

DEPARTAMENTO DE
ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y
PENSAMIENTO FILOSÓFICO
ESPAÑOL

PROGRAMA DE DOCTORADO
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL
Y CULTURAL

TESIS DOCTORAL

RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ

**El acceso a los medios sanitarios en
la diversidad cultural.
Mediación intercultural en el ámbito
sanitario y terapias interculturales
en salud mental, estudios de caso en
Bélgica y España.**

Director de tesis:

Dr. Juan Carlos Gimeno Martín (UAM)

Agradecimientos

Muchas son las personas que han hecho posible el proceso, en apariencia solitario, que ha supuesto esta tesis desde diferentes lugares y espacios. Algunos con su ayuda logística, otros con sus consejos, numerosos con su cordialidad, sus cotidianos y comprometidos actos profesionales y personales. De este modo agradezco a mi compañera Aurelie por haberme ayudado en todo momento, en especial en aquellos de desánimo, en este periplo. A mi director de tesis, Juan Carlos, por apoyarme desde el primer al último instante y por sus valiosos consejos. De la Universidad Libre de Bruselas agradezco la ayuda prestada y su disponibilidad al profesor Philippe Jaspers, quien me acogió en el periodo de investigación que pasé en Bélgica, así como a la profesora Anne Marie Losonczy y a los otros investigadores y profesores, del departamento de sociología y antropología, siempre dispuestos a echar una mano.

Uno de los motores financieros del comienzo de la investigación ha sido la beca de desplazamiento en el doctorado otorgada por la Universidad Autónoma de Madrid, la cual fue de gran ayuda para que esta tesis pudiese arrancar.

Agradecer la ayuda prestada a todos los profesionales que dedican su esfuerzo y energías, frente a las no escasas adversidades, en la lucha por un acceso y disfrute equitativo de los cuidados de salud sería poco. Su sincera y generosa colaboración, y el ejemplo de su coherencia personal y profesional en esta causa han sido no solo de enorme ayuda para la realización de esta tesis sino también muy enriquecedores e inspiradores en lo personal. Si la teoría ayuda a entender una realidad la práctica ayuda a cambiarla. De este modo agradezco en Bélgica los consejos y la facilitación para realizar parte de mi trabajo de campo del etnopsiquiatra Philippe Woitchick. A su vez le doy las gracias a Claudia Galaz, psicóloga en EXIL/ Bélgica, y a Aurelie y Manuel (L'autre Lieu) por su apoyo. Al director del servicio de mediación intercultural en Bélgica, Hans Verrept, a la coordinadora del servicio de mediación intercultural en la zona flamenca de Bruselas, Hamida Chikhi, y a las mediadoras interculturales del hospital Titeca, Soulef Zaiour, y Brugmann, Malika Bouzinab, por su generosa disponibilidad. Las aportaciones del experto en interculturalidad y salud mental Antoine Gailly y su cordialidad han sido a su vez aliento para la motivación y el aprendizaje.

En lo que se refiere a España y mi segundo periodo de investigación fue principal lo aprendido con el profesor de psiquiatría de la UAM Luis Caballero y su inestimable facilitación para mi trabajo de campo. Por otra parte, debo agradecer el apoyo, moral y técnico, del profesor de antropología Gerardo Juárez de la Universidad de Castilla la Mancha, así como los consejos y disponibilidad de Josep Comelles de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. A su vez agradezco al profesor de psiquiatría de la UAB, Joseba Achotegui, su disponibilidad. Y a los profesionales del medio asociativo e institucional por sus valiosas aportaciones, su colaboración en el acceso al campo de estudio y consejos, especialmente a: Pilar de Miguel; Concepción Jimeno (Concejalía de Salud de Parla), Ana Camargo (SEMSI); Visnja Mandic, Aida López y Rafael Polo (SETI/COMRADE); María Vázquez (SMES/Madrid); Ángela Fanjul (Paire); Eglee Iciarte (Terapias Sin Fronteras)...

De la UAM agradezco la ayuda y apoyo prestado por los profesores del departamento de antropología especialmente Carlos Giménez, por sus consejos y disponibilidad, y Álvaro Pazos, con quien comencé a trabajar la idea de esta tesis. A su vez ha sido de inestable valor el seminario de investigación coordinado por Juan Carlos Gimeno, el cual ha desempeñado un papel importante en lo que se refiere a la motivación anímica y los conocimientos adquiridos. A él y a mis compañeros de seminario, y aventuras y desventuras investigadoras, Ana, Lucía, Mafe, Rafael, María... les agradezco mucho su apoyo. Por ultimo en orden de exposición, pero no de importancia, resaltar la paciencia y bondad de los amigos que han estado a mi lado para animarme y ofrecerme su ayuda, entre otros especialmente a Virtudes, Ángel, Daniel, Anselmo y Dimitri.

ÍNDICE

1. Preámbulo

1.1 Emergencia de prácticas interculturales en los ámbitos sanitarios, institucionales y asociativos, belgas y españoles: lugares y aproximaciones a explorar.....	1
1.2 Algunos acontecimientos y trayectorias en la elección del objeto de estudio	6
1.3 La atención sanitaria en la diversidad cultural: "perfilando" algunas hipótesis.....	10
1.4 Estructura de la tesis.....	13

Capítulo I: Introducción, histórica/cultural, a la ciencia biomédica occidental

1. Introducción.....	17
1.1 La llegada de la Revolución Francesa y el paradigma pasteriano.....	17
1.2 Influencia de la corriente médica higienista.....	20
1.3 La medicina occidental en los contextos coloniales.....	23
1.4 Aparición de Alma ATA y los cambios en la concepción de los cuidados de salud.....	25
1.5 La práctica médica en Europa y su relación con la diversidad cultural.....	30

Parte I: La construcción del objeto y diseño de la investigación

Capítulo II: Objetivos y problemática de la investigación

1. Objetivos del trabajo.....	35
1.1 Objetivos generales.....	35
1.2 Objetivos específicos.....	36
2. Lugares socios/culturales desde los que abordar la consecución de los objetivos.....	37
2.1 Donde se desarrollan las terapias interculturales en salud mental.....	37
2.2 Donde existe la mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	39
3. Problemática principal de la investigación.....	40
3.1 Algunas precisiones sobre el universalismo biomédico y el relativismo cultural.....	41

3.2 La implicación política en la problemática principal.....	43
---	----

Capítulo III. Marco metodológico

1. Diseño de la investigación y Metodología.....	46
1.1 El diseño de la investigación.....	47
1.1.1 El estudio de caso como técnica de descripción y análisis de la realidad.....	47
1.1.2 Estudios de caso múltiple. Elaborando la muestra.....	48
1.1.3 El estudio de caso múltiple en las prácticas terapéuticas interculturales en salud mental.....	51
1.1.4 El estudio de caso múltiple en las prácticas de mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	52
1.2 Las técnicas de revisión bibliográfica: algunos de sus retos.....	53
1.3 Las entrevistas en profundidad.....	57
1.3.1 A quien entrevisto y por qué lo hago.....	58
1.4 La observación participante y sus escenarios.....	61
1.4.1 Escenarios y condiciones de la observación participante.....	62
1.5 La cuestión de las temporalidades en el proceso de la investigación.....	65

Capítulo IV: Estado de la cuestión y aproximaciones epistemológicas.

1. El estado de la cuestión anterior. Líneas y vacíos que dibujan una aproximación paradigmática.....	66
1.1 Lo que la antropología puede aportar a esta investigación.....	67
1.2 Lo que esta investigación puede aportar a la antropología en España y Bélgica.....	71
1.3 Ausencias que conforman realidades. Perspectivas y supuestos implícitos que adopta el investigador.....	75
1.3.1 Una antropología política de la salud.....	77
1.4 Dimensiones de la enfermedad y la salud.....	79
1.4.1 El problema de definición entre normal y patológico.....	81
1.4.2 Definiciones clásicas de la enfermedad, la salud y los sistemas médico/curativos en antropología de la salud.....	84
1.5 Categorías operativas de las terapias interculturales en salud mental.....	90

1.5.1 Los marcadores que delimitan las terapias interculturales.....	93
1.5.2 Operacionalizando modelos terapéuticos interculturales en salud mental.....	94
1.6 La presencia actual de las terapias interculturales en Europa.....	95

2. Líneas que recortan, descomponen y contienen al texto de la investigación..... 97

2.1 La presencia de los procesos coloniales y el construccionismo social.....	97
2.2 El cuerpo como sujeto transversal de interés.....	100
2.3 La importancia de los lugares desde los que surgen las prácticas.....	101
2.4 La cuestión de la diversidad cultural en el ámbito de la atención sanitaria.....	104
2.5 La inscripción de la prácticas sanitarias interculturales en el escenario del multiculturalismo e interculturalismo político/normativo.....	106

Parte II: Contextos, factores excluyentes a los cuidados y estrategias de inclusión

Capítulo IV: Contextos migratorios y sanitarios

1. Trayectoria histórica de la recepción de personas inmigrantes en Bélgica y España..... 109

1.1 Algunas causas explicativas de los fenómenos migratorios.....	110
1.2 Migración motivada por problemas de salud o vinculada a razones socio/sanitarias....	113
1.3 La recepción de flujos migratorios en Bélgica y España.....	115
1.3.1 El caso belga.....	116
1.3.2 El caso español.....	119
1.4 Las políticas migratorias y sus modelos en Bélgica y España.....	122

2. Dos modelos sanitarios con implicaciones en la universalidad del acceso diferenciadas: el sistema de salud belga y el español..... 126

2.1 Reseña a los modelos de estado de bienestar existentes en occidente.....	126
2.2 El sistema de salud belga y el acceso a sus servicios sanitarios.....	128
2.2.1 Algunas de las problemáticas que presenta la Ayuda Médica Urgente (AMU).....	130

2.3 El sistema de salud español: un acceso garantista.....	131
2.3.1 Controversias en la aplicación del requisito de empadronamiento en las diferentes Comunidades Autónomas.....	134

Capítulo V: Factores que inciden en el acceso o exclusión a los cuidados de salud

1 La exclusión a los cuidados institucionales de salud entendida como exclusión social.....	137
2 Factores y causas que influyen en la exclusión a los cuidados de salud.....	139
2.1 Factores de exclusión lingüístico/culturales.....	139
2.2 Factores vinculados a la situación jurídica/administrativa de la persona.....	142
2.3 Factores de tipo socio/económico y psico/social.....	143
3. Medidas implementadas contra las barreras de acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero en Bélgica y España.....	146
3.1 La respuesta del medio asociativo frente a la desigualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios.....	146
3.2 El comportamiento del medio institucional y sus actores.....	149
3.2.1 <u>Prácticas de inclusión y adecuación de los cuidados</u>	149
- La comunitarización informal de los espacios sanitarios.....	149
- La emergencia de prácticas terapéuticas adaptadas a los itinerarios socio/culturales de los pacientes.....	149
3.2.2 <u>Estrategias integradoras</u>	151
- En el área legislativa del acceso y la formación.....	151
- La mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	151

Parte III: La mediación intercultural en el ámbito sanitario en Bélgica y España

Capítulo VI: Sobre la definición, objetivos y métodos de la mediación intercultural sanitaria

1. La mediación intercultural en el medio sanitario/hospitalario.....	153
--	------------

1.1 Definición y objetivos de la mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	157
1.2 Funciones que desempeña la mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	160
1.3 Roles, estatus, interacciones y normas. Dinámicas comunicativas y conductuales en las que interviene la mediación intercultural sanitaria.....	163
1.4 La mediación intercultural sanitaria en la diversidad de expresiones, representaciones e interpretaciones de la dolencia.....	166
1.5 Mediadores interculturales, social Linkworkers, interpretes médicos... Semejanzas y diferencias de prácticas, y figuras, en la intervención socio/sanitaria.....	172

**Capítulo VII: La mediación intercultural sanitaria en Bélgica.
Casos de mediación en hospital general y psiquiátrico**

1. La mediación intercultural sanitaria en Bélgica: contextualización histórica.....	177
1.1 De su origen e implementación en el territorio belga.....	178
1.2 El proyecto de mediación intercultural sanitaria en la actualidad.....	183
2. La atención a la diversidad cultural en el hospital Erasme de Bruselas.....	187
3 La mediación intercultural en el hospital Brugmann de Bruselas.....	194
3.1 Líneas principales de actuación de los mediadores interculturales en Brugmann.....	199
3.2 Casos de mediación intercultural en el hospital Brugmann.....	203
4. La mediación intercultural en el hospital de la Citadelle, Lieja.....	209
4.1 Caso de intervención del equipo de mediación intercultural de la Citadelle.....	212
5 La mediación intercultural en el hospital psiquiátrico de Titeca.....	215
5.1 Casos de intervención en el hospital Titeca.....	218

**Capítulo VIII: La mediación intercultural sanitaria en España:
Casos de mediación intercultural en el ámbito hospitalario y de atención primaria.**

1. Introducción a la mediación intercultural sanitaria en España.....	222
2. El SEMSI en Madrid.....	226
3. La mediación intercultural en el hospital del Mar de Barcelona.....	229

4. El servicio de Mediación de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo, y el programa PRIS en Guadalajara.....	233
5. La mediación intercultural socio/sanitaria en la Comunidad Valenciana.....	236
5.1 Caso de mediación en el Hospital La Fe de Valencia.....	237
6. El caso de la mediación intercultural en un ambulatorio de Parla (Madrid).....	241

Capítulo XIX: Conclusiones sobre la mediación intercultural sanitaria en Bélgica y España

1 Ventajas que ofrece la mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	246
2. Inconvenientes y problemáticas que presenta la mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	251
2.1 Comunicación, roles y supuestos implícitos biográficos del mediador intercultural.....	251
2.2 La coincidencia cultural y la prohibición de una interpretación directa. Dos problemáticas significativas.....	254
2.3 El estatus, la profesionalización del mediador intercultural y las condiciones en las que se desarrolla su práctica.....	257
3. La mediación intercultural en los ejes de la problemática de la investigación....	259

Parte IV: Las terapias interculturales en salud mental

Capítulo XX: De los orígenes y tipos de terapias interculturales, en salud mental, en Bélgica y España.

1. Terapias interculturales en el medio asociativo e institucional en Bélgica y España.....	264
1.1 Tipos de terapias y aproximaciones de carácter intercultural.....	270
2. Historia de la psiquiatría y sus principales cambios.....	273
2.1 Orígenes de la psiquiatría transcultural.....	275
2.2 Génesis de la corriente etnopsiquiátrica.....	277
2.3 Del surgimiento del movimiento antipsiquiátrico a nuestros días.....	284

Capítulo XI. Prácticas terapéuticas interculturales: el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero.

1. El modelo clínico occidental adaptado a las personas de origen extranjero.....	292
1.1 Praxis en el ámbito asociativo.....	294
1.1.1 SMES.....	294
- SMES/Bélgica.....	294
· El origen de SMES/B y las preguntas de partida.....	295
· Sus objetivos principales y las características de su metodología.....	298
· El perfil de los pacientes, los lugares y el carácter intercultural de la intervención.....	299
- Conclusión.....	303
1.1.2 EXIL.....	305
- EXIL/Bélgica.....	305
· El origen de EXIL/Bélgica y la sintomatología específica de sus pacientes.....	305
· Metodología y características de la aproximación terapéutica intercultural.....	308
· Casos y problemáticas en su abordaje particular del sufrimiento.....	310
· Estructura y programas de la asociación.....	312
- EXIL/ Barcelona.....	314
· Origen y características de EXIL/B.....	314
· Espacios y metodología de la aproximación terapéutica.....	316
· Casos y problemáticas, entre terapeuta/paciente, en su abordaje específico de la violencia.....	317
- Conclusión.....	318
1.2 El modelo clínico occidental adaptado a las personas de origen extranjero en el ámbito institucional.....	322
1.2.1 El programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR) y SMES/Madrid.....	322
· El perfil de los pacientes.....	323
· Composición del equipo y lugar de la consulta.....	326

· Aproximación teórica y metodológica.....	326
· Conclusión.....	328
1.2.2 La Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos (FCCP) en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid.....	331
· Sobre la aparición de la FCCP en un contexto clínico.....	332
· La FCCP en el manual diagnóstico DSM IV.....	334
· Aplicando la FCCP en la consulta de psiquiatría: estudios de caso.....	336
· Conclusiones.....	338
· La FCCP en los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural.....	343
1.2.3 El SAPPPIR y la aproximación de los duelos migratorios y el Síndrome de Ulises en el Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.....	345
· El origen del SAPPPIR, sus características y el perfil de los pacientes.....	346
· El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple.....	350
· Metodología y elementos culturales, e interculturales, de la intervención terapéutica.....	354
· Conclusiones.....	359

**Capítulo XII. Prácticas terapéuticas interculturales:
El proyecto de las casas de acogida peuls,
pasajes entre la antipsiquiatría y las
representaciones de la curación en África**

1. L'autre lieu y el modelo antipsiquiátrico intercultural en las casas de acogida peuls, Bruselas.....	365
1.1 El origen del proyecto.....	367
1.2 La sede de "l'autre lieu". Lugar de la primera acogida.....	369
1.3 Las casas de acogida peul.....	370
1.3.1 La casa peul del "Vivier".....	372
1.3.2 La casa peul "de Geef".....	373
1.4 Espacio y género en las casas peuls.....	374
1.5 Elementos y problemáticas implícitos en las dinámicas interculturales de las casas peuls.....	375

1.5.1 La mediación de la asociación en la vida comunitaria de las casas peuls.....	376
1.5.2 Elementos de una terapia intercultural profana.....	378
· Formas de prevenir y curar la enfermedad en la comunidad peul.....	378
· Eficacias terapéuticas surgidas en la convivencia intercultural.....	380
1.6 Procesos de abreación en las dinámicas e intercambios interculturales: El caso de F. en el "Vivier"	382
1.7 El Vivier y Geef: comunidades de referencia.....	383
1.8 Un relativismo cultural incluyente e igualitario. Las casas peuls en la problemática de la investigación.....	384

**Capítulo XIII. Prácticas terapéuticas interculturales:
El modelo etnopsiquiátrico de Nathan
en el hospital Brugmann (Bruselas).**

1. De la praxis etnopsiquiátrica, nathaniana, en Francia a su aplicación en un hospital público belga.....	387
2. La etnopsiquiatría en el hospital Brugmann. Bélgica (Bruselas).....	388
2.1 Los terapeutas.....	390
2.2 Los pacientes.....	392
2.3 Causalidades, síntomas y motivos por los que los pacientes acuden a dicha consulta..	393
3. La consulta: estudios de caso.....	399
3.1 Cuando prevalece un ejercicio de mediación a la etnopsiquiatría clínica.....	401
3.2 Casos que precisan de la etnopsiquiatría y de una terapia complementaria.....	407
3.3 Intervenciones focalizadas en el modelo etnopsiquiátrico.....	410
- Pasajes migratorios y contextos socio/culturales. El abordaje de una patología nunca vista con anterioridad.....	410
- Brujería y posesión. El dispositivo etnopsiquiátrico grupal y los objetos activos.....	416
- Entre la nominación biomédica y la etiología mágico/religiosa.....	420
3.4 Entre consultas.....	423
3.4.1 Un espacio de descanso y de visibilización de divergencias y convergencias en el grupo.....	426

4 Una práctica intercultural etnopsiquiátrica. Mecanismos y especificidades de la consulta a la luz de los estudios de caso.....	427
4.1 <u>Un grupo intercultural de terapeutas</u>	429
4.1.1 La organización terapéutica del espacio.....	431
4.1.2 Funciones del grupo de terapeutas en el dispositivo técnico/espacial.....	433
4.2 <u>El uso de los objetos activos</u>	434
4.2.1 Donación y recepción: El objeto activo fruto del azar y el prescrito en forma de receta.....	437
- El objeto activo fruto del azar.....	437
- El objeto activo predeterminado: el caso de la prescripción en forma de receta.....	439
4.2.2 Los objetos activos vistos desde la noción de "Maná" enunciada por Mauss.....	440
5. Crítica a la aproximación etnopsiquiátrica en Brugmann.....	442
5.1 Voces que se alzan contra los dispositivos de inspiración nathaniana.....	442
5.2 Crítica a la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann.....	446
5.2.1 Una terapéutica no siempre adecuada para todo tipo de pacientes.....	447
- El discurso basado en el paciente.....	447
- El carácter grupal y público de la consulta.....	448
- Una cultura etnopsiquiátrica en un espacio biomédico.....	450
5.3 Algunas matizaciones, a la luz del trabajo de campo, a la crítica general del dispositivo etnopsiquiátrico.....	451
6. La consulta etnopsiquiátrica de Brugmann en la problemática de la investigación.....	454

Parte V: Consideraciones finales y propuestas.

Capítulo XIV: Consideraciones finales

1. Apuntando hacia algunas conclusiones finales, preguntas y propuestas.....	457
2. Un marco legislativo universalista, Una práctica segregadora. El desigual acceso a los medios sanitarios públicos.....	461
3. La apuesta por la mediación intercultural en el ámbito sanitario , en Bélgica y España, como práctica de inclusión y disfrute equitativo de los cuidados de salud.....	465
3.1 La mediación intercultural sanitaria en la problemática de la investigación.....	468
4. Dispositivos clínicos adaptados y prácticas emergentes para una mejora del acceso y disfrute de los cuidados sanitarios: Las terapias interculturales en salud mental.....	470
4.1 Las terapias interculturales en el eje del universalismo biomédico y el relativismo cultural.....	472
4.1.1 La adaptación como búsqueda intercultural de mejora en la praxis terapéutica: <i>El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero</i>	473
4.1.2 <i>El modelo etnopsiquiátrico</i> : La práctica etnopsiquiátrica, en el hospital Brugmann de Bruselas, y su apuesta intercultural por la mejora en la eficacia terapéutica.....	474
4.1.3 <i>El modelo antipsiquiátrico intercultural</i> de L'autre lieu. La emergencia de una práctica innovadora	475
4.2 La ubicación axial de las prácticas terapéuticas y su aportación a la igualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios.....	476
5. Hacia la mejora de la atención sanitaria en la diversidad cultural... y una pregunta.....	478
6. Algunas propuestas finales.....	481
- En el nivel estatal y legislativo.....	481
- En la práctica de cuidados de salud.....	483
- En el panorama académico de la antropología médica actual.....	484
Bibliografía.....	485
Anexos.....	

El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural.

Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales

en salud mental, estudios de caso en Bélgica y España.

" El hombre que se vuelve
esclavo pierde la mitad
de su humanidad. Ya no
puede imaginarse otro"
(Plinio)

1. Preámbulo

1.1 La emergencia de prácticas interculturales en los ámbitos sanitarios, institucionales y asociativos, belgas y españoles: lugares y aproximaciones a explorar.

La presente investigación ofrece el resultado del análisis antropológico de las prácticas interculturales sanitarias, que habitan los corpus profesionales de la mediación intercultural en el ámbito sanitario y la atención terapéutica en salud mental, y los lugares que ocupan en Bélgica y España. En particular aborda 17 estudios de caso emblemáticos en su representatividad y relevancia.

El objetivo central de esta tesis es reflejar la presencia de dichas prácticas, en ambos países, con el fin de analizar si desde la interculturalidad estas, promovidas por actores en espacios concretos, reierten en una mejora en el acceso y disfrute a los cuidados de salud de las personas de origen extranjero. Para ello hago uso de una problemática principal consistente en la ubicación hipotética de dichas aproximaciones en un espacio dividido por los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural. La ubicación en este espacio es analizada desde la implicación política relativa a su colaboración en el cumplimiento de los artículos¹ pertenecientes a *Alma Ata*, la *Carta Social Europea* y la *Declaración de los Derechos*

¹ Ver pág. 43 y siguientes.

Humanos que reenvían al derecho, de todas las personas, a la igualdad en el disfrute y acceso a los medios sanitarios.

El carácter principal de esta tesis, articulada en la problemática mencionada, es descriptivo inscribiéndose en un marco de desarrollo y análisis antropológico de tipo clásico. Huelga señalar que *en ningún caso se trata de una comparación* entre prácticas o realidades, sino de una *exposición y análisis de lo que, conformado en las prácticas interculturales sanitarias de la mediación y las terapias en salud mental, hacen las personas en contextos europeos diversos.*

La oportunidad de analizar dichas prácticas interculturales sanitarias en Bélgica y España, como se explica más adelante fruto del itinerario del investigador en su vivencia de ambos países, me permite reflejar la variedad de respuestas que los actores sociales, en estos dos contextos europeos, desarrollan. Las diferencias en las especificidades de cada país y de cada aproximación intercultural tratan, en esta investigación, de *ser utilizadas como contrastes, semejanzas e inspiraciones* desde el análisis aplicado principal de este trabajo vinculado a su objetivo central. Al mismo tiempo, las modalidades de acceso que inauguran dichas prácticas y los lugares que ocupan, reflejan otra serie de procesos que reenvían a la universalidad de los cuidados de salud y su factibilidad en ambos países. Contextos con especificidades diferenciadas, o similares, pero que participan de marcos (socio/económicos y legislativos) comunes como es el de la Unión Europea.

La consolidación de algunos países europeos, como Bélgica y España, en cuanto que receptores de flujos de inmigración es de una notable diversidad en el tiempo. Mientras que la historia contemporánea de la tradición receptora de personas migrantes belga se remonta a los años 40 y 50, la española data de los años 90.

Fruto de estos flujos migratorios se ha asistido a una mayor heterogeneización socio/cultural en la composición de las sociedades de acogida. La relación de las personas de origen alóctono con el acceso y disfrute de los cuidados de salud de derecho común ha dado lugar a que en los últimos años se haya asistido a la aparición de prácticas, terapéuticas o de mediación, de carácter intercultural en el ámbito sanitario institucional y asociativo europeo. Con diversas particularidades y tiempos en cada país, este ha sido el caso de Bélgica, a finales de los 80, y, algo más tarde, de España a principios del 2000.

Principalmente dichas prácticas, como se demuestra en esta investigación, tratan de dar respuesta a la dificultad en el acceso y disfrute igualitario de las personas de origen extranjero a los medios sanitarios de derecho común y, en ese sentido como señala Gailly (2009), a las limitaciones en la eficacia, con los pacientes que no pertenecen a la clase media y alta autóctona, de los modelos terapéuticos vigentes en la cultura biomédica.

Estas prácticas están divididas en dos constelaciones, únicas en cuanto a su conformación como cuerpos teóricos y praxis organizadas de tipo intercultural, existentes en ambos países. Por un lado la mediación intercultural en el ámbito sanitario, y por otro las terapias interculturales en salud mental. La atribución de la categoría intercultural en ambos casos se refiere, con especificidades distintas en cada praxis pero en un marco epistemológico compartido por todas, a la relevancia con la que se aborda como sujeto de interés la dimensión cultural en los itinerarios, e interacciones, de profesional sanitario y paciente. Y a la posición central que adquiere la consideración de tender nexos de unión, y/o reformular problemáticas, (Giménez, C. 1997) entre actores en situaciones sociales de multiculturalidad significativa. Este es el caso de las diversas representaciones, o *modelos explicativos* (Kleinman, 1980), del proceso salud/enfermedad/curación que pueden tener personal sanitario y paciente. En este sentido, a diferencia de la multiculturalidad en la que varias culturas coexisten sin producirse intercambios entre ellas, la interculturalidad, en dichas prácticas terapéuticas y de mediación, implica una dimensión de intercambio adoptando una visión más amplia, relacional y dinámica del propio concepto de cultura. Estos intercambios incluyen en algunos casos, como sucede en terapéuticas interculturales en salud mental como la etnopsiquiátrica, la incorporación en las consultas de modelos interpretativos, dispositivos y metodologías de intervención clínica inspirados en los universos culturales de origen de los pacientes.

En lo que concierne a las unidades de análisis en el caso de la salud mental, desarrollando la clasificación realizada por J. Leman y A. Gailly (1992), he operacionalizado en constructos teóricos el tipo de práctica intercultural incluyéndolas en tres modelos generales: *el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero, el modelo antipsiquiátrico intercultural y el modelo etnopsiquiátrico*.

En el *modelo occidental adaptado* se abordan, en el ámbito institucional y asociativo, las configuraciones interculturales de acceso sanitario que se realizan en:

a/ SMES/Bélgica (Salud Mental y Exclusión Social), y el ESMR (Programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid).

b/ El trabajo que desarrolla la asociación EXIL/Bélgica (Bruselas) y EXIL/Barcelona y sus servicios de ayuda psicológica a personas migrantes y exiliadas víctimas de la violencia organizada (torturas, persecuciones étnico/religiosas y políticas...) y de género.

c/ La práctica clínica, e investigadora, de la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* en el hospital Puerta de Hierro de Madrid.

d/ El SAPPPIR y la terapéutica basada en el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*, o *Mal de Ulises*, en el Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

La elección del análisis y descripción de estas prácticas, y no otras, guarda relación con su carácter emblemático. De este modo he tratado de abarcar, en diferentes espacios y poblaciones destinatarias, el universo de las prácticas de tipo occidental que, desde la interculturalidad en ambos países, adaptan sus herramientas y dispositivos a las personas de origen extranjero con el fin de mejorar su eficacia terapéutica.

El *modelo antipsiquiátrico intercultural* (*de las casas peuls*) es único en sus características no existiendo, hasta la fecha, en Bélgica y España otra aproximación que aúne el vector de una praxis terapéutica antipsiquiátrica con el intercambio de narraciones, producciones y reinterpretaciones de significados, en torno a experiencias como el proceso salud/enfermedad/curación, en la convivencia intercultural. En este caso la asociación L'autre Lieu, situada en Bruselas, asesora a los inquilinos de *las casas*, exiliados políticos de origen peul, acerca de las gestiones a seguir para la tramitación de su asilo. Mientras que estos acogen en su comunidad a personas, belgas o de origen extranjero, que sufren dolencias psíquicas.

El *modelo etnopsiquiátrico* en Bélgica, de inspiración nathaniana¹, se aplica en diversos ámbitos, fundamentalmente en Bruselas, como el institucional y el asociativo. La práctica etnopsiquiátrica analizada en esta investigación se sitúa en el hospital Brugmann de Bruselas,

¹ Pertenecientes a la corriente etnopsiquiátrica creada en Francia por Tobie Nathan.

siendo una de las más representativas de las existentes en este país¹. Además de ciertos elementos en sus dispositivos terapéuticos característicos el marco de un hospital público en el que tiene lugar, como se refleja en el capítulo correspondiente, es un factor añadido en su elección como sujeto de interés.

Por otro lado, la mediación intercultural en el ámbito sanitario se desarrolla de diferente manera, y con trayectorias y tiempos distintos, en Bélgica y España. En el caso belga es originaria de una política de estado y se da principalmente en el ámbito hospitalario. De este modo he realizado estudios de caso en los hospitales generales de Bruselas: *Erasme* y *Brugmann*; así como en el hospital psiquiátrico de *Titeca*. Y, en otra región distinta, en el hospital general *La Citadelle* de Lieja.

En lo que se refiere a España he abordado la presencia de la mediación intercultural socio/sanitaria en programas dirigidos, por actores puntuales o *concertaciones piloto* con regiones y comunidades autónomas, a hospitales y centros de salud en Cataluña, Castilla la Mancha, Valencia y Madrid. En Cataluña me he referido a la práctica mediadora intercultural en el *Hospital del Mar*. En Castilla la Mancha abordé el *servicio de mediación intercultural sanitaria de Médicos del Mundo*. Con respecto a Valencia me detuve en la práctica que se desarrolla en el *Hospital la Fe*. Y en Madrid abordé el trabajo que realiza el *SEMSI*² y el que tiene lugar en el centro de salud primaria *San Blas*, del municipio de Parla.

El porqué de dicha elección sigue un criterio en cuanto a su relevancia, a la hora de reflejar el mapa de la diversidad de prácticas que actualmente existen. No obstante programas y praxis, de igual interés, comienzan a ver la luz o ya se están desarrollando desde hace unos años en otras regiones y centros de salud de ambos países. Los casos analizados son representativos, tanto desde su posición estructural como de sus elementos e implicaciones teóricas y prácticas, de los diversos enfoques y las razones de ser de la aparición de la mediación intercultural socio/sanitaria en España y Bélgica.

