ANDINA, SELVA Y COSTA EN ESPAÑA

En la actualidad no existen grandes estudios de prevalencia de patología mental en población general en España. La mejor aproximación a un estudio de prevalencia global es el estudio ESEMeD (Alonso et al., 2004a; Alonso et al., 2004b) realizado en una muestra de más de 10.000 personas, usando herramientas estandarizadas de la Organización Mundial de la Salud, que no señala en sus análisis resultados significativamente diferentes de prevalencia para población autóctona e inmigrante. En el *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2005* (Consejería de Sanidad, 2006) sobre una muestra de 8.504 entrevistas, 1.190 (14,4%) corresponden a inmigrantes. Pese a que sus condiciones globales de vivienda y acceso a bienes son sistemáticamente peores que los de los autóctonos, no existen diferencias en la media del GHQ-12 entre ambos grupos, con un estimado de «posibles casos» de depresión-ansiedad del 22 y el 19%, respectivamente (no significativa). Paradójicamente, y controlando el efecto de sexo, edad y nivel de estudios, el 4,2% de inmigrantes, frente al 10% de autóctonos han acudido a un centro de salud mental, lo que sí resulta estadísticamente significativo y confirma tendencias ya señaladas sistemáticamente en estudios previos (Comelles y Bernal, 2007). Mientras que el 54% de niños inmigrantes menores de 16 años se consideran «muy felices», lo son el 66,2% de los autóctonos ($p < 0,01$), sin que se tengan datos desglosados por zonas geográficas.

Carecemos, por tanto, de datos objetivos que permitan avalar ni la hipótesis de la *hipersalud* (jóvenes, sanos y resistentes) de la población inmigrante ni las hipótesis que plantean *endemismos* (como el denominado «síndrome de Ulises» u otras nosologías recientes de la inmigración). En todo caso, resulta ilustrativo, como

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

marco de reflexión, el reciente metaanálisis de Swinnen y Selten (Swinnen y Selten, 2007) que muestra, tomando como base un número muy pequeño de estudios existentes en la literatura internacional anglosajona, que no existen evidencias concluyentes para el incremento del riesgo relativo de trastornos del estado de ánimo asociados a la migración. En el caso de la población andina en España, como decíamos antes, la combinación de un proceso migratorio voluntario con una búsqueda de refugio en contextos de gran violencia social y política, con un trayecto migratorio menos traumático que el de otros colectivos (como el africano), un desarraigo cultural parcialmente atenuado (por la, en este momento, alta concentración de personas del país de origen y las políticas existentes hasta ahora de agrupamiento familiar, que las nuevas leyes prevén limitar), y una remarcable congruencia cultural entre la matriz de origen y la receptora, junto a la baja presión en la sociedad receptora para hacer una asimilación en términos de renuncia a la identidad de origen, hace que se trate de colectivos migrantes con mayores posibilidades de enfrentar con éxito los factores de riesgo psicosocial a que se ven sometidos. Asumiendo, como hacen la mayoría de autores que trabajan en migración, que la lectura que deba hacerse es más, probablemente, desde la vivencia migratoria en cuanto a transición vital que requiere mecanismos de adaptación y de aprendizaje de nuevas habilidades, que desde un modelo psiquiátrico medicalizante que intente deslindar «patologías de la migración», el colectivo latino tiene algunas especificidades que detallaremos más adelante, sin constituir un colectivo de especial riesgo frente a otros grupos con mayores tasas de marginalidad y dificultades para desarrollar sus estrategias de resistencia y adaptación.

Disponemos en nuestro país de (algunos, pocos) datos de utilización de servicios, de perfil de demanda y de perfiles diagnósticos en dispositivos, y descripciones nosológicas y patografías con un gran valor humano y de aproximación a la vivencia del otro, pero de los que no pueden inferirse estimados de conjunto. Se trata de una asignatura pendiente: tener datos epidemiológicos culturalmente sensibles, es decir, elaborados con metodologías que combinen la mirada académica occidental (perspectiva *etic*) y la mirada culturalmente congruente del que llega (perspectiva *emic*). Un reto que debería asumir, por su magnitud, alguna de las administraciones sanitarias.

Lo que queda, por tanto, son aproximaciones parciales, que ofrecen alguna luz con sombras, sobre el tema. En la tabla 1 se resumen los estudios publicados en España que, abordando específicamente el colectivo andino o con una mirada más global a la inmigración latinoamericana, pueden ayudar en esa aproximación.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Los trabajos referenciados muestran un conjunto de datos pobre: el conjunto de pacientes latinos, como la población inmigrante en general, está infrarrepresentada en los dispositivos normalizados de la red (centros de atención primaria, centros de salud mental y unidades de hospitalización de agudos), los que consultan corresponden a población asentada en el país, con estancias medias superiores a los 18-24 meses, y en general por motivos, en términos sindrómicos, muy similares a las de la población autóctona, sin que aparezcan, epidemiológicamente, datos que avalen una especificidad. El seguimiento al alta es más irregular, con altas tasas de abandono.

Algunos datos apuntan a que la población oculta, sin papeles, estimada en la tercera parte de los residentes de otros países, está aún más infrarrepresentada, siendo un colectivo que, como muestran los datos sociológicos, enfrenta una acumulación muy superior de estresores psicosociales y en los que algunos datos sugieren niveles de ansiedad y problemas afectivos que podrían incluso duplicar el de los inmigrantes con papeles, en una lógica no por esperable menos relevante.

ESPECIFICIDADES DEL CONTEXTO ANDINO

La epidemiología no tiene nombre ni apellidos, pero las personas que acuden a los dispositivos de atención primaria, servicios sociales o salud mental sí. Existen algunos elementos relevantes que cruzan la realidad de los países andinos que resultan de la máxima relevancia en el acercamiento profesional desde el trabajo psicosocial y la salud mental. Queremos destacar tres que nos parecen especialmente claves y que abordaremos con mayor profundidad: la violencia social y política que marca la realidad de los países de la zona y que tiene un papel decisivo en muchos de los proyectos migratorios, la especificidades de la matriz cultural quechua-andina referidas a la salud mental y las nuevas estructuras de familias divididas en ambos lados del mar generadas por los procesos migratorios.

