

## EL ENFOQUE MULTICULTURAL EN SALUD MENTAL: UNA MIRADA CRÍTICA

**R. Rechtman\***

Psiquiatra y antropólogo. Director médico del Instituto Marcel Rivière, CHS La Verrière

Mientras que las políticas contemporáneas de salud mental manifiestan tanto a nivel nacional como internacional una preocupación cada vez mayor por los aspectos preventivos y de atención de las poblaciones emigrantes o de refugiados, el enfoque psiquiátrico de la migración y de los emigrantes ocupa, paradójicamente, un lugar menor dentro del corpus general de la psiquiatría contemporánea. La entrada «emigrante», «migración» o «psiquiatría de los emigrantes» no figura en las clasificaciones contemporáneas ni en los tratados ni en los diccionarios psiquiátricos. Tampoco aparece específicamente mencionada en la última Clasificación Internacional de Enfermedades (Classification Internationale des Maladies, CIM-10)<sup>1</sup> de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni en la cuarta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)<sup>2</sup> de la Asociación Americana de Psiquiatría,

sino solamente vinculada al grupo de factores ambientales que pueden influir en la evolución de un trastorno mental preexistente. En realidad, si exceptuamos los grandes estudios epidemiológicos sobre la salud mental de emigrantes y refugiados<sup>3</sup>, la mayoría de estudios y prácticas clínicas contemporáneas se han centrado esencialmente en los aspectos culturales de estas poblaciones, renunciando a una perspectiva más global de las dimensiones económicas, políticas y sociales de la emigración. En este sentido, «la psiquiatría de los emigrantes» ha evolucionado hacia diferentes formas de etnopsiquiatría y/o psiquiatría transcultural, tanto en Francia como en Estados Unidos. Este giro decisivo delata una voluntad de ruptura evidente con determinadas derivas neocolonialistas de la «psiquiatría de los emigrantes», aunque traduce al mismo tiempo un deslizamiento culturalista, no menos significativo,

ya que a partir de entonces la cultura de origen se convierte en el elemento central de las políticas de salud mental de los emigrantes.

A mi juicio, la alteridad cultural del emigrante plantea un auténtico interrogante a la clínica psiquiátrica.

No pretendo refutar aquí la importancia o la influencia de la cultura en nombre de algún tipo de aspiración universalista. Es preferible, en realidad, averiguar si el uso que actualmente se está haciendo de la cultura en el campo de la psiquiatría responde a los problemas planteados por la salud mental de los emigrantes, tanto más cuando no es toda la cultura, en su pluralidad y plasticidad, la que resulta convocada. Lo cierto es que el modelo dominante en la actualidad está representado por el empleo en la clínica de datos procedentes de la etnomedicina, es decir de los conocimientos médicos locales tal como se practican o se practicaban en los países de

\* Psiquiatra y antropólogo, Director Médico del Instituto Marcel Rivière, CHS La Verrière, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex, Responsable del programa de investigación clínica sobre trastornos psiquiátricos en refugiados camboyanos de la ASM 13 (Association de Santé Mentale du XIII<sup>ème</sup> arrondissement) Profesor conferenciante en la École des Hautes Études en Sciences Sociales de París.

<sup>1</sup> OMS. (1993). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. [Clasificación Internacional de los trastornos mentales y de los trastornos del comportamiento. Descripciones clínicas y directivas para su diagnóstico.]* París: Masson.

<sup>2</sup> Ha parecido en 2001 la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la incapacidad y de la salud CIF. Ha sido aprobada por la 54 asamblea mundial de salud y en 2001 editada en español por el INSERSO: ISBN 84-8446-034-7 con el aval de la OMS y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

<sup>3</sup> A.P.A. (Ed.). (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: A.P.A. Press.