¹ En España actualmente, 2009, no existe ninguna terapéutica de tipo etnopsiquiátrico.

² Hasta su reciente desaparición a principios de 2009.

Debido a la, hasta la fecha, ausencia de una mirada antropológica que analice la emergencia de estas prácticas en ambos países, como se detalla en el capítulo III, la presente tesis y el maridaje entre su carácter crítico y aplicado realiza aportaciones novedosas en el panorama de la disciplina antropológica belga y española. Una de ellas es la posibilidad de diálogo entre las diversas prácticas recogidas y analizadas en esta tesis. Si bien más allá de una aportación individual su elaboración, proceso y resultados, son fruto de las valiosas contribuciones que actores ubicados en diversos espacios y lugares, desde la interculturalidad, realizan en ambos países en la búsqueda de una idea, no solo teórica sino eminentemente de facto, de justicia social como es el derecho a una asistencia sanitaria garantista e igualitaria para todos.

1.2 Algunos acontecimientos y trayectorias en la elección del objeto de estudio.

Según G. Devereux, el observador debe situarse en el corazón del proceso de investigación y considerar que no observa más que las reacciones a sus propias observaciones. En este sentido, afirma que no existen datos independientes a su trabajo de observación. En concreto los únicos datos de los que dispone el investigador son los que están constituidos por sus propias reacciones a las reacciones que él mismo suscita. Para este autor el observador debe pensar su relación con el observado de la misma manera que el psicoanalista aborda la relación con su paciente.

"A la luz de la idea de Einstein según la cual nosotros solo podemos observar los acontecimientos que ocurren junto al observador -solo conocemos lo que ha ocurrido junto a y en el aparato de experimentación, así que el elemento más importante es el observador-... yo he dado un paso más en el camino trazado por Freud. Afirmando que es la contratransferencia, más que la transferencia, lo que constituye el dato más crucial de toda ciencia del comportamiento... aunque la transferencia y la contratransferencia sean fenómenos ligados e igualmente fundamentales; pero el análisis de la contratransferencia es científicamente más productivo en datos sobre la naturaleza humana".

(G. Devereux, (1980). Traducción propia.)

Si dejamos aparte la referencia a las ciencias exactas, a la física cuántica en este caso, que recuerda en este autor tanto a su pasaje del estudio de la Física al de la Antropología como a la búsqueda de científicidad, se puede concluir que la contratransferencia, entendida como las propias reacciones del investigador a un sujeto que se observa y con el que se interactúa, lejos

de poder ser considerada como algo erróneo o perturbador es, en su componente subjetivo, el único recurso del que dispone alguien que trata de comprender una actividad humana.

De la misma manera, y fruto de un mismo principio la elección del objeto de investigación no va a ser algo casual, sino que responde a una serie de trayectorias vitales, así como de encuentros accidentales, del propio investigador, que si se rastrean dan una imagen, un proceso, que contiene también claves para entender por qué esa persona llegó a decidir e implicarse en ese proyecto.

Mi interés particular por el acceso a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero nació a raíz de una estancia en Bélgica, en el año 2003, en el marco de una beca de movilidad en mi licenciatura en sociología en la Universidad Complutense de Madrid.

La cuestión del acceso a los medios sanitarios y la diversidad cultural tuvo uno de sus puntos de partida, por aquel entonces, en la observación de mi propio acceso a los medios sanitarios, a raíz de una leve patología respiratoria, y en la de una persona de mi entorno en Bélgica, de origen extranjero (intracomunitario). Las situaciones en dicho proceso de atención sanitaria con las que nos encontramos en el hospital, entre otras, con respecto al desconocimiento del sistema sanitario y a las dificultades comunicativas comenzaron a reformularse en forma de preguntas. Estas guardaban relación con mi noción preestablecida de que en Bélgica, como en mi país de origen (España), el sistema de cuidados de salud público era de tipo garantista y aseguraba un acceso universal y, según tenía entendido, de gran calidad a todas las personas por igual.

Fueron esas preguntas y el azar los que me hicieron conocer ese mismo año, en el contacto con algunas personas que habían trabajado en esta cuestión, la existencia de figuras que trataban de tender puentes entre los diferentes itinerarios socio/culturales e idiomas del paciente y el profesional sanitario, los mediadores interculturales. De la misma manera tuve noticia de aspectos relacionados con nuevas modalidades, de las que hasta entonces no había oído hablar, en los dispositivos clínicos de atención en salud mental. En este sentido escuché el relato, al que le siguió una discusión a medio camino entre la narrativa realista y romántica, de dos estudiantes que habían trabajado como psicoterapeutas con personas de origen extranjero en una, para mi novedosa, aproximación clínica en el ámbito de un hospital público. Esta incorporaba tanto dispositivos terapéuticos como representaciones de la enfermedad y de la curación propias de culturas no occidentales; la etnopsiquiatría.

En un ámbito más general la cuestión de la experiencia en la recepción migratoria y del desarrollo del sistema de bienestar en Bélgica me llamaba fuertemente la atención percibiendo por un lado, en comparación con España, una sociedad más mestiza y multicultural y por otro un sistema de bienestar mayormente consolidado. Es así que cuando el sistema de bienestar español comenzó a despuntar en los años 80, en Bélgica ya llevaba unos lustros de andadura. De igual forma sucedería con la migración, la historia contemporánea de la tradición receptora de personas migrantes belga se remontaba en el tiempo varias décadas antes, desde los años 40 y 50, que la que yo conocía mejor, la española.

Sin embargo, en mis experiencias y observaciones cotidianas percibí que la cuestión de la inmigración como problema se estaba, y en la actualidad está, planteando a escala global en Europa. De igual modo que en España, en Bélgica era frecuente escuchar argumentaciones de tipo estructural (como la incapacidad de acoger más inmigrantes pues "no hay capacidad de acogida ni trabajo para ellos") hasta las de corte político/culturalista en las que se estigmatiza y "encuentra" la raíz de ciertos males y desordenes, o se resuelven diatribas nacionalistas e identitarias, con la presencia de dichos migrantes.

Esta situación coincide a su vez, en estos últimos años, con el triunfo de un macromodelo neoliberal que se manifiesta por un lado en una visibilización de la imagen de la 'Europa acorazada' con el cierre de fronteras, ya desde los años 80 en Bélgica y en España al despuntar el segundo milenio, (y cuyo último representante es la directiva europea, ratificada el 18 de junio del 2008, conocida coloquialmente, en los medios críticos, por la *directiva de la vergüenza*) y el impacto que este conlleva para miles de personas, relegadas a la exclusión, en situación irregular. Y por otro en la progresiva retirada de la inversión estatal para el desarrollo y permanencia de los servicios públicos, articulada en torno al discurso del mantenimiento de las tasas de crecimiento a costa del recorte de dicho gasto público (como se muestra en las "Orientaciones generales para las políticas económicas de los estados miembros y de la comunidad europea" (Boletín 7/8 de la UE de 1998) reflejadas en el apartado n.º 5 relativo a las finanzas públicas saneadas), en el panorama europeo.

Todo ello me hacía plantearme, por una parte, si la amplia experiencia belga de recepción de personas migrantes y la diversidad cultural de su población había dado lugar, como pude escuchar con el caso de la mediación intercultural y la etnopsiquiatría, a nuevas modalidades

de acceso y disfrute, del orden intercultural, a los medios sanitarios. Y por otra, qué implicaciones tendrían estas en lo relativo a la universalidad de facto de dicho disfrute y acceso.

Fue al regresar a España, debido a fatídicas circunstancias, relativas a la salud de dos miembros de mi familia, que me hicieron convivir dolorosamente con el universo de la asistencia biomédica, cuando decidí embarcarme en la presente investigación.

De este modo las preguntas iniciales a las que he tratado de dar respuesta aquí fueron:

- ¿El contacto con personas de orígenes alóctonos, y las aportaciones y demandas del mismo, ha influido en la incorporación de medidas, conocimientos y praxis terapéuticas del orden intercultural en Bélgica y España? ¿Cómo y dónde? ¿En el sistema de salud público, en el medio asociativo...?
- ¿Teniendo en cuenta que estas prácticas son implementadas en sistemas de salud universalistas en su concepción inclusiva del acceso y disfrute a los cuidados, su razón de ser, así como su efectividad y dimensiones heurísticas y pragmáticas, está vinculada a la lucha contra la exclusión al disfrute y acceso de las personas de origen extranjero a los medios sanitarios?
- ¿Cómo se sitúan estas praxis, del orden intercultural, y los lugares que ocupan con respecto a las nociones inaugurales de universalismo biomédico y relativismo cultural?
- ¿Y de qué modo permiten estas dos nociones, universalismo biomédico y relativismo cultural, visibilizar la implicación política concerniente a la colaboración de dichas medidas y terapéuticas en el cumplimiento de la *Declaración de los Derechos Universales del Hombre*, la declaración de *Alma Ata* y la *Carta Social Europea* con respecto a las dimensiones relativas a la universalidad de acceso y disfrute a los medios sanitarios en los estados belga y español?

1.3 La atención sanitaria en la diversidad cultural: perfilando algunas hipótesis

Tal y como señala Margaret Whitehead (1992) el disfrute a la salud se derivará no sólo del acceso a los medios sanitarios, o de características del orden biológico, sino también de factores vinculados a la posición social. Estos están distribuidos desigualmente y se encuentran variables que van desde el acceso a los recursos económicos, la situación en el mercado laboral, el medio físico y social, o, como especialmente veremos en algún ejemplo en esta investigación, la situación jurídica/administrativa de la persona.

De esta manera las condiciones materiales de existencia, y la posición socio/estructural que ocupan los sujetos incidirán en la morbilidad y la mortalidad mostrando una relación constante entre salud y posición social (Nettleton, 1995).

Si bien es cierto que los esfuerzos para una mejora en el disfrute a la salud no se pueden reducir al acceso sanitario este tiene una relevancia principal¹. En este sentido se revela importante que la cuestión del acceso a los cuidados, y las modalidades y configuraciones de la atención sanitaria biomédica, deba ser sensible, con el fin de no incurrir en reduccionismos excluyentes y poco operativos, a estas dimensiones bio/psico/sociales.

En lo que se refiere a la atención sanitaria a la población inmigrante cabe decir que no siempre hay necesariamente implícitos aspectos sustancialmente distintos de los que aparecen en la población autóctona. Si bien el ámbito de la salud alberga unas características que lo hacen más susceptible a la manifestación de conflictos y problemáticas, que en otros campos no son tan relevantes, como, por ejemplo, las diferentes representaciones del cuerpo, o los modelos explicativos diversos de la enfermedad y la curación, entre el terapeuta y el paciente.

Ciertos dominios como el que nos ocupa de la salud mental, alumbran, de una forma más incipiente si cabe, aspectos relativos a las culturas del terapeuta y del paciente. Estos con frecuencia adquieren un carácter conflictivo manifestándose en la visibilización de las

¹ Una buena forma de apreciar esto desde los sistemas de carácter universalista europeos es dirigir la mirada hacia las trágicas consecuencias que tiene la inequidad en el acceso, por motivos económicos fundamentalmente, en un país industrializado occidental como EE. UU.

contradicciones de un sistema sanitario excesivamente rígido, así como en las dificultades a las que se enfrentan los profesionales de la salud en su relación diaria con los usuarios.

Además de, por otro lado, reenviar a una serie de implicaciones de tipo socio/político que están íntimamente ligadas con el desarrollo de la práctica terapéutica, y la racionalidad y organización de la misma, así como con los factores etiológicos de la aparición del sufrimiento y la enfermedad¹.

En este último sentido, con respecto a lo que supone la aparición de usuarios de la sanidad pública de origen extranjero con relación a la problematización y negociación de la cultura biomédica occidental, y su dimensión política, y a la necesaria toma en consideración de la diversidad cultural, Comelles señala:

"El efecto de la inmigración tiene el valor de llamar la atención sobre la necesidad de co-producir y de gestionar las variables culturales, una vez que las culturas en torno a la salud parecían tan compartidas por la ciudadanía que parecía que no debían llamar la atención, puesto que nuestra ciudadanía ya había asumido y compartía un estilo de funcionamiento idiosincrásico y a menudo muy automatizado...

La diversidad cultural asociada a la inmigración representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población, tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas de organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque supone desde el punto de vista político - y especialmente en Europa-, un reconocimiento de los derechos de las minorías que habitualmente se había escudado en el principio de la homogeneidad cultural "nacional", para disimular la diversidad cultural"

(J. M. Comelles (2004: 24))

Es así que la atención sanitaria en la diversidad cultural lejos de ser un fenómeno novedoso, actual o con varias décadas de presencia según el país, existe desde su nacimiento. Es a partir de la llegada de un otro, denominado como alteridad por provenir de un origen externo a la delimitación del estado/nación receptor, que se comienza a problematizar, en este caso desde la antropología médica, la propia pretensión universal de la mirada biomédica hegemónica. Esto sucede por diversos motivos.

Por una parte están los relativos a su carácter universal y al derecho común que rige, en este caso, la atención sanitaria pública en los estados de bienestar europeos. El sistema de

¹ Como, por ejemplo, las situaciones de irregularidad, soledad y explotación laboral de miles de personas que viven en la actualidad en Europa.

cuidados de salud institucional aboga por una atención de carácter universal sin selecciones ni filtros de acceso o calidad de disfrute de los cuidados por razones relativas a la procedencia étnica, nacional, socio/cultural, de género o el poder adquisitivo de la persona. Desde esta óptica los criterios en el caso de Bélgica y España son de carácter general y aseguran, con especificidades diversas en cada país, la atención sanitaria a todas las personas que se encuentren en su territorio. En concordancia con los derechos amparados por sus constituciones y por los tratados internacionales de *Alma Ata*, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* y la *Carta Social Europea*, con respecto a la igualdad de acceso y disfrute de los medios sanitarios.

En este sentido la presencia, novedosa en España (desde la década de los 90) pero ya antigua en Bélgica (remontándose a 1940), de personas de origen extranjero manifiesta una serie de procesos, en los cuales se encuentran insertas las prácticas interculturales que aquí se abordan, concomitantes a la puesta en práctica de dicho derecho común. Y a las problemáticas que una mirada universal, no solo en el acceso sino también en la concepción de los procesos salud/enfermedad/curación, conlleva.

De este modo, dicha presencia, visibiliza las dinámicas y lógicas estructurales que se articulan en los ámbitos sanitarios públicos y que, en lo relativo a la salud, influyen tanto con relación a un disfrute de la misma como en la accesibilidad a estos de ciertas franjas de la población. Estas dinámicas se manifiestan en la aparición de barreras excluyentes que inciden con más fuerza en aquellos colectivos empujados, por la legislación, a ser *outsiders*, como el caso de los irregulares, o de aquellas personas cuyas características idiomáticas o trayectorias socio/culturales son diversas y no coinciden con la norma socio/cultural dominante, como indica Waitzkin (1991), en el universo de cuidados biomédico. Este particular es el caso, principalmente aunque no siempre¹, de las personas de origen extranjero.

La atención sanitaria en la diversidad cultural dibuja una serie de contradicciones que guardan relación con la tendencia universalista, que prescinde de la asunción de su propia especificidad cultural, de la ciencia biomédica occidental, así como con las concepciones y prácticas monoculturales que se desarrollan en el seno de las instituciones de cuidados.

¹ Esto puede suceder también con otros colectivos y personas con itinerarios socio/culturales diversos, y/o características idiomáticas o étnicas minoritarias nacionales.

En este sentido, es de destacar la concepción evolucionista del discurso biomédico dominante que, como dice Kleinman (1995), apuesta por una concepción positivista de pretensiones intolerantes hacia otros modelos explicativos, con un carácter eminentemente reduccionista y biologicista donde lo psicológico, lo social y lo cultural son meros epifenómenos que ocultan la "verdadera realidad".

Fruto del fracaso de dichas concepciones y de la reivindicación de una apertura tanto en la consideración y tratamiento de la enfermedad, como en la creación de puentes de encuentro entre profesional sanitario y paciente, aparecen praxis, promovidas por actores puntuales, proyectos institucionales o políticas de estado, como la etnopsiquiatría, la psiquiatría transcultural y la mediación intercultural sanitaria.

La emergencia de prácticas interculturales de cuidados de salud en el ámbito asociativo surge principalmente como respuesta, por medio de abordajes, desarrollados por actores pertenecientes a colectivos diversos, de carácter universalista y en ocasiones innovadores, a las barreras excluyentes al acceso al circuito de los cuidados sanitarios normalizados. Así como a las limitaciones de los dispositivos terapéuticos institucionales, en este caso en Bélgica y España, en su relación con la diversidad cultural.

1.4 Estructura de la tesis

La presente tesis se encuentra dividida en cinco partes. Antes de que estas, y sus respectivos apartados, comiencen realizo una introducción histórica/cultural de la ciencia biomédica occidental en el capítulo uno.

La Primera Parte, capítulos dos y tres, está dedicada a la construcción y diseño del objeto de la investigación, explicando cuales son los elementos epistémicos y metodológicos que conforman la misma, así como sus objetivos e hipótesis principal.

La Segunda Parte, capítulos cuatro y cinco, es la relativa, a los contextos migratorios y sanitarios abordando sucintamente, en el capítulo cuarto, la trayectoria histórica (de Bélgica y España) en la recepción de personas migrantes. Así como las características de sus sistemas

sanitarios exponiendo las medidas más relevantes, del orden legislativo, en la lucha contra la desigualdad de acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

El capítulo cinco, trata de los factores que influyen en la exclusión a los medios sanitarios, así como las estrategias y medidas específicas, en el medio asociativo e institucional, adoptadas contra las barreras de acceso de las personas de origen extranjero, en ambos países.

La Tercera Parte alberga el panorama existente de la mediación intercultural en el ámbito sanitario, tanto en Bélgica como en España. Me he detenido en la exposición de diversos estudios de caso de mediación intercultural en los hospitales generales y psiquiátricos, y los centros de salud primaria, analizándolos desde la hipótesis central de la investigación. Este bloque comprende del capítulo número seis al ocho.

El capítulo seis se centra en la definición, objetivos y métodos de la mediación intercultural sanitaria. En el siete paso a describir el panorama de este tipo de mediación intercultural en Bélgica exponiendo varios estudios de caso en hospitales generales (Brugmann y Erasme en Bruselas, y la Citadelle en Lieja), y en el hospital psiquiátrico de Titeca en Bruselas.

El capítulo ocho está dedicado a la presencia de la mediación intercultural sanitaria en España abordando diversos estudios de caso en hospitales y centros de atención primaria de diferentes regiones. De este modo analizo la práctica de la mediación intercultural en Madrid que se desarrolla en el SEMSI y el centro de salud primaria San Blas del municipio de Parla; en el hospital del Mar de Barcelona; el hospital la Fe de Valencia; el servicio de mediación intercultural sanitaria de Médicos del Mundo en Talavera, Toledo y el *Programa Regional de Integración Social (PRIS)* en Guadalajara.

En el capítulo nueve, que cierra la tercera parte, se exponen las conclusiones del análisis de las prácticas mediadoras interculturales en Bélgica y España relacionando sus supuestos teóricos y resultados prácticos con la problemática principal de la investigación.

La Cuarta Parte está dedicada al abordaje de la temática de las terapias interculturales en salud mental, tanto en el ámbito de cuidados sanitarios institucional como en el medio asociativo en ambos países, centrándome en el análisis de las diferentes aproximaciones existentes, y las

configuraciones y modelos de acceso que instauran, desde la problemática principal. Este bloque alberga del capítulo diez al doce de la investigación.

El capítulo diez trata de la descripción del tipo de terapias interculturales, y sus orígenes, existentes en ambos países. Así como de una breve introducción histórica de la génesis de las corrientes terapéuticas que alumbran a las prácticas de cuidados sanitarios abordadas. Esto es la *psiquiatría transcultural*, la *etnopsiquiatría* y la *corriente antipsiquiátrica*.

En lo que se refiere al capítulo once lo he dedicado a la descripción y análisis de las prácticas terapéuticas interculturales del llamado *modelo clínico occidental adaptado a las personas de origen extranjero*. En él desarrollo los estudios de caso en Bélgica concernientes a EXIL (atención médico-psico-social para víctimas de la violencia, tortura y violación de los derechos humanos) y SMES (Salud Mental y Exclusión Social) en Bruselas. Y en España EXIL (Barcelona), el programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR), la FCCP (Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos) en el hospital Puerta de Hierro de Madrid y el SAPPPIR, y la aproximación de los duelos migratorios, en el hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

El capítulo doce expone y analiza el *modelo antipsiquiátrico intercultural* en las casas de acogida peul en Bruselas. Y en el número trece abordo el estudio de caso de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas.

Por último en la Quinta Parte, capítulo catorce, presento las Conclusiones finales y analizo las praxis interculturales a la luz de la hipótesis principal. Expongo algunas propuestas, y aperturas, con respecto a la temática que nos ocupa.

Las Conclusiones aportan resultados concernientes a la implicación de la mediación intercultural sanitaria y las terapias interculturales en salud mental, en el ámbito asociativo e institucional de España y Bélgica, en la colaboración en el disfrute y acceso equitativo a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero. Abordando a su vez la cuestión del universalismo, de los sistemas sanitarios belga y español, en la garantía a dicho acceso y disfrute a la luz de los datos que aporta la investigación.

En las Conclusiones a su vez expongo, tanto en el nivel estatal y legislativo como en la práctica de cuidados sanitarios, algunas medidas de interés, para los profesionales de la salud y del ámbito legislativo, administrativo y académico, en la lucha contra las barreras en el acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, pero también de aquellas autóctonas con trayectorias socio/culturales diversas.

Capítulo I: Introducción, histórica/cultural, a la ciencia biomédica occidental

1. Introducción

En esta investigación se abordan de forma directa o colateralmente una diversidad de sujetos y temáticas, si bien el eje central por el que transcurre este viaje es el de la atención sanitaria en la diversidad cultural. Para entender y saber cuales son las características de las prácticas y aproximaciones, así como los marcos ontológicos, que habitan en los espacios de la atención sanitaria, se hace necesario desvelar la especificidad cultural de la ciencia biomédica que la conforma¹, y que a menudo se desvanece oculta por un preciado tejido que trata de revestirla de una irreductible universalidad. Con este fin creo que es importante realizar un breve periplo por algunas de las fases histórico/políticas más emblemáticas en su paradigmática composición. A partir de aquí relato cuales son las prácticas de tipo intercultural más características que se desarrollan en los ámbitos sanitarios, institucionales y asociativos, belgas y españoles.

1.1 La llegada de la Revolución Francesa y el paradigma pasteriano

En 1789, la Revolución francesa y la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* no harán ninguna referencia a la salud. El porqué de esto es simplemente debido a que la salud era considerada ante todo como un don de la naturaleza o de Dios, según las creencias religiosas de cada uno. Esto muestra la poca confianza que la sociedad de esta época tenía en la capacidad de los médicos y profesionales de la salud para curar las patologías de los individuos y las poblaciones... (Dujardin. 2003: 38).

Aparte de ciertos avances, muy significativos, de orden técnico como la cirugía (sobre todo la cirugía de guerra) y de orden simbólico, como el interior del cuerpo, (considerado hasta entonces dominio divino), en el S. XVIII no se realizarán muchos más descubrimientos

¹ En lo que se refiere al marco institucional. En el caso de las prácticas que se desarrollan en el ámbito asociativo que habitan "*junto a o contra*" la aproximación cultural biomédica hegemónica en el circuito de cuidados normalizado.

científicos en la medicina, mientras que esto si ocurría en otras ciencias. Por aquel entonces, como señala Ackernelch (1986), aun conservará la vigencia de su influencia hipocrática.

Hasta 1860/1870 la medicina puede ser considerada como la ciencia pobre de la Revolución industrial. Así se daba una situación paradójica en la que mientras las otras ciencias avanzaban a pasos agigantados con sus descubrimientos, la medicina se quedaba estancada y era incapaz de hacer frente a las patologías más corrientes de esta época como el cólera, el tifus, la difteria, tuberculosis, etc. Los médicos eran percibidos como seudocientíficos, charlatanes o aprendices de brujos por sus pacientes (y por ellos mismos (Dujardin 2003: 39)).

Como afirma Foucault (1963), por aquel entonces la medicina disponía de pocos medios de conocimiento y de acción. Pese a que el método anatómico/clínico estaba viendo, en el S.XIX, su nacimiento todavía no había transformado los hospitales de lugares de alojamiento a lugares de producción de medicina, sin lograr penetrar en la práctica médica para desarrollar una aproximación rigurosa y racional de la enfermedad.

En este contexto nace la revolución pasteriana a partir de 1870.

Rechazando la teoría de la generación espontanea y probando la existencia de gérmenes, Pasteur (químico de formación) en menos de quince años revolucionará la medicina probando la eficacia de una lógica implacable: una causa (un germen específico), un efecto (una enfermedad específica), un tratamiento (una intervención específica).

El 20 de agosto de 1885 un niño de diez años llamado Joseph Maister, a quien mordió un perro con rabia, fue salvado gracias a la aplicación de este ciclo y la vacuna inventada por Pasteur. Este podría ser el momento de inflexión y entrada de la medicina moderna en escena.

Algunas de las características del nuevo paradigma médico serán:

1/ Prioridad en la investigación fundamental y la innovación tecnológica: Lo importante es la innovación tecnológica, el acceso a los nuevos tratamientos, vacunas, que van a dar una eficacia nueva y una cierta potencia al cuerpo médico y asegurar a los médicos su renombre, su visibilidad y la financiación de su nueva misión por los pacientes, la sociedad y el estado.

2/ *El hospital, un lugar de curación*: el hospital no es más un «moritorio», que los pacientes intentan evitar, sino un centro de técnicas y de investigaciones en la vanguardia del progreso de la ciencia. (En el caso de la rabia es un sitio casi milagroso)

3/ *El paciente y su contexto importan poco*: el papel del paciente es marginal. Es suficiente con identificar el germen y disponer de una intervención eficaz. Prevención, alejamiento, tratamiento. El paciente es el anfitrión pasivo del germen.

Desde esta óptica de destierro del valor del contexto (el medio, la sociedad y la cultura del enfermo y la enfermedad) se va consolidando la hegemonía de un modelo médico, el nacimiento de la clínica moderna, basado en la perspectiva biológica, positivista y reduccionista que prescindirá de los aspectos relacionados con la intersubjetividad, y los relatos y significaciones impresos en su textualidad, de los sujetos con relación a la salud, la enfermedad y la curación.

4/ *El estado llamado a entrar en juego*: bajo la presión social pero también política, debido al carisma de Pasteur y sus discípulos, el Estado es llamado más y más a financiar la investigación y el acceso a nuevos tratamientos. Si bien el Estado dejará al cuidado de los profesionales de la salud el tomar las iniciativas y organizar las investigaciones, los cuidados y servicios de salud. (Dujardin 2003: 53)

Paralelamente es en este periodo cuando comenzó a cambiar el paradigma de la concepción de la asistencia y del enfermo que tenía el cristianismo, de carácter benéfico, a la laica y dirigida por el Estado de las sociedades contemporáneas occidentales.

El punto de inflexión que comenzaba a marcar un cambio cualitativo en la práctica de la asistencia médica, que en la sociedad burguesa del S XIX mantuvo su diversificación desigualitaria, fue la aparición de la asistencia médica colectivizada. Lo cual fue debido, entre otros factores, a los movimientos obreros y a la incorporación entre sus reivindicaciones de la asistencia médica igualitaria. Así como a dicha tecnificación de la medicina (costosa para las iniciativas privadas) y a una mayor complejidad necesitada del trabajo médico en equipo.

A medida que se van dando cambios demográficos y habitacionales en el paso de la forma de vida medieval a la burguesa, y se incrementa la aglomeración en los núcleos urbanos, aumenta la gota por la forma de vida burguesa y las enfermedades venéreas y cutáneas a

consecuencia de dicha aglomeración. Habrá, a su vez, una mayor frecuencia de fiebre tifoidea en los núcleos urbanos todavía carentes de una adecuada higiene pública.

Como consecuencia psicosocial, en las grandes ciudades, se manifiesta un gran porcentaje de afecciones histéricas.

Por otra parte, se da un notable auge de las enfermedades propias de la miseria suburbana, a la cabeza de ellas el raquitismo. Perduran las oleadas de peste, la viruela, fiebres exantemáticas, la malaria, las afecciones tíficas, la disentería y la influenza.

1.2 Influencia de la corriente médica higienista

Hasta la aparición de la revolución pasteuriana existía una corriente médica que se había consolidado en la sociedad con un papel principal. Dicha corriente, el higienismo, a lo largo de los siglos dieciocho y diecinueve explicará y afrontará la enfermedad como un *hecho social*. Las topografías médicas y las investigaciones higienistas fueron las antecesoras de los trabajos epidemiológicos contemporáneos. Así pondrán claramente en relación la salud de una población y sus condiciones de vida, las cuales vienen determinadas por su posición social.

Una de las figuras principales en la fundación de esta corriente fue Johann Peter Frank (1745-1821). Su obra "*Sistema de una completa policia médica*" tuvo una extraordinaria influencia que condicionó en gran parte el desarrollo posterior de la higiene pública en toda Europa (con la excepción de Gran Bretaña). (López Piñero 2005: 156). Dicho título refleja el apoyo del autor a las doctrinas que el cameralismo (el mercantilismo alemán) desarrolló con relación a los conceptos de vigilancia y control por parte del Estado absoluto del bienestar de sus súbditos. En él se tratan cuestiones como la procreación y el matrimonio, la higiene escolar o, entre otros, la alimentación, el vestido o las diversiones.

La sistematización de Frank y las contribuciones británicas del siglo XVIII serían asimiladas por los revolucionarios franceses y el cambio de paradigma político. Dicha perspectiva se concretó en 1848 en una estructura integrada y centralizada compuesta por un consejo nacional de higiene, consejos departamentales y delegados locales.

A lo largo del S.XIX casi todos los países del continente europeo adoptaron esta estructura centralizada (de la cual es originaria la actual).

"El higienismo, la "medicina social" se desarrolla en todos los grandes países europeos: en Francia, Villerme estudia tanto los problemas de salud de los obreros como las relaciones entre mortalidad y pobreza en los diferentes barrios de París o la duración de la enfermedad en función de los factores sociales. En Alemania, Virchow pone en evidencia las causas económicas, sociales y políticas- la influencia de la iglesia principalmente- en el origen de la epidemia del tífus en 1847 en Silesia. La acción de Virchow se encuentra en la base del sistema de protección social y médica que se crea en Alemania a finales del XIX"

(Herzlich, C. 1994. Traducción propia)

Es entonces cuando a la medicina se le confiere el estatus de ciencia social. Según Cabanis ((1802), en George Vigarello (1993)) << *Hace falta que la higiene aspire a perfeccionar la naturaleza humana en general*>>, así Virchow materializa este deseo en su famosa frase <<*la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la medicina a una gran escala*>> .

"Por medio del higienismo, su universalismo, y el afán reformador de la sociedad (la moral), pretenderían descubrir las leyes de la enfermedad para poder dominarla y vencerla provocando una transformación de la humanidad con el gobierno de los cuerpos" (Fassin, 2000. Traducción propia)

No obstante, al igual, o de forma paralela, que las tendencias de los cambios de poder y las transformaciones tras las revoluciones industrial y francesa, las aproximaciones tendrían distintos caracteres en cuanto a la implicación de la subjetividad del observador médico. Así Morel y Magnan en la segunda mitad del S. XIX, tras describir las penosas condiciones de vida del campesinado y de la clase obrera de Francia, optan por un compromiso subjetivo que implica difundir los valores burgueses como buenos; siendo la higiene la encargada de transformar esos estilos de vida, y por medio de la moralización que la higiene conlleva alcanzar el orden social. Por otro lado Wirchow elabora informes sobre las epidemias describiendo y asociando las condiciones de vida de la clase trabajadora alemana a la difusión de la epidemia. (Wirchow terminaría combatiendo en las barricadas del Berlín de 1848).

(O. Guasch (1996)).

