



La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes¹

Miguel Marset*

Psiquiatra de la Fundación Phénix para el tratamiento de las adicciones de Ginebra.
Jefe Clínico en el Departamento de Psiquiatría del Adolescente
de la Universidad de Ginebra

*«En lo puro no hay futuro. La pureza está en la mezcla.
En la mezcla de lo puro, que antes que puro fue mezcla»
(Pau Donés)*

Resumen

La emigración aparece en la vida de una persona como una situación susceptible de generar trastornos psiquiátricos. Pero emigración no es sinónimo de patología mental. La emigración representa, eso sí, un estado de fragilidad psicológica, fuente de estrés susceptible de provocar desequilibrios psicológicos o conflicto social.

Las segundas generaciones de emigrantes que son los hijos de los que abandonaron el país de origen encuentran de una manera específica dificultades de integración debido a la imposibilidad de identificarse completamente a los valores culturales de un país ya sea el de origen o el de acogida. Este integra aspectos parciales de las dos.

La actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones sobretodo si este proceso amenaza su integridad física y/o psicológica. Desde esta perspectiva distinguimos dos tipos de actitudes que el emigrante puede adoptar como trastorno adaptativo frente a la situación de stress que puede representar la emigración para él y para su familia: la sobre-integración en el país de acogida y la sobre-identificación a los valores de la cultura de origen.

Las segundas generaciones de emigrantes se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración de las dos identidades a través de los medios de socialización natural que influyen en su educación y en el desarrollo de su personalidad: la familia, la escuela y la sociedad. La interacción entre las mismas va a favorecer el desarrollo de una identidad integrada o va a ser fuente de estrés que desemboque en conflicto social y/o en enfermedad mental, cualquiera que sean sus manifestaciones.

Se propone un enfoque transcultural a la hora de abordar la enfermedad mental del emigrante de segunda generación tanto desde su comprensión como desde la intervención psiquiátrica y

¹ Texto basado en la conferencia pronunciada en el marco de la Reunión Internacional Multidisciplinar sobre "Psiquiatría, sociedad y cultura" organizado por el Servicio de psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid el 9 de junio de 2006.

* Los casos clínicos son reales y forman parte de nuestra actividad clínica en psiquiatría y psicoterapia.



psicoterapéutica con el fin de mejorar su proceso de integración en el país de acogida sin necesidad de que esto signifique una ruptura con su cultura de origen.

Palabras Clave: emigración, segundas generaciones, salud mental, transculturalidad.

Summary

The emigration is a situation in the life of a person susceptible to generate psychiatric disorders. But emigration is not synonymous of mental pathology. The emigration may presents of psychological fragility, source of stress what to cause psychological or social conflict.

The second generations of emigrants who are the children of whom they left the origin country find of a specific way difficulties of integration due to the impossibility to completely identify to the cultural values of a country or the one of origin or the one of welcome. This going to integrate the partial aspects of the both.

The attitude that the emigrant adopts before his new situation will to have effects on the mental health of the second generations overcoat if this process threatens its physical and/or psychological integrity. From this perspective we distinguished two types of attitudes that the emigrant can adopt like adaptive disturbance front to the situation of stress that may present the emigration for him and for his family: on-integration in the country of welcome and the on-identification to the values of the origin culture.

The second generations of emigrants are psychologically vulnerable in the process of integration of the two identities through the means of natural socialization that influence in their education and the development of their personality: the family, the school and the society. The interaction between the same ones is going to favour the development of an integrated identity or is going to be stress source to result in a social conflict and/or mental disease, whatever they are his manifestations.

We suggest a transcultural approach for approaching the mental disease of the emigrant of second generation for understanding as from the psychiatric and psychotherapics intervention and to improve his process of integration in the welcome country of which this means a rupture with his culture of origin.

Key Words: emigration, second generations, mental health, transcultural.

La emigración aparece en la vida de una persona como una situación susceptible de generar trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la emigración no es sinónimo de patología mental. La emigración representa un estado de fragilidad psicológica, una fuente de estrés que puede desencadenar desequilibrios psicológicos o conflicto social. Otros muchos factores influyen la aparición de enfermedades mentales asociadas a la emigración además del hecho migratorio en sí mismo. Podemos destacar: el origen y el tipo de emigración (voluntaria o

forzada, individual o en grupo); el grado de ruptura o de pérdida (material, afectiva o de identidad) en relación a los valores culturales y a las tradiciones del país de origen y a los del de acogida: idioma, religión; condiciones de vida; cumplimiento de las expectativas que motivan la emigración; estructura psíquica del emigrante en su capacidad de adaptación a la nueva situación; funcionamiento del grupo o de la familia que emigra y traumatismos psíquicos previos o concomitantes a la emigración.