<sup>4</sup> Para una amplia síntesis, véase Murphy, H. B. M. (1983). *Comparative psychiatry the international and intercultural distribution of mental illness*. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer-Verlag.

origen. Hago hincapié en este punto porque se trata de valorar de entrada que este acercamiento entre la antropología y la clínica psiquiátrica se produce sobre una porción muy reducida del saber antropológico contemporáneo, fruto, podríamos decir, de una especie de analogía entre la forma occidental de concebir la enfermedad mental y las concepciones procedentes de saberes «exóticos». Recordemos que las tentativas de reunir antropología y psiquiatría, así como los debates a veces muy enconados entre estas dos disciplinas, se han centrado, según las épocas y desde hace casi un siglo, en otros ámbitos muy distintos de la antropología. Ahora bien, la reducción actual al seno de las etnopsiquiatrías del enfoque de la migración desde la perspectiva de los conocimientos etiológico-terapéutico locales, se presenta con la fuerza de la evidencia como ese «saber de la cultura» capaz de paliar en este famoso momento de vacilación cuando el saber clínico, al menos el saber clínico occidental, parece deficiente justamente a causa del desfase cultural que aflora entre las representaciones de los médicos y las de los pacientes emigrantes o refugiados.

Por lo tanto, si tomamos en serio este postulado, no cabe duda de que habrá que plantearse si el hecho de reducir la condición del emigrante a su mera alteridad cultural y su recuperación a través de

la etnomedicina aportan una mejor comprensión clínica. En mi condición de antropólogo y de psiquiatra, y después de más de quince años de trabajo con las poblaciones camboyanas, trataré de aportar algunas respuestas.

### DE LA ETNOMEDICINA A LAS ETNOPSQUIATRÍAS

El postulado de base se apoya en la idea que afirma que las diversas creencias colectivas, representaciones y clasificaciones autóctonas de la enfermedad pueden afectar tanto a la elaboración de un diagnóstico psiquiátrico como al propio desarrollo del proceso terapéutico.

Recordaré que esta constatación inicial sustenta la mayoría de enfoques etnopsiquiátricos contemporáneos, tanto en Francia como en Estados Unidos, llámese los «etnopsiquiatría», «psiquiatría transcultural» o incluso *cross cultural psychiatry*. Su justificación actual reposa en gran parte en la existencia de sistemas simbólicos explicativos de la enfermedad, los cuales varían de una cultura a otra si bien presentan dentro de cada universo cultural un nivel de coherencia muy elevado. De todos modos, la coherencia general de los sistemas de representación de la enfermedad no excluye, ni mucho menos, la heterogeneidad y la multiplicidad de modelos que en el seno de un mismo universo cul-

tural permiten explicar y tratar las enfermedades<sup>4</sup>. Las situaciones y los actores determinan y movilizan diversos niveles superpuestos de explicación<sup>5</sup>.

1. Las teorías etiológico-terapéuticas, por ejemplo, corresponden al nivel erudito y delimitan el terreno de competencia de los curanderos y otros sanadores tradicionales. La importancia de las explicaciones mágico-religiosas que prevalecen en estas teorías radica en que este nivel moviliza sobre todo a facultativos cuyo ámbito de competencia se sitúa precisamente en la intersección del mundo visible e invisible (de la naturaleza y de lo sobrenatural) más que a una tendencia «natural» de las sociedades tradicionales a explicar los desórdenes únicamente en términos mágico-religiosos. Por lo demás, cuando los profanos recurren a estos términos para explicar sus dolencias, lo hacen de forma menos sofisticada en la medida en que precisamente no disponen del mismo saber que los sanadores, aunque compartan con ellos los rasgos principales.

2. En una situación clínica, los profanos se referirán más fácilmente a modelos de explicación de la enfermedad<sup>6</sup> variables según las situaciones y destinados a ofrecer una comprensión global de la situación de que se trate. En este sentido, los modelos de explicación se distinguen de las teorías etiológico-terapéuticas y no corresponden a entidades fijadas

<sup>4</sup> Good, B. J. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, rationalité et vécu*. [Cómo hacer antropología médica. Medicina, racionalidad y vivencia]. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, Les Empêcheurs de Penser en Rond.