De esta manera, el movimiento filantrópico del S XIX adoptó diversas estrategias a la hora de utilizar el higienismo como instrumento moralizante y disciplinador. Como comenta J. Pierret

(1994: 220) una corriente liberal vinculada a la libre empresa y a la propiedad privada, reagrupando una parte de la burguesía de negocios y ciertos medios católicos, tratará de mantener el orden social con medidas de asistencia (dispensarios, ayudas a domicilio). Sustentándose en la familia y la propiedad, ofrece a la clase obrera establecer como modelo la clase burguesa, asimilando los hábitos de orden, regularidad, disciplina y previsión.

La medicina no desempeñaría un papel periférico con relación a esta labor de moralización de la clase obrera. Es así que la burguesía hará uso de la corriente higienista, y de la medicina de la época, para promover acciones políticas que incidan en cambios de orden tanto infraestructural en las ciudades, como la creación del sistema de alcantarillado o el saneamiento de las mismas, a otras de tipo moral vehiculizadas a través de la gestión y control de los cuerpos y su salud.

" De una forma general las intervenciones de los higienistas han chocado con un problema central: la miseria de las clases populares. Miseria patógena asociada a la inmoralidad, a los vicios, al desenfreno y que ha dado lugar a la emergencia de una moral (Jacques Leonard, 1978). Los preceptos de sabiduría, moderación, sobriedad, punto medio, son largamente desarrollados e implementados en la lucha contra las plagas sociales que son la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el alcoholismo. De la caza a los microbios, nos hemos progresivamente deslizado hacia la caza de los portadores de gérmenes".

(J. Pierret. 1994:221. Traducción propia)

Fue, sin duda, en dicho S. XIX cuando se llevaron a cabo logros importantes en el campo de la salud pública, pasando a primer plano la idea de la prevención de enfermedades. Es así que mientras el nuevo paradigma científico se iba imponiendo con sus premisas positivistas desterradoras, como valor explicativo en la curación del enfermo, del contexto social y cultural, la necesidad de una mayor eficacia preventiva fue uno de los argumentos en la incursión de la variable de las condiciones sociales como causa de enfermedad.

De este modo, tras la revolución pasteuriana y la aparición de la etiología específica, el higienismo pasaría a un segundo plano en cuanto a su relevancia científica, sin embargo, inversamente, a su vez adquirirá un gran protagonismo al considerarse, entre otras cosas, un medio de eficacia capital en la lucha contra la enfermedad. Algunas de sus medidas consistieron en la mejora de las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales y de la canalización de las aguas. Así también el descubrimiento de los gérmenes como origen de diversas afecciones permitió que se llevaran a cabo eficazmente medidas de profilaxis (como

por ejemplo la esterilización de la leche provocando el control de la diarrea infantil (causante de multitud de fallecimientos de niños)). En este periodo la esperanza de vida aumentó sustancialmente si se compara con los siglos anteriores.

A principios del S. XX la intervención higienista fue más activa que nunca. Tal y como comenta Herzlich (1994) las batallas contra las plagas sociales- tuberculosis, alcoholismo, sífilis...- movilizan a través de ligas, asociaciones y campañas diversas a importantes sectores de la población. En la línea de lo que iba sucediendo a lo largo del SXIX:

"En numerosos casos las luchas se vuelven el pretexto del intervencionismo y del control social: se pretende neutralizar al "portador de gérmenes"; de hecho se estigmatiza al proletariado. En 1902 la ley de la salud pública reclamada tras varias décadas por los higienistas, constituye una etapa decisiva de lo que llamaremos más tarde " la medicalización de la sociedad"

(C. Herzlich, 1994. Traducción propia)

No obstante, en lo que se refiere al cuerpo médico/científico, como comenté antes, el higienismo y los médicos de salud pública (o la medicina social), serán especialidades relegadas a los márgenes de la valorización académica. Las medidas reduccionistas, protocolarizables y positivistas, y las causalidades específicas (un germen, una enfermedad y un tratamiento específico) pasarán a ser las protagonistas. De esta forma la inscripción del efecto de un germen en un cuerpo individual se vuelve el fenómeno esencial; las variables sociales, culturales, políticas e intersubjetivas pasan a ser secundarias.

1.3 La medicina occidental en los contextos coloniales

Con el colonialismo este programa, en principio definido para el contexto y las situaciones específicas del mundo occidental, se dará de bruces con las condiciones particulares de una aplicación en universos "lejanos" con diferentes realidades, lógicas y maneras de concebir el mundo.

Los vectores dominantes en la aplicación de los servicios de salud y planificación en los países del sur, por parte de las potencias coloniales, serán los pasteurianos (en sus comienzos misiones por parte de Pasteur y sus discípulos por el imperio colonial francés para estudiar el cólera, el paludismo, enfermedad del sueño, etc.).

Así los logros de la medicina aplicados a los problemas de los habitantes de las nuevas áreas geográficas conquistadas constituirá la parte bondadosa de la colonización. Una faceta en la ardua labor de transformación civilizadora, como la conversión religiosa pero más aséptica que esta última al no estar, al menos en apariencia, teñida de connotaciones etnocentristas y sí humanitarias y altruistas. Aventureros como Livingston han sido un exponente de ello.

Es así que la concepción del higienismo también fue aplicada a este contexto colonial, sobretodo en lo que se refiere a los núcleos urbanos en los que coincidían autóctonos y europeos. La relación entre higiene y segregación espacial, entre europeos y nativos, como un modo de preservar la "salud" en el África colonial ha sido muy estudiada desde diversos ámbitos.

Por una parte desde los que comprenden a la medicina organicista y la salud física (como por ejemplo P. Curtin (1985) o S. Frenkel y J. Western, (1988)) al pensar que algunas "razas", siempre los dominados, son esencialmente no higiénicos e insalubres y, por tanto, el simple contacto con ellos debe ser evitado para que los europeos no se contagien.

Esto es debido a una tendencia muy larga y persistente en la ideología colonial en África, que encontraría, entre otros, respuestas críticas desde la antropología como el trabajo de Audrey Richards ("Land Labour and Diet in Northern Rhodesia: An Economic Study of the Bemba Tribe", Oxford University 1939.), según la cual la pobreza y la enfermedad era algo inherente al carácter primitivo de la sociedad africana.

De forma similar sucederá en lo referente a la psiquiatría transcultural colonial y la salud mental al incidir en la necesidad de dicha separación frente al riesgo de traumatismos y conflictos que puede generar a los nativos el choque cultural en el contacto con los occidentales. En este sentido, como señala Fassin ((1)2000), se inscribe la experiencia clínica como base para erigir un modelo de gobierno tal y como proponía Carothers con la "villagisation" en el caso de los Mau Mau (o de los bantustanes del Apartheid): separar para pacificar. En este caso Carothers diagnosticaba el movimiento social de protesta de los Mau Mau patologizándolo por una parte desde un perfil psicológico propio a sus personalidades culturales (disociación de la personalidad, propensión a la duplicidad criminal...) y por otra

una patología derivada del contacto, y conflicto consiguiente (en la crisis de sus valores tradicionales, etc.), con el mundo europeo¹.

Este es uno de los ejemplos, en lo que a las "prácticas terapéuticas" se refiere, en un contexto y bajo unos fines colonizadores de la reaparición (o reinención) de lo cultural. No será este el único, la reinención de lo cultural, y su uso e implicaciones geo/políticas, supuso una práctica habitual en el caso, por ejemplo, de la aplicación del "indirect rule" por parte del colonialismo inglés en África.

“El programa universalista cede así progresivamente el paso a soluciones particulares, tomando más en cuenta los proyectos políticos y los presupuestos culturalistas del colonizador. La salud pública en los trópicos se convierte en medicina colonial” (Fassin. 2000. Traducción propia).

1.4 Aparición de Alma Ata y los cambios en la concepción de los cuidados de salud.

Hubo que esperar a la década de los 70 para que se operase un nuevo cambio tanto en la orientación como en la concepción de los cuidados de salud. Para entender el origen de este cambio hay que tener en cuenta diversos factores. Por una parte la entrada en juego de las instituciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud, en la definición de las grandes líneas de las políticas sanitarias. Así también la continuidad de la filosofía tecnocrática etnocentrista según la cual las soluciones a los problemas sanitarios serán, antes que nada, de orden técnico y médico, por consecuencia poco susceptibles de estar ligados a especificidades locales. Esto unido al contexto de la descolonización, tras las Independencias, y a la prudencia política frente a ciertos discursos desemboca en el giro hacia el programa de cuidados de salud primaria, promulgado a finales de los 70 y reactualizado en el curso de los 80, conllevando el retorno de la idea universalista de la salud pública.

De este modo a finales de los años 70 la OMS promovió una serie de reformas en el campo de la salud que tuvieron su máximo exponente en la declaración de *Alma Ata* sobre los cuidados

¹ Dicho autor proponía como forma de reintegración de los Kikuyu un programa, ya utilizado con frecuencia por el imperio británico contra las revueltas, de “villagisation” en el cual se favoreciese su reagrupamiento en unidades espaciales de tamaño modesto lejos de las ciudades y de sus efectos desestructurantes, pudiendo encontrar formas de vida ancestrales y un clima moral de inspiración cristiana (Fassin (1) 2000).

de salud¹ (OMS / UNICEF 1978). En dicha declaración se promulga la continuación de los derechos y deberes en torno a la salud que la asamblea de las Naciones Unidas había enunciado en 1969 con respecto al progreso social y al desarrollo.

En la declaración de *Alma Ata* se exponen como objetivos, entre otros, que <<*todos los seres humanos sean capaces de llegar a tener un estado de salud que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva*>>. Así también que <<*todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en la planificación y puesta en marcha de los cuidados de la salud que le son destinados*>>.

Este fracaso de la medicina universal curativa, y el paso a la medicina universal de cuidados primarios (con *Alma Ata*) en los países del tercer mundo², como señala Fassin (2000) será debido, entre otras cosas, a que:

- Las medidas adoptadas de cara al acceso a los medios de salud biomédicos en las colonias giraban principalmente en torno a los hospitales en las urbes, estando los dispensarios de los pueblos escasamente equipados.
- Existirá una gran resistencia, que se podría enmarcar en los procesos de lucha contra la colonización, por parte de las poblaciones a esta imposición autoritaria curativa.
- La adaptación sociológica de los modelos curativos no es la adecuada, y debe ejercerse (en términos operativos para la biomedicina y sus impulsores) desde estos parámetros de imposición.

¹ Sin embargo esta nueva orientación se vería interrumpida por la irrupción de las graves crisis que la OMS ha atravesado desde los años ochenta: " debido sobretodo a los drásticos recortes que las políticas neoliberales imperantes en los países del Primer Mundo han aplicado a sus asignaciones presupuestarias (...) de este modo la OMS ha sido desplazada por las agencias financieras internacionales que propugnan recortes en los gastos de salud, privatización y pagos de cuotas por los usuarios como parte del ajuste estructural destinado a los países subdesarrollados." (J. Arrizabalaga y col. 1998.)

² A su vez la causa de este cambio paradigmático en el concepto de salud-enfermedad, en los países occidentales, serán las transformaciones en la enfermedad, patologías de carácter crónico en su mayoría, su etiología, considerada ahora multifactorial, y el importante papel, más allá de las dicotomías cartesianas inaugurales mente-cuerpo, que se le comienza a conceder a los aspectos psico/sociales

- La adaptación biomédica tampoco es acertada ya que se funda principalmente en la lucha contra ciertas epidemias, en su mayoría parasitosis, cuando la mayor parte de los niños que fallecen es a causa de patologías más “cotidianas” como las respiratorias o la diarrea.

"... El análisis del fracaso e inviabilidad del desarrollo reciente de los sistemas (tanto en los países desarrollados como, mucho más evidente, en los restantes) cristaliza en un nuevo concepto, oficializado por la OMS en la Cofederación Internacional de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud... (el nivel de atención primaria) concebido como puerta de entrada y potenciación del mismo, debe de ser capaz de generalizar al conjunto de la población una serie integrada de prestaciones básicas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y contando con la autorresponsabilización y participación de la comunidad" (J. García González, A Espino Granada, L. Lara Palma. 1998: 31),

Así en 1978, influidos por el efecto de los nuevos modelos y políticas alternativas en los cuidados médicos de China y Cuba, principalmente, se intenta dar un salto cualitativo en el sector sanitario con el cambio a las políticas de cuidados primarios de Alma Ata¹.

Dicha reforma del sector sanitario se centrará básicamente en cuatro orientaciones:

a -Por una parte habrá una aproximación multisectorial que asociará agricultura, educación, alojamiento y obras públicas, a la salud.

b -Una integración en las mismas estructuras de las actividades de cuidados, de prevención y de promoción de la salud.

c -Se hará hincapié en la participación de las poblaciones, (aunque esto ya había sucedido durante el colonialismo), entendiéndolo como una implicación en el proceso de decisión del sistema de salud.

d -Se apostará por una movilización de todos los actores de la salud al servicio de la colectividad, comprendiendo a los terapeutas tradicionales.

¹ Aunque haya cambios a primera vista sustanciales es interesante destacar por un lado que algunas de estas orientaciones no son tan nuevas como parecen (es el caso de la participación de las poblaciones (como señala Jean-Pierre Chaveau (1994) (ver Fassin (2000)) y por otro que la realidad de la época colonial tampoco es homogénea (pudiendo resultar, a la luz de algunas de las innovadoras perspectivas actuales, sorprendente.

En el cambio de enfoque sobre lo que es salud y enfermedad se enlaza con ideas desarrolladas con anterioridad, como algunas de las relativas al higienismo y a la Medicina Social que se comentaron antes, confluyendo en lo que podemos denominar concepto ecológico de la salud, que mantendrá los siguientes supuestos:

a/ La salud y la enfermedad deben ser vistas como los dos polos de un fenómeno con una importante dimensión colectiva o poblacional, aun cuando se manifieste directamente de manera individual.

b/ Ambos son resultado de la integración activa y multiforme entre las colectividades humanas y su entorno, entendiendo este como la articulación de factores de muy diversa índole socialmente sobredeterminados.

c/ Que este fenómeno unitario salud-enfermedad presenta componentes biológicos, psicológicos y sociales (tanto en sus causas como en sus manifestaciones), susceptibles de diferenciación teórica pero imposibles de manejar por separado.

(J. García González, A. Espino Granada, L. Lara Palma. 1998: 34)

En este sentido, también se enunciarán reformas específicas en cuanto a la medicina tradicional, de tipo no biomédico, y su posible integración a los cuidados de atención primaria. Esto, unido a las "nuevas" concepciones de la salud-enfermedad y su tratamiento, generará una serie de problemáticas y efectos desencadenantes que se manifestarán de distinto modo en los países occidentales y en el resto del mundo. Así la justificación argumentada, para dicha integración de la medicina tradicional, desde los organismos oficiales fue la de una transferencia de saberes, de competencias y de técnicas desde esta hacia el campo biomédico occidental.

Sin embargo, cabe mencionar que la verdadera innovación no reside tanto en la transferencia de saberes, de competencias y de técnicas que la literatura oficial invoca para la justificación de estos programas, como en la puesta en marcha de nuevas modalidades de legitimación por las cuales son instituidas nuevas relaciones entre los curanderos, de una parte, la medicina y el estado de otra.

En el contexto africano¹ principalmente, esto dio lugar a la aparición de un tercer tipo de terapeutas que no son ni los tradicionales ni los modernos, son los tradipracticantes, curanderos más o menos autoproclamados que fundamentan su saber en la tradición (farmacopea esencialmente), pero igualmente en la modernidad² (elementos de anatomía y fitopatología y a veces también de epidemiología clínica), cuyo reconocimiento proviene del consentimiento que acuerdan los poderes públicos (Fassin, 2000).

Así *Alma Ata* representa, en el contexto africano (pero también en otros), más que un proceso de retradicionalización un intento de respuesta, motivado por diversos factores, al fracaso de la modernidad.

En lo relativo a la salud mental las problemáticas existentes en la intervención desde una óptica occidental, y su fracaso, dieron pie a una serie de búsquedas de intercambios interculturales entre las terapéuticas de origen occidental y las tradicionales. Desmarcándose del carácter racista de la psiquiatría colonial predominante ejemplos de ello fueron las aproximaciones teóricas y prácticas de Zemleni (1968) y el modelo de intervención de Henry Collomb (1965) en el servicio de neuropsiquiatría del hospital de Fann (Senegal) creado en 1956.

La ausencia de adecuación de las estructuras y de los modelos importados de occidente para hacer frente al contrato terapéutico (terapeuta/paciente) con los usuarios de los servicios de este hospital³ llevó a que Henri Collomb comenzase a aplicar nuevas orientaciones de investigación clínica.

Debido a diversos factores, entre otros la falta de conocimiento suficiente del contexto socio/cultural en el que actuaban los terapeutas de origen occidental, el centro Hospitalario de

¹ Esto en algunos países como Sudáfrica ha tenido la peculiaridad de buscar, más allá de una legitimación que ya poseían antes de estar reconocidas en el circuito oficial, una regulación y control a este tipo de prácticas que comprende al orden médico pero también al asociativo y político.

² Desde el análisis habermasiano de la legitimidad entendida como *el hecho de merecimiento de reconocimiento por parte de un orden político*, se puede afirmar que las diatribas entre legitimidad tradicional o racional no son ya tanto lo que se encuentra en la causa de estos procesos e implicaciones, sino, como dice Fassin (2000), la ausencia de esa legitimidad.

³ Cuya estructura fue concebida en la tradición clásica del asilo psiquiátrico. Este, como en otros casos, tomaba el relevo de los pabellones y células de aislamiento anteriormente situadas en ciertos hospitales en estado ruinoso.

Fann solicitó, en 1962, sociólogos y psicólogos para constituir un equipo de trabajo pluridisciplinar que se dedique a la investigación. A su vez se sumará a esto la investigación con encuestas etnológicas para poder dotar al trabajo de un cuadro teórico interpretativo más rico¹ y que incorpore matices antropológicos.

Es en este momento cuando se comenzarán a incorporar terapeutas tradicionales y sus prácticas en el servicio terapéutico con el fin de concertarse con el resto del personal (de origen occidental) y que juntos logren una mayor eficacia de cara al paciente. Sin embargo, como señala Leman y Gailly (1992), dicha aproximación, en esencia occidental pues el paciente verá de forma separada a los médicos occidentales y al curador tradicional, parece no elevar la eficacia terapéutica viéndose abocada, en gran parte de los casos, al fracaso.

" Los procesos de aculturación van a situar a los pacientes entre «dos sillas», y el terapeuta occidental así como el clásico necesitan que este esté en una silla para ser eficaces" (Johan Leman y At. Gailly (1992), Traducción propia.).

Es a partir de entonces, entre mediados y finales de los años 70, cuando empezará a plantearse la cuestión de la necesidad de la salida de los hospitales y de la implementación de medidas de carácter ambulatorio. Así se promoverán investigaciones entorno a la salud mental y a la curación en el mundo rural y se crearán dispositivos de curación con carácter itinerante. Esto coincidirá con la serie de procesos y tendencias acaecidas en distintas partes del mundo que culminaron con la declaración de Alma-Ata.

1.5 La práctica médica en Europa y su relación con la diversidad cultural

Estas eran, y son, algunas de las implicaciones, y consecuencias, de la dificultad de abordar una tarea como la de la lucha contra la enfermedad desde, entre otros, dos polos de tensión capaces de cuestionar y adaptar prácticas y enfoques o de mantener una visión etnocéntrica occidental basada en unas concepciones culturales de la salud y la curación dadas, que

¹ El conjunto de datos producto de las investigaciones clínicas, psicológicas y etnológicas debía orientar al equipo de curadores hacia mejoras institucionales en el seno de la estructura hospitalaria en el sentido de una psiquiatría más abierta, con vocación más social.

vehiculan a su vez toda una serie de valores e idearios, en los países del llamado tercer mundo.

En los países del primer mundo las teorías y métodos de asistencia occidentales han venido siendo criticados desde hace años por su insensibilidad a la diversidad cultural así como por las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica frente a la aparición de pacientes que no pertenecen a la clase media y alta autóctona. Tal y como señala Gailly, (2009) las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se han considerado, en salud mental, desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Del mismo modo se ha tendido a culpar al paciente del fracaso pensando que carece de las habilidades y el nivel cultural, en términos evolutivos, necesarios y por tanto no estar preparado para la asistencia sanitaria occidental. La mirada hegemónica en el ámbito sanitario occidental ha consistido, a lo largo de los años, en que los pacientes culturalmente diferentes tienen que adaptarse al sistema en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adecuados a sus trayectorias, valores y cosmogonías.

No obstante, mientras que en sistemas como el norteamericano se llevan abordando, en la literatura y práctica médica, desde años atrás cuestiones relacionadas con las competencias culturales, en Europa esto no ha sucedido hasta hace relativamente poco. Lo cual tiene su explicación en el proyecto fundacional del estado de bienestar y su carácter igualitarista (Comelles 2004: 23).

Es así que con el transcurrir del tiempo la presencia de personas alóctonas con orígenes culturales diversos en España y Bélgica, así como en otros países de Europa Occidental, ha llevado a muchos profesionales de la salud a ampliar las miras en el ámbito terapéutico. Uno de los motivos principales ha sido la falta de eficacia de los modelos terapéuticos vigentes. Esto ha sido así principalmente con las terapias pertenecientes al campo de la salud mental. Una explicación de ello es que en este dominio es donde se encuentran en mayor medida reflejadas las implicaciones que conciernen a los campos interpretativos y representacionales provinientes de los universos de origen o de destino del paciente y terapeuta en los procesos de salud/enfermedad/atención. Esto, sin duda, sucede también en el área somática pero no de una manera tan relevante, al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica, como en el caso de la salud mental (Johan Leman y At. Gailly (1992)).

Por otro lado las personas inmigrantes, y en particular aquellas que se encuentran en situaciones de exclusión social como los "sin papeles", presentan unas características específicas relativas al propio pasaje migratorio, a las condiciones socio/económicas y políticas en las que este se efectúa¹ y ellas se desenvuelven en su día a día, que pueden incidir en dinámicas de fragilización.

Algunas de estas situaciones de vulnerabilización repercuten tanto en lo relativo a un disfrute de la salud, como en lo que se refiere al impacto de las barreras que un modelo organizativo y cultural sanitario, enfocado a una franja de la población considerada mayoritaria, instaura. La yuxtaposición de factores excluyentes, como por ejemplo los legislativos, socio/culturales e idiomáticos, provoca que estas poblaciones tengan más dificultades, manifiestas en las barreras, que conlleven a frustraciones en los intentos de acceso y desemboquen o bien en estrategias de atención sanitaria alternativas, como el medio asociativo, o bien en conductas evitativas hasta que la enfermedad se agrave.

En este caso los enfermos, en cuanto pacientes reactivos y agentes, representan a través de sus "cuerpos sufrientes" el reverso más incómodo y silencioso de las políticas públicas, y de la ausencia de las mismas, así como de los efectos biopolíticos de la gestión y desmantelamiento de la construcción de los sistemas garantistas de bienestar actuales².

De esta manera, las respuestas en Bélgica y España han sido de distinto orden e intensidad según la idiosincrasia de sus características, socio/políticas e históricas, y el papel desempeñado por sus actores sociales.

¹ Lo cual en las situaciones extremas en las que se encuentran los llamados "sin papeles", relativas a sus circunstancias de exclusión laboral, de alojamiento, de acceso a los medios sanitarios, imposibilidad de volver al país de origen o de reunir a la familia en el país de destino, etc. puede desencadenar cuadros psicósomáticos de estrés reactivo como el llamado Síndrome de Ulises o enfermedades psicopatológicas. Joseba Achotegui (2000).

² Un ejemplo de esto es el apuntado por diversos autores como Joseba Achotegui, (2004), con respecto a la incidencia que la prolongada exposición a una situación socio/política límite, y una ausencia de dispositivos de salud mental de tipo preventivo, puede tener en los inmigrantes sin papeles. Como también el hecho, reflejado en estudios como el de Médicos del Mundo (2007), de que muchas de estas personas, tanto en Bélgica como en España, acudan a las urgencias con patologías graves como última medida al no haber podido acceder a los cuidados preventivos/curativos por, entre otras cosas, falta de información, ser rechazado al no disponer de la tarjeta sanitaria (sobretudo en el caso belga) o tener miedo a ser repatriado.

Por lo general se ha dado un proceso, en distintos tiempos, que ha desembocado o lo está haciendo en que los profesionales vayan paulatinamente abriendo la perspectiva hacia otros esquemas de relación entre los sexos, otras concepciones y prescripciones religiosas, otros modelos familiares y representaciones de la salud y la enfermedad.

Es en este proceso donde se encuentran principalmente las características de algunas aproximaciones basadas en la adecuación metodológica o epistémica del modelo terapéutico con los pacientes de origen extranjero. Dando lugar por ejemplo a diferentes interpretaciones, por parte de los profesionales sanitarios, de los hechos, según estén ligados al sistema occidental o no occidental, en corrientes como la etnopsiquiatría o la terapia sistémica familiar. O a planteamientos que inciden en la necesidad de la formación del personal sanitario en la formulación cultural de casos clínicos, y/o en competencias culturales, así como en la implementación de medidas de mediación lingüística/cultural.

A la par con los diversos macroprocesos de desarrollo del ámbito organizativo "no gubernamental" esto sucede en el medio institucional, promovido por actores puntuales o programas concretos de índole estatal/regional, así como en el asociativo impulsando la emergencia de nuevas formas de acceso y configuraciones específicas en la atención sanitaria, con mayor o menor autonomía a la red de cuidados normalizada según el caso.

En resumen, el eje de las problemáticas abordadas en esta investigación, en lo que se refiere principalmente a la pluralidad cultural y al acceso a los medios sanitarios, no surge únicamente, sino que a su vez se visibiliza, a raíz de la llegada de un "otro cultural" ni de un "otro ciudadano" portador de condiciones específicas que problematizan o dificultan lo que antes era un conjunto homogéneo de derechos aplicados y consensos culturales.

Con respecto a la diversidad cultural y la atención sanitaria, la llegada de ese "otro cultural", problematizado en tanto que cultural, más allá de representar un conflicto tendente a poner el peso de su resolución en la adaptación del migrante, llama la atención sobre la propia culturalidad del sistema sanitario, sus características e ideologías, así como sobre la importancia de ampliar la mirada a un "otro". Un "otro" que lejos de ser una amenaza, pone de manifiesto el desafío de las tensiones entre imaginarse portavoz de valores, saberes y creencias universales y centrales; a cuestionarse, relativizarse, y reinventar (o reencontrar) espacios y prácticas en la interculturalidad.

En este contexto la mediación intercultural en el ámbito sanitario y, en especial, algunas terapias interculturales, como se ve más adelante, pueden moverse entre dos polos. Por un lado jugar el papel de "gestoras" de la migración y de los conflictos socio/económicos y políticos remitiéndolos a lo cultural. Por otro ejercer un efecto coadyuvante en la lucha contra los procesos de exclusión de los cuidados a los demandantes de asistencia sanitaria. Y ser efecto, en la búsqueda de una mejora de su eficacia que abarca tanto a los inmigrantes como a los autóctonos¹, de la inspiración y creatividad de prácticas y representaciones provenientes de agentes, contextos y culturas no occidentales. Dicho sea de paso culturas alóctonas antaño cofundadoras del corpus dominante de las occidentales como en el caso de los orígenes del psicoanálisis y la etnopsiquiatría.

¹ Si bien los dispositivos terapéuticos interculturales abordados están destinados principalmente a las personas de origen extranjero, muchos de ellos, aunque no todos, poseen características, y objetivos, que permiten que se apliquen a su vez con autóctonos. Bien porque en un principio fueron diseñados para estos, y luego se adaptaron a las personas de origen extranjero, o porque poseen características y planteamientos metodológicos que comprenden el abordaje específico desde la interculturalidad a la diversidad de itinerarios socio/culturales de los pacientes con independencia de su origen.

Parte I: La construcción del objeto y diseño de la investigación

Capítulo II:

Objetivos, metodología y problemática de la investigación

1. Objetivos del trabajo

A continuación describo los objetivos generales y específicos de la investigación.

1.1 Objetivos generales:

a- Describir y analizar el panorama relativo a los medios implementados, y las propuestas y prácticas de tipo intercultural, en cuanto a la integración en el sistema de salud belga y español de conocimientos, representaciones y terapéuticas "no occidentales"¹ referidas a la salud, la enfermedad y a la curación.

b- Por otro lado, con respecto al medio asociativo en Bélgica y España, reflejar cuales han sido los pasos del orden intercultural que se han dado para suplir las carencias del espectro de cobertura sanitaria pública, como del tipo de la misma, en dicho medio.

c- Analizar las medidas y prácticas, de ambos ámbitos, implementada por los actores sociales desde la perspectiva de su relación con la lucha contra la desigualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

¹ El término no occidental debe ser entendido aquí tanto con relación a los universos culturales de origen de sus portadores/actores como en la comparación con las hegemónicas occidentales vehiculizadas, no exclusivamente pero sí de manera principal, por el corpus de la ciencia biomédica.

1.2 Objetivos específicos

a- *Describir, por medio de estudios de caso emblemáticos, el panorama de las prácticas de mediación intercultural en el ámbito sanitario institucional existentes en Bélgica y España¹.*

Así como *la presencia de las terapias interculturales en salud mental, y sus diversas modalidades de actuación, en Bélgica y España².* Los ámbitos de cuidados en los que se desarrollan dichas prácticas corresponden tanto al campo institucional como al asociativo.

b- *Analizar dichas medidas y terapéuticas del orden intercultural desde una problemática principal* relativa a la situación de las mismas bajo la luz de las nociones inaugurales del universalismo biomédico y relativismo cultural. Y las implicaciones políticas que se desprenden, bajo este foco, con respecto a las dimensiones que comprenden³ la igualdad en el acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

¹ Esta es la única medida específica de carácter intercultural actualmente existente en ambos países, que compendia propuestas como la de la interpretación, la formación en salud y competencias culturales o la sensibilización a la diversidad cultural en contextos sanitarios, y cuyo objetivo es el de un disfrute y acceso igualitario a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero. Si bien analizo su implementación en el ámbito institucional, donde mayoritariamente tienen lugar, en alguna ocasión los mediadores interculturales y programas provienen del medio asociativo.

² El porqué de mi focalización hacia las terapias interculturales en la salud mental se debe a que es en este terreno en donde se han dado los pasos más visibles, como cuerpo teórico y praxis organizada, hacia aproximaciones terapéuticas que incluyen posiciones, métodos y objetivos del orden intercultural.

³ Reflejadas en el logro de la idea de justicia social, relativa a este sujeto, de la *Declaración de los Derechos Universales del Hombre*, así como en la declaración de *Alma Ata* y la *Carta Social Europea*, como se ve con más detalle en la problemática principal.

2. Lugares socio/culturales desde los que abordar la consecución de los objetivos

2.1 Donde se desarrollan las terapias interculturales en salud mental:

En el *caso de Bélgica* en concreto me detengo en el análisis y exposición de varias aproximaciones:

· En el ámbito terapéutico *gubernamental* de la salud mental:

a/ La etnopsiquiatría y su aplicación clínica en el hospital Brugmann de Bruselas.

· En el asociativo *no gubernamental* como es el caso de:

b/ La asociación EXIL/Bélgica y sus servicios de ayuda psicológica a personas migrantes, fundamentalmente niños y adolescentes, víctimas de la violencia organizada (torturas, persecuciones étnico/religiosas y políticas, etc.)

c/ La ONG L'Autre lieu y sus casas de acogida, en la que migrantes (exiliados políticos, en tramites de regularizar su estancia, en su mayoría) de origen peul acogen a Belgas con dolencias psíquicas. Esta aproximación pertenece a la corriente "terapéutica no médica" de la antipsiquiatría.

d/ La ONG SMES/Bélgica y el servicio móvil de atención médico/psicococial a personas, migrantes o no, con dolencias psíquicas viviendo en situaciones de gran precariedad social como los "sin techo".