No todos los emigrantes muestran esta fragilidad psicológica. Algunos pueden desarrollar mecanismos de defensa válidos para adaptarse a cualquier situación que se presente en el medio de acogida o en relación al proyecto inicial de emigración. Por otro lado, es evidente que la emigración puede significar el encuentro con una situación mejor, deseada, la cual puede ayudar a madurar y a avanzar en los objetivos fijados en la vida por el emigrante y su familia.

Emigrante y emigración

Un **emigrante** es un sujeto que trasfiere el lugar de su vida activa a un país diferente de su país de origen, desarrollando las actividades propias de la vida cotidiana, ya sea por una elección deliberada, por razones económicas o coyunturales, u obligados por las dificultades inherentes a acontecimientos políticos. Desde esta perspectiva, existen varios tipos de emigración:

1. **Económica.** El proyecto migratorio se inscribe en la búsqueda de un proyecto de vida mejor con la posibilidad de retorno al país de origen. El retorno forma parte de la propia emigración. Existe un subtipo que son los trabajadores extranjeros temporeros, los cuales trabajan un tiempo para volver al país, sin pretender establecer raíces en este.
2. **Política.** Se ven forzados a vivir fuera de su país de origen, ya sea contra su voluntad (desplazados) en el caso de una guerra, o los refugiados, que abandonan el país de origen por una decisión personal, ya sea por razones ideológicas, políticas o confesionales.

Migración interna. Desplazamiento en el interior de un mismo país de manera temporal o definitiva: emigración del campo a la ciudad; de zonas rurales a zonas industriales; del centro a los extrarradios de las ciudades. En nuestro medio observamos los **funcionarios internacionales**, que es una población móvil y heterogénea sometida a un cierto desarraigo en la sociedad de acogida,

ya que tienen que integrarse en esta, trabajando en la comunidad internacional que representa un núcleo social en sí mismo. Muchos tienen como referencia cultural y profesional su propio país de origen. En este grupo, los trabajadores de organizaciones humanitarias constituyen un grupo específico, ya que suelen trabajar en misiones por todo el mundo, en países en conflicto, estableciendo un cierto decalaje, afectivo y cultural, con sus propias familias que viven en un contexto muy diferente.

Destacamos el impacto de la emigración sobre las **segundas generaciones de emigrantes**, que son los hijos de los que abandonaron el país de origen, tanto si viven en el país de acogida como si quedaron en el país de origen al cuidado de la familia del emigrante. Estos encuentran, de una manera específica, dificultades de integración debido a la imposibilidad de identificarse completamente a los valores culturales de uno u otro país. El emigrante de segunda generación no tiene más remedio que integrar aspectos parciales de ambos. La actitud del individuo hacia su emigración influirá, sin duda, en las segundas generaciones, tanto en su integración social como en su salud mental.

Epidemiología

Nunca ha sido probado que el aumento de la frecuencia de los trastornos psiquiátricos encontrados en las poblaciones de emigrantes sean debidos al estrés concomitante a la emigración o a una patología pré-existente. Se sabe que, en poblaciones cuya dificultad de adaptación ya era difícil en el país de origen, siguen teniendo dificultades en el de acogida, con más probabilidad de desarrollar enfermedad mental.

El hecho migratorio fragiliza psicológicamente al individuo o al grupo que emigra, pero no determina el desarrollo de enfermedad mental. La cantidad de población de una misma comunidad o cultura que emigra es importante



ya que, los desplazamientos de un gran número de individuos que emigran juntos, constituye un factor protector en las primeras generaciones (Murphy, 1965). Por ejemplo, los franceses que emigraron al Québec tenían un bajo índice de enfermedad mental, a diferencia de la minoría francesa de Ontario (Malzberg, 1964).