El contexto de violencia política: efectos psicosociales del desplazamiento forzado

La violencia política y el desplazamiento forzado constituyen, desde un punto de vista de vulnerabilidad psicosocial, el principal elemento, en nuestra opinión, que cruza la realidad andina. En Colombia el desplazamiento forzado (derivado del accionar de grupos paramilitares, del ejército, las guerrillas o el narcotráfico) y las consecuencias económicas de pauperización y ruptura del tejido social que

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Tabla 1. Estudios publicados sobre la salud mental de la población inmigrante en España

	Dispositivo/fechas	
Ochoa E, Vicente N, Díaz H (2004)	Pacientes inmigrantes atendidos en CSM Torrejón (derivados en el 100% de casos desde atención primaria) y pacientes de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Alcalá de Henares entre 1 junio 2001 y 31 de mayo 2002 (5,3% de población extranjera con papeles en censo local)	
Barro S, Saus M, Barro A, Fons M (2004)	27 inmigrantes sin papeles (50% latinoamericanos) atendidos de manera subsecuente en una consulta de atención primaria de una ONG Test de ansiedad y depresión de Goldberg	
Quintero J, Clavel M (2005)	Urgencias Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid) entre diciembre 2002 y diciembre 2003	
Jiménez D, Sánchez S, Zazo J, Arias F, Soto A (2006)	Ingresos en Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Alcorcón (Madrid) en los años 2004 y 2005	
Sancho C, Lliteras M, Vázquez MD, Del Agua E (2006)	Pacientes migrantes atendidos en un centro de atención primaria de Salud a lo largo del año 2005 (n = 300)	
Vivanco E, Hernández S, Rodríguez MT, Villarde ML, García O, Cobos AM (2006)	Ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Basurto durante el año 2003	
Matamala P, Crespo A (2004)	Población atendida en el CSM de Vallecas (Madrid) entre diciembre 2002 y febrero 2003	

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

	Resultados	Características
	Población inmigrante: 3,2% de consultas al CSM y 4% de ingresos en la Unidad de Agudos. Mayoritariamente subsaharianos y de países del Este – Patologías similares a los españoles. No TEPT ni T somatización	– Ausencia de latinos (ningún paciente de zona andina en CSM y sólo uno en UHB) – Población atendida (no latina) integrada (más de 2 años de estancia media en España en ingresados y de 10 años en CSM) con características similares a la española
	El 51,9% puntúa por encima de 4 en ansiedad y el 40,7% de 3 en depresión (aproximadamente doble de la población general catalana)	– Población con múltiples factores de riesgo psicosocial: el 70% sin otros familiares en España, el 67% en pisos compartidos, el 32% viviendo en la calle, el 56% sin trabajo
	Infrarrepresentación de inmigrantes (15% urgencias psiquiátricas siendo el 19,36% de población) y de latinos (30% de urgencias; 60% del total de inmigrantes)	– Menor número de cuadros de ansiedad y depresión que población española, mayor número de cuadros de agitación y agresividad y tentativas autolíticas
	Infrarrepresentación de inmigrantes (5,38% del total de ingresos)	– Aproximadamente la tercera parte de las psicosis tóxicas en la población magrebí. En población latina, perfil diagnóstico similar al de españoles
	El 19,33% presenta «trastornos mentales», especialmente síndrome ansioso-depresivo, con perfiles similares a los reportados en la población autóctona	
	Infrarrepresentación de pacientes latinoamericanos. El 4,5% del total de ingresos corresponde a inmigrantes (1,3% estimado de población inmigrante en el país vasco en el 2003) a expensas, sobre todo, de cuadros tóxicos en ciudadanos magrebíes	– Los latinos que ingresan son mayoritariamente mujeres, con trabajos marginales, consumo de tóxicos (60%), baja cobertura familiar o de amigos (50%), con pareja (50%) y problemática social (40%) – 40% no siguen controles al alta y 35% lo hacen de modo errático
	Infrarrepresentación (6% de pacientes inmigrantes [25% de Ecuador, 6% de Bolivia, 5% de Colombia, 3% de Perú] frente al 9,5% de población inmigrante). Incidencia anual población autóctona: 11,34‰; inmigrantes: 6,48‰	– 63% ansiedad-depresión, 15,8% somatizaciones, 13,2% síntomas psicóticos. – Estancia media prolongada (2,4 años). El 65% de los inmigrantes de la muestra tienen problemas «sociales, familiares, laborales, económicos, legales y de rechazo social»

Continúa

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Tabla 1. Estudios publicados sobre la salud mental de la población inmigrante en España *(continuación)*

	Dispositivo/fechas	
García M, Poyo F (2006)	Población inmigrante que demandó atención en el Hospital Psiquiátrico R. Lafora de la Comunidad de Madrid entre los años 1996 y 2004	
Gotor L, González C (2004)	Comparación de una muestra de 60 pacientes inmigrantes (41% latinoamericanos) frente a 120 control dados de alta entre Octubre 2000 y Marzo 2001 en los Hospitales Principe de Asturias (Alcalá de Henares), Universitario de Getafe, Jose Germain y Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	

conllevan, afectan a cerca del 10% de la población, que se concentra, de manera masiva, en enormes bolsas de población desarraigada en la periferia de las grandes ciudades. Así, el municipio de Soacha, en las afueras de Bogotá, ha triplicado su población en los últimos años a expensas de los desplazamientos masivos, y aglutina con superpoblación, invasión de zonas montañosas de alto riesgo de deslaves y cifras de pobreza extrema a más de 500.000 personas (Médicos sin Fronteras, 2006). En Perú (Cahiers Amérique Latine Histoire et Mémoire, 2005) y Bolivia (Vacaflores, 2004) se han dado fenómenos de migración interna masiva similares que han duplicado la población de las zonas marginales urbanas.

La población desplazada vive en una situación conformada por varios ejes:

1. Procedencia de situaciones extremas de amenaza y de riesgo (violencia política o pobreza). En Perú, la población de las comunidades habla de «las violencias» que sufren. Engloban la pobreza y la violencia política bajo una misma categoría conceptual (v. Informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación, 2005).
2. Ausencia de mecanismos de protección (trabajo, redes de intercambio, transacción, solidaridad y afecto).

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

	Resultados	Características
	– No dan datos de incidencia – Los diagnósticos más frecuentes en la urgencia y al ingreso, son trastornos por agitación y descompensaciones psicóticas (como corresponde al tipo de hospital). Un 35% al alta eran diagnosticadas como «psicosis sin especificar», mostrando dudas diagnósticas. En pacientes latinos mayor frecuencia de trastornos afectivos que de psicóticos	
	Peor continuidad de cuidados. Tres veces más posibilidades de no acudir a la cita de seguimiento tras el alta hospitalaria (35% frente a 13%; OR = 3,59 [1,68-7,67])	El principal factor es la ausencia de familiares cercanos o de red social de apoyo (aumento de 10 veces el riesgo relativo de no acudir). Las dificultades económicas aumentan en tres veces el riesgo, aumentando hasta ocho veces con ingresos mensuales inferiores a 240 €

3. Pérdida de los referentes naturales de interpretación de la realidad. Impacto traumático en términos de cambios en la visión del mundo y las relaciones humanas (confianza en los demás, seguridad, construcción de proyecto vital, etc.). Diversos estudios muestran cómo se han perdido en las últimas dos décadas las formas de trabajo comunitario y solidaridad en las comunidades altoandinas. Así, el *miskipay* era un tiempo de trabajo dedicado por algunos hombres de las comunidades en las chacras de las viudas, en el rato antes de la caída del sol y camino a su casa, lo que permitía a éstas sobrevivir. La violencia política la ha hecho desaparecer creando una situación crítica de abandono y desnutrición en los adultos mayores en general, especialmente aquéllos cuyos hijos han migrado (Theidon, 2004a).
4. Ruptura identitaria, pasando de manera involuntaria y en pocas horas de ser campesinado rural autosostenido a ser población urbana marginal, no sólo desempleada, sino sin posibilidades de ocupación más allá de la venta callejera o el acarreo.