En *el caso español* abordo las aproximaciones que se llevan a cabo de igual manera:

· En el ámbito asociativo no gubernamental:

a/ La asociación EXIL/Barcelona y sus servicios de ayuda psicológica a personas migrantes, fundamentalmente niños y adolescentes, víctimas de la violencia organizada (torturas, persecuciones étnico/religiosas y políticas, etc.) y de género.

b/ La asociación SMES/España, y el "Programa de atención a enfermos mentales sin hogar" de la Comunidad de Madrid (ESMR).

· En el ámbito clínico institucional:

c/ La aproximación médica existente en el hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), llevada a cabo por el psiquiatra Luis Caballero, centrada en la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos.

e/ La práctica que en la actualidad se desarrolla, principalmente en Barcelona, cuya especificidad es el diagnóstico y tratamiento de cuadros reactivos de estrés ("Mal de Ulises") a través de los llamados "duelos migratorios", llevada a cabo por el doctor Achotegui en el SAPPPIR del Hospital Sant Pere Claver (Barcelona). (Ver Anexo I para más detalle)

Dichas asociaciones y dispositivos institucionales son las representantes, en Bélgica y España, de los diferentes modelos en la intervención terapéutica profesional, o "profana" (en el caso de la antipsiquiatría), con un carácter intercultural. Si bien existen otros lugares desde los que se desarrollan prácticas similares la elección de estos, y no otros, responde a dos razones principalmente.

Por un lado la posibilidad de acceso en el proceso de introducción al campo por medio, a menudo pero no siempre, de la técnica llamada "bola de nieve". Por otro su característica heterogénea que permite abordar campos específicos, de tratamiento psico/social de las dolencias de los inmigrantes, que van desde la adaptación, por parte de una ONG, de recursos y herramientas lingüístico/culturales para una mejor asistencia en calle a personas en gran

exclusión social. A la incorporación de elementos terapéuticos propios de aproximaciones mágico/religiosas, como la noción de maná, en el seno del área de psiquiatría de un hospital público.

2.2 Donde existe la mediación intercultural en el ámbito sanitario:

Por otro lado, en lo referente a la mediación intercultural en el medio sanitario:

- En Bélgica describo el panorama general de la mediación intercultural sanitaria en diferentes regiones, y analizo varios estudios de caso llevados a cabo tanto en los hospitales generales "Erasmé" y "Brugmann", como en el hospital psiquiátrico "Titeca", de Bruselas. Y el hospital "la Citadelle", de Lieja.

- En España abordo diversas experiencias en distintas Comunidades Autónomas de mediación intercultural en dicho ámbito sanitario. Describo el trabajo que desempeña el primer servicio de mediación intercultural que se creó en el país (el SEMSI, en Madrid). Así como la que se desarrolla en el "hospital del Mar" de Barcelona. La mediación intercultural en la Comunidad Valenciana, y el hospital "la Fe" (Valencia). La que lleva a cabo Médicos del Mundo en Talavera y el programa "PRIS" en Toledo. Y expongo un estudio de caso de mediación intercultural en un centro de salud primaria de Parla (Madrid). (Ver Anexo I para más información)

Lo comentado con anterioridad con respecto a la elección de las prácticas y los lugares, como representativas y diversas, se puede aplicar a este caso.

Cabe añadir a su vez que la ubicación espacial desde la que he llevado a cabo el presente trabajo se ha centrado principalmente en dos ciudades: Madrid y Bruselas. Así también he viajado a otras regiones y comunidades como Barcelona, Lieja o Amberes para encuentros y entrevistas con expertos en las temáticas. La elección de dichos lugares corresponde fundamentalmente con una concentración de sedes de ONG's y servicios hospitalarios de estas características en las mismas.

De este modo el estudio del estado de la cuestión en ambos países¹, la realización de entrevistas², el trabajo de campo y el acceso a la mayoría de las sedes de asociaciones y hospitales que desarrollan terapéuticas con aproximaciones interculturales, ha debido abordarse desde la localización del investigador en dichas ciudades.

3. Problemática principal de la investigación

La problemática principal que guía esta investigación es la siguiente:

Las medidas de tipo intercultural dirigidas a la equidad en el disfrute y acceso a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, como la mediación intercultural en el ámbito sanitario y las terapias de tipo intercultural en salud mental, se mueven en un campo de acción cortado por dos ejes. Por un lado se encuentra el universalismo biomédico occidental y por otro el relativismo cultural.

El universalismo biomédico occidental está comprendido por las tendencias etnocentristas y universalizantes del modelo biomédico, entendido este como el modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico, racionalidad científico/técnica, en el abordaje del fenómeno salud/enfermedad/atención. En el caso del universalismo biomédico cuanto más se aproximan estas al mismo, mayor es la influencia, en la teoría y la praxis de la mediación intercultural en el ámbito sanitario y las terapias interculturales, de los presupuestos dominantes de la ciencia biomédica occidental. Y menor su cuestionamiento así como, por otra parte, la consideración e integración de los de la cultura (no occidental) de origen de los destinatarios.

En el caso del relativismo cultural a mayor aproximación a dicho eje, la mediación intercultural en el ámbito sanitario y las terapias interculturales relativizan por una parte la cultura biomédica de la que parten y consideran, al ponerse a un "mismo nivel", e incluso (en

¹ Pág. 66 y siguientes

² Pág. 57 y siguientes.

algunos casos) integran los elementos y presupuestos de la cultura de origen de los destinatarios.

Cabe decir que esto, en muchas ocasiones, no es estático ni monolítico sino que dentro de la mediación intercultural en el ámbito sanitario y las terapias interculturales hay praxis y supuestos teóricos que se acercan, metodológica y/o epistemológicamente, más a uno u otro eje con diferentes objetivos y efectos.

Es relevante apuntar que en lo relativo a las terapias, pero también de forma análoga en la mediación intercultural en el ámbito sanitario, la situación exclusiva en uno u otro eje, siendo únicamente relativistas o universalistas, desencadenaría efectos diversos entre otros la dificultad, cuando no imposibilidad, del encuentro terapéutico intercultural.

"(Según Devereux (1980), Kracke (1987) y Gailly (1998))... el encuentro con la persona culturalmente diferente tiene lugar en torno a dos polos. El primero plantea un punto de vista etnocéntrico en el cual se acepta que las ideas propias son correctas mientras que el otro es el que debería adaptarse, asimilarse, integrarse. Esta actitud muestra una falta de comprensión hacia la persona de diferente cultura, que se siente abordada en base a prejuicios y discriminaciones. Como resultado, un encuentro mutuo verdadero, llega a ser extremadamente difícil, aunque no imposible. El otro extremo es una forma de relativismo cultural de largo alcance considerando que todo es descartable por perteneciente a otra cultura, lo cual hace imposible el contacto real. Entre ambos han de hallarse posiciones menos radicales".

(Antoine Gailly. 2009)

Por otra parte, estos dos términos (universalismo y relativismo) son, a su vez, conceptos occidentales que comprenden unas dimensiones determinadas desde una nominación etnocentrista. Esto requiere, aparte del uso propiamente cognoscible y utilitario que esta dicotomía puede proporcionarme como herramienta de análisis, a su vez de un ejercicio de cuestionamiento de dichos términos con el fin de problematizar los mismos.

3.1 Algunas precisiones sobre el universalismo biomédico y el relativismo cultural.

En este caso el término de universalismo del modelo biomédico está ligado al concepto de etnocentrismo, en este particular occidental, introducido en la antropología por Summer (1906) y enunciado posteriormente por, entre otros, el antropólogo cultural norteamericano Kroeber:

"El etnocentrismo sería aquella tendencia a suponer el universo girando en torno al pueblo propio y que considera el endogrupo siempre situado en lo correcto y verdadero, y todos los exogrupos como equivocados o incorrectos, cada vez que su conducta difiere de la del propio grupo".

(Kroeber, 1948)

En esta misma línea y escuela autores como Herskovitz (1969) hablarán del etnocentrismo como un factor que opera en favor de la adaptación individual y de la integración social pero que a su vez, racionalizado, tal y como ocurre en la cultura euroamericana, y presentado como la base de acción en detrimento de otros pueblos y culturas, dará origen a problemas más serios.

En lo que se refiere al relativismo cultural dicho concepto no ha estado, ni en la actualidad está, libre de controversias. Surgiendo como respuesta a las teorías evolucionistas y etnocentristas en el ámbito, en este caso, de las ciencias sociales con el llamado particularismo histórico, la escuela de antropología cultural norteamericana encabezada por Franz Boas trató de responder, o sintetizó en parte las respuestas que se iban produciendo, a dichas pretensiones universalistas que hasta la época habían sido dominantes.

Algunas de las críticas frecuentes al concepto de relativismo cultural han partido tanto de cuestiones teóricas o conceptuales como prácticas o éticas. Como indica Carlos Giménez y Gabriela Malgesini:

" El fondo común a esas críticas es que, llevado a su versión extrema, el concepto de relativismo cultural imposibilita tanto las generalizaciones teóricas como la adopción de posturas éticas y el tratamiento de los conflictos en el ámbito de los valores y las conductas"

(Gabriela Malgesini y Carlos Giménez, 2000:373)

Por otro lado estarían las cuestiones relativas a la posible esencialización de los sistemas sociales y culturales al entenderlos como cerrados o autocontenidos y a la problemática relativa a la capacidad de generalizar o establecer categorías o universos comparables desde su uso en las ciencias sociales.

De ello se deduce que el uso que hago de los conceptos de relativismo cultural y universalismo biomédico es un uso no dogmático ni extremo, tratando de analizar las

implicaciones y efectos¹ que, de la proximidad de las problemáticas de estudio a ambos, se desprenden.

3.2 La implicación política en la problemática principal

Es así que ambos conceptos, universalismo biomédico y relativismo cultural, son herramientas epistémicas y metodológicas que me permiten reflejar la situación, en un eje hipotético, de las praxis de la mediación intercultural en el ámbito sanitario y de las terapias interculturales en la estructura de dinámicas, relaciones y contradicciones de los espacios que habitan entre uno y otro concepto con respecto a una implicación principal.

Por tanto, la problemática de la que trato es la localización de la mediación intercultural en el ámbito sanitario y de las terapéuticas interculturales en dichos ejes y en que medida su situación (relacional y, en ocasiones, dinámica) afecta a una implicación que llamo de "orden político". Dicha implicación política tiene como finalidad el logro o fracaso de una idea de justicia social en la cual, principalmente, se incluye lo propuesto en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* así como en la declaración de *Alma Ata* y la *Carta Social Europea* con respecto a las dimensiones que comprenden el acceso y disfrute igualitario de los cuidados de salud por parte de las personas de origen extranjero.

En concreto el artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* destaca que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Por otra parte la declaración de *Alma Ata* retoma lo recogido en la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiendo, en el primer apartado, la salud como el estado de completo **bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Con lo cual la salud implicaría que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, *sanitarias*, nutricionales, sociales y culturales.

¹ En la colaboración de las prácticas interculturales analizadas con la igualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

En este sentido, y por lo que aquí concierne, el apartado número cinco afirma que *"los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas"*. La salud es un derecho humano fundamental, y el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social de los gobiernos, y organizaciones internacionales, sumamente importante en todo el mundo. Con el fin de que todos los seres humanos sean capaces de llegar a tener un estado de salud que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva.

En lo que se refiere a la *Carta Social Europea* esta ofrece protección en diversos ámbitos, en particular en lo que concierne a la protección social. A su vez, con el objetivo del universal disfrute a los derechos de protección social, incluye una cláusula general de no discriminación.

Entre sus objetivos cabe destacar hacer efectivo que:

"Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica".

Así los artículos relevantes, en lo que aquí concierne, con respecto a dicha asistencia social y médica fundamentalmente son:

Artículo 11: "Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda gozar".

En su apartado *número 1* señala que para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para *"eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente"*.

Artículo 13: " Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica".

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguir estos por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente mediante prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.

2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.

3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.

4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Así desde un ámbito general a otro particular el camino hacia la consecución de un estado completo de bienestar físico, mental y social está, por lo que a este trabajo concierne, notablemente condicionado por dos variables:

a/ Por la información y posibilidad de conocer el sistema sanitario y sus recursos, y la lucha por prevenir y resolver conflictos, derivados de la falta de sensibilidad a la diversidad cultural¹, entre el paciente y el personal en el ámbito sanitario desembocantes en una mala atención y/o exclusión a los cuidados de salud.

b/ Por la adecuación de las terapéuticas a los universos, representaciones y modelos interpretativos predominantes de los pacientes, y la efectividad que de ella se desprende.

¹ Y de la ausencia de puentes entre modelos interpretativos, idiomas y lenguajes, representaciones, etc.

Capítulo III: Marco Metodológico

1. Diseño de la investigación y metodología

"Antes de abandonar Harvard fui a ver a Kluckhohn. A pesar de la experiencia que ya tenía como estudiante de Harvard, esta última sesión me dejó completamente frustrado. Cuando pregunté a Kluckhohn si tenía algún consejo para darme, me contó la historia de un estudiante de posgrado que había planteado a Kroeber la misma pregunta. Como respuesta se dice que Kroeber cogió de su estante el libro de etnografía de mayor tamaño y grosor y le dijo: *Vete y hazlo así*" (Nader, 1986).

Esta ausencia de información sobre como realizar el trabajo llegó a convertirse en una tradición entre los antropólogos de Norteamérica. Tal y como comenta Hammersley y Atkinson (1994:39) además de la idea asociada al naturalismo de que la etnografía consiste en una observación y descripción abierta de forma que el diseño de la investigación podría parecer superfluo existe otra razón principal para esta falta de información preliminar. Esta es que su práctica se constituye por lo inesperado, lo que implica que toda investigación es una actividad práctica que requiere del ejercicio de un juicio en el contexto. Por tanto, no se trata ni de seguir simplemente unas reglas metodológicas ni de sacralizarlas sin dotarlas de la posibilidad de reconstruirse y evolucionar a lo largo de la investigación.

La estrategia principal utilizada en esta investigación para abarcar la realidad de estudio con un criterio de representatividad ha sido los estudios de caso.

Sin desdeñar la remisión a los estudios realizados con técnicas de carácter cuantitativo ni la validez y eficacia de los mismos, las técnicas metodológicas que he utilizado han sido cualitativas. Estas han comprendido desde las entrevistas en profundidad o semiestructuradas del tipo: "entrevistas a especialistas", al análisis estructural del discurso, la observación participante y las fuentes bibliográficas.

Con el fin de poder aumentar la fiabilidad de las inferencias y la veracidad (y validez) de los datos obtenidos con relación al objeto de estudio, la obtención del material empírico se ha

llevado a cabo a través de la triangulación de las técnicas documentales escritas, las entrevistas en profundidad (y otras fuentes orales) y la observación participante.

A continuación hablo del diseño y planificación de la investigación para luego pasar a referirme a las estrategias metodológicas utilizadas en la misma.

1.1 El diseño de la investigación

El primer paso a la hora de diseñar la investigación consistió en una exploración preliminar, en el panorama belga y español, que me permitió identificar las prácticas interculturales en el ámbito sanitario, su relevancia, características y los lugares que ocupan. Para ello, como posteriormente se detalla, acudí a diversas fuentes bibliográficas e informantes especializados en cuestiones de atención sanitaria a población de origen extranjero y praxis de tipo intercultural. A su vez comprobé la viabilidad de la investigación, desde el punto de vista de la necesidad de llevarla a cabo así como la operatividad de trabajar en una variedad geográfico/espacial de contextos en los que se encuentran las prácticas abordadas. Por otra parte esta exploración me permitió conocer la posibilidad de acceso al campo y el modo en el que iba a tener lugar.

Tras esta evaluación de la viabilidad e interés del objeto de estudio me decanté por la elección de la técnica del estudio de caso al considerarla la más adecuada a la realidad a tratar en la investigación. Posteriormente a la identificación de las prácticas interculturales y la manera de abordarlas antropológicamente diseñé una muestra de 17 estudios de caso.

1.1.1 El estudio de caso como técnica de descripción y análisis de la realidad

Desde un punto de vista histórico el estudio de caso ha sido motivo de interés y olvido por parte de las ciencias sociales en diferentes periodos y épocas. Uno de sus primeros practicantes en antropología fue Malinowski (1953 (1922)) con su trabajo sobre los Argonautas de las islas Trobians, en Malasia. Tras sufrir un periodo de olvido a partir de los años 30, con el declive de la hegemonía de otro de sus precursores, la Escuela de Chicago, el uso del estudio de caso será denostado por un exponencialmente en aumento recurso a las técnicas cuantitativas. La falta de rigor en la obtención del material empírico y de representatividad fue el motivo principal esgrimido.

Hubo que esperar a la segunda Escuela de Chicago, y en particular a los estudios de Becker (1953, 1963 (1983)) y Strauss y Glasser (1967), para que renaciase un renovado interés por los estudios de caso. Es de mencionar en esta época la aparición de la llamada "nueva etnografía" de la mano de autores como Hammersley y Atkinson (1983).

El estudio de caso es considerado una estrategia de investigación comprensiva o método abarcador (Yin, 2003), integrando una lógica de planificación, técnicas de recogida de información y perspectivas de análisis de datos propias. Es idóneo para terrenos de campo en los que el investigador tiene un limitado control sobre los eventos, principalmente cuando el objeto de estudio es un fenómeno contemporáneo aconteciendo en su cotidianidad.

Para abordar estas situaciones, tal y como sucede en la presente investigación, es necesario trabajar con diversas evidencias (tales como los documentos, observación, entrevistas, etc.) realizando una triangulación de las mismas para la obtención del material empírico y el análisis (ver Anexo I).

1.1.2 Estudios de caso múltiple. Elaborando la muestra.

El diseño de estudio de caso múltiple, a diferencia del simple, permite que la información y evidencias obtenidas en cada caso sean más fiables por la posibilidad de contraste entre ellos. De igual modo las inferencias derivadas de este modelo son más consistentes al fundamentarse en la lógica de la replicación (Yin, 2003).

Los estudios de caso, en esta investigación, corresponden con prácticas sanitarias interculturales singulares y emblemáticas reagrupadas en torno a los cuerpos teóricos y praxis organizadas de la mediación intercultural y las terapias interculturales en salud mental. A la hora de querer abarcar el abanico de estas prácticas sanitarias interculturales existentes en Bélgica y España, desde la óptica del análisis de su implicación en la mejora en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, se me planteó un problema central. Este fue: dos países, múltiples regiones y ciudades.

Su resolución, o al menos atenuación, conllevó la adopción de dos medidas principalmente. Por una parte, con un criterio de orden teórico, la elección de una muestra de 17 casos que

recogiese prácticas representativas en el ámbito institucional y asociativo de ambos países. Los criterios de esta elección estaban ligados a su representatividad (capacidad de generalización analítica) en el orden de su singularidad (concentración de lo global y local) y los elementos de su composición emblemáticos. Así como a su posición estructural en el universo de praxis interculturales y modalidades de acceso sanitario que inauguran. Y a la población, personas de origen extranjero, a la que van dirigidas.

Por otro lado, para solventar el problema de la extensión geográfica y diversidad de contextos, desarrollé una metodología de investigación que me permitiese abordar los diecisiete casos elegidos. Esta metodología está compuesta por 4 tipos *de grupos de técnicas de recogida de información* intimamente ligados a la posibilidad de acceso y a la necesidad de las técnicas. En este último sentido, su necesidad, para una mayor o menor profundización en ciertas características de la práctica novedosas (y relevantes), reiterativas o accesibles (y contrastables) por otros medios. El siguiente cuadro lo explica con detalle:

Trabajo de campo: Tipos de herramientas y recursos utilizados en los estudios de caso

Tipo 1:	Tipo 2:	Tipo 3:	Tipo 4:
<p>Observación participante sistematizada en el tiempo. Fuentes escritas. Entrevistas en profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann (Bruselas). - L'Autre Lieu. Modelo antipsiquiátrico intercultural de las casas Peul (Bruselas). - La FCCP en el hospital Puerta de Hierro (Madrid). - La mediación intercultural en el hospital Brugmann (Bruselas). 	<p>Observación participante no sistematizada en el tiempo. Fuentes escritas. Entrevistas en profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SMES/Bélgica - EXIL/Barcelona - El programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR) - EXIL/ Bélgica - M. I. (Mediación Intercultural) en el hospital Titeca (Bruselas) - M.I. en el hospital Erasme (Bruselas) - M.I. en el centro de salud primario San Blas (Parla, Madrid) - M.I. en el hospital La Citadelle (Lieja). - El SAPPPIR en el Hospital Sant Pere Claver (Barcelona). - El Servicio de M.I. del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI) 	<p>Ausencia de observación participante. Fuentes escritas y orales. Entrevistas en profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El servicio de Mediación intercultural de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo. - La Mediación Intercultural en el hospital La Fe (Valencia). 	<p>Ausencia de observación participante. Predominio de las fuentes escritas y orales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La M. I (Mediación Intercultural) en el hospital del Mar (Barcelona).

NT: elaboración propia, para más detalle ir a Anexo I.

Fruto de las necesidades y potencialidades distintas que ofrecen estos conjuntos de técnicas, así como al abarcar prácticas emblemáticas en un amplio abanico de contextos, los estudios de caso tienen una mayor o menor fuerza en sus características descriptivas. Más allá del contenido, y los registros narrativos utilizados, esto se hace visible en su extensión. La cual no guarda relación con una valoración en términos de mayor o menor relevancia, según sea más o menos extenso, sino más bien de la accesibilidad del investigador a las prácticas y, sobretudo, la reiteración (saturación y proporcionalidad) con lo ya abordado en otras.

Por un lado, en una *lógica de la accesibilidad*, no se puede esperar que aborde de la misma forma una práctica intercultural con la que he convivido seis meses como observador participante, como la etnopsiquiátrica, con otra que conozco únicamente por medio de fuentes orales y escritas. Del mismo modo que, en una *lógica de la proporcionalidad*, tampoco puedo (por necesidades narrativas de la investigación) dedicar el mismo espacio a todas las prácticas de mediación intercultural hospitalaria, cuando son varias etnografiadas en detalle, que a, por ejemplo, una sola práctica etnopsiquiátrica.

1.1.3 El estudio de caso múltiple en las prácticas terapéuticas interculturales en salud mental

En el caso de las terapias en salud mental la categorización teórica que he desarrollado me permite dividir en tres modelos diferenciados de abordaje terapéutico intercultural. En el particular del modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero, comprendido por seis estudios de caso, así como en el etnopsiquiátrico, reflejado en un estudio de caso, el criterio en la elección de la muestra es el de las modalidades de acceso que sus praxis inauguran, desde donde lo hacen y hacia quien van dirigidas. De manera particular sucede en el modelo antipsiquiátrico intercultural, eligiendo un estudio de caso para la muestra por su singularidad y representatividad teórico/práctica, al no provenir de un abanico de prácticas semejantes siendo la única con estas características existente en el territorio belga y español.

Modelo occidental adaptado	6 estudios de caso: SMES/Bélgica. ESMR en Madrid. EXIL/Bélgica. EXIL/Barcelona. SAPPPIR en Barcelona. FCCP en Madrid.
Modelo antipsiquiátrico intercultural	1 estudio de caso: L'autre Lieu y las casas de acogida Peul. Bruselas.
Modelo etnopsiquiátrico	1 estudio de caso: Consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann en Bruselas.

Situación jurídico/política y social de las personas de origen extranjero a las que van dirigidos
específicamente los dispositivos terapéuticos

En gran exclusión social	Asilo Político	En situación irregular	Población inmigrante en general
<p>- <u>SMES/Bélgica</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Ámbito asociativo</u></p>	<p>- <u>EXIL/Barcelona</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Ámbito asociativo</u></p>	<p>- <u>SAPPIR en Barcelona</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Ámbito asociativo</u></p>	<p>- <u>FCCP en Madrid</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Hospital público</u></p>
<p>- <u>ESMR en Madrid</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Ámbito institucional público</u></p>	<p>- <u>EXIL/Bélgica</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Asociativo incorporado a la red de cuidados especializados pública.</u></p>		<p>- <u>Consulta Etnopsiquiátrica de Brugmann Bruselas</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Hospital público</u></p>
			<p>- <u>L'Autre Lieu y las casas de acogida Peul.</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lugar: <u>Ámbito asociativo</u></p>

NT: Cuadro propio. No excluye que en estos dispositivos tenga cabida otra población distinta a la señalada (tanto de origen extranjero como, en muchos casos, también autóctona). Sin embargo esta es la población, de origen extranjero, hacia la cual han sido en un principio dirigidas las prácticas.

1.1.4 El estudio de caso múltiple en las prácticas de mediación intercultural en el ámbito sanitario

El diseño muestral de los nueve estudios de caso correspondientes con las prácticas de mediación intercultural en el ámbito sanitario atiende a criterios de la representatividad estructural de sus especificidades. Así como a su singularidad y carácter emblemático.

- La muestra en el territorio belga: Los casos elegidos en Bélgica han respondido, por una parte a la viabilidad en el acceso y tiempo para realizar la investigación. A la ubicación geográfica: mostrando tres casos en Bruselas y otro en Lieja. Así como a su especificidad y población de destino: abordando la mediación intercultural en tres hospitales generales y un hospital psiquiátrico.

- La muestra en el territorio español: A diferencia de Bélgica, donde la mediación intercultural sanitaria parte de una política de estado y es principalmente hospitalaria, en España su implementación no atiende a una implicación estatal. De esta forma existe una variedad de prácticas de mediación que tienen su seno en el ámbito sanitario institucional y asociativo

promovidas, en su mayoría, por actores y financiaciones puntuales. Es así que se da tanto en centros de salud primaria como en hospitales. Y que la figura del mediador intercultural por lo general no está adscrita al ámbito sanitario siendo, en la mayoría de los casos externa. La elección de los casos emblemáticos abordados trata de abarcar, en diferentes regiones, las modalidades de actuación y desarrollo de la mediación intercultural sanitaria en el panorama español.

De este modo elegí dos casos en los que *los mediadores eran externos al centro sanitario* el SEMSI (Madrid) y Médicos del Mundo (Talavera y Toledo). De entre ellos el último es desarrollado desde el *medio asociativo*, mientras que en los otros parte del *ámbito institucional*.

Y tres casos, el Hospital la Fe (Valencia), el centro de salud San Blas (Parla, Madrid) y el hospital del Mar (Barcelona) donde los *mediadores interculturales están inscritos* en la plantilla del personal y espacios de los centros. (Para más detalle sobre la muestra de los estudios de caso ir a Anexo I).

1.2 Las técnicas de revisión bibliográfica: algunos de sus retos.

Dos de los aspectos que me han resultado más apasionantes en el proceso y la concepción de esta investigación han sido también sus mayores retos.

a/ Por una parte *la transculturalidad* de los contextos de desarrollo de la investigación.

Algunas de las características, en ocasiones problemáticas, vinculadas a esta son las siguientes: Por un lado la relación con dos realidades con particularidades distintas, que requieren de unas formas de aproximación adaptadas a cada una además de contener unas implicaciones diferentes para el investigador y su historia y procedencia. A lo que se añade, por las características geográfico/administrativas y policulturales de ambos países, que cada una de esas realidades está dividida en otras muchas a su vez. Esta complejidad ha intentado ser de igual modo un reflejo de la riqueza socio/cultural de Bélgica y España, conjuntos ambos de lugares, poblaciones y espacios llamados a ser Estado en un momento de la historia.

b/ La *pluridisciplinaridad* desde la que abordar el objeto de estudio. Por citar algunas de las disciplinas o especialidades que contiene dicha investigación, coexisten: La Antropología médica, la Psicología y la Historia.

Más allá de la polémica sobre la creciente supraespecialización a la que nos vemos abocados, o por ella misma, el que esta investigación necesite de estas disciplinas para ser abarcada ha promovido mi motivación. Su reverso, la dificultad de encontrar fuentes escritas o a alguien que, hasta la fecha, haya trabajado, en Bélgica y España, en algo parecido.

Así la abundancia de material bibliográfico desde las diferentes disciplinas y de carácter específico o no a los contextos a tratar, acerca de: la exclusión social, la migración, el estudio antropológico de la cultura biomédica en los medios sanitarios, las representaciones nosológicas de la enfermedad no occidentales, la historia de la creación de los sistemas de bienestar y las políticas de salud, por ejemplo, compensaba, de alguna forma, la carencia de fuentes bibliográficas con respecto a la mediación intercultural en el ámbito sanitario o las terapias interculturales, en salud mental, en el medio institucional y asociativo en Bélgica y España¹.

En Bélgica esto sucede ya que, a un nivel general y compartido, son escasas las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento en el panorama europeo (y especialmente en el francófono) que unan los vectores de migración y salud² por no hablar del acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes. Los motivos los explico más adelante. En el caso español a esto además se le añade la relativa novedad del fenómeno migratorio contemporáneo.

En lo concerniente a las terapias interculturales en la salud mental en Bélgica, por el momento, tampoco hay mucho trabajo al respecto. Esto sucede con relación tanto al medio asociativo que trabaja en este campo como al institucional. No es este el caso del estado de la cuestión de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural en otros países como Francia o EE. UU. En el primer caso desde hace unos años asistimos a una oleada de publicaciones, tanto

¹ De todo ello hablo con más detalle en el apartado de: "El estado de la cuestión anterior. Líneas y vacíos que dibujan una aproximación paradigmática".

² Sobre esto hablan diversos autores como D. Fassin (2000).

desde una visión excéptica y crítica como de defensa, que hacen referencia a la aproximación teórica y práctica de la etnopsiquiatría. Con respecto a la psiquiatría transcultural, y su concreción en el dispositivo basado en la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos, podemos trazar una línea que va desde los trabajos de Kraepelin, y su psiquiatría comparativa, hasta las últimas modificaciones en el manual diagnóstico DSM IV. En este sentido, EE. UU. será uno de los países donde se produce más literatura al respecto. En Bélgica y en España se han publicado diversos trabajos relativos a la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos fruto de la labor de investigación que realizan algunas personas principalmente desde el ámbito asociativo, en el primer caso, y el institucional en el segundo.

Es interesante destacar que en la literatura sanitaria europea la noción de competencia cultural prácticamente no ha existido hasta el momento (Comelles, 2004:24). Esto tiene su explicación en el proyecto fundacional del estado de bienestar y su carácter igualitarista. Los Estados de bienestar europeos han entendido que su carácter universal resuelve las problemáticas que puedan surgir en torno al acceso universal a los medios sanitarios de sus habitantes. Si en la teoría se refleja de este modo, en la práctica la atención a la diversidad cultural y el acceso igualitario de todas las personas dista de ser así¹.

Tiene interés, a modo de contrapunto, destacar algunas de las causas de la aparición del estudio y praxis de las nociones culturales en EE.UU. como por ejemplo las jurídico/normativas. Es así que en la defensa del paciente, y frente a posibles negligencias o contradicciones jurídicas en la práctica médica, (en un sistema radicalmente opuesto al europeo en cuanto a la universalidad del acceso) se han promovido fervientemente dichas nociones.

Otro de los factores de resistencia frente a dicha incorporación de lo cultural desde las políticas públicas y la praxis terapéutica, así como objeto de estudio, en Europa ha sido el rechazo por parte de un relevante sector de la población de las connotaciones que la especialización en lo cultural pueden tener en ciertos contextos. Así, por ejemplo, desde los postulados próximos a ciertas intervenciones, en salud, sociales y comunitarias (entre otras) el

¹ Como demuestran diversos estudios entre otros el realizado por el Observatorio Europeo de Médicos del Mundo (2007) con relación al acceso de los "sin papeles" a los servicios sanitarios.

énfasis cultural es percibido a menudo como incorporador de una concepción estigmatizadora y segregacionista (un ejemplo relevante es el del SIDA y la población originaria del África negra).

Por otra parte, he dedicado un periodo de tiempo al estudio de la representación de la salud, la enfermedad y la curación en África Central (Congo) y Occidental (Senegal). Esto fue debido al requerimiento propio de la investigación al ser muchos los actores y elementos destacables en juego (sobretudo en la etnopsiquiatría y el modelo antipsiquiátrico intercultural abordado) de origen subsahariano. En este caso pude encontrar abundantes fuentes bibliográficas aprovechando la amplia tradición africanista belga.