Un estudio llevado a cabo en un servicio de interconsulta con la policlínica de medicina en el Hospital Universitario de Ginebra (n=230) mostró que el 73% de los pacientes examinados eran emigrantes, sobretodo de tipo económico (75%). Los trastornos del estado de ánimo aparecían en una proporción similar entre emigrantes económicos (37%), políticos (34%) y la población autóctona (37%). Los trastornos de ansiedad con o sin trastorno del estado de ánimo eran más frecuentes en los emigrantes políticos (32%). Los trastornos psicóticos, así como los trastornos somatoformes, no son frecuentes pero tienen una prevalencia superior en los emigrantes políticos (14,6%) y en los económicos (14%) respectivamente. Los factores de estrés psicosociales más frecuentes en la emigración económica están en relación con los derivados de la enfermedad somática, ya sea por la demanda de rentas de invalidez, o por la participación psíquica en el desarrollo de trastornos somáticos. Cabe resaltar, en este estudio, que los datos correspondientes a las segundas generaciones no fueron tenidos en cuenta porque el número de casos examinados (7%) no fue relevante (Marsset y cols., 1996). Otro estudio realizado en una consulta ambulatoria de psiquiatría general en la Universidad de Lausanne (n=1307) mostró que el 25% de los pacientes examinados eran emigrantes. Los trastornos psicóticos fueron similares en la población de emigrantes (21%) y en la autóctona (20%). Por otro lado, la prevalencia de trastornos de ansiedad (7% y 11%) y del estado de ánimo (14% y 20%) fueron ligeramente inferiores en la población emigrante y los trastornos adictivos de manera más marcada, 30% y 40% (Besson y cols. 1995).

Emigración y transculturalidad

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre las poblaciones de emigrantes buscan los puntos comunes entre las enfermedades mentales para responder a exigencias metodológicas pero la percepción de los sujetos sobre su identidad étnica rara vez es tomada en consideración. Además, a medida que se mezclan diferentes culturas en un estudio sobre prevalencia o incidencia de una enfermedad mental en emigrantes, los problemas metodológicos se multiplican ya que no se pueden comparar sujetos sin evaluar hasta qué punto conservan sus estilos de vida tradicionales o se han adaptado al modo de vida del país de acogida. Por otro lado, debemos saber si cuando describimos una enfermedad mental en emigrantes de diferentes culturas estamos hablando de la misma enfermedad expresada de manera diferente o de patologías distintas. Sería necesario mejorar la calidad de estos estudios epidemiológicos a través, de investigaciones comparativas transculturales que nos den referencias válidas y un mejor conocimiento de la cultura, de la normalidad y de la enfermedad (Sartorius, 1987). Desde esta perspectiva es necesario que en el trabajo psiquiátrico o de psicoterapia que realizamos con estas poblaciones darles la dimensión transcultural que requieren. Saber cuales son los patrones de expresión de los síntomas y los modos de representación de la enfermedad mental en las diferentes culturas y los rituales terapéuticos que con frecuencia van asociados. Así, el modo de expresión de una depresión, el contenido de un delirio, los patrones de éxito o fracaso social, la expresión de la autoridad, el ejercicio de valores como la igualdad y la libertad o los consumos de sustancias psicoactivas, son aspectos esenciales a tener en cuenta en toda aproximación psicosocial o terapéutica al emigrante, ya que pueden tener expresiones características y diferenciadas de nuestros modelos socio-culturales. Por consiguiente, solo partiendo de un modelo etnopsiquiátrico que tenga en cuenta los valores de la cultura a la que pertenece el emi-



grante enfermo, estaremos ofreciéndole una alternativa terapéutica adecuada.

Rita tiene 35 años, africana, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, a la que seguimos en tratamiento ambulatorio, sale de su impas terapéutico aceptando nuestro tratamiento de risperidona, tras aceptar nosotros como parte integrante del mismo, una consulta semanal que ella ha organizado con un hechicero perteneciente a su etnia. Este, no pone ninguna objeción al tratamiento farmacológico de la paciente, reforzando su adhesión al tratamiento y alcanzando su estabilidad clínica.

Del mismo modo es muy importante no descuidar estos aspectos transculturales en el tratamiento de las segundas generaciones ya que el decalage cultural se manifiesta de una manera más escindida en el desarrollo de un posible conflicto de identidad. El no acercarnos a la cultura de origen podría significar acentuar este “clivage identitario” y acrecentar el conflicto relacional con la primera generación.