<sup>5</sup> Zempleni, A. (1985). «La maladie et ses causes» [La enfermedad y sus causas], *L'Ethnographie*, LXXXI (número especial), 13-44.

<sup>6</sup> Me refiero aquí a los Explanatory Models elaborados por Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley University of California Press.

previamente dentro de las clasificaciones. Más bien se trata de elementos, a veces dispersos, reunidos a causa de una situación concreta que propicia una especie de negociación entre el enfermo y el terapeuta o, en un sentido más amplio, entre los profanos y los especialistas.

3. Finalmente, el último nivel corresponde a los *Idioms of distress*, que podríamos traducir como «formulación idiomática culturalmente determinada del sufrimiento». En realidad, se trata de formulaciones metafóricas a menudo somáticas, aunque no exclusivamente, que transmiten una condición patológica más o menos precisa aunque alejada de su sentido literal. Así ocurre, por ejemplo, en el caso de algunas comunidades turcas de Irán, con la llamada «dolencia cardíaca», que mediante la expresión literal de una dolencia cardíaca traduce un conjunto de frustraciones más generales, especialmente conflictos conyugales y familiares, que sólo llegan a expresarse a través de esta metáfora. Es el caso también de las distintas quejas de carácter somático que, sin embargo, traducen un sufrimiento psicológico que no puede expresarse a través de ninguna jerga psicológica<sup>7</sup>. La «fatiga», «el dolor de espalda» y el «dolor en el corazón», usuales en Francia, son otros tantos *Idioms of distress*. Los *Idioms of distress* se diferencian, por lo tanto, de las teorías etiológico-terapéuticas en la medida en que no pertenecen necesariamente a una clasificación autóctona de las enfermedades, en

que no apelan automáticamente a nociones mágico-religiosas, y por último, en que son una descripción profana de una condición o una experiencia patológica con los recursos del sentido común.

Por tanto, el conjunto de estos niveles de representaciones y de explicación de la enfermedad es lo que constituye un sistema vinculado al sistema más general de creencias.

Como expresión de la cultura, estos sistemas simbólicos se definen precisamente por ser comparados por el conjunto de los miembros de un mismo universo cultural. Teniendo en cuenta este hecho, la actuación clínica, ¿no debería tomarlos en cuenta para ser capaz de entender y de tratar a pacientes no occidentales?

¿Qué puede haber más «natural» –podríamos pensar– que tomar en consideración la lógica cultural de la enfermedad para diagnosticar y tratar los trastornos psicológicos, que por definición se manifiestan a través de la cultura, dado que precisamente los pacientes suelen referirse a ellas.? Cuesta imaginar, en efecto, que un paciente recurra a materiales de otra cultura que ignora para expresar su malestar. La lógica exige y la clínica lo confirma cotidianamente que cuando un paciente (ya sea francés, español o de cualquier otra nacionalidad) habla de sí mismo, cuando expresa sus sufrimientos y problemas, lo hace preferentemente en su propia lengua y utilizando las imágenes, metáforas y explicaciones propias de su cultura. ¡Es lógico!, podríamos añadir.

Pero parece tan lógico, que podemos temer que este conjunto de evidencias resulte más engañoso de lo que aparenta. Ciertamente, una cosa es reconocer que todas las culturas poseen sistemas simbólicos homogéneos, en cuyo nombre los sistemas etiológico-terapéuticos, los modelos de explicaciones y los *Idioms of distress* ocupan un lugar esencial. Pero resulta muy distinto deducir que estos sistemas simbólicos poseen una influencia o una incidencia en la clínica. Para el médico el reto fundamental no está en considerar que efectivamente existe una variedad de creencias y aceptar, como buen antropólogo, que éstas poseen una racionalidad incontestable, sino en evaluar si un paciente que comparte con el conjunto de su grupo de origen tal o cual creencia se adhiere a ella plenamente, de forma parcial o de ningún modo. Ahora bien, si no es función de la antropología responder a esta pregunta, para la clínica, en cambio, es una cuestión esencial.