Con respecto a la revisión bibliográfica otro tema a mencionar, que influye directamente en un problema de orden metodológico, en Bélgica es la profunda división académica existente entre el universo francófono y el nerlandófono. Tanto es así que muchos textos e investigaciones existentes en nerlandés o en francés no han sido traducidos al otro idioma. Teniendo en cuenta que ambas lenguas son oficiales en Bélgica y habladas cada una por aproximadamente una mitad del total de la población (41% francófonos, 58% nerlandófonos, 1% germanófonos), esta situación resulta paradójica. No obstante, lejos de ser un hecho aislado es el reflejo de otras problemáticas y conflictos socio/políticos y económicos que se encuentran reflejados en el universo académico. En este sentido, mi documentación ha sido en francés e inglés (además del español). He contactado con profesores nerlandófonos con el fin de tener también referencias bibliográficas en este idioma. Sin embargo, afortunadamente, lo que existía en la parte nerlandófona de Bélgica eran trabajos e informes de asociaciones, investigadores o del estado que estaban también traducidas al francés o al inglés.

Con lo cual dicha técnica de revisión bibliográfica ha estado comprendida por el estudio de documentos y fuentes escritas. Esta ha consistido principalmente en la lectura de libros que tratan sobre los temas en cuestión, la búsqueda y análisis de informes e investigaciones existentes hasta la fecha que analizaron las realidades estudiadas y la lectura de material sobre dichos temas en formato electrónico¹.

¹ Páginas web's, revistas electrónicas, bibliotecas (de organizaciones) virtuales, documentos oficiales del estado, libros en formato electrónico, etc.

1.3 Las entrevistas en profundidad.

Las entrevistas en profundidad o *semiestructuradas* son un conjunto de preguntas y cuestiones básicas que se desea explorar, pero sin una redacción exacta, ni un orden de las preguntas completamente predeterminado. El objetivo de esta indeterminación o guión "a medio construir" es procurar que el entrevistado las pueda percibir como una conversación, sin que le resulten demasiado visibles la estructura de la interrogación, el orden de las preguntas, o los objetivos del entrevistador (Erlandson y cols. 1993). Esto en algunos contextos específicos y sujetos como son los existentes en las denominadas entrevistas a especialistas o a élites tiene un valor principal al colaborar en la minimización de efectos perversos como la sombra de la evaluación al entrevistado.

Así se trata de procurar, en todo momento, que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas; que las preguntas sean amplias, para indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto (en la posición narrativa que ocupa y desde la que habla); y profundas, esto es, capaces de hacer aflorar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tiene significación central o periférica (Valles M. 1997).

Se trata de conseguir un objetivo principalmente. Hacer aflorar el discurso, o, en otras palabras, cómo los diversos sujetos reconstruyen, desde sus contextos, el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales y sociales. Dicho discurso y su análisis será trasladado y analizado con el fin de obtener información relevante para la descripción e interpretación de los objetos de estudio y de la problemática que guía la investigación.

Es en el lugar desde el que habla, y con respecto a que o quien lo hace, el entrevistado o informante que nos situamos en una perspectiva dialéctica y estructural.

Estructural en cuanto a que los propios sujetos investigados hacen emerger el discurso desde el que piensan y el que les piensa. De igual forma que el investigador lo hace en las conversaciones anteriores y posteriores a la entrevista con respecto, por ejemplo, a su

procedencia y formación, o en la manera de abordar las temáticas, en las propias temáticas, o en la forma de plantear las preguntas, etc.

Dialéctica en lo que se refiere a la relación de poder y oposición entrevistador/entrevistado. Esta relación en este tipo de entrevistas puede estar dotada de múltiples efectos. Si observamos la tradición de la Sociología y la Antropología los estudios en los que se ha centrado principalmente han sido los relativos a poblaciones o grupos minoritarios por lo general considerados dominados (con respecto a la cultura y a la sociedad o fenómenos desde y con relación a las que se les analiza). El acceso de las personas inmigrantes a los cuidados institucionales de salud, en la presente investigación, es un ejemplo de ello.

Sin embargo, por las características del propio tema y sus dimensiones de análisis el enfoque antropológico aquí no guarda relación con el discurso de las personas pertenecientes a esta categoría, dominados o minoritarios, sino con la de los representantes y actores de los ámbitos terapéuticos institucionales y asociativos, dominantes. Es así que la perspectiva dialéctica, al igual que lo haría con los minoritarios, provoca que los sujetos entrevistados puedan o bien considerarse como protagonistas de un evento cinematográfico, pese a que estén más "acostumbrados" a ello que los primeros, que guarda un interés y complicidad del orden de lo comunicativo, expresivo e ideológico con el entrevistador y la temática de su investigación. O redefina, impida o ayude a explorar en las relaciones de poder y en la cultura a la que pertenecen, tanto del investigador como del investigado, con diversas consecuencias. Estas pueden ir desde las perturbadoras al desarrollo de la entrevista al generarse tensiones con respecto a elementos como la legitimidad, la reelaboración de roles o la confidencialidad, hasta las colaboradoras en la circulación de conocimiento y en la exploración de las personalidades, posiciones narrativas y culturas del entrevistador y entrevistado.

1.3.1 A quien entrevisto y por qué lo hago

Con respecto a la elaboración de la muestra cabe decir que ha sido diseñada a partir del estudio de la realidad y temáticas a abordar por medio del material existente, en diversos formatos, así como de los informantes. Son este estudio y la relación con algunos de los actores e informantes los que me han proporcionado, tanto a priori como de forma procesual a lo largo de la investigación (por medio de métodos como el de la bola de nieve), las herramientas de selección de los sujetos y contextos claves.

No ha sido necesaria una gran cantidad de entrevistas. Sin embargo, estas han ido dirigidas a aquellas personas, entre todos los informantes con los que he ido interactuando, cuyo discurso, conocimientos y bagaje podían dibujar con las palabras, y las acciones y experiencias que en ellas habitan, el mapa de los objetos de estudio a describir y analizar a través de la problemática que guía esta tesis.

El criterio de limitación en dicho diseño muestral ha sido el determinado por la reiteración o la saturación del discurso (Glasser y Strauss, 1967), y la posición de relevancia que estructuralmente ocupa el mismo, en cuanto a las posibilidades de información de los sujetos sobre los temas tratados.

· Los entrevistados en Bélgica fueron los siguientes: - Un etnopsiquiatra, director del área de etnopsiquiatría, del hospital Brugmann. - Un psicoterapeuta de la ONG SMES/B.- Una psicoterapeuta junto a un trabajador social (y coordinador) de EXIL - Dos trabajadores de la ONG L'autre lieu.- Un inquilino de la casa peul "Vivier" - Una psicoterapeuta de Médicos Sin Fronteras - Un experto en mediación intercultural socio/sanitaria y terapias interculturales en salud mental. - Una coordinadora de mediadores interculturales en el medio sanitario en Bruselas- El director y coordinador nacional del programa de mediación intercultural en el ámbito sanitario en Bélgica. - Dos mediadoras interculturales en los hospitales Titeca y Brugmann.

· En España los entrevistados han sido: - El director del departamento de psiquiatría del SAPPPIR en el Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.- Una psicoterapeuta de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (Madrid).- Un psiquiatra de SMES/España/Madrid - La directora del servicio de Traducción e Interpretación del SETI/COMRADE(Madrid).- El fundador de la asociación COMRADE- Un psiquiatra de la asociación Terapias sin Fronteras (Madrid).- La coordinadora del Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI, Madrid).- Una psicoterapeuta de la asociación EXIL en Barcelona- Un psiquiatra del hospital Puerta de Hierro (Madrid) especialista en la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos.- Una terapeuta, junto con la coordinadora y la directora, del Programa de Atención a personas Inmigrantes en Riesgo de Exclusión social (PAIRE) de la asociación RAIS. - La fundadora del servicio de mediación intercultural, y del programa de convivencia intercultural y salud,

en el área de salud de Parla (Madrid).- La coordinadora de Proyectos de Médicos del Mundo en Castilla la Mancha.- Una mediadora intercultural del hospital la Fe de Valencia.

Por último cabe comentar que una técnica de recopilación de información de gran interés ha sido las conversaciones. En diversas ocasiones estas han acompañado a las entrevistas, al principio de las mismas o al final, aportando mas información si cabe que aquellas, relegadas en este caso a un carácter testimonial. En otras circunstancias las conversaciones, algunas grabadas con un magnetofón (aunque la mayoría recordadas y anotadas), en grupos de discusión espontáneos surgidos tras, por ejemplo, una reunión o una sesión de observación participante, han sido de inestimable valor.

Con relación a otras fuentes de información e informantes en Bélgica y España estos fueron:

- Reuniones con profesores e investigadores expertos en temas relacionados con la investigación.
- El encuentro con varios terapeutas y personal administrativo de diversas ONG's que trabajan en el área sociosanitaria con inmigrantes.
- El encuentro con profesionales de la temática debido a la asistencia a conferencias, actividades y reuniones organizadas por las secciones de los departamentos de los hospitales, así como por las ONG's, motivo de estudio.
- Conversaciones con pacientes o antiguos pacientes de dichas terapéuticas (etnopsiquiatría, antipsiquiátrica L'autre Lieu y modelo de EXIL's).
- Encuentros con personas de origen extranjero que han vivido, o viven, situaciones como la de estar "sin papeles" y deber acudir a los medios de salud pública.
- Reuniones con los inquilinos peul de las casas Vivier y Geef de la ONG L'autre Lieu.
- Visitas al hospital o centro de salud primaria por propia necesidad o en calidad de acompañante.

1.4 La observación participante y sus escenarios

El trabajo de campo se considera al periodo o modo de la investigación destinado a la recopilación y registro de datos.

El trabajo de campo es definido por Stocking como:

"La experiencia constitutiva de la antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea el cuerpo primario de sus datos empíricos" (Stocking 1993,43)

En este sentido, tal y como comenta Honorio Velasco y Ángel D. Rada (2003:19), la observación participante no subsume al trabajo de campo, sin embargo no sería posible fuera de él. Así en este caso la presente investigación ha combinado fases del trabajo de campo desde "el gabinete de estudio", con la técnica de la observación participante.

Decía Seligman que "el trabajo de campo llegará a ser para la antropología lo que la sangre de los mártires fue para la iglesia romana (citado en H. Velasco y D. Rada, 2003). Así es como gracias a este trabajo de campo y a esta observación participante en diversas circunstancias y situaciones, no todas ellas premeditadas sino más bien con una gran carga de imprevisibilidad (y en algunos casos (como sucedió con la penicilina o con los rayos X), accidentalidad), que se ha ido formando el "cuerpo" de la antropología. En este sentido Malinowski podría ser considerado como el héroe cultural de la disciplina, y su obra "Los argonautas" como el mito, euhemerístico (Stocking, 1993).

La finalidad ideal de la etnografía, vista esta como el proceso metodológico global de la investigación, sería la de meterse en la piel del otro, sin embargo en la práctica esta debe conformarse, entre otras cosas, con comprender la estructura de sus medios de comunicación simbólica, "como quien capta un proverbio" o "entiende un chiste" (Geertz, 1983: 70). Es así que la observación participante, como parte de la misma, es un proceso de socialización y endoculturación en el cual el investigador no solo adquiere roles y pautas con los que actuar acorde a lo esperable en el entorno a estudiar sino que es modificado, además de en su performatividad también emocional e intelectualmente, por los sujetos de estudio.

Así más allá de las disposiciones adoptadas en la situación la observación participante llevada a cabo en esta tesis ha generado experiencias, enriquecido ideas y sensibilidades, pero también despertado inquietudes y miedos, que se han ido incrustando en el investigador con todas las consecuencias. Estas han tendido a desarrollarse, en su conjunto, como una extremidad más del cuerpo con la que asir e interactuar con la realidad.

1.4.1 Escenarios y condiciones de la observación participante

Como se puede observar por lo expuesto hasta ahora las condiciones y modalidades de la observación participante han sido diversas. En el cuadro "Trabajo de campo: Tipos de herramientas y recursos utilizados en los estudios de caso" (ver capítulo "Estudios de caso múltiple. Elaborando la muestra"), se puede observar que de los 17 estudios de caso sólo en 3 de ellos no existe la observación participante. Son los casos de la mediación intercultural sanitaria de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo, el hospital la Fe de Valencia y el hospital del Mar de Barcelona. En los 14 restantes una parte de la obtención de la información, para la exposición y análisis de cada caso, se realiza por medio de la observación participante. El tipo de observación participante realizado viene determinado por la frecuencia de las visitas y la acotación o no de las mismas en el tiempo. La programación de lo cual ha sido a su vez, como ya se explicó antes, definida por la accesibilidad del investigador al campo y la necesidad (y saturación) de la recogida de información (ver Anexo I).

La observación participante sistematizada en el tiempo, (como se observa en el cuadro mencionado "Trabajo de Campo: tipos....") ha tenido lugar en el caso de la consulta de etnopsiquiatría en el hospital Brugmann, en la FCCP (Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos) en el hospital Puerta de Hierro, en el caso de la antipsiquiatría intercultural de L'Autre Lieu y en la mediación intercultural en el hospital Brugmann (para más información ver Anexo I).

La observación participante en la consulta de etnopsiquiatría en Brugmann ha sido sistematizada en el tiempo al incorporarme al grupo de terapeutas como coterapeuta e investigador durante seis meses en 2006/2007 (acudiendo cada jueves de la semana de 13:30 a 19:30). El por qué de esta acotación, y sistematización, en el tiempo tiene que ver, como en el resto de los casos, con la posibilidad de obtener información sobre el funcionamiento de esta

praxis intercultural sin que sea repetitiva o poco contrastada internamente. Así como para, entre otras cosas, socializarme en una cultura de cuidados en salud mental como la psiquiátrica hospitalaria, y en particular la etnopsiquiátrica. Seis meses fueron suficientes para explorar con detalle, y de forma contrastada en diversos pacientes, los mecanismos interculturales que dotan de su especificidad a la etnopsiquiatria en esta consulta. Gracias a la apertura del grupo de coterapeutas y a la facilidad que se me brindó para incorporarme pude a su vez realizar dos visitas posteriores de control en 2008.

El caso de la observación participante en la práctica de mediación intercultural en el hospital Brugmann guarda relación con la observación llevada a cabo en la consulta etnopsiquiátrica. El grueso del tiempo dedicado a la misma, en 2006/2007, discurrió paralelo a mi participación en esta consulta y a la labor que, pude observar, desarrollaban los mediadores interculturales e intérpretes en la misma y en torno al área de psiquiatria. Al contar el hospital con dos conjuntos hospitalarios (Brien y Horta (donde se encuentra la consulta etnopsiquiátrica)), distribuidos en dos barrios diferentes de Bruselas, visité en varias ocasiones, en 2008, Brien ya que no conocía la práctica mediadora que allí se realizaba.

La observación participante en el caso de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid estuvo definida por el curso de doctorado que tuvo lugar en su seno durante cuatro meses en 2008. Este curso tiene el caracter de ser un espacio, bianual, de formación e investigación en formulación cultural desarrollándose y estudiándose los casos de los pacientes que tratan los psiquiatras asistentes. Las visitas fueron sistemáticas en este periodo de tiempo, de cuatro meses, un día a la semana durante dos horas y media. Además de proporcionarme información sobre como el psiquiatra-profesor que impartía el curso llevaba a cabo esta práctica intercultural en el hospital Puerta de Hierro, me permitió conocer como otros terapeutas la aplican en los contextos hospitalarios diversos en los que trabajan. Mis aportaciones como participante eran las de un antropólogo (algunas de la técnicas y perspectivas que se adoptan en la FCCP están inspiradas de la antropología) puesto que además de serlo así fué definido en el campo.

En el caso de L'Autre Lieu y el modelo antipsiquiátrico intercultural programé una serie de visitas no espaciadas en el tiempo durante los cuatro primeros meses de 2007. Esto me permitió entrar en contacto con los miembros de la asociación y acceder a las casas peul, durante este periodo, y a las actividades socio/culturales que los inquilinos de las mismas

realizaban. La participación en las actividades socio/culturales me ofreció la posibilidad de conocer a parte de los integrantes de la comunidad peul en Bruselas y abrirme el paso a las casas peul y, sobretodo, a sus habitantes. Por otro lado participe en actividades formativas que organizaban los trabajadores de la asociación relacionadas con el movimiento antipsiquiátrico.

La observación participante no sistematizada en el tiempo ha sido la utilizada en los restantes casos. Como se explica detalladamente en el Anexo I las condiciones de acceso, y la relevancia del mismo, son diversas en cada uno de ellos. De este modo en muchos casos se realizaron las visitas necesarias, en las cuales se llevó a cabo la observación participante, para obtener la información precisa (y no repetitiva o irrelevante) con el objetivo de la triangulación y análisis de los datos recopilados. En otros casos las dificultades derivadas de la falta de tiempo y, sobretodo, la distancia geográfica dieron lugar a que se pudiesen realizar menos visitas de las deseadas. Este inconveniente trató de subsanarse con la contrastación de los datos, obtenidos en la observación participante durante las escasas visitas, sujetos a una posible invalidez con el apoyo de otras fuentes escritas y orales (un ejemplo de ello es el caso del SAPPPIR y los duelos migratorios en el hospital Sant Pere Claver de Barcelona).

En una *lógica de la accesibilidad*, la frecuencia de las visitas y su mayor o menor sistematización y acotación en el tiempo viene determinada por esta posibilidad de acceso del investigador. Esto, con sus pros y contras, conforma y condiciona la manera de conocer el sujeto de estudio.

En una *lógica de la proporcionalidad*, la programación de las visitas, a igual accesibilidad al campo, trata de ser equilibrada con la información relevante que de ellas se va a obtener y con los casos similares que ya se han etnografiado. De este modo programé menos visitas a los hospitales en los que se llevaba a cabo la mediación intercultural, al comprobar que la información relevante se saturaba con otros casos, que en prácticas específicas tratadas en una sola ocasión¹.

¹ Para más detalle sobre la frecuencia y fecha de las visitas, el rol del investigador, las condiciones y relevancia del acceso al campo, el modo y lugar de la observación, y el material utilizado en la triangulación de los datos en cada caso acudir a Anexo I.

1.5 La cuestión de las temporalidades en el proceso de la investigación

En este apartado me gustaría señalar un aspecto a destacar en el proceso de toda investigación, este es el del tiempo y la dimensión diacrónica. Por un lado esta se refiere al propio objeto de estudio. En este caso al tratar temáticas y sujetos que se desarrollan en contextos y tiempos dados se supone que la dimensión diacrónica debe estar incorporada. La cosa podría ser "distinta" si hiciese una etnografía sobre una cultura o etnia de tradición no escrita¹.

Por otro lado, la diacronía tiene que ver con el propio proceso de la investigación ya que este se desarrolla en el espacio pero también en el tiempo.

A su vez cabe destacar que no existe una sola temporalidad sino que hay diversas temporalidades que conviven en el proceso de la investigación y son "rescatadas" en los instrumentos que posee el investigador para el trabajo etnográfico. Así la anotación, la rememoración, el recuerdo, la transcripción, etc., poseen diversas temporalidades que se (re)definen y cohabitan en el proceso de investigación.

Un ejemplo de esta consideración son los acontecimientos a escala macrosocial como la llegada de la crisis económica. O los microsociales como la apertura o cierre de proyectos y programas. Esta cuestión se encuentra reflejada en el proceso de escritura de la tesis acompañada de notas o reseñas que tratan de ubicar cronológicamente el momento de la descripción y la situación dinámica de los diversos acontecimientos.

Para establecer elementos de control sobre el desajuste que puede originar la dimensión diacrónica y los cambios que acontecen he realizado, cuando así ha sido posible, visitas espaciadas en el tiempo a los lugares de estudio. En los casos en los que no he tenido la posibilidad de hacerlo, por falta de tiempo o lejanía espacial, me he reactualizado por diversos medios (informantes principalmente) en relación a la situación y cambios de las praxis objeto de estudio (ver Anexo I).

¹ Como le sucedió a Malinowski en su estudio de los Trobriand al no considerar la existencia de una estación colonial inglesa en la isla que influía, desde años atrás, en lo que les sucedía a los nativos.

Capítulo IV:

Estado de la cuestión y aproximaciones epistemológicas.

1. El estado de la cuestión anterior. Líneas y vacíos que dibujan una aproximación paradigmática.

El acceso a los medios de salud pública, la migración y la incorporación de terapéuticas interculturales a los mismos son sujetos multivectoriales a los cuales me he acercado intentando abarcar las diversas dimensiones que los cruzan.

Para ello he creído necesario:

- a/ Esclarecer la oportunidad, y posibilidad, de abordar el objeto de estudio desde la antropología.
- b/ Situar la presente investigación en el panorama de la antropología en España y Bélgica
- c/ Asumir la existencia de vacíos que son tanto del orden de la composición de lo real, hasta tal punto que a menudo hay realidades, y personas, mejor construidas por sus ausencias que por sus presencias, como de las propias limitaciones de mis conocimientos y recursos y la presencia de mis supuestos éticos, ideológicos y emocionales.
- d/ Situar algunas de las problemáticas epistémico/ontológicas que contiene esta investigación relativas al abordaje de la antropología médica en particular, y de las ciencias sociales, de nociones como salud, enfermedad, normalidad/patología, sistema médico/curativo, etc.
- e/ Operacionalizar algunas de las dimensiones más problemáticas a abordar dividiéndolas en categorías por aproximaciones.
- f/ Trazar líneas, más o menos visibles durante el trabajo, explicativas e interpretativas que aparecerán y desaparecerán como el hilo que se sumerge para después reaparecer, con

mayor o menor destreza, en la confección de un vestido.

1.1 Lo que la Antropología puede aportar desde su enfoque a las temáticas estudiadas y al modo de hacerlo.

Como ya se ha comentado anteriormente la pluridisciplinaridad es una de las características de esta investigación. Si bien el enfoque antropológico predomina como cuerpo principal. Es así que la aproximación hegemónica desde otros enfoques no posee, con frecuencia, ni las lentes adecuadas con las que trazar la ruta, ni la pausada meticulosidad del globo aerostático con el que descender o retomar altura en pos de una panorámica específica y general. De ahí a menudo su fracaso. Así sucede, por ejemplo, con lo referente a las terapias en salud mental con personas de origen extranjero. Parte de su fracaso radica o bien en la ausencia de una perspectiva antropológica, que puede ir, por ejemplo, desde un trabajo etnográfico de rasgos naturalistas, o una consideración clínica "de las teorías generales de la cultura" aplicada a cada manifestación específica de la misma, hasta una cartografía fenomenológica de los procesos de construcción de las subjetividades. O en la falta de adecuación operativa entre los recursos que ofrece la misma y las condiciones, contextos y dinámicas en las que se construye y transforma la praxis.

Así entre la diada análisis/aplicación se encuentran y entretienen numerosos caminos y posibilidades que la Antropología ayuda a esclarecer ya no solo como disciplina/objeto autocontenido que posee conocimientos y recursos sino también, en este caso, como cuerpo/sujeto capaz de cuestionar las condiciones desde las que nace y se desarrolla su teoría y práctica.

Es este polimorfismo entre ciencia y no ciencia, literatura y ensayo científico, disciplina rigurosa y erudita o beligerante y controvertida la que confiere a los bodegones, paisajes y retratos con los que se mezcla un carácter especial.

El abordaje necesariamente transcultural y su especificidad cualitativa la dota por un lado de un potencial crítico con el etnocentrismo así como de una dimensión de exhaustiva reflexividad e intersubjetivismo difícil de alcanzar para las ciencias que utilizan exclusivamente enfoques cuantitativos y positivistas. A su vez tampoco está obligada a

renegar de las posibilidades que ofrecen algunos instrumentos cuantitativos, pudiendo hacer uso, como elemento complementario, de los mismos.

Así la Antropología, con respecto a la praxis terapéutica, ofrece la posibilidad de resituar por un lado la tendencia, del campo de la ciencia biomédica en general (y en particular del de la salud mental) al carácter universalista de sus cuerpos teóricos y prácticos en significados, construcciones y símbolos específicos, históricos y contextualizables.

Es así que al mismo tiempo que puede cuestionar el reduccionismo medicalizador en, por ejemplo, las prácticas terapéuticas o las representaciones de la enfermedad o del cuerpo por parte de esta última, a su vez puede problematizar la extendida aproximación hacia lo cultural (y sus clichés y nociones orientalistas) que, en ciertos contextos, haga la cultura biomédica.

De la misma forma ofrece instrumentos prácticos como la etnografía fundamentales para el abordaje, y la reflexión y creación de teoría, médico/terapéutico en contextos y dinámicas en las que las culturas pueden cobrar una relevancia especial.

Sin embargo, una Antropología que pretenda poseer un carácter problematizador con respecto a las cuestiones que estudia debe ser problematizada a su vez. Sucede que, en este sentido, la Antropología médica, tal y como dice Yannick Jaffre y Olivier de Sardan (1999) es susceptible de caer con facilidad en dos trampas.

Por una parte estaría la *trampa médica* la cual consistiría en reducir sistemáticamente a categorías biomédicas, por ejemplo, las representaciones de la enfermedad. Incluso cuando las categorías y prácticas "populares" no están constituidas ni estructuradas de la misma forma que el saber biomédico poseyendo unas lógicas, un espesor y una configuración semántica propias (así es en el caso de las lenguas de África del Oeste que estudian ambos autores). En esta trampa se podrían incluir algunos casos en el reciente desarrollo de una Antropología médica (principalmente en los países anglosajones) que aislaría los hechos de la enfermedad constituyéndolos como un objeto antropológico autónomo.

La *trampa de sentido* es inversa. Si bien la interpretación de la enfermedad, y su atribución causal, no puede siempre reducirse a un campo autónomo desvinculado de las relaciones sociales, pues es en esa sociedad y cultura concreta donde se construirán los sentidos,

etiologías e interpretaciones, a menudo la antropología hace hincapié en el hecho de que la sociedad entera está implicada detrás de la enfermedad.

" El desorden del cuerpo será el revelador de un desorden social. Toda curación pondrá en juego a la comunidad, comprendiendo su relación simbólica con el cosmos. Puesto que este exceso holístico (que consiste en ver el todo de la cultura detrás de cada acontecimiento mórbido) se combina a menudo con un exceso de simbolismo. La visión del mundo y en particular de su más allá, las relaciones con lo sobrenatural (dios, ancestros y otros poderes no humanos) serán las más a menudo movilizadas por las representaciones de la enfermedad y las prácticas terapéuticas. Muchas de las entidades nosológicas populares, toman el relevo de un registro prosaico y no reenvían ni a la Cultura, ni a la Sociedad, ni al Sentido, ni al Cosmos... y sí a un conjunto restringido de representaciones relativamente autónomas y circunscritas....".

(Yannick Jaffre y Olivier de Sardan, (1999): traducción propia.)

Algunos autores como N. Sindzingre (1994:100) postulan por una inclusión de los tratos distintivos del dominio de la enfermedad con relación a otras instituciones rituales y simbólicas, como es el caso de la brujería, de los cultos religiosos de posesión o de la adivinación. Cuestionando el reduccionismo que se puede hacer en Antropología médica con respecto a la construcción de conceptos (como el de pluralismo médico de Kleinman) con unos fines descriptivos que desplazan a un análisis, propiamente antropológico, de las causalidades.

La reducción del problema de las causalidades bajo el prisma de la categoría de etiología, para los sistemas médicos no occidentales, evaluado con relación a los criterios del modelo médico tendrá lugar, por ejemplo, con la problemática creación de distinciones de carácter universal como en el caso de las etiologías naturalistas y personalistas de Foster.

Sería así, según N.Sindzingre, que a la Antropología médica le resultaría difícil escapar de las premisas que utiliza bajo la influencia del paradigma de la medicina occidental y sus objetivos y teorías (trampa médica). Esto sucederá, por ejemplo, con la delimitación de síntomas o con la noción de eficacia terapéutica. La no consideración de los mecanismos de la eficacia simbólica o la imposibilidad de explicar la existencia y persistencia de creencias y de prácticas (tal y como explica A. Young (1976)) que, según el modelo biomédico, no resultarían eficaces; y sin embargo sí lo son en relación al universo cognitivo y perceptivo de las culturas de origen en particular.

"El paradigma científico no puede pretender a priori evaluar en todos los casos sistemas elaborados fuera de él"
(N.Sindzingre, 1994:100. Traducción propia.)

Sin embargo, frente a esta tendencia al rechazo de la noción de, por ejemplo, las representaciones de la enfermedad y la salud o de los modelos terapéuticos como categorías y sistemas autónomos reducibles a variables biomédicas (en la llamada trampa médica) se dará muy a menudo, sobretodo en lo relativo a culturas no occidentales y sujetos provenientes de las mismas, una excesiva tendencia a la sociologización o culturalización casuística e interpretativa de los mismos. Esto es fruto, en ocasiones, de un cierto uso (algo esencializador y orientalista) de nociones dicotómicas e inaugurales, de la antropología, como modernidad/tradición y lo que de ellas se deriva con respecto a cuestiones como, por ejemplo, la organización del self en los individuos de diferentes culturas (en autores como Dumont, Shewer o Bourne (Álvaro Pazos 2006)).

"Del lado del sentido, ciertas enfermedades, pero solo algunas, movilizan todo el entorno y son indisociables de los conflictos o relaciones de fuerzas sociales. Otras, a menudo las mismas, reenvían a la intervención de los ancestros o a la brujería. Pero estas enfermedades, incluso si ellas son las más espectaculares, o las más exóticas para un observador europeo, están lejos de ser las más representativas de la cotidianeidad de la enfermedad, que esta más hecha de prosaísmo y pragmatismo de lo que por lo general se dice".

(Yannick Jaffre y Olivier de Sardan, 1999)

Es así que la Antropología médica, en mi opinión, debe realizar un fino ejercicio para evitar caer por un lado en categorías etnocéntricas monolíticas y esencializadoras, por ejemplo, en el estudio de la construcción de la representación de la salud y la enfermedad o de las prácticas terapéuticas con respecto a la atribución de las nociones, ya comentadas, de tradición y modernidad a los sujetos y culturas. Así como también prestar atención al uso de aproximaciones y categorías con un carácter medicalizador, pero también sociologizante o culturalista, reduccionista.

Una forma de entender la Antropología médica capaz de problematizar los límites a los que se confronta y de dotarlos de una perspectiva reflexiva, particular y holística es la consideración de su dimensión política. Es esta perspectiva política la que aportaría a esta investigación y a sus temáticas la deontología de su ejercicio y su razón de ser. Lo cual creo que no necesariamente debe conllevar (contrariamente a lo que dirá Atkinson (2004)) una

sobrevaloración, del impacto que sus fines prácticos o su dimensión política pueda tener, que vaya en detrimento de una producción honesta de conocimiento, si no más bien al contrario. Negar este supuesto quizás sería una rotunda forma de considerarla autónoma y ajena al mundo.

1. 2 Lo que esta investigación puede aportar a la antropología en España y en Bélgica.

La cuestión de la salud y la migración ha sido, como hemos visto antes, un tema a menudo rehuido por los poderes públicos, en el panorama europeo, por diversas razones. Entre ellas además de la "no necesidad" en un sistema sanitario garantista, la argumentación de tratar de no estigmatizar a dichas personas inmigrantes con datos que unan la procedencia étnica/cultural con unos rasgos epidemiológicos determinados. Si esto sucede así con la población inmigrante en general con respecto a la que se encuentra en situaciones más vulnerables, como es el caso de los inmigrantes "sin papeles", aun es mayor el desconocimiento que se tiene desde los ámbitos de la investigación y de la actuación.

En el caso de España a estas razones de rechazo de las "nociones culturales"¹ en la salud se ha unido la novedad del fenómeno, en la historia contemporánea, de recepción de inmigrantes. Esta novedad conlleva que no se haya tenido el suficiente tiempo para reflexionar, con anterioridad, sobre estos aspectos. Pero también que las demandas y problemáticas a este respecto puedan, puesto que ya son conocidas en el contexto europeo, ser abordadas con mayor rapidez que en el caso de sus vecinos (como Bélgica), receptores "inaugurales" del fenómeno migratorio del S.XX en Europa.