Emigración y salud mental

El desafío que representa el hecho migratorio para el emigrante y su familia implica la puesta en evidencia de un equilibrio homeostático frágil que el emigrante tiene que mantener entre la adaptación a los nuevos valores, costumbres y roles sociales y la conservación del vínculo con la cultura de origen. Este fenómeno se presenta en la segunda generación de manera mucho más acentuada ya que este va a ver su proceso de identificación inicialmente escindido entre la cultura de origen transmitido por su familia y la de acogida, transmitidos por dos sistemas de socialización tan importantes como la educación escolar y las relaciones sociales en el país de acogida. La actitud de la población general y de las instituciones en sus políticas de integración será muy importante en relación a la facilidad de identificación a los valores del país de acogida: empleo, educación, vivienda, sanidad, valores democráticos, religiosos...

Ya hemos dicho que una fuerte identificación a unos valores culturales protege contra la enfermedad mental pero, en las segundas generaciones la identificación cultural no puede establecerse en una sola dirección. Si a pesar de todo, esto ocurre, es muy probable que aparezcan conflictos de lealtad en uno u otro sentido, pudiéndose traducir en la adopción de conductas marginales o en el desarrollo de enfermedades mentales. Las segundas generaciones pueden identificarse a aspectos parciales de ambas culturas intentando hacer unas y otras, ideológica y éticamente, compatibles en el contexto de la construcción de su propia escala de valores.

Maria tiene 15 años y es de origen español. El Servicio de Protección de la Juventud ha quitado a sus padres, provisionalmente, su custodia por malos tratos, denunciados por ella misma. Es enviada a un centro de acogida, separándola así del núcleo familiar. El conflicto se acrecienta con actitudes “en simetría” de parte de los padres, de la institución pública y del terapeuta que la apoya activamente posicionándose a favor de la retirada de la custodia. En este contexto, la paciente nos es transferida para evaluación y tratamiento psiquiátrico de la unidad de cuidados intensivos por tentativa de suicidio. Un enfoque etnopsiquiátrico breve a través de la intervención de un terapeuta natural de su país de origen consigue restablecer la comunicación entre los interesados. El padre puede expresar su dificultad para establecer los valores de autoridad y respeto integrados y transmitidos desde su cultura de origen. También puede verbalizar la angustia de perder el cariño de su hija. La hija ha podido expresar sus dificultades de vivir afectivamente fuera del núcleo familiar y la angustia inherente al conflicto de lealtad entre los valores transmitidos por su padre y los aprendidos en las relaciones sociales en Suiza. La paciente entiende su “paso al acto” como la expresión del deseo de ser escuchada en sus anhelos y elecciones en relación a su presente y a su futuro en un sistema familiar e institucional caracterizado, hasta ese momento, por la ausencia de comunicación.



La partida y el regreso son dos caras de la misma moneda en la vida de un emigrante. La partida en la necesidad de encontrar una situación diferente y el regreso, en el anhelo de reparación del motivo que la provocó. De este modo, la emigración representa siempre una situación de *separación* o aún más de *ruptura*, que de una u otra manera necesita ser *reparada* en el marco de un proceso de **duelo**, que el emigrante intentará realizar a lo largo de su vida y que será culminado con el regreso añorado, o que dejará en manos de las segundas generaciones, quienes se encargarán de realizar esta tarea como un legado, que culminará el proceso definitivo de integración.

La actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones, sobretodo, si este proceso amenaza su integridad física y/o psicológica. Desde esta perspectiva, distinguimos dos tipos de actitudes que el emigrante puede adoptar como trastorno adaptativo frente a la situación de stress que puede representar la emigración para él y para su familia:

1. La sobre-integración en el país de acogida

Este hecho lleva implícito la negación total o parcial de la identidad de origen que se trasmite a la segunda generación. En este caso, pueden observarse las siguientes situaciones: hablar en familia en la lengua de acogida, incluso defectuosamente, pensando que los niños deben adquirir cuanto antes la nueva identidad; comprometerse con la realidad social o política del país de acogida y desentenderse o denigrar la del país de origen.

El emigrante, sobretodo el de segunda generación, puede ser considerado extranjero tanto en el pueblo de sus padres como en el país de acogida. Con frecuencia puede aparecer un conflicto de clivaje entre las dos generaciones en la búsqueda de los valores de la identidad de origen que no han sido transmitidos en

etapas de la vida, como la adolescencia, donde la búsqueda de una identidad constituye un fin en sí mismo.