A ello hay que añadir el impacto directo de la violencia, que es casi siempre una violencia oculta.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Violencia cotidiana

En los centros de salud mental y en las consultas de atención primaria cada vez más se exploran, de manera sistemática, las situaciones de fallecimientos y duelo al realizar el genograma o hablar del contexto familiar. La existencia de hechos traumáticos, en cambio, no se explora de modo sistemático. Esto tiene una lógica: se trata de hechos frecuentes (el 70% de la población general española ha pasado por algún tipo de experiencia traumática) y generalmente resueltos con los propios recursos de la persona (Pérez-Sales, 2006). Pero el tipo de hechos traumáticos de la realidad europea (accidentes de tráfico o laborales en su mayoría) no guardan relación con la realidad de los hechos traumáticos de la población inmigrante. Por dar sólo algunos datos orientativos:

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su Informe sobre Desarrollo Humano del año 2000 estimaba que aproximadamente entre el 60 y el 70% de las mujeres en Colombia había sufrido de modo personal alguna modalidad de violencia (maltrato físico, psíquico o sexual). No obstante, menos de la mitad buscaba ayuda y apenas el 9% denunciaba la agresión (PNUD, 2000). En Bolivia, la tasa de violaciones *denunciadas* en mujeres de 15 o más años, según cifras oficiales es de 102,8 por 100.000 mujeres, 15 veces superior a la cifra española (7,2 por 100.000) (PNUD, 2000). Diversos estudios señalan, por ejemplo, prevalencias estimadas de violación sexual de entre el 2 y el 10% de la población rural altoandina, siendo éstas vividas en silencio (y, por tanto, nunca denunciadas) por el estigma asociado a la mujer que denuncia (golpizas por parte del marido, rechazo y señalamiento de parte de la comunidad, etc.).

El conflicto armado colombiano ha dejado más de 50.000 asesinados, varias decenas de miles de desaparecidos de los que apenas ahora se empieza a saber algo con el hallazgo en zonas de desmovilización de paramilitares de enormes fosas comunes y cementerios clandestinos donde se acumulan decenas de cadáveres. Hasta hace poco en Colombia se producía una media de seis secuestros diarios y la cifra sigue siendo elevada. La sociedad colombiana convive con la violencia a diario desde hace 30 años. El 80% de colombianos han sido víctimas directas del conflicto o conocen a alguna víctima directa. Una idea de la magnitud de la guerra es el hecho de que en los últimos 10 años, el crecimiento de los principales actores ilegales del conflicto ha sido del 157% en cifras oficiales de Presidencia de la República (Presidencia de la República de Colombia, 2003), mientras la población ha crecido al ritmo del 1,9% anual. Si se suman a los 32.000 combatientes estimados entre FARC, ENL y AUC, los 240.000 integrantes del ejército y la fuer-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

za pública, los 183.000 vigilantes privados y los alrededor de 3.000 «gatilleros» al servicio del narcotráfico, el crimen organizado o las pandillas urbanas, *la violencia organizada emplea al 2,5% de los trabajadores colombianos, y en especial, a casi el 9% de la población ocupada en el área rural*. Pero la violencia colombiana, además, no es una violencia cualquiera. La base de datos *Noche y Niebla* del CINEP, centro de derechos humanos de la congregación jesuíta en Colombia, muestra cómo la violencia se ejerce, de modo sistemático, usando las formas máximas y más crueles de terror:

- Usurpación de tierras históricas a través de amenazas, ejecuciones o masacres, con cambios de titularidad y sin posibilidad sencilla de retorno.
- Signos constantes de ensañamiento u horror (hallazgo habitual en las masacres de exposición pública de mujeres embarazadas, niños y ancianos muertos, y campesinos adultos con signos de tortura, mutilaciones etc.).
- Ejecuciones como forma de crear pánico en comunidades especialmente simbólicas (como San José Apartadó u otras que intentan posicionarse como áreas «fuera del conflicto»).
- Connivencia del gobierno y el ejército con los grupos paramilitares, según los propios informes de la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia y las recientes e inesperadas sentencias, después de más de dos décadas de denuncias, de la Corte Suprema de Justicia (El País, 2007).

Sandra

Este testimonio procedente de una sesión de trabajo de una paciente que consulta por cuadros de migraña repetidos, surgió a partir de la cuarta entrevista. No constaba en los motivos de consulta y es una muestra, menos rara de lo que pudiera parecer, de la realidad colombiana.

«Mi marido había escapado ya de varios atentados porque se cuidaba mucho. Sabían de su actividad. Vivíamos cambiando de casa con frecuencia. […] Ese día viajábamos en autobús de línea. Era pronto el duodécimo cumpleaños de mi hija mayor. Yo estaba embarazada de la pequeña. Mi marido estaba preocupado porque sabía que había movimientos del ejército y paramilitares en la zona. De pronto paró el autobús un grupo armado. Él se dio cuenta enseguida del peligro y de un salto cambió de asiento y se alejó de mí para protegerme. Subieron tres hombres que sin mediar palabra empezaron a disparar. Los conté. Fueron más de veinte disparos. La sangre me salpicó por todos lados. Él salió medio muerto

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

ya y yo detrás. Me escondí en la caseta mientras lo ultimaban en la calle. Él sabía dónde estaba y su última mirada fue para mí, como disculpándose porque tuviera que ver esto. Yo me quedé a su lado, abrazada varias horas. Hasta que un camión se detuvo y me llevó a casa. Cuando llegué mi otra hija ya no estaba. Ellos llegaron antes y la habían secuestrado. […]. La tuvieron durante tres meses. Intentamos saber de ella por todos los cauces, pero las informaciones eran contradictorias. Cuando finalmente la localizamos, mi hermano asumió la negociación con ellos porque a mí me buscaban también para matarme. Mi hermano logró pactar un precio para la entrega con los paramilitares. […] Tuvimos que vender casi todo y la liberaron finalmente. Habían estado usando sexualmente a la niña durante todos esos meses […]. Al día siguiente de la liberación fueron a buscar a mi hermano a su casa y ellos mismos lo mataron. Aún no sabemos por qué, probablemente como un daño más a la familia, para dejarnos a todos vivos y a la vez muertos. A mi hija le duele casi tanto el horror de lo que vivió en el secuestro como saber que su tío murió por lograr salvarla […]. Ahí empezó la persecución y vivir escondidas las dos […]» (*M.E.C.* Madrid. Mayo de 2006. Tanto ella como su hija han visto rechazada la solicitud de asilo y refugio presentada en su nombre por la ONG Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR] al Ministerio del Interior en el año 2005).