En lo que se refiere al tema general del acceso y disfrute de las personas inmigrantes, y en especial de aquellas más vulnerables, a los medios sanitarios no existen muchos estudios ni en Bélgica ni en España. En este sentido, cabe mencionar un reciente trabajo comparativo del Observatorio Europeo de Médicos del Mundo (2007) que muestra cual es la situación de acceso real de estas personas en diversos países europeos y que problemáticas son las más destacables en dicho acceso².

¹ Ver apartado sobre "Las técnicas de revisión bibliográfica: algunos de sus retos y estado de la cuestión".

² A este trabajo hay que unirle otros específicos sobre el impacto de las políticas públicas y el desarrollo del sistema de bienestar en este acceso con estudios en España como el de Moreno Fuentes, (2007.), el de Juana

Con respecto a la implementación de medidas concretas para evitar un desigual disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, como es el caso de la mediación intercultural en el ámbito sanitario, cabe destacar nuevamente la escasez de investigaciones en este campo específico en ambos países.

En España existe en este sentido una importante escuela teórica y práctica creada por Carlos Giménez, desde mediados de los 90, que trabaja la cuestión de la mediación intercultural. La realidad de la amplia demanda de mediadores interculturales en el ámbito sanitario apunta progresivamente a una incorporación de dichas figuras a los hospitales y centros de salud, y a una naciente realidad de estudio como sujeto de interés.

En Bélgica se puede destacar a Hans Verrept (con estudios como Hans Verrept y F. Louckx (1997)) como una de las figuras que trabajan desde hace años el dominio de la mediación intercultural sanitaria. No obstante, las publicaciones en este campo son bastante escasas.

De forma muy parecida sucede con las terapias interculturales en salud mental. Si en otros países como Francia es abundante la bibliografía, antropológica o de otras áreas de conocimiento, no es este el caso de Bélgica ni de España. En el caso de Bélgica es un fenómeno peculiar ya que la existencia de aproximaciones como la etnopsiquiatría datan de principios de la década de los noventa. Una de las personas que más ha abordado este dominio en Bélgica es Antoine Gailly.

No es este el caso del estado de la cuestión de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural en otros países como Francia o EE. UU. En el primer caso desde hace unos años asistimos a una oleada de publicaciones que hacen referencia a la aproximación teórica y práctica de la etnopsiquiatría. Por un lado están los defensores, de la línea de Devereux y Nathan, que publican cuestiones relativas a dicha práctica en ámbitos como el del Centro George Devereux en París. Por otra parte estarán los detractores entre los que se encuentran Fassin ((1)2000) o Yannick Jaffre (1996)). Si bien la etnopsiquiatría en Francia es algo diferente a la belga, su cuerpo teórico e inspiración tienen un mismo origen inspirado en la escuela de Nathan.

María Serrano (2008) o Merce Saura Sucar (2001): En Bélgica cabe destacar a asociaciones como Médicos sin Fronteras y sus diversos trabajos con relación a las problemáticas que la aplicación del decreto de 1996 y la Ayuda Médica Urgente presenta (entre otros Médicos Sin Fronteras, 2004:10).

Un elemento de aporte de esta investigación con respecto a la praxis etnopsiquiátrica, desde una mirada crítica, que hasta ahora casi no existe ni en Bélgica, por la escasez de trabajos, ni en Francia, por sus características y puntos de partida, es que el presente trabajo ha sido realizado no solo a través de la lectura de los artículos de corte teórico, tal y como sucede en los casos de los autores mencionados antes, sino desde la propia práctica como observador participante¹ y coterapeuta en una consulta de etnopsiquiatría. Este es un matiz importante en la aportación crítica a dicha temática en el ámbito general y en el particular de Bélgica.

Con respecto a la psiquiatría transcultural, y su concreción en el dispositivo basado en la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos, podemos trazar una línea que va desde los trabajos de Kraepelin, y su psiquiatría comparativa hasta las últimas modificaciones en el manual diagnóstico DSM IV, de inspiración neokraepeliana (Hernaez (2000)), y las propuestas que apuntan a una elaboración del eje dedicado a la formulación cultural en el DSM V. En este sentido EE. UU. será uno de los países donde se produce más literatura al respecto con revistas como "Culture, Medicine and Psychiatry" o " Transcultural psychiatry".

En España desde el ámbito de la antropología hasta la fecha son muy escasos los trabajos en este sentido. Si bien comienzan a destacarse estudios, como los realizados por Luis Caballero, sobre la Formulación Cultural² de Casos Psiquiátricos (2007) abordados en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid³. Y por otra parte la aproximación de Joseba Achotegui (2004) basada en el llamado Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, o Síndrome de Ulises, en el SAPPPIR (Barcelona). O la investigación llevada a cabo por Katia Lurbe (2005) con relación a los dispositivos de salud mental para inmigrantes y exiliados en Barcelona.

¹ Me refiero principalmente a los trabajos, que sostienen contundentes críticas, realizados desde fuera del ámbito académico/clínico etnopsiquiátrico sin haber pisado una consulta de etnopsiquiatría como es el caso de varios autores de renombre. Y al mismo tiempo desde una mirada crítica independiente y externa, sin una vinculación a los trabajos de investigación o de estudios que, bajo la dirección o aprobación de los profesores/etnopsiquiatras, se desarrollan a menudo en las prácticas etnopsiquiátricas, de los hospitales y centros, en Francia y en Bélgica.

² En Bélgica la psiquiatría cultural, desde la mirada de la formulación cultural de casos clínicos, está presente en el medio asociativo, lo cual por el momento no sucede en España, en lugares como las ONGs Center for Mental Health o D'ici et d'ailleurs (donde a su vez se realiza un trabajo etnopsiquiátrico).

³ O el desarrollo de una línea similar en el hospital Vall de Hebrón de Barcelona por personas como Francisco Collazos.

El aporte principal en este sentido de la presente tesis, en el caso de la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos, guarda relación con mi observación participante, como estudiante/profesional de la salud que aprende a formular culturalmente casos clínicos en el ámbito de un hospital, durante un curso de doctorado de psiquiatría cultural.

Por otro lado el estudio y análisis antropológico de la práctica antipsiquiátrica intercultural, en la asociación L'autre Lieu, es innovador al ser genuina y única en su carácter. Además de nunca trabajado, hasta el momento, desde la investigación en ciencias sociales.

En lo que se refiere a la temática, de la salud mental desde la antropología belga cabe mencionar a autores como E. Roosens y su conocido estudio de la comunidad terapéutica de Geel (1979). De igual modo son de destacar los trabajos etnográficos realizados por R. Devisch y Ph. Hermans en el campo de la salud mental y la migración o los artículos e investigaciones llevadas a cabo por Antoine Gailly o Louis Ferrant sobre la diversidad cultural en el ámbito sanitario belga¹.

Sobre estas últimas cuestiones, en el caso español, podemos encontrar a autores como, entre otros, J. Comelles o Lorenzo Mariano.

En resumen, esta investigación que trata de relacionar las prácticas interculturales con las implicaciones políticas relativas a la mejora en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, se inscribe en un campo que, desde el punto de vista predominante de una "Antropología política de la salud", está en construcción y, evitando que se convierta en una especialización más en un mundo ya supraespecializado, quizás sea capaz de interrelacionarse fructíferamente con otras disciplinas. La mirada predominante del mismo si bien crítica trata de ser propositiva y, algo que no siempre sucede cuando se cruza la antropología y la medicina, de carácter aplicado.

¹ Desde la medicina, con la mirada en la ciencias sociales, autores como Bruno Dujardin (2003) tratan cuestiones como la diversidad de sistemas de salud, la diversidad socio/cultural en el ámbito sanitario o las políticas de salud pública en los países en desarrollo (pero no en Bélgica).

1.3 Ausencias que conforman realidades. Perspectivas y supuestos implícitos que adopta el investigador.

Remitiéndonos a Habermas (1982) podemos resaltar tres tipos de intereses, correspondientes a tres perspectivas, en la relación del investigador con la realidad. Así encontraríamos el interés técnico/instrumental, el comunicativo y el emancipador. Las perspectivas y miradas del investigador que corresponderían a dichos intereses serían correccional y objetiva en el primero, empática e intersubjetiva en el segundo y crítica y reflexiva (ser mirado por uno mismo y por los otros) en el último.

La mezcla de los tres, en mayor o menor grado, está presente en esta investigación. La *mirada objetiva* formaría parte de un tipo de estilo y aproximación descriptiva e interpretativa. Lejos de buscar un carácter correccional o de evaluación que no considera al sujeto de estudio más que como un objeto, juzga desde los supuestos epistémicos adoptados por el investigador. Estos van por un lado desde su propia formación como científico social, y sus criterios y definiciones de la realidad adscritas a una tradición y un cuerpo (desde donde se incluyen aspectos tan relevantes con la distinción entre normal y anormal o inclusión y exclusión) hasta lo personal (emocional, experiencial e ideológico).

Además, por las propias características epistemológicas y ontológicas de la investigación, con excepción de algunos pasajes los verdaderos protagonistas, las personas de origen extranjero, pese a estar presentes en lo personal y propio al proceso de la investigación, no tienen la posición que deberían más allá de los discursos técnicos y científicos, y de los sujetos e instituciones que los producen, objeto de este trabajo. Así, indirectamente, en ocasiones pueden acabar siendo un "objeto" a interpretar, y en boca del cual poner palabras, y dar respuestas por parte del investigador y de los sujetos y marcos de estudio.

Por otro lado, la *mirada intersubjetiva* es aquella, en esta investigación, que tiene como objetivo un carácter comunicativo interactuando con los sujetos de estudio desde una perspectiva de empatía e igualdad que incluye la comprensión del punto de vista de su actuar desde, y junto a, su contexto.

Por último, el *interés emancipatorio*, siguiendo a Habermas, procura la liberación del sujeto de cuantas dependencias traben tanto su autonomía como su autorreflexión.

En este sentido, en mi opinión, el proceso de "empoderamiento" sería doble. Apuntaría tanto al investigador como a los sujetos investigados. En el investigador ocurrirá como producto de la mediación de su reflexividad y cuestionamiento junto a los procesos relativos al pasaje en la concepción de un sujeto que estudia y unos objetos que son estudiados, a un sujeto investigado por los propios "objetos", ahora sujetos, de la investigación. Si las aproximaciones desde las que investiga este pueden ser culturales, sociales o económicas, lo mismo ocurre con las que le estudian, producto a su vez de una construcción intersubjetiva desde la que incorpora la realidad, se cuestiona y redefine a sí mismo en el proceso de la investigación. Por otro lado, las prácticas que, en este caso, focalizan el objeto de estudio serán una fuente de conocimiento inestimable sobre la realidad que estudia pero a su vez sobre los propios procesos de construcción de su subjetividad.

En los sujetos, y realidades, investigados el "empoderamiento" (que más bien convendría llamar en este caso comportamiento ético con desencadenantes) guardaría relación con la actitud del investigador con respecto, por ejemplo, al cumplimiento de su código deontológico, principalmente en lo que se refiere a aspectos cruciales como la discreción, o el respeto a la privacidad con relación a los sujetos y realidades de estudio que así lo requieran. Así como al aspecto, más problemático aún y de primer orden, de la finalidad y uso que de la misma investigación se pueda hacer los cuales son susceptibles de entrar en contradicción con el objetivo de la misma.

Y a su vez por otro lado con la búsqueda de una interconectividad entre los actores y una comunicación de conocimientos, experiencias, materiales y contactos que ayuden a los propios sujetos de estudio en los procesos personales y ajenos de "empoderamiento". Pero también, y más aún en contextos en los que los actores ocupan posiciones de poder hegemónicas en ámbitos como el médico en occidente, de relación crítica con su campo social, en el que desempeñan sus roles y prácticas profesionales, así como con las implicaciones de dichas prácticas.

1.3.1 Una antropología política de la salud.

La conversión del sujeto que estudia por el objeto de estudio como objeto estudiado por este último en ciertos campos no está exenta de miedos e incertidumbres por parte del investigador. Ocurre que la aproximación biomédica en la salud mental se abandera de un universalismo al que no le hace falta conocer la causa, del orden por ejemplo neuronal, para incentivar una práctica con medicamentos que desde la estimulación y la respuesta parece dar unos resultados que se adaptan a lo deseado. Así la enfermedad mental, visible en último término en el campo de las conductas, el discurso y su adaptabilidad y contextualidad, puede existir en cualquier persona, y subyacer en lo fisiológico, de manera medible o no, si se manifiesta en ese universo discursivo/conductual. Esto es a su vez para muchos psiquiatras y psicólogos un reducto que delimita fronteras y crea límites, ya sean estos reales (medibles en términos psicofarmacológicos e intrapsíquicos) o no, que de forma indirecta actúan de cortafuegos.

Sin embargo, la (re)incorporación del aspecto social o cultural en la aproximación psiquiátrica incide en teoría en una democratización, antiestigmatizante, del concepto de función y enfermedad mental¹ que no está exenta de efectos secundarios.

Al cambio paradigmático de la "entrada" o reaparición de lo social y cultural para explicar y dar un sentido a la enfermedad mental le acompaña por una parte una extensión, así como una respuesta, de la amenaza soterrada de la enfermedad y el discurso psiquiatrizante.

La respuesta sucederá en la visibilización de factores determinantes que se ningunean desde un orden biopolítico medicalizador que puede extender su diagnóstico por doquier apelando a las causas fisiológicas. Los factores sociales reenvían al aspecto relacional de vida y contextual desde el que el actor padece, construye e interacciona. Los factores culturales prestan atención a los universos simbólicos y lingüísticos desde los que se padece el sufrimiento o se goza de salud pero también desde los que se formula o explica la enfermedad y su ausencia.

¹ Un cierto uso de los factores biológicos en la explicación del origen de la enfermedad puede a su vez tener efectos desestigmatizantes.

La amenaza estará vinculada a esta respuesta al incluir lo social y lo cultural extendiendo así el número de sujetos y causalidades a los que les puede afectar la enfermedad. Así si desde el universo fisiológico esta era un meteorito que aterrizaba infructuosamente desde un espacio interior, y en parte oculto, compartido por todos, las remisiones a lo cultural y social se constituyen desde un mundo exterior, visible, que (aunque de distintas maneras e intensidades) cruza a todos sin excepción. Una de las consecuencias de la amenaza: el modelado de los cuerpos y los comportamientos, bajo la luz de una democratización del riesgo y miedo a la enfermedad mental. Y ya no solo en sí misma, sino desde los efectos desencadenantes de control y estigmatización que produce como elemento clasificatorio y como instrumento/característica de inscripción y relación con la realidad. Es por ello, entre otras cosas, que uno de los preceptos implícitos del investigador desde los que ha partido esta tesis es la consideración de una dimensión política en la nominación y tratamiento de la enfermedad mental.

Esta consideración política parte de la convicción del importante papel biopolítico¹ (y tanatopolítico) jugado por la introyección del actual paradigma hegemónico normal/anormal y la excisión de la razón y la locura como dos realidades diferentes, así como de la consiguiente instauración de un orden socio/político, necesitado de profesionales/gestores de la cohesión social, y la modelación tecnológica de los cuerpos e imaginaciones para su reproducción. Pero también como amuleto a la fragilidad desde la que el investigador, como cuerpo e imaginación, actúa.

El amuleto inconsciente sería la reivindicación de una irredención de los cuerpos y la imagería en la posibilidad de un construccionismo socio/político, no virtual ni teorizado antes que práctico, fruto del contacto entre culturas, actores y sus praxis. Un amuleto cuyo efecto terapéutico es proporcional al potencial posibilitador que, tal vez entusiastamente, necesita todo cuerpo, realidad y mapa (o mejor dicho paisaje, en la medida en la que interviene un sujeto) para llegar a ella.

Es así que si dialécticamente, en este contexto y como tipos separables, la consideración cultural de las psicopatologías se "enfrenta" a la biológica y la dimensión social a las dos, la

¹ Una biopolítica orientada por la administración, política y económica, de la vida en su sentido biológico. Tal y como señala Foucault y Arendt, y retomando el concepto de Agamben (1997) con relación a la noción de zoe y su desplazamiento por las tecnologías y lógicas políticas de gobernabilidad del bios.

asunción de una dimensión política, y sus implicaciones, quizás se opondría al uso abusivo que de aquellas tres puede hacerse contra la monopolización paradigmática tanto de lo etiológico, como de lo normal e imaginable.

En lo que se refiere tanto a las terapias interculturales como a la mediación intercultural en el ámbito sanitario dicha dimensión política atañe a la capacidad de visibilizar sus dinámicas, procesos e implicaciones desde un análisis biopolítico de la microfísica del poder. Pero también de como esa microfísica se engarza en posibilitar que ambas logren mediar entre discursos, representaciones, itinerarios socio/culturales y modelos explicativos, con el objetivo principal de la defensa del paciente¹ y de una mejora de la eficacia terapéutica. Y, en dicho engranaje, como su desarrollo y ejercicio guardan una estrecha vinculación con las implicaciones políticas que se desencadenan con relación a la posibilidad de un disfrute igualitario de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero con respecto al resto de la población. En este sentido Fassin dice:

"La antropología de la salud no puede dejar de ser una antropología política de la salud"²
(Fassin. (2)2000)

1.4 Dimensiones de la enfermedad y la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define a la Salud como el estado de completo **bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Siguiendo la misma se podría estimar que solo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

¹ Defensa que se deriva a su vez en la del propio personal sanitario. El equilibrio teórico aquí reside entre lo denominado como una antropología médica crítica, no únicamente fenomenológica/culturalista basada en las narrativas e interpretaciones, y una antropología de carácter aplicado.

² Álvaro Pazos (2002) dice a este respecto que si "la salud es definida en disputas que enfrentan diversos y divergentes intereses (y es así retomada), si nos preguntamos por las implicaciones de las relaciones de saber y poder que movilizan construcciones diferentes y competitivas de salud, la antropología de la salud será una antropología política de la salud, porque sus inquisiciones revelarán enjeux fundamentalmente políticos, que tienen que ver con los fundamentos de la política: el poder, las fracturas entre lo público y lo privado, el problema de la convivencia".

A partir de esta definición se puede observar como las buenas intenciones de carácter universalista en la ampliación del término de salud topan con que han sido concebidas desde los parámetros, la historia y los lenguajes de una cultura determinada, la occidental, que no tienen porque coincidir con los de las otras.

Concerniendo a su vez al debate, e implicaciones, sobre etnocentrismo o relativismo cultural un simple ejemplo de tamaña y delicada tarea sería intentar operacionalizar el bienestar mental en culturas en las que la propia concepción de la enfermedad o salud mental, al igual que también puede poseer diversos puntos en común, dista mucha de la occidental.

Es así que algunos de los intentos de categorización de la enfermedad mental en países no occidentales han sido de lo más infructuosos. Un ejemplo de ello es el estudio promovido por la OMS sobre la psicosis en el tercer mundo que llevo a cabo Margaret Mead en Bali¹ ((Ed. primera: 1942) (G. Bateson y M. Mead 1985)).

Otro ejemplo conocido de estas diferencias es que en muchas sociedades del África negra no exista la esquizofrenia; se considera chamanes a los, en términos occidentales, enfermos. Así también los dados por Nathan en sus obras sobre la etnopsiquiatría para referirse a niños que en occidente se les podría diagnosticar trastornos de la personalidad, siendo tratados como disfuncionales, y en culturas como la Douala, de Camerún, se les considera niños hipopótamos y formen parte de una sociedad de niños hipopótamo funcional, valorizada y necesaria para el conjunto (Tobie Nathan; Isabelle Stengers. 2004:16).

Tratando de evitar culturalismos de corte épico, teniendo en cuenta que esta concepción puede ser muy llamativa pero que las realidades estructurales de las sociedades y sus conflictos, recursos y soluciones a veces distan bastante de las teorizaciones culturalistas, si hiciésemos una etnografía en términos psicosociales de la occidental (en la línea con los estudios realizados por Marcuse, Reich o algunos de los autores de la escuela americana de "Cultura y Personalidad") podríamos ver como diversas formas de neurosis o de trastornos institucionalizados entendidos como normales en la socialización y la interacción cotidiana, como un síntoma de buena salud mental (o de inteligencia social p ej.), son incomprensibles y aberrantes desde las miradas de otras culturas.

¹ Su definición y criterios de clasificación y nominación fueron etnocéntricos y erróneos en relación con la realidad balinesa.

En este caso se caminaría sobre el terreno de la etnopsiquiatría que cruza los componentes de la antropología (y la cultura y la sociedad) con los de la psiquiatría y su vector de análisis: normal/anormal. A su vez entraríamos en disquisiciones sobre la frontera entre la adaptabilidad, como ítem de normalidad y el conformismo (como analiza Fromm (2003) o M. Baró (1990), y hasta que punto se pueden universalizar o no ciertos criterios que consideran a una sociedad o individuo como sano o patológico. En el particular de la noción de "sociedades enfermas" tratada por R. Benedict o por Fromm, se podría considerar a los fascismos, o sociedades autoritarias, así como al capitalismo, desde el punto de vista de Fromm (1971), al ser originarios de trastornos neuróticos en sus valores de competitividad, explotación y consideración del hombre como medio y no como fin.

1.4.1 El problema de definición entre normal y patológico

En lo relativo a la distinción dicotómica normal/patológico en la sociedad occidental actual cabe remitirse al origen teórico del cuerpo social contemporáneo desde los discursos funcionalistas de Comte y Durkheim que relacionaban las funciones y armonía de los órganos del cuerpo con el de los diferentes componentes de una sociedad. Su función o disfunción reflejaría aquí la diferencia entre lo normal y lo patológico. Las leyes sociales seran, desde esta perspectiva, aquellas válidas por analogía a las que rigen los cuerpos individuales.

En este contexto se unificará el discurso entre homogeneidad y diferencia cuantitativa, normal y patológico, y por otro el uso de la estadística y de la media como instrumentos eficaces para controlar los fenómenos sociales/poblacionales.

Podemos situar la crítica de Canguilhem como un punto de inflexión a la perspectiva funcionalista/organicista del cuerpo individual/social señalando que:

“Si lo normal no tiene la rigidez de un hecho de obligación colectiva sino la flexibilidad de una norma que se transforma en su relación con las condiciones individuales - pero también sociales y culturales - es evidente que la frontera entre lo normal y lo patológico se hace imprecisa” (Canguilhem (1971))

Es así que lo que marcará una delimitación y una consiguiente conformación de lo normal y lo patológico será la norma. Esta viene definida desde categorías socio/culturales y guarda una estrecha relación, una alianza, socio/biomédica y política remitiendo al contexto desde y para la que es definida.

En este sentido, siguiendo a Foucault podemos decir que *"el elemento que circula de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica al cuerpo y a las poblaciones, y que permite controlar el orden del cuerpo y los hechos de una multiplicidad humana, es la norma"* (M. Foucault. 1992).

Será en virtud de la mediación de la "norma" que se posibilita y se legitima esa asociación entre lo vital y lo social.

Así la norma se puede aplicar tanto al cuerpo, normas vitales o disciplinares, como a las poblaciones que se pretende regular (normas sociales).

Como han señalado Augé (1994:39) y Rechtman (2000:60) en el ámbito del discurso cultural de la enfermedad este predominio de lo normativo, frente a otras dimensiones como la subjetiva, no es solo propia de occidente manifestándose también en una gran mayoría de universos culturales en el mundo¹.

En este sentido, la diferenciación entre lo normal y lo patológico vendrá posibilitada por esta norma que, al mismo tiempo, en su instauración problemática dependerá a su vez de paradigmas epistémicos, marcos y convenciones de poder como los que, en lo que nos ocupa, establece con pretensión universal la enciclopedia norteamericana de las enfermedades y trastornos mentales llamada, en la actualidad, DSM IV.

Con respecto a este manual es interesante destacar que, en opinión de diversos autores (como Young (1991), la escuela hegemónica que vertebró y dirigió la redacción del DSM III, y por ende su prolongación en el DSM IV, fue la norteamericana de los llamados neokraepelinianos.

¹ Lo cual está principalmente vinculado a una discriminación de modelos interpretativos y de expresiones singulares de la enfermedad, individuales/biográficos, del paciente en favor de una normalización social ejercida mediante una sustitución etiológica.

En lo concerniente a cuestiones como la diferencia entre normal y patológico es interesante señalar que en la descripción de los cuadros clínicos del DSM III y IV los factores sociales quedan excluidos como criterios que puedan determinar el valor de anormalidad que presenta un determinado trastorno. Sin embargo, a la hora de diferenciar lo conductualmente patológico de lo socialmente normativo, en el corte drástico que parece separar lo social de lo psicológico y biológico, aparecen algunas contradicciones. De igual manera sucede con el trasfondo psicológico y biológico de los síntomas del universo cultural en el que son elaborados o con los supuestos morales, o de "sentido común" corporativo, del profesional y su actividad clínica.

Un ejemplo de estas contradicciones es el del llamado "trastorno antisocial de la personalidad" (Widiger y Corbitt, 1995, en Ángel Martínez Hernández, 2000:258). En el DSM-III-R (revisado) se considerará para su diagnóstico la existencia de una conducta antisocial e irresponsable desde los quince años de edad. Algunos de los criterios que se valorarán para dicho diagnóstico serán: "incapacidad para mantener una conducta laboral consistente", " fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal", " fracasos repetidos en el cumplimiento de las conductas económicas", " ausencia de interés por la verdad", " cuando actúa como padre o como cuidador carece de capacidad para actuar de manera responsable", " no ha mantenido una relación totalmente monogámica durante más de un año" o " ausencia de remordimientos".

Si en el DSM III eran necesarios cuatro de los diez criterios contemplados para diagnosticar un trastorno antisocial de la personalidad, en el DSM IV se reducirán a tres suprimiéndose, a primera vista (pues los ítem suprimidos reaparecen en el texto de discusión de los criterios diagnósticos para ese trastorno), los ítems de la "actitud parental irresponsable" y "no mantener una relación monogámica durante más de un año".

" Lo que llama la atención en este tipo de nosologías es esta extraña forma de diseccionar el trastorno mental de su marco social cuando las conductas y actitudes que se constituyen en la práctica como criterios diagnósticos son claramente factores psicosociales e incluso principios morales. El trastorno antisocial de la personalidad es un claro ejemplo de esta contradicción entre una asociabilidad teórica y una imposibilidad práctica de ceñirse a este modelo".

(Ángel Martínez Hernández, 2000:258).

Todo ello da una visión de la dificultad, cuando no imposibilidad, de efectuar una separación, "objetiva y neutral", de tipo biomédico, de las concepciones de la enfermedad y el tratamiento, y los supuestos e implicaciones culturales y psico/sociales de dicha categorización.

Es así que la propia definición de lo considerado como enfermedad no está exenta de diversas problemáticas. En este sentido, como se ve a continuación, son varios los autores que han propuesto otras dimensiones y modelos explicativos de la enfermedad ampliando el limitado horizonte de la perspectiva biomédica dominante.

1.4.2 Definiciones clásicas de la enfermedad, la salud y los sistemas médico/curativos en Antropología de la Salud

Una de las definiciones clásicas es la realizada por autores como H. Fabrega y Eisemberg (1971), Kleinman (1980), Young (1982) o Laplantine (1999) planteando una distinción entre tres dimensiones de la enfermedad, "Disease", "Illness" y "Sickness" que corresponden a:

Disease: (enfermedad) hace referencia a las dimensiones biológicas de la enfermedad. Esto es, aquellas anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios.

“Designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental. Se presume que este estado tiene una extensión temporal. Este estado puede o no coincidir con un estado de illness”

(Fabrega. 1971)

illness: (padecimiento) remite a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al proceso por el cual procesos patológicos orgánicos o sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

“designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...). Se asume que los distintos tipos de illness producirán la organización de actividades médicas en una unidad sociocultural (...).

(Fabrega, ibidem.)

Sickness: (ser considerado enfermo) Se refiere al proceso de socialización de la enfermedad (illness) y el padecimiento (disease) (Laplantine, 1999). Alude a estas dos dimensiones anteriores desde su dimensión y articulaciones sociales en las que se inscribe el proceso de la enfermedad.

"Es el proceso por el cual a los signos conductuales y biológicos originados por la enfermedad se les dan significados socialmente reconocidos" (Young, 1982)

De igual manera ocurre con la definición de salud. Las implicaciones y problemáticas del concepto de salud, como ya se indicó anteriormente, atañen a aspectos y categorías relacionales como la organización político/social, el sistema económico y cultural o los procesos de socialización y organización del self.

Así para algunos sectores sociales de ciertas culturas, como la occidental, la salud reenvía a una ausencia de enfermedad, organizándose los discursos y el conjunto de prácticas sociales y corporales en torno a ello; o será entendida, para otros, como un capital/instrumento, un bien duradero que se puede depreciar o ser susceptible de reinversiones y que gira en torno a la concepción del trabajo y de los hijos; o su representación versará en relación a las formas salud/producto, donde los actores organizarán la vida en torno al concepto de salud personal, o de salud/instituciones, concebida la salud como un medio de acceso directo a la organización social (J. Pierret, 1994: 225-256).

Sin embargo, para algunas personas, o sectores sociales, de otras culturas, como en los casos del África subsahariana, la concepción de la salud podrá vehicular otra serie de valores y significados que pondrán en juego representaciones, sentidos e interpretaciones equidistantes o tangenciales a los, en este caso, occidentales. Este será el caso de una mayor o menor valorización e inversión en dimensiones como: la profana (comida sana, higiene, conveniente inserción en el medio...), mágico/religiosa (respetar las costumbres y prohibiciones, obedecer

a los mayores...) o, por ejemplo, la reducción del conflicto por la lengua (a través de la exultación verbal) (Louis Vincent Thomas. 1980).

Por otra parte la remisión a las causalidades de la enfermedad, puede ser operacionalizada en torno a la noción, proveniente del campo de la medicina, de etiología distinguiendo así entre modelos médicos que comparten características universales. En esta línea G. Foster señala:

"El hecho más importante al sujeto de la enfermedad es menos el reconocimiento del proceso patológico que la causa subyacente... ya que la mayor parte de los diagnósticos y los tratamientos son organizados por medio de la detección de agentes de causación"

(G.M Foster, 1976. Traducción propia.)

De esta manera, Foster y Anderson proponen dos distinciones, con vocación universal, entre sistemas médicos, y etiologías, naturalistas y personalistas.

a/ **Etiología personalista:** Los sistemas médicos con vocación etiológica personalista consideran que las enfermedades son causadas intencionalmente por algún agente que puede ser sobrenatural (dios), alguna entidad no humana (espíritu, ancestro...) o alguna persona (brujo o hechicero).

b/ **Etiología naturalista:** La enfermedad, y la prevención de la misma, es atribuida a fuerzas y agentes de la naturaleza

Estos sistemas y etiologías explican la enfermedad como la pérdida de equilibrio del paciente. Esta pérdida podrá ser remitida tanto a su interior como a su entorno social o natural. Ambos autores dirán que dichos sistemas no se excluyen siendo, sin embargo, uno u otro predominante en cada cultura.

Además de las críticas que se le pueden hacer con respecto a la afirmación de que los diagnósticos y tratamientos son siempre organizados en relación a la detección de agentes de causación, esta partición, como indica N. Sindzingre (1994:99), plantea problemas en su carácter universalista y explicativo con respecto a la razón de ser de las teorías fundadas sobre las entidades personales y de su diferencia con las teorías científicas o las grandes religiones.

Por otro lado A. Kleinman, desde su formación como psiquiatra y antropólogo, cree necesario adoptar una perspectiva externa a la medicina occidental, y su pretendido carácter universalista, para entenderla como un sistema médico más, dentro del conjunto de los sistemas médicos que toda sociedad estructura para la atención a los problemas de salud.

Para ello asumirá la diferenciación entre “disease” e “illness”, desarrollada por Fábrega, pero incorporará el concepto de sistema cultural utilizado por Geertz.

Por tanto, desde esta perspectiva la medicina constituirá un sistema sociocultural con una ideología y práctica susceptible de ser analizada desde el punto de vista antropológico, pudiendo sus categorías ser también relativizadas y analizadas como elementos de un sistema cultural.