Manuel es un portugués de 22 años, nacido en Ginebra. Desde su nacimiento se habla en casa el francés. Sus padre, hablan portugués entre ellos, sólo en la intimidad. Su madre, que pasa por ser la parte sólida del núcleo familiar, obtiene al cabo de los años un puesto de cierta responsabilidad en la administración del estado. Su padre, más discreto, es empleado en un hospital. La inmersión en la cultura suiza se realiza desde que tiene uso de razón. Nacionalizado suizo con sus padres y hermana a la edad de 12 años, aprovechan la ocasión para cambiar el nombre y registrarlo en francés. Es introvertido, distante en la relación y tiene dificultades de concentración con frecuentes somatizaciones. Comienza a consumir drogas a la edad de 16 años de manera lúdica sin desarrollo de drogodependencia: cannabis y drogas de diseño. El día de la jura de bandera en el ejército suizo realiza una primera descompensación psicótica de tipo delirante y alucinatorio, con gran angustia y modificaciones del esquema corporal. El paciente realiza un viaje patológico que le lleva a Portugal. Lo encuentran en el cementerio de su pueblo intentando abrir la tumba de uno de sus antepasados. El paciente intenta de este modo llegar "al fondo de sus orígenes". Es hospitalizado en psiquiatría y repatriado a Suiza donde, tras ser estabilizado con farmacoterapia, nos es derivado para continuar el tratamiento con una indicación de psicoterapia. Realizamos un enfoque de psicoterapia de orientación psicodinámica con supervisión etnopsiquiátrica, basada en la identificación progresiva no traumática a su cultura de origen, a través de la relación transferencial a un terapeuta de origen portugués. El paciente consigue integrar aspectos de su cultura y valores de origen, hasta entonces completamente disociados, desarrollándose un sentimiento de culpa en el contexto de un conflicto de lealtad entre la cultura de acogida impuesta por su madre y la de origen que él busca desesperadamente, con el fin de constituir un yo integrado y no escindido en el desarrollo de su personalidad.



2. La sobre-identificación a los valores de la cultura de origen

En este caso, se pueden adoptar actitudes cerradas, proyectivas y a veces paranoicas en relación a la cultura de acogida la cual es percibida como agresiva y potencialmente amenazadora. Esto puede generar una contractitud negativa en la sociedad la cual percibe el riesgo potencial que puede significar esa agresividad defensiva organizada. Los emigrantes se encierran en barrios de extrarradio donde mantienen intactas todas sus tradiciones culturales y religiosas de origen. Se constituyen en guetos y generan grandes problemas de integración adoptando actitudes y comportamientos marginales que pueden ser transmitidos a las segundas generaciones. Este hecho representa un caldo de cultivo para que esta agresividad se transforme en violencia. Estas segundas generaciones, según algunos autores, un auténtico “desgarro cultural” con una ambivalencia entre la representación del país de origen y el de residencia. A menudo, este fenómeno es favorecido por algunas políticas de inmigración que persiguen más el control de estas poblaciones, que su integración, obteniendo segregación y más marginación. Estas conductas marginales tienen solución de continuidad en la adopción de otras como el recurso a las drogas. El tráfico podría constituir un medio de subsistencia económica y el consumo, una manera de escapar de la confrontación a la gran precariedad en la que esta población se desarrolla.

Por otro lado, el emigrante puede sobre-identificarse a su cultura de origen idealizando el retorno. Así puede ocurrir que, si el núcleo familiar ha obtenido una cierta integración, escolar o comunitaria, las segundas generaciones se identifiquen a ciertos aspectos de la cultura de acogida, desentendiéndose de los motivos que llevaron al padre a emigrar, con el consiguiente conflicto entre los dos niveles generacionales.