Violencia social, violencia política y pobreza

Todo este conjunto de violencia social y política ha provocado que los índices de pobreza rural se hayan duplicado en Colombia en los últimos 30 años, pasando a afectar, en indicadores del PNUD, desde el 40 hasta el 87% de la población, con un desempleo urbano estimado de entre el 13 y el 21%, y con un sector informal o de rebusque que ocupa a dos de cada tres trabajadores (PNUD, 2003). Esto ha abierto las puertas para que la población campesina y marginal de la ciudad migre en busca de una vida mejor. Se estima que en la actualidad más de 3.500.000 colombianos (un 8% de la población total del país) han emigrado, siendo Estados Unidos y España los receptores prácticamente mayoritarios de este éxodo. Se trata de un éxodo considerado en las cifras oficiales como emigración económica, cuando Colombia es un país productor de petróleo con una agricultura y una ganadería ricas y con una de las rentas per cápita más altas del continente, que no debería tener flujos migratorios al exterior.

En realidad se trata de un éxodo derivado de la guerra, silenciado por los propios emigrantes por miedo y que no empezará a aparecer en la consulta de salud hasta que no se vayan construyendo vínculos de confianza entre profesional y paciente y éste sienta que quien está delante conoce la realidad política del país y dis-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

tingue la naturaleza de los diferentes actores armados. El miedo cruza la vivencia del día a día en Colombia (Médicos sin Fronteras, 2006) y los patrones de autocuidado y seguridad se mantienen también en el país de acogida, donde los organismos de derechos humanos —como Amnistía Internacional— saben y así lo han informado al gobierno español, que los grupos paramilitares tienen presencia organizada en Madrid y Barcelona y mantienen un control de la diáspora colombiana vinculada al sector de derechos humanos. A esta negación colectiva de la realidad de un éxodo de guerra, derivado de la violencia política y de las violaciones sistemáticas a los derechos humanos contribuye el propio gobierno español que ha suscrito diversos acuerdos de colaboración con los sucesivos gobiernos colombianos que no incluyen cláusulas de derechos humanos y que, sistemáticamente, ha venido negando el estatuto de asilo o refugio a solicitantes colombianos, incluso en el caso de solicitudes avaladas por Amnistía Internacional (que tiene un programa especial de apoyo a Defensores de Derechos Humanos amenazados) o la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). El caso de Sandra no es anecdótico.

Así, Colombia es el *principal país de origen de los solicitantes de asilo en España*. Sólo en el año 2005 se cursaron 984 solicitudes correspondientes a 1.656 personas, lo que supone aproximadamente el 30% del total de solicitudes que recibe el gobierno español. Pese a tratarse de casos documentados y en muchos casos avalados por ONG de derechos humanos, sólo se concedieron 43 solicitudes (el 4,8% del total). No deja de sorprender que, pese a ello, más de 30.000 colombianos lo han seguido intentando, tozudamente, en la última década. Esta proporción de concesiones es muy inferior a la de concesiones de otros gobiernos del norte de Europa, y contrasta con el más del 30% de concesiones de asilo a solicitantes procedentes de Cuba, el 50% de Irak o el 70% de Guinea Ecuatorial: el conflicto colombiano es, también, un conflicto invisibilizado en España.

Esta situación conlleva un impacto negativo en los connacionales que llegan. A la crisis de identidad que supone la emigración y el exilio hay que sumar el cuestionamiento identitario que supone pasar de ser un luchador social y político o un refugiado político a ser un inmigrante económico más, que no sólo no puede tener a su pasado como elemento estructurador de la realidad, sino que debe ocultarlo. En este sentido nos viene permanentemente a la cabeza la situación de N.C., sociólogo colombiano de gran prestigio que tuvo que huir junto a su familia por amenazas de muerte en el año 2001 y que reside, desde entonces, en Madrid. Desde hace 2 años y en el momento de escribir estas líneas, trabaja, dolorosa paradoja, como vigilante de seguridad privada en el metro. Nunca se le ha concedido, por

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

parte del gobierno español, el estatuto de asilado, pese a cumplir todos los criterios de la convención de Ginebra.

Diferencias entre inmigración y desplazamiento interno

La inmigración y el desplazamiento interno o el exilio comparten elementos comunes (desarraigo, pérdidas, separación), pero tienen diferencias sustanciales en el cuestionamiento identitario que conllevan, que se resumen en la figura 2.

Figura 2. Diferencias entre inmigración y desplazamiento interno.

- Suele haber una *historia personal* de ansiedad, rumores, amenazas o situaciones traumáticas directas, que son las que han provocado el desplazamiento o la emigración
- La *huida* se produce con frecuencia en un contexto de persecución y de peligro
- Hay una *pérdida*, generalmente brusca, de todo lo que definía la vida de la persona, sin posibilidad de adaptación, rituales de marcha o despedida o preparación para la posible vuelta
- Hay un *desarraigo*, con lo que no puede recurrirse a tácticas sociales usadas previamente para enfrentar situaciones difíciles
- Se trata de una *situación involuntaria*. El refugiado, a diferencia del emigrante, no va a la búsqueda de oportunidades y busca por tanto la integración cuanto antes, sino que es empujado fuera de su hogar y busca regresar a su patria en el menor tiempo posible, por lo que todo aquéllo que sugiera una integración será vivido con frecuencia como una traición.

Y pese a todo, en resistencia

Con todo lo anterior no se pretende transmitir una visión del refugiado (reconocido legalmente o no como tal) o del inmigrante como alguien especialmente vulnerable. Ya hemos visto que epidemiológicamente, y dentro de la escasez de estudios, no hay datos que corroboren esta idea, al menos como grupo. Pretendemos, con todo lo anterior, llamar la atención sobre lo que Richard Mollica (Mollica, 1999) denomina «la historia detrás de la cortina» de muchos inmigrantes andinos. De hecho, sabemos que el impacto de la violencia sobre la visión de uno mismo y el mundo tiene mucho que ver con las expectativas previas de la persona sobre cómo se espera que sea ese mundo. En contextos de violencia crónica, como el de la mayoría de zonas andinas, no se espera que el mundo sea, exactamente, benevolente, seguro y justo y, por tanto, hay fuertes elementos de resistencia a la adversidad procedentes del propio proceso de creación de identidad social (Pérez-Sales, 2006).

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Los datos sociológicos parecen apuntar en esta dirección. Pese a todo el horror, a la lucha diaria por la supervivencia, a la necesidad de desplazarse o migrar, si se atiende a los datos del Human Values Survey (Inglehart et al., 2004), nunca deja de impactar suficientemente que Colombia presente una de las tasas más elevadas de percepción subjetiva de felicidad del mundo, 2,5 veces superiores a las españolas, y tasas de satisfacción con la vida también superiores. La violencia también enseñará, queremos suponer, a resistir (tabla 2).