A su vez dicho autor, desde su experiencia en el estudio de la cultura médica china, hablará de los modelos explicativos de los pacientes y del personal sanitario, la forma de entender unos y otros la enfermedad, y como ambos se imbricarán en el proceso diagnóstico y curativo de la misma. Así los modelos explicativos serían las nociones acerca de un episodio de la enfermedad y su tratamiento que son empleados por todos aquellos envueltos en el proceso clínico.

“La interacción entre los EMs (Modelos Explicativos) de los pacientes y de los profesionales es un componente central de los procesos de atención sobre la salud. El estudio de los EMs de los profesionales nos habla acerca de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EMs del paciente y de la familia nos habla de cómo ellos construyen el sentido de un episodio de enfermedad, y cómo ellos eligen y evalúan tratamientos particulares. El estudio de la interacción entre los EMs de los profesionales y de los pacientes ofrece el más preciso análisis de los problemas existentes en la comunicación clínica (...). experiencias, emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad”

(Kleinman, 1980. Traducción propia.)

Dichos Modelos Explicativos, que constituyen el conjunto de creencias, incluirán todos o algunos de estos cinco puntos: (a) la etiología, (b) el conjunto de síntomas, (c) la fisiopatología, (d) el curso de la enfermedad (en cuanto a severidad y tipo de rol del enfermo) y (e) el tratamiento.

Así podríamos definir la relación entre médico y paciente como una transacción socio/cultural del modelo explicativo del paciente y del modelo explicativo del médico.

De este modo en el proceso de búsqueda del restablecimiento de su salud el paciente podrá optar, según Kleinman (1980), entre tres sistemas básicos:

a/ El profesional: se refiere a las profesiones organizadas de la curación. En muchas sociedades reenvía simplemente a la medicina biomédica occidental. Aunque por ejemplo en China e India también se encuentran profesionalizados los sistemas médicos autóctonos como la medicina tradicional china y la ayurveda respectivamente.

b/ El popular: corresponde al medio de la cultura popular profana (no profesional o especialista) en el cual la enfermedad es definida y se inician las actividades de cuidado de la salud. Contiene diferentes niveles: individual, familiar, redes sociales y actividades y creencias comunitarias (por ejemplo conceptos de autocuidado-autoatención).

c/ El folk: este engloba las especialidades de curación tradicionales no biomédicas, así como, por ejemplo, las alternativas como la homeopatía o la fitoterapia. Aquí se daría una mezcla entre el sector profesional y popular, así como entre la dimensión secular y sacra, solapándose en ocasiones.

En este sentido, es interesante destacar la concepción evolucionista del discurso biomédico dominante, que como dice Kleinman (1995) apostará por una concepción positivista de pretensiones intolerantes hacia otros modelos explicativos, con un carácter eminentemente reduccionista y biologicista donde lo psicológico y lo social (y lo cultural, añadiríamos) son meros epifenómenos que ocultan la "verdadera realidad". Desde esta óptica cualquier actor cuyo universo sea diferente a dicho modelo, por ejemplo el no occidental o el occidental profano, será tratado como un sujeto/objeto en transición susceptible de cambiar de un estadio natural (en el cual residen diversos peligros relativos a la enfermedad y a la ineficacia terapéutica) al civilizado que resolverá los problemas fruto del desconocimiento.

Pero para que el discurso biomédico sea efectivo necesita comprender los hechos solo de una cierta manera. Es así que la pretensión de una observación primera, un punto de partida absoluto, desprovista de todo modelo interpretativo no es posible más que a través de un

determinismo visible, y sostenido, en la preeminencia de un discurso médico. Este discurso, como dirá Jean Clavreul (1978), será eficaz *puesto que funciona en el desconocimiento del discurso que le constituye*. De nuevo esto nos remite a la condición cultural del saber médico fundado.

De esta forma, la obra de Kleinman abrirá paso a una tradición centrada en el significado de la enfermedad. La perspectiva que se pondrá en relieve, frente a una aproximación predominantemente determinista biologicista, pasará a ser la constructivista social e interaccionista. A la interpretación de lo biológico se le sumarán las prácticas sociales, los marcos y contextos culturales y el significado como factores a considerar en la percepción e interpretación de la enfermedad.

En este sentido Byron Good y M. Delvecchio Good (1994), dirán que la enfermedad es un fenómeno significativo y la actividad médica es siempre interpretativa. El médico interpreta los síntomas resentidos por su paciente y los retraduce en las categorías del saber médico fundadas. El enfermo, por su parte, posee su propio punto de vista concerniente a su estado y se forja, a su propósito, un *modelo explicativo*. Este puede ser en parte individual pero puede estar también arraigado en la cultura.

Es así que en el contexto de los diferentes *modelos explicativos* del paciente y el terapeuta se haría necesaria una adecuada mediación entre modelos y/o formulación cultural, semejante a una investigación etnográfica, por parte del terapeuta que se aproxime a estos así como a los referenciales y contextos, tanto generales como personales en los procesos de construcción de la subjetividad, desde los que se da sentido y manifiesta dicha enfermedad. Estos, dentro del universo ontológico cultural y la formulación, pueden tener que ver, por ejemplo, con marcos referenciales diferentes relativos a las organizaciones del self (con todas las precauciones necesarias de un uso no orientalista del mismo) de la cultura de origen del paciente, a las existentes en occidente. Un ejemplo de ello es el de una organización del self como el *amaeru* en Japón (tratado por el autor Takeo Doi (1988)) con un carácter relacional frente al self occidental originario de la dicotomía cartesiana y la voluntad, individual, kantiana.

La cuestión relativa al *saber autoritario* desarrollada por Brigitte Jordan cobra una importancia especial en el análisis de las relaciones de poder en el seno de las dinámicas y encuentros interculturales, entre personal y paciente, en el medio sanitario.

"Sea cual sea el dominio en cuestión, diversos sistemas de saber existen, ciertos de entre ellos, por consenso, tienen más peso que otros, ya sea porque proporcionan una explicación mejor del estado de las cosas en el mundo, en el contexto en cuestión (eficacia), o bien porque están asociadas a una fuente de poder más poderosa (superioridad estructural), o los dos como es el caso en general" (Jordan 1993:152. Traducción propia.)

En este sentido, con respecto al trabajo que nos ocupa, el campo de la mediación intercultural socio/sanitaria, así como el de las terapias en salud mental con carácter intercultural, ya sea en su aproximación como en su composición y actores, están cruzados por sistemas de saber diversos que cuentan con una legitimidad, y un consenso, desigual pero, en algunos casos, negociable. La capacidad de refundarse, cuestionarse o permanecer estático del saber autoritario hegemónico en los contextos que aborda este trabajo, los biomédicos, vendrá mediada por factores diversos como por ejemplo la apertura de espacios, sensibilidades y praxis como fruto de, entre otras cosas, los efectos de la "reaparición de lo cultural" en el contacto terapeuta/paciente.

De la misma forma sucederá con los saberes que aparecen en escena en el contacto intercultural que, desde el saber autoritario biomédico, pueden considerarse secundarios o marginales o comenzar a cobrar una relevancia vital para el conocimiento científico y la eficacia de la praxis médica.

De todo ello se deduce que, recogiendo la distinción de Young (1982) acerca de una Antropología del illness o sickness, el enfoque aproximativo abordado en esta investigación guardará una mayor relación con una "Antropología del sickness" ya que se centra más en las dimensiones sociales de la enfermedad y las terapéuticas implementadas así como en sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas tratando de prestar atención a los contextos sociales y culturales en los que interactúan los pacientes y se desarrollan las prácticas.

1.5 Categorías operativas de las terapias interculturales en salud mental

Ante de definir lo que es una terapia intercultural creo necesario identificar lo que se entiende como cultura. Para no incurrir en el error de la reificación de la misma parece importante señalar que la cultura deba ser interpretada como una estructura y proceso, teniendo en cuenta que en sí misma no existe sino que es un concepto empírico construido por el investigador

sobre la base de una investigación de campo. Por ello es importante explicitar los paradigmas (en términos de "marcadores ontológicos" de creación de significado) que definen cada cultura.

Para Edward T. Hall.(1976) no hay una definición cerrada de la palabra cultura. Esta puede referirse tanto al conjunto de referentes y de comportamientos heredados, e inconscientes en su mayor parte, como al conjunto de expresiones y de saberes, colectivos y populares.

Según Roosens E. podemos diferenciar entre cultura *objetiva* y *subjetiva*. La primera será definida como:

"Un sistema de símbolos intersubjetivo de base empírica y de estructura teórica que proporciona a las personas una orientación ante los demás, las cosas, sí mismo y finalmente ante lo que es externo al ser humano; un sistema de símbolos que se transmite y se transforma generación tras generación. Este sistema de símbolos tiene una dimensión cognitiva y evaluativa".

(Roosens E, 1989. Traducción propia)

De este modo el concepto de cultura objetiva guarda relación con un sistema de símbolos intersubjetivo de base empírica y de estructura teórica que no se podría considerar como una realidad que exista al margen del investigador o el grupo o sujeto de estudio. Por otra parte, la cultura subjetiva se refiere a:

"Una elección de formas culturales de comportamiento que los miembros de un grupo étnico utilizan para diferenciarse, la mayor parte de las veces de forma negativa, de otros grupos étnicos".

(Ibidem: 1989)

La cultura subjetiva, según dicho autor, hace referencia a un limitado número de formas de comportamiento cultural que también se utilizan para la diferenciación, el racismo y la discriminación como el lenguaje, la religión o, por ejemplo, el sexo o los hábitos alimentarios.

De esta manera, la *persona culturalmente diferente* (en este sentido es importante resaltar el aspecto relacional de la noción) casi siempre vinculará su identidad a la cultura subjetiva y a lo que ella considera como cultura.

"Los individuos utilizan la cultura subjetiva en el contexto intercultural como un medio para afirmar su identidad mediante la búsqueda de contrastes... si alguien desea definir y mantener su identidad cualquier solicitud de cambio se define como un no reconocimiento, como una represión o rechazo"

(Antoine Gailly, 2009)

Por lo que respecta a la noción de etnicidad y su relación con la cultura subjetiva cabe decir que las personas suelen construir su identidad étnica en base a tópicos culturales subjetivos, relacionales y estructurados, al mismo tiempo que estructurantes.

Los grupos que se declaran como unidad establecerían de esta forma una frontera social entre ellos y las personas consideradas culturalmente diferentes. Sin embargo, lo que realmente convierte a un grupo en específicamente étnico es, sobre todo, la dimensión genealógica, la referencia a sus orígenes y su carácter de continuidad.

"La etnicidad y la cultura subjetiva tendrían una doble función: la afirmación de grupo (cohesión) frente al relativismo (diferenciación). La identidad étnica ofrece protección de modo que un individuo se siente seguro al no ser absorbido por una cultura diferente".

(Ibídem: 2009)

Esta definición que hace hincapié en lo culturalmente diferente no coincide con la perspectiva clásica sobre aculturación. Sin embargo, y pese a prescindir de otras variables de importancia para entender el fenómeno de la etnicidad como las económico/ecológicas o socio/políticas, posee un valor de interés para resaltar que la etnicidad y la cultura subjetiva, y su dimensión problemática, dinámica y relacional, pueden desempeñar un papel importante en el contacto intercultural.

Es así que tanto la cultura subjetiva como la etnicidad (convertidas estas en un elemento determinante en la interacción), junto a otras variables interrelacionadas, pueden ser de igual modo tanto factores "causantes" como "remedios" contra la ansiedad, y los problemas derivados de la misma, que el contacto entre terapeuta y paciente, de orígenes y adquisiciones culturalmente diferenciadas, es susceptible de ocasionar en el marco terapéutico de carácter intercultural.

1.5.1 Los marcadores que delimitan las terapias interculturales

Existen diversas denominaciones para las terapias que abordan tanto el sujeto de lo cultural como fenómeno, como el conocimiento etnográfico para la teorización y praxis terapéuticas.

George Devereux (1977) diferenciaba entre terapias metaculturales, interculturales (o, incluirán otros, multiculturales). Tales diferencias tenían que ver tanto con las diversas aproximaciones de una u otra terapéutica, como, y sobre todo, con la nominación clasificatoria y consideración de los elementos implicados en ellas. De este modo, siguiendo a dicho autor, si se basan más en lo cultural como fenómeno serán metaculturales, mientras que si lo hacen en el trabajo etnográfico podremos llamarlas interculturales.

Personalmente creo que, hoy en día cuando se tiende (o se tenderá) a una búsqueda de eficacia terapéutica a través del eclecticismo y la hibridación de aproximaciones, la diferencia entre una y otra clasificación no es más que un constructo teórico a aclarar pero frente al que no hay que detenerse más de lo necesario.

En la línea de Devereux las terapias multiculturales (como parte, o desarrollo, de las metaculturales) son definidas por Sue, Ivey y Pederson (1996) por seis características:

- La identidad del paciente y la del profesional están arraigadas en múltiples niveles de experiencia.
- El desarrollo de la identidad cultural determina, en mayor medida, las actitudes del paciente y de los profesionales frente a sí mismos, frente a otros del mismo grupo o de grupos diferentes y frente a la cultura dominante.
- La eficacia de la teoría en las terapias interculturales aumenta en la medida que los objetivos y los métodos del profesional sean coherentes con las experiencias vitales y los valores y normas culturales del paciente.
- La teoría en estas terapias hace especial hincapié en la importancia de los múltiples patrones de asistencia en función de los "otros" implicados culturalmente diferentes.
- La liberación de la conciencia en un objetivo básico de dicha teoría.

De esta manera, no podremos diferenciar entre multicultural e intercultural, al menos en las aproximaciones y elementos de las terapias que se analizan en este trabajo, ya que los modelos tratados son a su vez ambas cosas. Multiculturales si se conciben desde la suma de la diversidad de culturas de procedencia, así como subjetivas y/o construidas, de los actores y contextos implicados¹. Interculturales si se considera la dimensión de diálogo e intercambio, dinámico, en la interacción sociocultural entre dichas culturas y sus elementos en juego².

Ya sea tanto en el caso de la etnopsiquiatría, como en el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero, o en el antipsiquiátrico intercultural se dan todas estas características anteriores, añadiéndose en algunos casos otras nuevas. Estas son producto, entre otras cosas, de la creatividad y respuestas de los actores implicados en los encuentros y contextos en los que la interculturalidad (como categoría dinámica de interacción y construcción socio/cultural) puede desempeñar un papel destacable, y su traslado a los marcos terapéuticos profesionales o profanos en la búsqueda de una mejora de la efectividad en la cura de las dolencias.

1.5.2 Operacionalizando modelos terapéuticos interculturales en salud mental

En lo que concierne a las terapéuticas interculturales en los medios estatal y asociativo he realizado una división clasificatoria en modelos partiendo de un criterio de mayor o menor cercanía con el modelo biomédico occidental.

Para ello me he inspirado en algunos elementos de la clasificación que autores como Johan Leman y At. Gailly (1992) hicieron en los años 80. Esta clasificación me permite operacionalizar en categorías de análisis con relación a la problemática principal que guía la tesis.

¹ Así como si se enfatiza algunas de sus características como por ejemplo, las defendidas por Nathan para su metodología etnopsiquiátrica, que una parte importante de los trastornos de tipo mental de los inmigrantes guarda relación con el mestizaje cultural entre los universos de la sociedad de destino y la de origen del migrante.

² La interculturalidad conlleva una visión más amplia, relacional, dinámica y no esencializable, del propio concepto de cultura. Lo cual obliga a una apertura frente a los intentos de culturalización de las dimensiones explicativas que comprenden a las conductas y prácticas humanas.

1/ El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero: este es el trabajo realizado por varias ONGs de Bélgica y España las cuales adaptan el modelo occidental, en el contexto belga y español, a las representaciones y aproximaciones de los pacientes provenientes de otras culturas. Entre ellas se encuentran EXIL y SMES (Bélgica y España). Así también es el caso específico, por ejemplo, de la *Formulación Cultural de Casos Clínicos* llevada a cabo por Luis Caballero en Madrid y la aproximación a través del modelo de los *duelos migratorios* de Achotegui en Barcelona.

2/ La etnopsiquiatría: El siguiente modelo sería el que integra elementos, herramientas y dispositivos terapéuticos propios de ciertas culturas no occidentales al ámbito terapéutico occidental. De inspiración nathaniana encontraría su representante institucional (o más bien su aplicación en el marco institucional (aunque también, en Bélgica, lo hace en el asociativo)) en las consultas de etnopsiquiatría del hospital Brugmann en Bruselas.

3/ El modelo antipsiquiátrico intercultural: *el caso de las casas de acogida peul*. En el tercer modelo se da un salto conceptual teórico y de praxis terapéutica de 180 grados, situándose en un cuadro profano, antipsiquiátrico. En el caso de Bélgica este *modelo antipsiquiátrico intercultural* corresponde con el llevado a cabo por la asociación L'autre lieu. En él la población numéricamente minoritaria, los exiliados sin papeles (o en trámites de regulación) en este caso pertenecientes a la etnia Peul mauritana, acogen en sus casas a belgas que sufren dolencias psíquicas.

1.6 La presencia actual de las terapias interculturales en Europa

Con relación a la cuestión que aquí concierne sobre la adaptación de las terapias occidentales a actores provenientes de universos socio/culturales alóctonos con el objetivo de una mayor eficacia terapéutica, cabe comentar que algunos países llevan varios años tratando este tipo de cuestiones desde aproximaciones institucionales (y asociativas no gubernamentales) en el ámbito de la salud mental. Por citar varios ejemplos estos son:

El caso de Holanda: con el centro regional de salud mental RIAGG de Rotterdam para, tal y como lo definen, pacientes con trastornos mentales que remiten a causas de tipo cultural.

El caso de Francia: El centro Georges Devereux, en París, y sus consultas etnopsiquiátricas que participa de la misma corriente teórica y práctica existente en el caso que trataré, más adelante, del Hospital Brugmann en Bruselas.

A su vez desde hace unos años en Suiza existen diversas experiencias piloto, ya instauradas, en centros y organizaciones no gubernamentales con esta aproximación.

En este sentido, Bélgica es uno de los países pioneros, en Europa, a la hora de abordar este tipo de problemáticas en el dominio de la salud mental y la migración. Diversas han sido las propuestas que se han ido implementando a lo largo de los años desde el ámbito institucional y asociativo dando como resultado algunas de las aproximaciones que trato con detenimiento a lo largo de este trabajo.

No es el caso de España. Como ya se comentó la tardía trayectoria, en comparación con estos países, en la recepción contemporánea de migrantes ha sido una de las causas por las que este tipo de problemáticas no se han comenzado a plantear hasta la fecha. Es ahora, varias décadas después que algunos de sus vecinos de la Europa occidental, cuando equiparándose los porcentajes en la recepción de personas migrantes en el territorio español comienzan a surgir este tipo de cuestiones.

El contexto migratorio es distinto, pero gran parte de los principios de causalidad para dichas migraciones siguen siendo, con distintos nombres, los mismos. En un periodo en el que el giro neoliberal en la Unión Europea comienza a asentarse como la alternativa más "válida" frente, pero junto, a un modelo de desarrollo y su crisis económica (en una suerte de doctrina TINA), con el consiguiente y progresivo desmantelamiento de los sistemas de bienestar, los retos y respuestas se revelan como iguales y a su vez diferentes en unos y otros países. En el caso de España la aparición y el reconocimiento de una demanda así como los procesos generativos y de problematización, implementación y/o adaptación de dichas terapias interculturales, existentes en países como Bélgica, comienzan poco a poco a ver la luz en la actualidad.

2. Líneas que recortan, descomponen y contienen al texto de la investigación.

Algunas de las líneas epistémico/narrativas acompañan, como un pasajero, o polizón, al barco, a lo largo de la travesía. Otras tan solo lo hacen a modo introductorio, al partir del puerto. Y otras aparecen en momentos puntuales para desaparecer y volver a reaparecer, como el avistamiento esporádico por parte de la tripulación de una ballena o delfín.

Huelga decir que algunas de estas líneas han sido fruto de una predisposición anterior y otras sin embargo pertenecen al reino de lo casual y del proceso de lo investigado.

2.1 La presencia de los procesos coloniales y el construccionismo social.

A las primeras líneas epistémicas corresponden las concernientes a las relaciones históricas de occidente con el resto del mundo y en particular con los países de los cuales proceden dichos migrantes. Por ello, y para situar mejor la problemática principal de esta tesis y algunas de sus implicaciones de tipo político, he creído necesario tener en cuenta las cuestiones relativas a la colonización, los procesos coloniales, y los roles que una cierta medicina occidental, la medicina colonial, tuvo en ellos.

El papel desempeñado por la colonización y sus efectos y continuidades en el presente son de gran importancia para entender muchos de los fenómenos e implicaciones en el campo de la migración. La colonización, y los sucesivos procesos de descolonización (total o parcial) y en algunos casos neocolonización, puso en contacto de manera asimétrica y desigual a ambos mundos, a sus países y sus culturas. Muchos de los procesos actuales como la migración, tanto desde la posición intersubjetiva de los agentes implicados en ellos y parte de la elaboración de sus percepciones e interacción con el mundo al respecto, así como desde las condiciones socioeconómicas y políticas objetivables, no pueden ser entendidos si obviamos este determinante periodo.

De tal modo que este vínculo histórico configura un mapa en lo relativo a las continuidades o rupturas, en la colonización del otro, que se dejan ver, esta vez en el interior de los países occidentales, en la relación con las personas procedentes de dichas culturas que sufrieron y sufren la colonización y sus consecuencias y más en particular en aquellas que se encuentran

en situaciones de mayor vulnerabilidad, como si de una trágica, y macabra, fotografía se tratase.

"De manera general podríamos decir que lo que encontramos al recoger experiencias socio/subjetivas somatizadas de la inmigración, es una especie de transformación estructural de lo que hace años autores como Fanon (1952) o Memmi (1971) plantearon con la colonización. La repetición al infinito de la relación "colonizador/colonizado" en los diferentes agentes sociales, protagonistas de la situación colonial, permite entender los modos en que la relación " autóctono/inmigrante" tiende también a repetirse al infinito (tanto en las posiciones que escinden de diferentes maneras aunque siempre en relación al "inmigrante" la "autoctonia", como en la relación reiterada de distinciones, entre inmigrantes según su origen, o entre "legales" e "ilegales", etc." (Álvaro Pazos (2002))

No obstante, por otra parte, tampoco creo que se deba reducir todo única y exclusivamente a un análisis de la dependencia desterrando de todo valor generativo y creador a los productos y continuidades socio/culturales de dichas sociedades (y, por extensión, subjetividades). Muchas de las cuales, si bien bajo los resquicios de la colonización de antaño y la poderosa influencia de los nuevos procesos neocolonizadores, como los de los poderes transnacionales y las élites locales al servicio de los mismos, poseen tradiciones (en el sentido más amplio) e historias que se remontan miles de años atrás. Y pese a sufrir devastadoras tragedias como el tráfico de esclavos, la explotación de sus recursos y la delimitación geopolítica por parte de las potencias occidentales, si se compara con todo su contínuum, y con la dinámica de cambios o perpetuaciones socio/culturales de las mismas a lo largo del tiempo quizás esto no son más que un puñado de décadas en un periodo de milenios.

Analizarlo solo desde el punto de vista de la obviación de las fuerzas provenientes de las potencias neocoloniales y de los mecanismos heredados y perpetuados por el imperialismo occidental así como observarlo única y exclusivamente desde la afirmación del espectro de estos últimos términos puede provocar dos efectos: por una parte una visión (relativista cultural) parcial e ingenuamente interesada y por otra una reducción de las explicaciones causales a una lógica, respuestas y lenguaje que frente a un mar de oscuridad, dominado por nieblas y tempestades, instaura los faros en los mismos centros de capital simbólico, económico y cultural (en el sentido de Bourdieu) de donde proviene la dominación.

El punto de equilibrio, de haberlo y de ser este relevante, se manifiesta complejo. Sin embargo, en el uso de las herramientas de interpretación, análisis y exposición creo necesario

intentar no caer de manera exclusiva en una perspectiva estructuralista/determinista (del tipo «deux ex machina») sino también generativa y constructorista en la que haya espacio para que las peculiaridades, opciones y productos socio /culturales de sociedades y sujetos puedan ser un referente «para el aprendizaje».

De igual manera sucede con la problemática que guía esta trabajo. El ámbito de las medidas y terapéuticas de tipo intercultural en el área sanitaria, definidas desde políticas públicas o construidas desde las prácticas de profesionales de la salud y colectivos, ve su nacimiento en organismos y lugares occidentales si bien concierne a personas de culturas de origen no occidentales. La frontera entre la tendencia de estas a relativizar culturalmente o a universalizar es a menudo frágil y maleable. Sus objetivos e implicaciones de tipo político dependerán de diversos factores y contextos.

La perspectiva constructorista social se imbrica, en esta hipótesis principal, en las implicaciones de la tensión entre una ubicación universalista biomédica, que impone y genera visiones monolíticas de los elementos y representaciones relativos a los procesos enfermedad/curación/salud¹, y una relativización de las mismas en una búsqueda hacia miradas y prácticas del orden de lo intercultural, no esencialistas, ni reductoras, propiciadas por la reaparición de la diversidad cultural en el espectro sanitario.

Las implicaciones que dicha construcción de la realidad tienen en el orden político de la igualdad en el disfrute y acceso de los medios de salud, reflejado en los diversos tratados y artículos comentados con anterioridad, son el motivo principal de esta consideración epistémica.

La recolonización de la mirada del "otro", o su descolonización, a su vez es uno de los procesos que en esta disyuntiva está también en juego².

Es aquí donde se sitúa la línea principal vertebradora de la investigación. Si la investigación es un mapa de la realidad, un "utopos" que puede representar la misma sin pretender

¹ Legitimados por una concepción como hechos objetivos primigenios en base a los cuales no existe una interpretación, ni construcción, por parte del profesional sanitario.

² El enfoque biopolítico se hace aquí necesario para desentrañar las ideologías, relaciones de poder y dinámicas culturales que actúan en dicho proceso de enajenación o emancipación colonial.

sustituirla, la problemática central de la tesis sería una brújula que trataría de guiar al lector a través de ella. Esa brújula está compuesta por materiales y sustancias epistémicos que la dotan de una consistencia pero también de fragilidad. Entre ellos además del uso de las aproximaciones mencionadas antes relativas al construccionismo social, están otras, como por ejemplo, el propio uso del cuerpo como vector de análisis y sujeto de interés.

2.2 El cuerpo como sujeto transversal de interés:

Algunas de las razones para la consideración de dicha temática son las siguientes:

a/ Como dice Honorio Velasco (2007:51) la emergencia del cuerpo se revela como el desasimiento de la disociación cartesiana entre mente y cuerpo y representa un desplazamiento pendular hacia el lado no mentalista, una vez que la reflexión se centró en el yo y la persona como entidad. En el contexto de esta investigación esto cobra relevancia a la hora de abordar las terapias interculturales en la salud mental con un enfoque no reduccionista.

b/ La necesidad de hacer referencia al cuerpo como objeto/sujeto sobre el que operan fuerzas y efectos de manera pasiva y reactiva (como paciente y como actor) en el marco de los procesos transculturales migratorios. En este sentido, el cuerpo cobra una dimensión particular en las personas que migran al ser el último refugio, más aún en situaciones de exclusión social, que vehicula un lugar, un hogar y una memoria en sus trazas y marcas.

Esto encuentra una intensa interrelación con el ámbito de lo político en las personas migrantes que solicitan acogerse a motivos médicos para, denegado el asilo por razones políticas, la regularización de su estancia en el país de destino (como sucede actualmente en Bélgica). O en el caso de la representación del cuerpo de un paciente migrante y la de un profesional de la salud, que en un ámbito como el sanitario puede llegar a visibilizar la diversidad de modelos explicativos y de culturas que cohabitan con implicaciones y consecuencias diversas, como veremos en la mediación intercultural socio/sanitaria.

c/ El cuerpo es por tanto reconocido, en este caso por el investigador, como una fundamental categoría unificadora de la existencia humana en todos los sentidos y niveles: cultural, social, psicológico y biológico. Pero para ello, en la investigación, debe ser concebido como tal.

Tal y como señala Álvaro Pazos (2006) el cuerpo, a través de las disposiciones incorporadas, conduciría mas allá de una visión mentalista, en términos de significaciones, representaciones, etc. del concepto de cultura, a una ampliación hacia una perspectiva materialista en la cual los procesos cognitivos, ideológicos o simbólicos podrían ser entendidos por medio de la relación entre los conceptos de hábitos (empleado por Bourdieu pero que caracteriza la obra de otros autores como Comaroff o Foucault) y campo social.

Cabe destacar que el cuerpo, en este sentido, no pretende ser un sujeto específico de investigación, un lugar sobre el que especializarse, sino que cruza de forma transversal las diversas temáticas que se plantean en el presente trabajo.

2.3 La importancia de los lugares desde los que surgen las prácticas.

Al igual que en otros ámbitos como el social en el sanitario se asiste a un doble movimiento en lo que se refiere a la aparición de dispositivos que tratan de facilitar tanto la equidad del acceso a los medios sanitarios como la adecuación de los mismos a las problemáticas y especificidades de pacientes, de origen extranjero en este caso, con itinerarios socio/culturales diversos. Por un lado su entrada en escena, con mayores o menores dificultades, en el medio institucional del ámbito de la atención sanitaria. Y por otro su surgimiento en el sector informal asociativo como forma de evitar dichas desigualdades de acceso así como la falta de adecuación y efectividad de las aproximaciones de la cultura biomédica institucional sanitaria.

En España y Bélgica si bien se da de distinta forma comparte un movimiento principal que es el de la inequidad de un acceso y disfrute a los medios sanitarios que se visibiliza, en este particular, en la aparición de grupos de población "outsiders", como es el caso de las personas en situaciones de exclusión social como los sin papeles, o en las barreras que inciden en los itinerarios socio/culturales de los pacientes.

En el caso de los grupos de población definidos por criterios de exclusión/inclusión compartidos como los jurídicos/administrativos, las inequidades en el acceso son muy distintas en los dos países siendo su acceso regulado desde un ámbito legislativo del marco de la ley de extranjería, en el caso de España¹. Y desde otro relativo al ámbito de la sanidad como es el de Bélgica². La práctica, tal y como señala el Observatorio Europeo de Médicos del Mundo (2007), también es desigual reflejándose en una mayor inequidad en el acceso de facto en el caso de Bélgica que en el de España.

En lo que se refiere a las barreras de las culturas sanitarias institucionales que inciden en los itinerarios socio/culturales de los pacientes podríamos situar a Bélgica como portadora de una mayor variedad de experiencias, esto progresivamente se va igualando en España, que desde la interculturalidad tratan de buscar una mayor eficacia en los cuidados así como una universalidad en el acceso. Con el tiempo, por diversas razones que se abordarán a lo largo de la investigación, se han venido consolidando dichas experiencias a partir de 1990 en el caso de Bélgica, y desde principios del 2000 en España.

En lo que respecta al lugar de dichas prácticas estas vienen impulsadas por el medio asociativo, siendo cada vez mayor la presencia de dicho ámbito tanto en la dimensión relativa al acceso a los cuidados como en la especificidad y adecuación socio/cultural de los mismos. Pero también, del mismo modo surgen en el ámbito institucional, con una presencia diferenciada en ambos países, o de la imbricación de prácticas específicas en espacios subsidiarios entre la atención privada de tipo "caritativa" y la pública³.

El lugar que ocupan es denotativo de diversos procesos que visibilizan las fracturas, fruto de las condiciones históricas de creación y de las barreras de tipo "ideológico" de conformación

¹ Con la aparición del criterio de empadronamiento, con la ley 4/ 2000, como medida (teóricamente) igualadora del acceso con independencia de situaciones jurídico/administrativas como la de los "sin papeles".

² Y el decreto real de 1996 que da lugar a la ampliación de la Ayuda Médica Urgente, cuyo origen se encuentra en la ley orgánica de 1976, en su carácter tanto preventivo como curativo para las personas en situación irregular que no dispongan de recursos económicos.