René es un africano de 58 años, refugiado político desde hace 3 años en Ginebra. Profesor uni-

versitario y destacado miembro de la oposición política de su país de origen. Se presenta en un servicio de urgencias con un dolor precordial intenso. Tras haber descartado cualquier cardiopatía, es derivado para evaluación y tratamiento psiquiátrico. Es diagnosticado de crisis de pánico y episodio depresivo severo sin características psicóticas. Destacamos una familia de 5 hijos, escolarizados en Ginebra, a los que el paciente reprocha un cierto desinterés por los acontecimientos de su país de origen, a pesar de sus esfuerzos ya que algún día espera volver para continuar su lucha política. Se sienten seguros en Suiza, lejos de la guerra, pero lamenta que se distancien del futuro de su pueblo. Por otro lado, su status de refugiado político le impide tener una actividad política o buscar un empleo. El paciente se aísla cada vez más, distanciándose de su familia. Se ve lejos de los problemas de su país al no tener actividad política, pero tampoco puede integrarse en el país de acogida al no poder trabajar. Se le deriva para un tratamiento psicoterapéutico que le permitirá verbalizar una gran agresividad contenida ante esta situación y abordar el duelo del retorno añorado, a medida que va aceptando la integración de su familia en Suiza.

Quando la situación aparece doblemente escindida con primeras generaciones de diferentes orígenes, cuyos valores son transmitidos de una manera rígida, se corre el riesgo de desarrollar personalidades psicóticas o pré-psicóticas.

Nasuko tiene 35 años, nacido en Ginebra de una pareja perteneciente a las aristocracias de un país oriental por parte del padre y de un país occidental por parte de la madre. El paciente ha vivido desde niño la relación conflictiva de los padres, que terminan por divorciarse cuando era adolescente. Nasuko tiene unos valores culturales de acogida en Ginebra a los que puede identificarse a través de las relaciones escolares y sociales, pero no sin dificultades, ya que chocan frontalmente con los de origen, completamente escindidos y transmitidos de manera rígida y mutuamente excluyente. Su hermano es esquizofrénico y Nasuko fue diagnosticado de personalidad esquizoide y es adicto a opiáceos en tratamiento con metadona. Su evolución es



satisfactoria desde el plano toxicológico y sintomático, pero a pesar de sus esfuerzos por disminuir sus dosis, no consigue alcanzar sus objetivos ya que se manifiesta en él una fuerte angustia de desintegración. Paralelamente al tratamiento farmacológico de sustitución, se inicia un tratamiento psicoterapéutico que le permitirá abordar este clivaje de identidad.

Psicopatología de la emigración

La enfermedad mental se manifiesta en el emigrante de una manera diferente en relación a sus patrones culturales. El hecho migratorio nos aporta una vulnerabilidad en el desarrollo de patología mental, pero no una especificidad en su representación. Hay tantos modos de representación como culturas. Cuando un emigrante descompensa lo puede hacer bajo la forma específica de su país de origen o aproximándose a la manera del país de acogida. Linton ha desarrollado un concepto según el cual, cada cultura posee sus modelos de expresión de las enfermedades en sentido amplio y de la psicopatología de manera específica. El emigrante de segunda generación utilizará los dos. Este autor, basándose en la psicopatología encontrada en la emigración africana en Francia, magrebi y subsahariana (Boitard, 1983), desarrolla una interesante clasificación en la que postula que el emigrante, en los momentos de descompensación psiquiátrica, diferenciará los modelos que se aproximan a la manera específica de expresión del modo de enfermar del país de origen o del de acogida.

1. Trastornos evocadores de modelos de enfermar en los países de origen

Tendencia a la somatización. Esta consiste en la transferencia a nivel corporal de un conflicto psíquico. Ocupan con frecuencia la esfera de lo digestivo: úlceras, trastornos del tránsito... De este modo pueden aparecer, en los emigrantes subsaharianos y del Magreb, verdaderos estados depresivos larvados o no

expresados donde no existe el trastorno del estado de ánimo, sino solamente los síntomas físicos, sobretodo dolores atípicos, variables y rebeldes al tratamiento antiálgico. Estos estados depresivos se pueden manifestar también como síntomas menos precisos, como la fatiga. Se tratará de síntomas que se presentan así en el país de origen. Tenemos que tener en cuenta que la depresión es una enfermedad muy estigmatizada en África, mucho más que la psicosis. Al contrario que en occidente. Por ello si no conocemos estos aspectos transculturales podemos tratar a estos pacientes erróneamente o tratarlos como simuladores, ya que su manera de expresar los síntomas salen fuera de los patrones occidentales. El emigrante enfermo necesita el reconocimiento de su enfermedad, que se expresa a través de síntomas que le son propios. Es necesario pues integrar la dimensión corporal del conflicto psíquico a través por ejemplo de terapias de relajación según el método de Ajuriaguerra que se practican en nuestro medio y que utiliza la vivencia corporal, como vehículo de expresión de la angustia no verbalizada.

a. Los delirios de tipo místico o mágico.