Tabla 2. Datos del Human Values Survey

	España	Perú	Colombia
Felicidad (%, «muy feliz»)	20%	31%	47%
Satisfacción con la vida (%, 7-8-9 sobre 10)	65%	50%	85%
¿Qué tan importante es la familia en su vida? (%, «muy importante»)	86%	83%	86%
¿Con qué frecuencia visita a sus padres? (%, semanalmente o más)	49%	61%	43%
Confiar en otros (%, «puede confiarse en la mayoría de la gente»)	32%	11%	11%
¿Qué tan importante es la religión en su vida?	19%	53%	49%
Piensa en el sentido de la vida (%, «con frecuencia»)	22%	54%	70%

Human Values Survey. La mayoría de datos corresponden a la oleada del año 2000. No hay datos de Ecuador ni de Bolivia.

Cultura quechua-andina: los elementos culturales

La cultura es uno de los elementos que componen el mapa identitario de la persona, entendida la identidad como la visión que tiene la persona de sí mismo y de sí mismo como actor en el mundo, conformado desde la infancia a través de un proceso dialéctico de la persona con el entorno. La cultura, como matriz identitaria, es contextual, dinámica y parcial, surgida de un proceso activo consciente (introspección) y de procesados inconscientes de información. La cultura es una particular visión del mundo, del sí mismo y los otros, y de los modos de comportamiento y respuesta apropiados en cada una de estas esferas adquirida en la primera infancia por un proceso de endoculturación (Pérez-Sales, 2005).

Una cultura puede observarse desde dos perspectivas: la del que la vive *(emic)* y la del observador externo *(etic)*. Así, el «susto» puede estudiarse desde una perspectiva *émica* si se recogen descripciones del mismo, se estudian las causas que la gente cree que tiene y los tratamientos usados. Y puede hacerse desde una perspecti-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

va *ética* considerándolo una variante local de reacción de ansiedad y viendo las características que lo asemejan y distinguen de otras reacciones de ansiedad que conocemos. Mientras la antropología psiquiátrica es el estudio de las concepciones relacionadas con la mente y su enfermar desde una perspectiva multiétnica, es decir, desde cada cultura, a la psiquiatría transcultural compete el estudio comparativo de los trastornos mentales a través de la culturas, es decir, una perspectiva *etic* (Pérez-Sales, 2005). La perspectiva *etic* nos permite acercarnos a las personas desde la mirada epidemiológica, científica y legal. La perspectiva *emic* es la que debería competernos en el día a día del trabajo con la gente.

El concepto de «salud mental»

La cultura andina tradicional es ajena al concepto de salud mental. No entiende que pueda haber un enfermar humano en el que se separen las aflicciones del cuerpo de las aflicciones de la mente y las aflicciones sociales. Si en la actualidad se utiliza es dentro de los procesos de asimilación pragmática de conceptos que permiten obtener recursos que realizan las culturas indígenas (tabla 3).

Tabla 3. Diferencias culturales entre las poblaciones andina tradicional y española respecto al concepto de salud mental

	Sociedad española	Sociedad andina tradicional
Origen de las aflicciones	Agente *interno* (Quiebre personal) Es necesario recuperar los mecanismos internos desbordados	Agente *externo* (Agente físico —frío/calor, agua, etc.— o sobrenatural) El *mal* como personificación de la enfermedad que ha penetrado y hay que expulsar
Inicio	En la *mente*	En el *cuerpo* (*enfermarse*)
Modelo cultural	Problemas biológicos Problemas personales o de relación	Problemas biológicos (temperatura, alimentos). Problemas de relación (envidia). Transgresión de normas familiares o comunitarias Proceso terapéutico como respuesta a la necesidad de restaurar los equilibrios rotos

La expresión de las emociones, congruentemente con esto, tenderá a ser integral: con el cuerpo en su conjunto. Los fenómenos de cansancio crónico, algias múltiples o los trastornos disociativos o conversivos (especialmente las seudocrisis, convulsiones y pérdidas de conciencia, etc.) siguen teniendo una importancia enorme como formas adecuadas socialmente de expresión del distrés. No debe

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

interpretarse, desde una mirada *etic*, como una falta de recursos emocionales, una falta de mecanismos maduros de afrontamiento o la existencia de una alta prevalencia de personalidades «histéricas», sino como una expresión adecuada al medio de simbolizar las aflicciones con el cuerpo. Es la cultura occidental la que ha «cognitivizado» el enfermar humano.

La memoria corporal del sufrimiento: *llakis, iquyaska*

Kimberly Theidon muestra en su brillante análisis antropológico del concepto de *llakis* en el altiplano andino (Theidon, 2004a) que sirve de guía a esta sección cómo la sociedad andina (como las indígenas en general) tiene una *memoria corporal del sufrimiento*, entendido éste en un modo integral (fruto de la violencia, la pobreza o la soledad). Esta y otras categorías andinas del malestar, *siempre expresadas a través del cuerpo*, traducen generalmente, en el marco de sociedades de base comunitaria, trastornos en las relaciones sociales. Son males con un fuerte componente religioso. Separar las esferas de la experiencia en categorías (Tierra-ser humano; fuerzas espirituales-concepciones seculares; mente-cuerpo) significa colocar ante los ojos una barrera que impide la comprensión del sufrir (psicológico, le llamaría un occidental) andino. Entender esto como *somatización* y añadirle las connotaciones que de ello tiene la psiquiatría académica es, además de falaz, injusto.

Para el DSM-IV, la *somatización* implica la expresión corporal de un trastorno mental, se enmarca en la misma esfera de lo disociativo y lo conversivo, como formas de expresión del distrés que aparecerían como equivalentes ante la escasa capacidad de elaborar y enfrentar la realidad de la persona. Esta idea debe ponerse en tela de juicio en el marco de culturas, como la alto andina, que consideran inadecuada y socialmente sancionada la expresión verbal de emociones negativas por su potencial de enfermar a la persona y a quienes escuchan, y que entiende el cuerpo como un espacio de *memoria viviente del dolor*, en el que las sucesivas aflicciones van *penetrando* en la persona y permaneciendo en ella. Hablar de dolores corporales asociados a la pobreza, la soledad, las muertes por violencia u otros es el modo *correcto, adaptado y normal* de hacer recuento del dolor individual, familiar y social.

El *corazón* aparece como el órgano más importante alrededor del que giran el cuerpo y la mente. Los *llakis*, pensamientos dolorosos que consumen a la persona hasta agotarla y producirle la muerte, pasan una y otra vez por el corazón, debilitándolo. Cuando el corazón se inunda de *llakis*, «el cuerpo se tapa». La expresión: *¿cómo está tu corazón?* del mundo indígena, equivalente al *¿cómo estás?* occiden-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

tal, no es, pues, una pregunta retórica. El corazón puede estar *irritado*, y la *irritación del corazón* es también un mal en sí mismo.

Theidon (ibid pág. 66) (Theidon, 2004a) recoge el testimonio de doña Felicitas Figueroa. Ella y sus hijos vieron la muerte del padre (descuartizado), tomado por senderista por otras personas de la comunidad. «Vieron cómo mataban a su papá. Entonces desde ese tiempo se encontraban como en un sueño [*muspaypi qina*] y se ponían a llorar. Se enfermaban mucho y [murieron mis tres hijos] poco a poco de los *llakis*. […] Se volvieron enfermizos y se murieron. Se volvieron locos. Dios los recogió para que ya no sufran más». Los *llakis* son pensamientos que interrogan por qué, recuerdos que no salen del corazón que vuelven una y otra vez y se apoderan del cuerpo, y si no se logra sacarlos, la persona irá languideciendo y morirá.