En otras palabras, ¿acaso el hecho de compartir creencias o sistemas de representación nos informa sobre el grado de adhesión individual del locutor? ¿De qué forma la clínica se ve implicada en las creencias colectivas y en los sistemas sociales que clasifican y ordenan las enfermedades? Si un paciente camboyano, por ejemplo, cree que está poseído, o si sus allegados lo afirman, eso es así al menos porque esta noción existe en la cultura camboyana y se trata de una categoría etiológica social-

<sup>7</sup> Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry From cultural category to personal experience*. Nueva York: The Free Press. pp. 26-27.

mente pertinente para explicar cierto número de trastornos. No obstante, nosotros debemos preguntarnos si él cree en la posesión simplemente porque se trata de creencias compartidas, o lo que sucede es que en este momento particular de su historia personal cree en la posesión por razones que le son propias, aun cuando pueda desconocerlas. Dicho con otros términos, en el caso de haber creencia, ¿quiere eso decir que esta creencia resume la realidad y la totalidad de la experiencia personal del sujeto o del individuo, tal como nos sugiere la noción de *Idiom of Distress*?

Cuando un paciente recurre a una explicación tradicional o aborda una temática que parece encajar en el marco de un *Idiom of Distress*, la adhesión que el paciente manifiesta respecto a su enunciado o frente a la representación colectiva aferente, es un mero producto de su cultura: **lo dice y lo cree porque dentro de su cultura se sabe que tales cosas existen**, de manera que si dice que está poseído es que está poseído. O bien, esta adhesión traduce igualmente la apropiación concreta por parte del paciente de esta representación por motivos personales, aunque con frecuencia ignorados, que se apartan de la temática general de la representación colectiva a la vez que se vinculan a ella en determinados puntos. Dicho de otro modo, **afirma que está poseído, aunque hay**

**algo más detrás de este enunciado que le es propio y que no se ajusta exclusivamente a la lógica general de las creencias.** En el primer caso, el empleo de una representación tradicional traduce una estricta causalidad cultural, mientras que en el segundo caso responde a una causalidad psíquica.

Esta cuestión de la causalidad –cultural o psíquica– supone la cuestión fundamental de los discursos etnopsiquiátricos en la medida en que dicha causalidad se articula en torno al estatuto de la diferencia. Ahora bien, salvo que se las naturalice, las diferencias captadas a un nivel antropológico no son necesariamente pertinentes a un nivel clínico.

#### CREENCIAS COLECTIVAS Y ACTITUD MENTAL

En el fondo, desde un punto de vista antropológico la idea de creencia colectiva indica sencillamente que cuando hay creencia, ésta procede del acervo de la cultura común. Pero en ningún caso esta proposición nos permite concluir que todos los miembros de una misma cultura por el hecho de compartir el mismo sistema de creencias creen con la misma intensidad en el contenido de tales creencias. El etnólogo R. Needham recordaba con cierto humor que «los primitivos no creen en todo lo que su cultura les

dice»<sup>8</sup>; y añadía acto seguido que cuando creen en algo, ese algo está necesariamente presente en su cultura. Aquí se perfila la oposición entre el sistema de creencias colectivas y la adhesión de cada cual.

No obstante, la clínica no puede en ningún caso contentarse sólo con esta respuesta; aunque es indudablemente útil, no aclara nada sobre un paciente concreto en la medida en que la clínica, invirtiendo el orden de prioridades establecidas por la etnomedicina, aspira a inscribir de nuevo en el discurso de la cultura la posición singular que cada cual ocupa.