Esta manera de “descompensar” es natural en ciertas culturas. Hay que distinguir entre creencia, que no es patológico, y delirio que sí lo es y que se puede referir a los temas tradicionales. Estaríamos ante un delirio, en estas culturas, cuando la creencia es deformada y va acompañada de trastornos del comportamiento.

2. Trastornos evocadores de modelos de enfermar en los países de acogida

a. Las tentativas de suicidio o los suicidios consumados. Estas conductas no resultan raras en las 2as generaciones de emigrantes como manera desesperada de resolver un conflicto cuando los vínculos afectivos son muy fuertes y las posibilidades de convergencia son nulas.



b. Los trastornos del comportamiento

como la fuga, la delincuencia y la prostitución.

Tania es una chica de 22 años, emigrante de 2ª generación de una familia con origen en un país balcánico. Nos es transferida tras despertar de una intoxicación masiva en el marco de una tentativa de suicidio. Esta chica, ya nacida en Suiza, se vio forzada a casarse con un señor 20 años mayor que ella, del pueblo natal de sus padres, a quién ni siquiera conocía. Esta tenía una relación estable en Suiza con un chico español con quién pensaba establecer una vida en común. En un principio se fugó del domicilio familiar pero ante la actitud de acoso y de persecución de su familia optó por el suicidio con vía de escape de este conflicto. La situación fue declarada a la policía y Tania ingresada en un hogar para mujeres hasta estabilizar su situación.

c. La drogodependencia. Aunque no hay grandes diferencias en relación a la población autóctona en términos de prevalencia e incidencia. Sin embargo, según algunos autores, el uso de drogas jugaría un rol integrador en adolescentes.

d. Las neurosis de renta. La enfermedad y los accidentes traducen una pérdida del equilibrio homeostático establecido en la emigración y cuestiona los objetivos inicialmente establecidos. Estos conllevan tres actitudes: la negación del trastorno, su amplificación o la integración de esta dificultad en la reorientación de un nuevo proyecto. Así la enfermedad puede ser “el argumento válido”, que justifique el fracaso de un proyecto de emigración, siendo mucho más asimilable para la sociedad de origen y para el emigrante mismo tal contrariedad. Así aparecen las neurosis de renta, la fibromialgia o los trastornos somatoformes crónicos en el contexto de accidentes y traumas, incluso ligeros, siendo el cuerpo un instrumento de expresión de la angustia vivida en estas circunstancias.

Estos son modos usuales o más específicos de enfermar que un emigrante tiene, pero la especificidad de su psicopatología reside en la posibilidad de elegir entre sus referencias culturales. En el caso de las segundas generaciones son tanto las de origen como las de acogida.

Hans es un chico de 18 años, mulato, originario de una pareja de europeo y subsahariana hospitalizado por un trastorno delirante de tipo místico. Hans forma parte de una banda de skins-head quienes, viendo su estado, le acompañaron al hospital.

Por último, podemos encontrar situaciones de conflicto familiar entre los dos niveles generacionales cuando aparecen las llamadas “nuevas enfermedades” que están fuertemente marginadas por ciertas culturas y cuya expresión no tiene cabida en el medio originario, incluso en el propio país de acogida. De este modo vemos una fuerte marginación social y familiar en personas afectadas por el SIDA. En ocasiones estas se ven repudiadas del medio de origen.

Conclusiones y propuestas

Hemos repasado la salud mental de los emigrantes de segunda generación, tomando como referencia el fenómeno migratorio desde la perspectiva del decalage cultural, desde la doble pertenencia e imposibilidad de identificarse completamente a una cultura y del conflicto de lealtades que esto puede ocasionar en relación a los valores y legados transmitidos por la cultura de origen desde la primera generación, en relación a los del país de acogida.

Las segundas generaciones de emigrantes se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración de las dos identidades a través de los medios de socialización natural que influyen en su educación y en el desarrollo de su personalidad: la familia, la escuela y la sociedad. La interacción entre las mismas va a favorecer el desarrollo de una identidad inte-



grada o va a ser fuente de estrés, que desemboque en conflicto social y/o en enfermedad mental, cualquiera que sean sus manifestaciones.