En contra de lo que pudiera parecer, el mutismo de la población quechua, tal como ocurre entre la población maya o la tzeltal, esconde en realidad un pensamiento lleno de tiempo, en rumiación constante. Múltiples palabras aluden en las lenguas originarias a la *pensadera*, a la imposibilidad de dejar de pensar y al peso de la memoria y el recuerdo.

Las *emociones negativas* (tristeza, rabia, angustia, etc.) se consideran *enfermedades en sí mismas*, y como tal son tratadas. Cuando la pena es máxima la persona siente *iquyaska* (debilidad), una sensación de agotamiento profundo. Entonces el cuerpo empieza a claudicar («Hemos llorado tanto que hemos perdido la vista por *iquyaska*»; Jiménez et al., 2006). Mientras en el puesto de salud el *iquyaska* es visto como síntoma de la anemia crónica, la desnutrición y la altura, para los comuneros, acostumbrados a vivir en condiciones físicas duras y con poca alimentación, el *iquyaska* es la fatiga que provoca el sufrimiento. En el mismo sentido se expresa: «Me he muerto dos veces por el dolor» o «Estuve muerta durante más de una hora», indicando pérdidas de conciencia temporal que la cultura quechua entiende como estados de *muerte transitoria* y que una lectura académica reinterpretaría como estados disociativos. En la misma línea la expresión *muspaypi quina* (vivir como en un sueño; volverse loco) que usan muchas personas para referirse a los años del desplazamiento, de la violencia, cuando la realidad era incomprensible, irreal, fuera de los parámetros normales de análisis. Se vivía «como en un sueño», y esto se asocia a dolores de espalda, de cabeza, dolores de matriz o consumos desmesurados de alcohol, sobre todo por la noche, «para poder dormir» (Theidon, 2004b).

En las zonas del altiplano boliviano y en las comunidades quechua-hablantes de Perú o el norte andino de Argentina hay una actitud socialmente normada de des-

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

confianza, propia de sociedades pequeñas rurales y exacerbada por la dureza del medio, las condiciones extremas de vida y el aprendizaje de siglos de maltrato y expolio por quienes sucesivamente han ido llegando a las zonas. Una queja habitual de las personas de ONG que trabajan en zonas andinas es que la gente «miente», «engaña». En realidad no se trata de mentiras, sino de formas estratégicas de comunicación en contextos crónicamente adversos. Una respuesta de rechazo y desconfianza, de mutismo o las respuestas abiertamente evasivas o de engaño estudiado hacia quien pregunta (aunque sea el médico o el maestro) responde a una actitud que busca la autoprotección y que, como decimos, es, en muchos lugares, la respuesta social normada.

La cultura quechua sanciona asimismo gravemente la expresión de emociones frente a la adversidad, considerando que dichas actitudes debilitan a la persona y a quienes escuchan el relato y porque el relato puede ofender a la tierra, la *pachamama*. El silencio, por tanto, no es signo de carencia de capacidad de expresión, sino de respuesta adecuada al duro contexto social y comunitario.

El concepto de muerte y pérdida

El concepto de muerte es, asimismo, sustancialmente diferente. La tabla 4 sintetiza algunas de las principales diferencias entre la visión occidental y la visión indígena de la muerte (Pérez-Sales, 2005; Pérez-Sales et al., 2000).

Desde esta óptica los procesos de duelo tienen una lectura de transición en el rol de los vivos. Ello no significa que la pena sea menor, sino que el conjunto de significados atribuidos cambia.

Evangelismo y cultura andina

Cabe señalar, por último, como gran parte de la cultura andina (como está ocurriendo también en zonas de selva colombiana, en áreas urbanas y rurales de Ecuador o Bolivia), que la religión católica está siendo desplazada de modo masivo por cultos de carácter evangélico. Gran parte de la inmigración participa de cultos pentecostales, iglesias adventistas o de los testigos de Jehová. El debate sobre por qué este cambio está abierto y es difícil encontrar un consenso. En un extremo hay quienes lo ven como un síntoma de la descomposición cultural y la penetración norteamericana. Desde otra lectura, y en zonas en que la iglesia católica ha tenido presencia muy escasa o su rol ha sido ambivalente, y donde se percibe una agudización de los problemas sociales (consumo de alcohol, violencia de género, *maras*

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Tabla 4. Diferencias entre las visiones occidental y andina de la muerte

Sociedad española	Sociedad andina tradicional
– La persona está muerta o viva	– Se aceptan numerosos estadios de transición durante los cuales el fallecido aún está presente. Hay muchas *gradaciones* de la muerte y ritos de pago a ancestros – En consecuencia hay vías de comunicación con quien está en estos estadios de transición
– El ritual funerario como transición *para la persona que queda* y ante la comunidad	– Transición para la persona que muere. Toda la colectividad debe apoyar *al finado* en el momento más difícil de su vida
– El funeral es un acto privado – Se acepta y en ocasiones estimula la expresión pública de llanto	– El funeral es un acto social y comunitario (a) de apoyo al fallecido en su transición (b) de reajuste comunitario – Se inhibe la expresión social del dolor
– La muerte es un problema sanitario. Se encarga el hospital primero, y la funeraria después, de manejar todo lo referente a los restos	– La muerte es un tema familiar y de la comunidad («nuestros muertos»)
– Tendencia a conceptualizarlo como incapacidad médica (incapacidad para prolongar más la vida): no es rara la búsqueda de culpables. Sentimientos de rabia proyectada	– Tendencia a conceptualizarlo como provocado por otros (a través de influjo, mal, etc.) y a consultar para conseguir conocer al responsable. Sentimientos de rabia proyectada

y otras formas de violencia juvenil, pérdida de respeto a ancianos, etc.), los cultos evangélicos se han postrado como formas de religiosidad popular que han abordado estos problemas con dureza, permitiendo reestructurar comunidades que se percibían como viviendo en el caos. Allí donde el Estado no llega o llega sin impartir justicia ni actuar como referente ético, los cultos evangélicos han ofrecido una moral rígida y sin concesiones, que recuerda mucho al control social que típicamente ejercía la comunidad andina sobre sus miembros cuando funcionaban las estructuras sociales y las formas de organización social y comunitaria, y que quizá por ello ha atraído cada vez a más y más gente hacia ellas.