¿Cómo superar la necesidad de restituir, por ejemplo, el discurso de un paciente camboyano que se queja de dolores de cabeza en el *idiom of distress chu kbaal*, bastante extendido en el Sudeste asiático y que literalmente significa dolor de cabeza, pero que asocia a él tristeza, cansancio, encuentro con espíritus y traduce una especie de nostalgia de la tierra natal?<sup>9</sup> Es cierto que esta noción existe, como también es verdad que cuando un paciente camboyano habla de dolor de cabeza en general, habla de algo distinto a una simple cefalea. Pero, ¿acaso su discurso se reduce a esto? Si creemos a algunos defensores de la antropología médica clínica de A. Kleinman, podríamos suponerlo<sup>10</sup>. Sin embargo, incluso en este caso, la clínica nos muestra que a veces sucede que un pacien-

<sup>8</sup> Needham, R. (1972). *Belief, Language and Experience*. Oxford: Basil Blackwell.

<sup>9</sup> Eisensbruch, M. (1991). «From PTSD to Cultural bereavement diagnosis of Southeast Asian Refugees». *Social Sciences and Medicine*, 33(6), 673-680.

<sup>10</sup> Eisenbruch, M. (1992). «Toward a culturally sensitive DSM Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as a taxonomist». *Journalist of Nervous and Mental Disease*, 181(1), pp. 8-10.

te camboyano habla de dolor de cabeza sin padecer cefalea, pero también sin que su enunciado se reduzca al *idiom of distress chu kbaal*. En realidad, incluso el *idiom of distress* puede ocultar una realidad objetiva diferente que, sin embargo, se utiliza para expresarse las vías que le ofrece la cultura<sup>11</sup>.

Aquí es donde la clínica se aparta definitivamente de la perspectiva antropológica, en la medida en que a la diferencia cultural le suma una diferencia subjetiva gobernada por la causalidad psíquica, lo que nos lleva a temer que para la etnopsiquiatría esta distinción se esfume ante la mera causalidad cultural. **En efecto, desde el punto de vista clínico la cuestión no reside en saber en qué consiste la diferencia de los emigrantes respecto a los franceses, sino más bien en entender cómo el paciente emigrante se diferencia de un no-enfermo también emigrante. Sin embargo, la etnopsiquiatría anula esta distinción esencial entre enfermo y no-enfermo que, sin embargo sustenta todas las actuaciones clínicas<sup>12</sup> (incluidas las prácticas tradicionales de las que sin embargo, se valen algunas variantes de la etnopsiquiatría) en provecho tan sólo de la diferencia étnica.**

En consecuencia, al reproducir en la clínica la actuación etnomédica tal vez estemos corriendo el riesgo de excluir del discurso del paciente la cuestión personal, o

subjetiva, que lo anima. O nos estamos arriesgando quizás a excluir la propia historicidad del paciente, dando más relevancia a una determinación exterior, convencionalmente admitida, que reduce su ser a una norma social.

No es cierto, por lo demás, que la sustitución de la norma occidental por una normalización tradicional mediante otra etiqueta etiológica ofrezca una mejora sustancial al paciente. Las técnicas terapéuticas tradicionales operan, al menos en parte, de la misma manera que en Occidente, sustituyendo una causalidad psíquica (subjetiva) por otra causalidad –una acusación, más exactamente– social<sup>13</sup>. Pretendo decir que en Occidente, como en todas partes, el discurso de la cultura sobre la enfermedad comunica igualmente una voluntad social de ahogar las singularidades individuales en provecho de una normalización social.

Vale la pena preguntarse si no corremos el peligro de impedir al paciente ocupar la posición escéptica propia del trabajo psíquico. ¿O se supone acaso que no existe nada, que no hay subjetividad ni equívoco verbal detrás del discurso de la cultura, en nombre de una repartición desigual de la subjetividad con, por un lado, la causalidad psíquica en el occidental y, de otro lado, la causalidad cultural en todos los demás?