Desde nuestra perspectiva se proponen una serie de medidas prácticas que podrían ayudar a mejorar este proceso de integración:

- Evitar el aislamiento de las poblaciones de emigrantes o el reagrupamiento en forma de guetos ya que es una fuente importante de segregación y marginación social.
- Desarrollar políticas de ayuda a estas poblaciones, no solo basándose en aspectos de prestación sino privilegiar los aspectos educativos y culturales.
- Favorecer la formación y la capacitación profesional del inmigrado que le haga identificarse con el progreso de la sociedad de acogida a la que, con su trabajo, ayuda a desarrollarse, incentivándole de este modo, su legítimo desarrollo profesional.
- Prevenir los accidentes laborales fuente importante de enfermedad mental
- Equiparar los salarios y las prestaciones sociales por los mismos trabajos a emigrantes y a autóctonos.
- Favorecer la participación política y el compromiso social de los emigrantes de segunda generación en los países de acogida: derecho al voto y a la representación política, nacionalización facilitada para los emigrantes de segunda generación escolarizada,...

- Evitar la ruptura de los vínculos socio-familiares con el país de origen
- En el abordaje de la patología mental del emigrante son necesarios los enfoques etnopsiquiátricos a través de formación continua y la supervisión, con el fin de poder entender el problema en su globalidad clínica y socio-cultural que tan ligada esta al proceso mórbido.
- Facilitar el reagrupamiento familiar impidiendo el desgarramiento afectivo que se produce entre las dos generaciones, así como los problemas de socialización de las segundas generaciones en los países de origen.
- Invitar por último a todos, desde su participación activa en la sociedad, a ayudar al emigrante a adaptarse a su nueva realidad de vida, dándole tanto *el derecho a identificarse como a diferenciarse* de la sociedad de acogida.

Estas medidas ayudarían a mejorar la integración de los emigrantes de la segunda generación en los países de acogida y repercutirían en la prevención de enfermedad mental y de conflicto social.

En reconocimiento al psiquiatra vasco, Gustavo Basterretxea, origen y destino en lo transcultural.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Berner P.** *Psychopathologie des migrations*. Encyclopedie médico-chirurgicale. Psychiatrie. Paris. 37880 A-10, 5-1967, 8 p.
2. **Besson J.** *Investigations psychiatriques chez le migrant*. Revue médicale de la Suisse Romande. Genève, 1995, 115, 473-479.
3. **Boitard O.** *Quelques problèmes posés par la santé mentale des migrants*. Soins Psychiatrie n° 30. Avril, 1983.
4. **Brixi O.** *Santé et migration*. En: «Precarité et santé» J. Lebas, P. Chauvin. Ed. Flammarion, 1998.
5. **Bullrich S, Schwartz A.** *Immigration et maladie mentale*. Thérapie de famille, Genève, 1992, Vol. 13, N° 2, pp 127-141.
6. **Collazos F, Qureshi A, Casas M.** *Drogodependencias en la población emigrante*. Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz). 21 al 23 de octubre de 2004.
7. **Grinberg L, Grinberg R.** *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Césura Lyon Edition. Lyon, 1986.
8. **Liton R.** *De l'homme*, traducido por Yves Delsaut, "les intérêts" 461-462 pp. France 1967.
9. **Marset M, Garran E, Sánchez C, Martínez M, Gallay B.** *Psychiatric pathology met among the migrant population which have been examined in the policlinic of medicine in Geneva*. 10° Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid, 23-28 de agosto de 1996.
10. **Mesmin C.** *Psychothérapie des enfants des migrants*. Ed. La pensée sauvage. 1995.
11. **Moussaoui D, Ferrey G.** *Psychopathologie des migrants*. Ed. Presses Universitaires de France. Paris, 1985.
12. **Nathan T.** *La folie des autres. Traité d'éthnopsychiatrie clinique*. Dunod. Paris, 1986.
13. **Sartorius N.** *Recherche transculturelle sur la dépression*. Rev. Méd. Suisse Romande. 107 ; 1019-1023, 1987.
14. **Sayad A.** *Santé et équilibre social chez les immigrés*. Psychologie Médicale, 1981, 13, 11: 1747-1775.