Inmigración: nuevos patrones de respuesta familiar. El caso ecuatoriano

La inmigración latina ha conllevado un tercer fenómeno que queremos destacar. La existencia de familias *divididas*. El caso ecuatoriano es el numéricamente más

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

abundante. En la actualidad las remesas de emigrantes constituyen la segunda fuente de ingresos de Ecuador, un país por otra parte con potencial de recursos naturales e industriales susceptible de mayores cotas de desarrollo. En un estudio realizado en Guayaquil sobre razones para la emigración a España mostraba que el 56% lo hacía para «buscar trabajo», el 20% para «mejorar los ingresos», el 10% siguiendo a otro miembro de la familia. El proyecto migratorio ecuatoriano es, generalmente, un proyecto *familiar*. El conjunto de la familia decide mandar a uno o más de sus miembros (generalmente una mujer joven o una pareja joven) durante un período transitorio (de 2 a 10 años) con el fin de proveer de recursos al resto de la familia para aumentar su nivel global de vida (pagar estudios a los hijos, acceder a una vivienda en propiedad o poder adquirir algún tipo de negocio a la vuelta). Resulta, por tanto, frecuente, que la persona que migra lo haga dejando «al cargo» del resto de la familia a niños (en ocasiones incluso menores de 3 años) o dejando a la pareja en la confianza del retorno. Las políticas de reagrupación familiar han hecho que muchas de estas personas que vinieron solas hayan ido progresivamente «trayendo» a otros miembros de la familia, inicialmente jóvenes adultos en edad de trabajar y también con proyectos migratorios transitorios.

En un estudio sobre desestructuración familiar y migración en familias ecuatorianas mostraba cómo de los menores de edad cuyos padres salían del país el 41,7% quedó bajo la responsabilidad de sus abuelos, el 30,6% bajo la tutela de la madre y el 8% sólo del padre; el 19,7% restante con otros parientes como tíos, hermanos e inclusive personas sin parentesco consanguíneo y/o jurídico (Maldonado, 2003). Esto significa, además de la necesidad de *entender* la separación, la aparición de nuevas reglas familiares, nuevas adaptaciones y normas. En un estudio cualitativo sobre psicopatología adolescente en jóvenes ecuatorianos hijos de padres emigrados, se citan las reacciones que recoge el cuadro anexo (Boloña et al., 2006) (fig. 3).

En otras ocasiones los niños viajan con alguno o con ambos padres, o son «enviados» en edad adolescente cuando éstos han logrado una cierta estabilidad económica. El perfil de problemas detectados coincide en buena medida con la del estudio realizado en Guayaquil, con dificultades añadidas. Mientras allá quienes quedaron como familia de referencia pueden hacer la función de soporte y transmisión de seguridad para lograr la transición de rol, en España se trata con frecuencia de padres con dobles jornadas laborales, que apenas comparten tiempo con los hijos, quienes, fuera del horario escolar, quedan al cargo de vecinos o simplemente en la calle. Las dificultades, por tanto, son mayores.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Figura 3. Reacciones en jóvenes ecuatorianos hijos de padres emigrados (Boloña, et. al, 2006)

a. Miedo y ansiedad, alteraciones vegetativas y/o somáticas
b. Autorrecriminaciones y actitud defensiva en la vida
c. Baja autoestima, inseguridad, sensación de ser rechazado y haber sido abandonado
d. Rabia e irritabilidad
e. Proceso de duelo complejo. Aumento del número de tentativas suicidas
f. Baja tolerancia a la crítica. Rechazo a las normas e impulsividad
g. Sensación de ser diferente a sus coetáneos; vergüenza y aislamiento social
h. Bajo rendimiento académico y/o deserción escolar
i. Falta de adaptación a la realidad; ambivalencia y desconfianza
j. Consumo de sustancias psicoactivas, conductas violentas y/o de grupo

«Cuando mi madre se fue, mi hermano no se acordaba de ella, cuando se fue quedó pequeño, cuando volvió ya no era tan apegado a mi madre como sí lo era a nosotros y a mi padre, sentía mi madre el rechazo del pequeño, se desapegó porque estuvo separado cuatro años de ella. […] Es el precio que se paga por venirse.» (Verónica, 19 años [Cedeño, 2005]).

«Cuando regresé yo […] especialmente en el último, el más pequeño […] sólo se acercaba a nosotros un poco por interés digamos, ya cuando le daba algo, pagándole algo, se acercaba, pero ya de así el cariño como es no […] estuvo ya más encariñado con la persona con la que se quedó [que no era de la familia]» (Carmen, 45 años [Allgaüer-Hackl, 2005]).

«Tan pronto como su padre se fue, los chicos quedaron con un tremendo dolor en el corazón; no dormían, no comían; no salían de la cama y se negaban a ir a la escuela. Al principio tenían pena, luego ésta se convirtió en ira, éstos son los nervios (Allgaüer-Hackl, 2005)».

Existen escasos estudios sobre el impacto de las «dobles familias», a uno y otro lado del océano. La fragmentación familiar resultante y las múltiples situaciones que conlleva constituyen probablemente el mayor reto desde el punto de vista de salud mental de la inmigración ecuatoriana en España.

REFLEXIONES FINALES: INMIGRACIÓN, DE LA VULNERABILIDAD A LA RESISTENCIA

No puede considerarse al inmigrante como un ser frágil y vulnerable, cuya condición va a requerir *per se* un tratamiento psicológico en centros especializados.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Probablemente se ajuste más a la realidad verlos como un grupo de personas, por lo general jóvenes y resistentes, que en algunos casos tuvieron que huir de situaciones de violencia y buscar refugio, aunque vienen de contextos en que el uso social de la violencia no es inhabitual (Colombia, Perú), y que en otros desarrollaron proyectos migratorios de carácter económico (Ecuador, Bolivia) y por tanto están, de algún modo, motivados a lograr su propósito como sea, porque de ello depende el pago de las deudas que dejaron, su orgullo personal, el futuro prometido, la suerte de sus familiares, etc. En el caso de los inmigrantes con estatuto de residente, a diferencia de los refugiados o de los inmigrantes *sin papeles*, la mayoría de autores coinciden en pasar de un modelo de vulnerabilidad a uno de adaptación y resistencia y de una visión asistencialista o psicologicista a esquemas de apoyo instrumental práctico y de potenciación de las fortalezas individuales y colectivas. Esto, unido al miedo a la expulsión y al estigma asociado de los colectivos más vulnerables, quizás explique por qué la mayoría de centros de atención psicológica a inmigrantes tienen muchos problemas para encontrar pacientes, por qué hay una infrarrepresentación de los mismos en los datos estadísticos y de utilización de servicios que presentábamos al inicio. Junto a ello, la hipótesis del sentido común; el inmigrante reproduce, inicialmente, los patrones de uso de servicios del país de origen. En ninguno de ellos existen sistemas gratuitos de atención primaria de salud. El Estado sólo brinda atención de urgencias y atención gratuita a indigentes. El resto queda en manos de seguros privados. No es de extrañar que ésta sea, en los 2 años iniciales, el patrón de uso de los inmigrantes latinoamericanos.

Las nuevas entidades sindrómicas propuestas basadas en modelos de duelo múltiple, aunque tienen el innegable valor de llamar la atención de las administraciones y la sociedad en general hacia el sufrimiento de algunos grupos de inmigrantes, corren el riesgo de ofrecer una visión patologizante del fenómeno migratorio. En este sentido, cabe postular un proceso de *negociación de miradas*. ¿Cómo se percibe el otro? ¿Qué le trae al dispositivo? ¿Tener una historia traumática es estar traumatizado?