Reducir la condición del emigrante a la mera alteridad cultural, encarnada en las representaciones

tradicionales de la enfermedad, empobrece considerablemente la clínica y amenaza finalmente con hacerle perder su objeto, a saber: el enfermo. Efectivamente, la especificidad clínica del caso puede llegar a esfumarse a favor de la generalidad de una condición minoritaria colectiva dentro de la sociedad anfitriona. Una vez más, para desprenderse de la alienación de la sociedad de acogida el sujeto no tendría otros recursos que verse remitido a otra alienación, la de su grupo de pertenencia, sólo que en esta ocasión sin ninguna posibilidad de oponerle un contrapoder.

Sin embargo, desde un punto de vista de Salud Pública el peligro es posiblemente todavía mayor. Al «culturalizar» las políticas de salud mental destinadas a las poblaciones emigrantes solamente en el aspecto de las representaciones de la enfermedad nos vemos expuestos a tres grandes peligros.

1. El primero se desprende directamente de esta reducción de la antropología general al ámbito exclusivo de las prácticas y teorías terapéuticas exóticas. Ciertamente, todos admitimos sin dificultad que, sea cual sea el contexto, la cultura no se resume únicamente en las concepciones mágico-religiosas. Desde el punto de vista del individuo, la cultura es también lo que constituye la realidad cotidiana, la forma de aprehender el universo y las relaciones sociales; la cultura moldea también las ideas que conforman el sentido común y que se presentan con la fuerza de

<sup>11</sup> Rechtman, R. (1997). «Transcultural psychotherapy with Cambodian Refugees in Paris». *Transcultural Psychiatry*, 34(3), pp. 359-375.

<sup>12</sup> Lantéri-Laura, G. (1983). «La sémiologie psychiatrique: son évolution et son état en 1982» [La semiología psiquiátrica: su evolución y su estado en 1982]. *L'Évolution Psychiatrique*, 48(2), pp. 327-366.

<sup>13</sup> Augé, M., & Herzlich, C. (Eds.). (1984). *Le sens du mal*. [El sentido del mal]. París: Éditions des Archives Contemporaines.

la evidencia en la medida que no necesariamente implican una creencia como, por ejemplo, tener que identificar una clase de edad antes de presentarse, o conocer sin que sea necesario enseñarla cuál es la jerarquía de las relaciones familiares o sociales, cuál es el lugar que cada cual ocupa y, en consecuencia, qué lugar ocupa uno (aunque sea para rechazarlo o fingir ignorarlo, como corresponde a todo buen neurótico); pero la cultura también evoluciona en el contexto del trasplante territorial. La cultura a la que el paciente emigrante se refiere ya no es la que él ha conocido ni la que en la actualidad prevalece en su país. El pluralismo médico es un dato que ya afecta a todas las sociedades y condiciona las estrategias terapéuticas de los distintos usuarios, sea cual sea su origen étnico. La referencia a la cultura debe, por tanto, ser plural a fin de englobar el conjunto de mutaciones que afecta a las concepciones, valores y prácticas tradicionales. Pero con eso no basta.

2. El segundo peligro consiste, precisamente, en remitir con demasiada facilidad a su cultura al emigrante que solicita asistencia, por mucho que se considere dicha cultura bajo sus aspecto más dinámicos. Este proceso, que a primera vista podría parecer legítimo, es en cualquier caso vehículo de una alienación suplementaria al actuar como si esta pertenencia cultural fuese una realidad empírica que opera en todos los ámbitos de la vida, incluido el de la salud, que ni el paciente ni sus allegados están en condiciones de refutar. «Él es otro porque étnicamente es otro,

podríamos decir, y la respuesta a sus necesidades pasa por esta diferencia». Pero al llevar esta diferencia étnica al rango de una diferencia fundacional, la sociedad de acogida se arriesga entonces a inhibirse de sus propias responsabilidades delegando en otros, es decir en los «especialistas del saber de la cultura», el cuidado de administrar los problemas de salud que afectan a estas poblaciones. Ahora bien, a la salud pública le corresponde, ante todo, imaginar soluciones que permitan adaptar las estructuras de derechos común al conjunto de poblaciones susceptibles de convertirse en sus usuarios.