Quizá cuando estamos ante narrativas de alguien que percibe su identidad como la de alguien que está en el *camino*, en el *proceso* dentro de ese proyecto migratorio, forzar una narrativa de reflexión y recreación en el sufrimiento que no viene, necesariamente, desde el otro sino desde nuestras propias concepciones del otro como víctima, puede tener un efecto victimizante, contrario al buscado. Cabe en este sentido preguntarse si la migración es una enfermedad, si el estrés aculturativo o el duelo cultural son enfermedades (Eisenbruch, 1991). Si el otro se

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

percibe a sí mismo como «enfermo» y en qué posición se le coloca por parte de quien le atiende.

En este sentido, las demandas instrumentales deberían generar respuestas instrumentales y la mirada al proceso, esencialmente psicosocial y comunitaria.

Factores premigratorios frente a factores posmigratorios

Cabe en este sentido recordar en este punto el ya clásico estudio de Silove et al. de seguimiento longitudinal de personas solicitantes de asilo político en Australia, en el que se observa cómo en análisis de regresión múltiple, las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, la percepción de rechazo, el aislamiento o el desempleo son mejores predictores de síntomas postraumáticos, de ajuste y de duelo que las mismas experiencias de detención o tortura previas a la solicitud de asilo (Silove et al., 1997; Silove et al., 2000). La realidad posmigratoria española viene marcada, en este sentido, por algunos elementos muy relevantes:

- Menor nivel educativo que la población nativa.
- Débil agrupación familiar.
- Precariedad laboral.
- Condiciones de vivienda, hacinamiento, derecho a la intimidad.
- Cierto aislamiento social.
- Estigmatización social.
- Irregularidad administrativa y legal.
- Temores a la detención, expulsión o traslado al país de origen (sin papeles).
- Desinformación sobre sus derechos.
- Negación de estatus de asilo y refugio y negación de la identidad social y política.

Resulta por tanto lógico que el reclamo de la mayoría de personas que acuden a los dispositivos de salud tenga que ver con la mitigación de estos factores, que son en definitiva los que explican los síntomas de ansiedad, depresión o somatización que presentan. Ser capaces de atender a esta demanda desde una mirada social y comprensiva, que no vea estos factores como responsabilidad de las áreas de trabajo social sino como parte de la respuesta integral al sufrimiento humano es, probablemente, el mayor reto que presentan, hoy por hoy, en el campo de la salud mental, los inmigrantes procedentes de zona andina.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Servicios culturalmente competentes para personas procedentes de estas zonas deberán tener en cuenta, entre otros factores, el impacto de las experiencias traumáticas y la violencia política, el decisivo rol de la cultura y las formas de expresión somática del distrés emocional y los nuevos patrones de estructura familiar y las complejas consecuencias que conllevan en términos de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Allgaüer-Hackl H. Las repercusiones de la emigración en la familia ecuatoriana y las perspectivas. En: VVAA. Migración, discriminación y derechos humanos. Bogotá: Antropos; 2005.

Alonso J, Angermeyer MC, Lépine JP. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. Acta Psychiatr Scand. 2004a;109(S420):5-7.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004b;109:21-7.

Barro S, Saus M, Barro A, Fons M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria. 2004;34(9):106.

Boloña RM, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006;25(2):149-66.

Cedeño M. La situación de los inmigrantes ecuatorianos residentes en Sevilla (España). En: VVAA. Migración, discriminación y derechos humanos. Bogotá: Antropos; 2005.

Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. Humanitas. 2007;13:1-25.

Eisenbruch M. From Post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of southeast asian refugees. Soc Sci Med. 1991;33(6):673-80.

El escándalo de la 'parapolítica' en Colombia. Madrid: El País; 20-02-2007.

Garcia M, Poyo F. Inespecificidad en el diagnóstico psiquiátrico en la atención a población inmigrante. INTERPSIQUIS; 2006.

Gotor L, Gonzalez C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39:560-8.

Informe Anual del Sistema Nacional de la Salud 2005. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2006.

Inglehart R, Basañez M, Diez-Medrano J, Halman L, Luijk R, editors. Human Beliefs and Values. A cross-cultural sourcebook base on the 1999-2002 values surveys. México: Siglo XXI editores; 2004.

Jiménez D, Sánchez S, Zazo J, Arias F, Soto A. Ingresos de inmigrantes en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. An Psiquiatr. 2006;22(3):111-5.

Maldonado N. Situación familiar de los hijos de emigrantes que asisten a la escuela «Alonso de Mercadillo» de la ciudad de Loja en el año 2002. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2003.

Matamala P, Crespo A. Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario. INTERPSIQUIS; 2004.

Edited by Foxit PDF Editor
Copyright (c) by Foxit Software Company, 2003 - 2009
For Evaluation Only.

Médicos sin Fronteras. Vivir con miedo. El ciclo de la violencia en Colombia. Bogotá/Amsterdam: Médicos sin Fronteras; 2006.

Mesa nacional sobre desplazamiento - SEPIA. Balance del proceso de desplazamiento por violencia política en Perú. Amérique Latine Histoire et Mémoire. 2002;5.

Mollica R. Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva. En: Pérez-Sales P. Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Madrid: Ed. ExLibris; 1999.

Ochoa E, Vicente N, Moreno H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: demanda en un centro de salud mental y hospitalización. Psiquiatria.com 2004;8(3).

Pérez Sales P. Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Bilbao: Desclee de Brower; 2005.

Pérez-Sales P, Bacic R, Duran T. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica. Santiago de Chile: Ed Lom; 2000.

Pérez-Sales P. Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclee de Brower; 2006.

Presidencia de la República de Colombia. PNUD. Informe 2003. Bogotá.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El conflicto, callejón con salida: informe nacional de desarrollo humano para Colombia, 2003. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2003.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2000. Madrid: MundiPrensa; 2000.

Quintero J, Clavel M. Emigrantes, inmigrantes y estrés. Interpsiquis; 2005.

Sancho C, Lliteras M, Vázquez MD, Del Agua E. Estudio de prevalencia en población inmigrante. An Psiquiatr. 2006;22(2):67-71.

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manica-Vasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry. 1997;170:351-7.

Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. JAMA. 2000;284:604-11.

Swinnen S, Selten JP. Mood disorders and migration. Br J Psych. 2007;190(1):1906-10.

Theidon K. Hemos aprendido a tomar. En: Theidon K, editor. Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.

Theidon K. Los males del campo: epistemologías corporales. En: Theidon K, editor. Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.

Vacaflores V. Migración interna en Bolivia: causas y consecuencias. La Paz: Plural Editores; 2004.

Vivanco E, Hernández S, Rodríguez MT, Villarde ML, García O, Cobos Ana M. Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados? Rev Norte Salud Ment. 2006;23:63-74.