3. Por último, el tercer peligro reside en una especie de idealización de la capacidad e influencia de las redes comunitarias de emigrantes, en nombre de las cuales podría delegarse una parte de la atención de los enfermos mentales. En este sentido, podemos temer que los grupos de pertenencia minoritarios no estén precisamente dispuestos a desempeñar este papel, por razones relacionadas sobre todo con su política colectiva de integración. Es sabido que las estrategias de integración de los grupos minoritarios en el seno de las sociedades occidentales suelen ir acompañadas de una voluntad de respetabilidad que resulta poco propicia a aceptar a los miembros desfavorecidos y, por desgracia, los enfermos mentales son el arquetipo. En Francia, tanto como en Estados Unidos, e imagino que igual ocurre en España, los grupos minoritarios tienden a excluir de sus filas a todo aquel que sea susceptible de contrariar su

proyecto de integración. Este es el caso, por ejemplo, de la comunidad asiática con la que llevo trabajando desde hace cerca de quince años, que evita habitualmente abordar la cuestión de las enfermedades mentales y prefiere delegar en los servicios públicos de salud reconocidos (servicios de asistencia, organismos públicos, Ayuntamiento, etc.) el cuidado de sus enfermos, precisamente para no tener que soportar el peso de una estigmatización suplementaria que podría entenderse como «no solamente son extranjeros sino que además están locos». En este sentido, el grupo de pertenencia no siempre es el primer eslabón de la cadena sanitaria; es indispensable, pero sólo puede ser movilizado a condición de que los actores de salud del país de acogida se hayan consagrado antes claramente a ello.

### **CONCLUSIÓN: CULTURA Y EMIGRACIÓN. RETOS POLÍTICOS**

En este sentido, la culturalización de los problemas de salud mental de las poblaciones emigrantes amenaza con diluir las dimensiones políticas de la emigración y enmascarar los retos de salud pública. Me parece que corresponde a las estructuras competentes del Estado organizar la atención que debe dedicarse a los pacientes emigrantes, por supuesto con el apoyo de competencias específicas, pero evitando precisamente delegar esta atención, incluso en aquellos que reclaman que así sea, únicamente en el as-

pecto cultural que, como ya hemos visto, no corresponde por entero a la realidad de las posiciones individuales ni a las aspiraciones políticas de los propios grupos minoritarios.

Estos diferentes peligros no deben llevarnos, sin embargo, a desdenar la dimensión cultural, sino que en cualquier caso nos invitan a matizar su influencia, a tomarla en consideración sustituyéndola en el conjunto de las otras dimensiones, económicas, sociales, fa-

miliares y personales que moldean la experiencia colectiva de la emigración. En este sentido, la contribución que puede aportar la antropología al tratamiento clínico de los emigrantes, y a la psiquiatría en general, rebasa con mucho la mera referencia a la etnomedicina o a las prácticas etiológico-terapéuticas tradicionales. Nos invita a tomar en consideración el conjunto de las relaciones sociales, culturales y económicas que obligan a fundir la experiencia in-

dividual en formas previamente determinadas.

En resumen, abogo por un retorno a la psiquiatría de la emigración dentro de la globalidad de sus determinantes, con el concurso de la epidemiología, la antropología contemporánea y la sociología de las emigraciones. Un retorno que se permitiría igualmente una mirada crítica a su pasado colonialista, pero que rechazaría en la misma medida el camino restringido del culturalismo.



## **IV Congreso Internacional Mujeres, Trabajo y Salud**

**Nueva Delhi: 27-30 de Noviembre de 2005**

[www.swl-delhi.org](http://www.swl-delhi.org)

El primer Congreso se celebró en Barcelona en Mayo de 1996, organizado por el CAPS. Desde entonces se han realizado en Río de Janeiro (Brasil) 1999, en Estocolmo (Suecia) 2002 y ahora en Nueva Delhi (India).

**La fecha límite para la presentación de abstracts es el 1 de marzo de 2005 y para la primera inscripción el 1 de mayo de 2005.**