³ Como por ejemplo en el caso del SAPPPIR en el hospital fundación Sant Pere Claver de Barcelona, o el fomento del voluntariado en las prácticas de la mediación intercultural sanitaria como en el caso del hospital Ramón y Cajal en Madrid.

de una cultura de cuidados universal y pública¹, de una apuesta estatal de cuidados garantista en un sistema de protección social entendido como universal. De este modo la respuesta a una exclusión a los medios públicos sanitarios, o a una falta de adecuación de los mismos a las especificidades de sus pacientes, es visible en la amplia emergencia de dispositivos en el medio asociativo no gubernamental. Su imbricación funcional en el sector público, a través de recursos como el voluntariado o los dispositivos y profesionales específicos como en la traducción/interpretación/mediación intercultural de ámbito regional con sedes en ONGs, suple las carencias de las magras políticas públicas, proporcionando servicios, en condiciones de escasez, a diversos ámbitos sanitarios institucionales².

De este modo la importancia de los lugares en los que aparecen dichas prácticas es clave para entender los procesos y dinámicas en los que se insertan las modalidades de acceso. Al mismo tiempo que ofrecen una panorámica de otra serie de procesos a los que, en la metáfora de la atención especializada declinada a otros sectores externos a la red de cuidados pública, tiende el sistema sanitario estatal y el conjunto del estado de bienestar. Dichas prácticas no deben ser vistas únicamente como una reducción subsidiaria de la descomposición, o la inacabada composición, de una atención igualitaria y universal, pues también responden a la capacidad creadora de los sujetos en espacios fronterizos o más allá de los ámbitos institucionales estatales, pero sin duda inevitablemente apuntan a diversas implicaciones entre otras las responsabilidades políticas de inspiración rousoniana sobre la base de las cuales se hacen los contratos sociales.

¹ En España se puede mencionar un tardío desarrollo obstaculizado, entre otras cosas, por el giro neoliberal de la Europa de los 90. En el caso particular de Bélgica cabe señalar que los poderes públicos han estado largo tiempo deseosos de ayudar a las iniciativas privadas, ya sea las de sociedades mutuales o compañías aseguradoras. (Marc Duriez, D. Lequet Slama. 1998).

² En ocasiones estas mismas prácticas desde el ámbito asociativo "inspirarán" las políticas públicas. Un ejemplo de ello en Bélgica son las misiones que han llevado a cabo grupos como Médicos Sin Fronteras con el fin de permitir un acceso normalizado, a los cuidados institucionales de salud, a las personas en situación irregular desembocando en la creación de la Ayuda Médica Urgente con el decreto Real de 1996. En España otro ejemplo, que se trata en la tesis, es el "Programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid" (ESMR), fruto del trabajo y reivindicación de la asociación Salud Mental y Exclusión Social (SMES).

2.4 La cuestión de la diversidad cultural en el ámbito de la atención sanitaria

Cada vez son más las voces que en Bélgica y España afirman, en el contexto de las posibilidades que proporciona el campo sanitario en su actual fase histórica y con respecto a sus condiciones de praxis, como necesario una incorporación de competencias culturales y de "habilidades antropológicas" en la atención sanitaria. Esta se puede concretar tanto en la fórmula de una figura específica como es el mediador intercultural en el medio sanitario. Como en la de la formación del personal sanitario en dichos recursos y sensibilidades, lo cual quizás permite abordar con una mayor satisfacción, para ellos y para sus pacientes, la diversidad cultural en sus consultas e intervenciones.

" El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su estatus y de las diferencias de control y poder existentes en la relación médico/paciente, y un conocimiento básico de como la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores socio/políticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente contruidos ("culture-bound syndroms"). Además, debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso"

(Xavier Allue, 2003 (en J. M. Comelles, 2004:26))

Esta reaparición de lo cultural tiene, como hemos visto, principalmente sus causas en las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica frente a la aparición de pacientes que no pertenecen a la clase media autóctona¹. Así como, en el caso particular de España y Bélgica², en los factores de exclusión que contradicen a la igualdad y universalidad en el acceso y disfrute a los medios sanitarios de los sistemas garantistas occidentales.

¹ Como señala Waitzkin (1991) la organización de los servicios públicos de atención sanitaria corresponde al universo cultural de la clase media. A los miembros de la misma no les resultan tan difíciles cuestiones como la jerga médica o hacer valer su voz en la interacción entre médico/paciente.

² En EE.UU. responde a un orden legislativo que trata de proteger la equidad de la atención sanitaria, y a los profesionales frente a posibles denuncias relativas a tratos discriminatorios o no adaptados al paciente, en la diversidad lingüístico/cultural, en un universo sesgado por una fuerte desigualdad, principalmente económica, en el acceso propia de lo sistemas asistenciales liberales.

De este modo la cuestión de la atención desde la defensa de los valores universales, propios a los imperativos éticos originados en la ilustración, debe vérselas con problemáticas como la identidad/diferencia/heterogenia y la multiculturalidad/interculturalidad. En este sentido surge la pregunta de si la reaparición de lo cultural puede desembocar en un mayor o menor cuestionamiento de las racionalidades e identidades culturales biomédicas y de su papel y hegemonía biopolítica en su relación con las "alteridades" en la praxis médica. ¿Será, tal vez, otro paso necesario a dar consecuencia de esta reaparición en escena de la diversidad cultural?.

En todo caso la aparición de dichas prácticas interculturales parece orbitar entre las contradicciones de una concepción garantista del acceso a los medios sanitarios desde una óptica sociocéntrica y etnocéntrica que da lugar a una reubicación multicultural en compartimentos estancos. Y la idea de un universalismo equitativo y dinámico capaz de articularse sobre la heterogeneidad y la diversidad cultural transformando sus concepciones y prácticas desde el ejercicio de la interculturalidad.

Con relación a algunas de las problemáticas que dichas nociones y formas de entender a las singularidades y colectivos, culturas y personas, entrañan con respecto a la organización y gestión de la diversidad cultural cabe retomar aquello dicho por Wieviorka (2001). Una de las claves se encontraría en las invariantes en las que se organiza la diversidad. En este sentido, los seres humanos serían al mismo tiempo universalmente similares, culturalmente diferentes e individualmente únicos.

Es así que, como ya se dijo antes, en referencia a la problemática principal de la investigación, con respecto a la universalidad y equidad del acceso y disfrute a los cuidados de salud y su implicación política, la sensibilidad a la diversidad cultural en el ámbito sanitario, y lo que se desprende con relación a la reorganización de la diversidad desde una concepción dinámica e intercultural, desempeñaría un papel fundamental en la lucha contra la exclusión a los medios sanitarios y por ende en la exclusión a la salud y la exclusión social.

La dotación de instrumentos que de dicha sensibilidad a la diversidad cultural se deriva, entre otros, como la mediación intercultural en el ámbito sanitario incide en la calidad de la comunicación y en la creación de puentes entre las representaciones, tanto nosológicas como

curativas, de los profesionales de la salud y los usuarios. Desencadenándose de ello consecuencias inclusivas en el acceso, y posibilitadoras en el proceso de curación/prevención¹.

A su vez la adecuación de las terapias no solo al universo cultural de los pacientes sino también a los marcos socio/políticos en los que se desenvuelven es un elemento importante en la evitación de dichos procesos excluyentes a la salud y de las dimensiones de vida que de ellos se desprenden.

2.5 La inscripción de la prácticas sanitarias interculturales en el escenario del multiculturalismo e interculturalismo político/normativo.

Siguiendo a Zapata-Barrero (2004) la multiculturalidad y la inmigración son dos de las grandes transformaciones sociales recientes acontecidas en los países, en este caso, europeos. Los debates sobre si las sociedades son, o deberían ser, o no multiculturales son espurios si se tiene en cuenta que la multiculturalidad es un proceso histórico irreversible de las sociedades contemporáneas. De este modo, según el autor, se trata más bien de discutir sobre cómo se gestiona la diversidad cultural sin contradecir los valores democráticos baluartes de las sociedades de acogida migratoria. Para ello se hace necesario un giro estructural en donde se aborde la cuestión de la relación entre las instituciones y los inmigrantes en la línea de un debate sobre la gestión del espacio público.

El multiculturalismo, más allá de un juicio de hecho (un proceso histórico irreversible), es también un juicio de valor y se refiere a un modelo de sociedad donde la relación entre todas las culturas existentes es de igualdad. Y donde todas ellas tienen un mismo reconocimiento en la esfera pública. (Zapata-Barrero 2004:75)

¹ En este sentido en Bélgica, desde varias décadas atrás, se ha ido dando una demanda por parte de diferentes sectores, entre otros el sanitario, que se ha visto materializada en la implantación de mediadores interculturales principalmente en el medio hospitalario. En España la demanda por parte del medio sanitario es amplia y creciente. La voluntad política y los medios financieros no siempre van a la par (muchos de los programas de mediadores interculturales en el ámbito sanitario en la actualidad están (co) financiados por entidades privadas o se inscriben en el voluntariado).

De este modo se pasaría de un modelo de gestión socio/político no pluralista (monocultural) como es el caso del asimilacionismo y el llamado melting pot, al modelo pluralista del multiculturalismo. En este el esquema de relaciones interétnicas apoyan la igualdad social y la igualdad de oportunidades a la par que el derecho a la diferencia. Al mismo tiempo que el Estado promociona las culturas originarias de las minorías (A. Lopez Sala, 2005:90).

Desde el punto de vista político/normativo el término de sociedad intercultural provendría del discurso político quebecqués de los años setenta, refiriéndose al modelo de integración de minorías en este contexto frente al multiculturalismo constitucional federal. Carlos Giménez (1998) señala que frente a la foto fija que ofrece la expresión de multiculturalidad, el elemento diferenciador de la interculturalidad, con respecto a modelos anteriores, es que se adecúa mejor a la concepción compleja y dinámica de la cultura y las culturas. Enfatizando en la comprensión, el cuidado y la promoción y regulación adecuada de la interacción sociocultural y lo que ello conlleva. Esto es aprendizaje, comunicación, convergencia, acercamiento, nuevas síntesis y resolución de conflictos.

En resumen la diferencia que ofrece el concepto interculturalidad respecto al multiculturalismo es, desde esta perspectiva, la consideración de la cultura como un concepto dinámico, no estático ni esencialista. Así como el acento en coconstrucciones socio/culturales basadas en el mestizaje de las particularidades comunes y específicas de los diversos actores y sus itinerarios biográficos.

En lo que se refiere a la investigación que nos ocupa las prácticas interculturales analizadas se articulan, desde la interculturalidad, en su objetivo principal de luchar contra la exclusión a los medios sanitarios, por razones socio/económicas, de las personas de origen extranjero. Pero también en lo relativo a una asimilación a una cultura biomédica etnocéntrica que resulta inoperante en lo que se refiere a la universalidad de facto al acceso y disfrute igualitario de estas personas a los cuidados de salud.

El hegemónico es un universo de cuidados monocultural, diseñado para la atención sanitaria a la clase media autóctona, en el que priman las sensibilidades asimilacionistas e integracionistas que responsabilizan al paciente, y personal sanitario por extensión, de la resolución de la tensión adaptativa en la diversidad cultural. Las prácticas sanitarias interculturales tratan de transformar sensibilidades, estructuras, dispositivos, así como de

dotar de recursos a los pacientes y personal sanitario para una lucha contra la exclusión al acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas que no pertenecen al universo cultural de cuidados programado. Al mismo tiempo que promueven el intercambio de narraciones, sensibilidades, artes médico/terapéuticas, modelos explicativos, etc. apostando por una concepción dinámica de las identidades socio/culturales, y una defensa de la convivencia y los valores de igualdad democráticos.

El interés en esta investigación reside en prestar atención a las modalidades de acceso a los medios sanitarios que inauguran dichas prácticas interculturales y desde que lógicas y lugares lo hacen. Esto es desde lógicas de derecho común (en el ámbito público) o caritativas/compasivas o lucrativas (en el ámbito privado). Espacios institucionales (hospitales, centros de salud...) o los espacios comunitarios no institucionales (medio asociativo). Así como, sobretodo en lo que aquí se refiere, la forma en la que estas prácticas, insertas en la cultura hegemónica biomédica o en confrontación con esta en espacios heterogéneos, incorporan aproximaciones de carácter intercultural y sus consecuencias políticas en la inclusión a los medios sanitarios de la población de origen alóctono. Dando un paso más de una gestión, culturalmente etnocéntrica (y sociocéntrica), no sensible a la diversidad cultural, a una adecuación de los dispositivos y aproximaciones a la variedad de itinerarios socio/culturales de los pacientes. Lo cual, y esto es lo fundamental en la problemática que aquí se aborda, redunde en una mejora del disfrute y acceso a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

Este paso desde la multiculturalidad en compartimentos estancos, donde la alteridad, el paciente de origen extranjero, es llamada a asimilarse para poder ser curado, a la interculturalidad del reconocimiento y la síntesis cultural en el arte de los cuidados sanitarios es el debate que aquí se propone. Un debate que desde las prácticas, como mensaje, es lanzado hacia el nivel político/normativo a través del deseo, pero también de la necesidad, de un escenario de cuidados sanitarios sensible a la diversidad cultural.

Parte II: Contextos, factores excluyentes a los cuidados y estrategias de inclusión

Esta parte está dedicada a los contextos migratorios y sanitarios. En ella se aborda brevemente, en el capítulo cuatro, la trayectoria histórica, de Bélgica y España, en la recepción de personas inmigrantes. Así como las características de sus sistemas sanitarios, exponiendo las medidas más relevantes, del orden legislativo, en la lucha contra la desigualdad de acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

El capítulo cinco trata de los factores que influyen en la exclusión a los medios sanitarios, así como las estrategias y medidas específicas, en el medio asociativo e institucional, adoptadas contra las barreras de acceso de las personas de origen extranjero, en ambos países.

Capítulo IV: Contextos migratorios y sanitarios.

1. Trayectoria histórica de la recepción de personas inmigrantes en Bélgica y España.

Para empezar seguidamente hago una breve referencia a cuales son las causas más utilizadas a la hora de explicar el fenómeno de la migración. Estas han cambiado, y van cambiando, a lo largo de los años, haciéndose, tanto en el ámbito científico como en el administrativo/legislativo y en el discurso predominante de los medios de comunicación, variablemente hincapié en una o en otra.

1.1 Algunas causas explicativas de los fenómenos migratorios

Haciendo uso de la teoría neoclásica del *push and pull* se puede decir que entre los factores referidos al *push* se encuentran aquellos propios del país de origen de la persona migrante que la empujan a salir del mismo. Generalmente se han definido cuatro: los económicos, demográficos, ecológicos y políticos. Por otro lado *pull* se remite a aquellos que atraen a dicha persona hacia el país de destino. Entre estos se encuentran algunos como las ventajas económicas: por ejemplo los salarios más elevados del país de destino, o su sistema de protección social (el estado de bienestar).

Sin embargo, esta teoría binaria de los flujos migratorios lleva siendo criticada desde hace unos años. Por un lado la *teoría del mercado de trabajo* sostiene, dejando de lado las motivaciones de los migrantes, que la demanda intrínseca se produce más que por los factores de expulsión de los países emisores, por los factores de recepción de los países receptores, principalmente en lo que se refiere a la demanda de mano de obra extranjera con salarios por debajo de los mínimos locales. (Carlos Giménez, Gabriela Malgesini. 2000:242)

Otra perspectiva con un carácter sistémico y transnacional es la *teoría del sistema global*. Esta teoría considera las migraciones no desde el punto de vista de las unidades nacionales en compartimentos sino dentro de un sistema interactivo (global), producto de un desarrollo histórico común.

De esta manera, se pueden señalar algunos aspectos, indicados por autores como el sociólogo Portes (1995), como el de las redes comunitarias y familiares las cuales, cuando existen, no son solo un medio para emigrar sino una causa de la emigración. Por otro lado, otros autores (Hollifield, Brettell. 2000) explican que las políticas públicas en los países de origen y destino constituyen también factores motivadores de la migración.

A su vez se pueden incluir otras causas como por ejemplo la médico/sanitaria, de la que hablaré mas adelante, y que tanto esta como las otras en muchas ocasiones deberían ser consideradas dentro de las de orden político¹.

¹ Que hoy en día casi todos los países del mundo se llamen y sean considerados democracias no significa, como bien se sabe, que cumplan los requisitos para ello. La libertad de expresión, de voto, la legalidad en los comicios, el respeto de los derechos humanos no se da en la mayoría de los países denominados como tales.

Por otro lado, desligar de su dimensión política las causas económicas, demográficas o ecológicas, en mi opinión, es casi un *factoide* puesto que muchos de los motivos que originan dichas situaciones económicas, demográficas o ecológicas están íntimamente ligados a la política y a lo que abarca y se desprende por extensión de dicho término y campo de actuación. Esto es la relación con las decisiones y la responsabilidad de las mismas de sujetos, ligados a las estructuras dominantes de las instituciones y de los medios de producción (económicos, culturales...), quienes detentan el poder de tomando dichas decisiones desencadenar consecuencias así como efectos de estructura. En su interior, analizados a nivel de relaciones de producción nacionales o locales, operarán mediaciones sociales complejas, instauradas y ejecutadas por sujetos concretos, y no números, o tasas desvinculadas de las mismas.

A su vez también se pueden añadir otros elementos desproblematizadores de la migración como por ejemplo la larga tradición en la historia de la humanidad del fenómeno migratorio.

A. Causas cuyo origen son del orden político:

En esta categoría se encuentran los migrantes pudiendo ser calificados como refugiados según la definición establecida por la Convención de Ginebra (1951). El término refugiado designa a una persona que:

“A consecuencia de acontecimientos sucedidos antes del 1 de enero de 1951 y temiendo ser perseguidos por el hecho de su raza, religión, nacionalidad, de su pertenencia a un cierto grupo social o de sus opiniones políticas, se encuentra fuera del país en el que tiene su nacionalidad y que no puede o, del hecho de este miedo, no quiere reclamar la protección de este país; o que, si no tienen nacionalidad y se encuentra fuera del país en el cual tenía su residencia habitual después de tales acontecimientos, no puede, o por miedo, no quiere regresar”. (Convención de Ginebra 1951 (www.acnur.org)).

En lo que se refiere a la petición de asilo cabe señalar que estamos asistiendo, actualmente en Europa, a una *crisis del derecho de asilo*.

"Entre 1995 y 2005 las cifras de concesión del estatuto de refugiado en la Unión Europea han evolucionado de manera tan significativa que puede hablarse sin tapujos de crisis del derecho de asilo"

(CEAR. Informe 2007.)

En este caso no se trata únicamente de demandantes de asilo, sino de todas las personas que han sido amenazadas en su integridad física y que temen por su seguridad en el país de origen, sea cual sea el motivo de las persecuciones¹.

B Causas cuyo origen son del orden económico

Los movimientos migratorios de tipo económico en dirección a Europa existen desde hace tiempo. Hasta una época reciente han sido iniciados por países industrializados en razón de su necesidad de mano de obra. Sin embargo, con la desindustrialización y la recesión económica en Europa, esto actualmente ha cambiado. El cierre de las fronteras de entrada no ha logrado parar los flujos migratorios económicos².

C Factores que motivan o influyen en la migración:

Entre estos se pueden encontrar por ejemplo la tradición migratoria³, la atracción por occidente (mimetismo (o exotismo)), las redes comunitarias en el país de destino, los acontecimientos históricos⁴.

¹ En este sentido, podemos distinguir: Persecuciones personales por el régimen político en el poder, persecuciones ligadas o no a la actividad de la persona, clima de violencia generalizada, problemas en razón del origen étnico y de la pertenencia religiosa.

² Sin embargo, se sabe que la mayor parte de las personas que emigran por razones económicas pertenecen a una clase media o media/baja no encontrándose, contrariamente a lo que se ha pensado durante mucho tiempo, entre las personas más pobres. Esto es debido, entre otras cosas, a que para emprender un proyecto migratorio hace falta tener dinero (a veces una cantidad considerable).

³ Es el caso por ejemplo de las personas pertenecientes a culturas y etnias de tradición nómada que no se quedan durante mucho tiempo en una residencia fija.

⁴ La historia colonial de Bélgica continua teniendo un impacto sobre los flujos migratorios provenientes de Congo. Así también otros acontecimientos históricos han influido tales como el reclutamiento de trabajadores turcos y marroquíes en los años 60 y 70. En España la historia colonial ejerce un efecto similar en diversas regiones del globo. Las políticas migratorias españolas también han contemplado a sus antiguas colonias a la hora de tener tratos especiales en lo relativo a la nacionalización española de las personas procedentes de dichos países.

Por otra parte, se pueden señalar otros motivos para la migración como educación y formación, curiosidad, aventura, situaciones personales, conflictos familiares u otro tipo de motivaciones posteriores al conocimiento del país. Un inciso explicativo, por lo que se refiere a esta investigación, es el relativo a los factores motivados por razones de salud.

1.2 Migración motivada por problemas de salud o vinculada a razones sanitarias

Sin llegar a ser masivos, como en ocasiones se trata de malinterpretar (en algunos sectores y medios de comunicación) con la llamada migración médica, son múltiples los casos en los que las personas deciden migrar debido a que sufren una enfermedad grave que no puede ser curada en su país de origen. Las diferencias en el funcionamiento, calidad y acceso de los sistemas sanitarios de Europa con respecto a los de la mayor parte de los países no occidentales es tan grande que este fenómeno puede darse en alguna ocasión¹. Sucederá que alguien a quien no se podría curar (o si sería factible pero no dispondría de la elevada suma de dinero para ello) y, debido a la gravedad de su enfermedad, se vería abocado al progresivo deterioro de su salud y a la muerte en su país de origen, puede encontrar una solución a sus dolencias si decide emigrar a los países europeos.

Esto puede suceder en casos de personas procedentes de países del tercer mundo en los que el acceso a unos medios de salud adecuados está fuertemente sesgado por el nivel adquisitivo de las mismas². Sin embargo, no solo podrán migrar del tercer mundo, si no también del primero. Un claro ejemplo es el de los turistas/migrantes estadounidenses que necesitan, por ejemplo, un trasplante de riñón a países como España donde, acogidos a la universalidad del acceso a los medios de salud, una operación tan costosa en USA será gratuita.

¹ En el caso de que puedan ser solventados los fuertes condicionantes, económicos y sociales, para que alguien sin excesivos recursos económicos, y con problemas de salud, inicie un proyecto migratorio. Se ha demostrado que el fenómeno del turismo o migración médica es en gran parte un mito puesto que, la mayoría de las veces, migran las personas con un mayor capital de salud.

² Existen diversos estudios, (entre otros el realizado por Enrique Regidor, 2008), que muestran como la población inmigrante, en el caso español, hace un menor uso de los servicios sanitarios que la española. (Habría que exceptuar el uso de las urgencias en algunas comunidades autónomas y colectivos). Esto tiene causalidades diversas que van desde la buena salud de los inmigrantes hasta la inequidad de acceso al sistema sanitario. En todo caso ofrece alguna pista sobre el mito de la migración masiva médica, o el colapso de los servicios sanitarios a causa de la afluencia de inmigrantes.

En ocasiones las dimensiones de lo denominable como político y como salud se engarzan en una sola, prevaleciendo aquella que por razones diferentes es considerada como más legítima y menos problemática para los marcos jurisdiccionales y legislativos, o por razones y coyunturas como, entre otras, su "difícil" irreductibilidad o la vigencia de los paradigmas que la sostienen. Este es el caso del asilo político, y su progresivo descenso, y la regularización creciente por motivos médicos en Bélgica. Sobretudo cuando, como en numerosos casos descritos por Médicos sin Fronteras ("Personas gravemente enfermas y derechos sociales". Resultado de grupos de trabajo, Medimmigrant, 2006) , a quien se le rechaza una petición de asilo político acaba, por la desgracia de la enfermedad, consiguiendo una regularización por razones de tipo sanitario¹. Este fenómeno puede revelar marcadas tendencias sobre cuales son algunos de los movimientos actuales de despolitización de dimensiones y dinámicas "menos incómodas" de tratar desde la asepsia del campo de acción y denominación de la biomedicina². Como dice Fassin:

" Resulta paradójico que al mismo tiempo que a nivel legislativo, y administrativo, se recortan los derechos políticos y civiles en esta materia en los países europeos, este tipo de recurso a los cuidados de salud no haya sido desafiado ni siquiera por parte de los partidos políticos más conservadores.(...)Así la legitimidad del cuerpo sufriente propuesta apelando a dicha humanidad común se opone a la ilegitimidad del cuerpo racializado promulgada en el nombre de la diferencia. En el primer caso el otro viene de fuera y el tratamiento de su cuerpo depende de la hospitalidad del país de acogida. En el segundo el otro está ya dentro y el tratamiento de su cuerpo llama a una cuestión de orden social. El cuerpo se ha vuelto el sitio de inscripción para las políticas de migración". (Fassin, 2001. Traducción propia.)

¹ Según Médicos Sin Fronteras cada vez más personas introducen el artículo número 9 de la ley del 15 de Diciembre de 1980 (que dice que la autorización a residir por un periodo mayor a tres meses en Bélgica es acordada al extranjero que se encuentre en Bélgica y sufra una enfermedad grave para la cual no existan cuidados o tratamiento, o este no sea el adecuado, en otro país (el suyo de origen)) generalmente como última esperanza de regulación. En la práctica estas razones médicas serán de orden muy diverso, entre ellas mujeres embarazadas, convalecientes de una operación, personas con enfermedades crónicas o en fase terminal, etc. Si en 2005 esta demanda suponía un 4% del total, en 2008 será de un 32%.(Rapport Annuel Migration 2008). En España esto no sucede entre otras cosas porque el porcentaje de concesión de asilo político ha sido siempre tan bajo que no da cabida a tales fenómenos)

² Esta correlación entre el descenso del asilo por motivos políticos y el aumento de los motivos humanitarios (relativos a la salud) no es mera coincidencia. Parecería que la última frontera, el último resquicio de legitimidad, negados los socio/políticos y económicos, sería el propio cuerpo. Dicho cuerpo no solo es permeable, sensible a las marcas y trazas del pasaje migratorio y la estancia, en ocasiones en condiciones de exclusión (pues no se le permite, desde el punto de vista legislativo (aunque el médico remita a lo contrario) trabajar), sino que también es llamado, es interpelado, por la propia necesidad narrativa y habitacional que le confiere dicho estatus, no solo a la manifestación sino también a la existencia (y evolución) de la propia enfermedad.

Por otra parte, la complejidad del fenómeno migratorio hoy en día no permite reducir las causas del mismo únicamente a lo señalado con anterioridad.

La decisión de migrar esta tan cargada de consecuencias que a menudo, los factores ligados a la situación personal del migrante contribuyen de manera decisiva al desencadenamiento del proceso migratorio.

A su vez dicha migración conlleva objetivos y efectos que no solo abarcan a la persona migrante en cuestión sino que también estarán ligados a las implicaciones con su comunidad de origen y su papel a través por ejemplo de las remesas. Esto, en el ámbito que nos ocupa, se ve reflejado en el llamado codesarrollo con las migraciones y remesas terapéuticas¹.

1.3 La recepción de flujos migratorios en Bélgica y España

La realidad española y belga en la recepción de flujos migratorios es muy diferente en la historia. Mientras en Bélgica para remontarse a los primeros migrantes contemporáneos hay que viajar a la década de los 40². En España, aparte de recepciones puntuales durante el franquismo, remite principalmente a los años 90.

¹ Este el caso, abordado por Berta Mendiguren de la Vega (2008), de la creciente hegemonía de la biomedicina a nivel mundial y en particular de su prevalencia como recurso terapéutico preferente en las zonas de migración. Esta investigación, en las regiones de fuerte migración hacia Europa de Kayes (perteneciente a la etnia Soninke), Bamako, refleja algunos de los procesos relativos a lo que se ha venido a llamar codesarrollo. Los efectos de la biomedicina en dichas sociedades, unidos a los de la migración y la necesidad frente a un inexistente sistema de protección social provocan diversas dinámicas favorecedoras de la expansión y demanda de dicha medicina llamada de "las cabezas blancas". Así frente a una imagen estereotipada de las sociedades subsaharianas, y de sus sistemas médicos, anclados en la tradición, en Mali los ciudadanos han integrado la biomedicina en sus concepciones, prácticas y, en algunos casos, en su único recurso terapéutico (desterrando progresivamente otros como los "tradicionales" y/o coránicos). De este modo los inmigrantes, además de remodelar dinámicas de estatus (en la estructura social y en la representación de la salud y praxis terapéutica) en sus países de origen y de ayudar al acceso de sus parientes a la misma medicina que ellos usan en Europa, financiarán la construcción de los centros médicos de salud en sus ciudades de procedencia.

² Si bien la migración contemporánea a Bélgica se remonta a los años 20 será en 1946 cuando comienzan a darse los movimientos migratorios más importantes. Este año Bélgica e Italia firmaron un acuerdo con el que 300.000 italianos migrarán para trabajar en las minas belgas. En 1950 Bélgica cerró las puertas a los extranjeros por petición del gobierno francés. Los franceses temían que los trabajadores de origen magrebí de Francia se fuesen a trabajar a Bélgica motivados por sus salarios más elevados. 1956 será el año de comienzo de llegada de españoles y griegos. En 1964 Bélgica firmará un nuevo acuerdo para recibir a trabajadores de origen turco y marroquí. ("Direction et ampleur des flux migratoires (origine des 10 principaux groupes de réfugiés)", Rapport "Antiracisme", 1998.)

1.3.1 El caso belga

Con respecto a la historia migratoria contemporánea belga cabe señalar que tras el cierre de fronteras de 1974, que supuso el fin de tres décadas de inmigración económica formal, la recepción de migrantes retrocedió paulatinamente hasta llegar a ser negativa en 1983.

A partir de 1985 se asiste a un fenómeno paradójico consistente en el repunte de la corriente de recepción migratoria en pleno periodo de bloqueo fronterizo, crisis económica y alta tasa de paro. Este es motivado por diversas causas entre otras la globalización¹, principalmente de 1989 en adelante, y el desarrollo de una economía paralela y un consiguiente "mercado migratorio" informal. Estas nuevas circunstancias permitirán la reelaboración de estrategias migratorias tanto individuales como colectivas, pasando a ser la reagrupación familiar uno de los nuevos, y escasos, pasajes de entrada legal de inmigrantes. Del mismo modo, las demandas de asilo político aumentan (variando de 2048 en el año 1983, a 42.691 en el 2000. (Rapport Annuel Migration 2008. "Centre pour la egalite de chance et la lute contre le racisme"), mientras que la aceptación de las mismas disminuye progresivamente hasta encontrarse en las menores cifras, de la historia belga, en la actualidad.

De esta forma, en Bélgica se asistirá al fenómeno del discurso de la *Europa fortaleza*, que comienza a manifestarse en los años 90 con más fuerza en Europa, y la aparición de medidas disuasorias y de persecución de los inmigrantes en situación irregular. Entre otras cabe destacar la aparición de los centros de internamiento, tras la ley de mayo de 1993, para los "sin papeles". La ley "Vande Lanotte" de 1996 (modificando la ley de 1980), que introduce el carácter de delito para aquellos que ayuden a las personas en situación irregular, así como la supresión a los recursos jurídicos para los demandantes de asilo (Laurence Vanpaeschen, 1999).

"La razón de estado prevalece aquí como protección de los más débiles, de los más desfavorecidos, entre los belgas. Puesto que son los CPAS (Centros Públicos de Asistencia Social), y el conjunto de nuestras estructuras de ayuda social quienes serán desequilibradas, barridas por la ola rompiente de inmigrantes que se cierne sobre Bélgica al mínimo signo de relajamiento, y las víctimas serán así primeramente los pobres que dependen de la

¹ Y los fenómenos, entre otros, de 'libre' circulación de mercancías y capitales, de aparición de los medios de información como internet y de democratización del uso de transportes, principalmente el avión, ligados a ella. Hay que señalar a su vez que esta fecha coincide con la creación del mercado común en la ya existente Comunidad Económica Europea, que pasaría a llamarse en 1992 Unión Europea, y la consolidación de un espacio de libre circulación de mercancías, servicios y personas.

ayuda social... es así a regañadientes pero con decisión que hace falta aceptar el conjunto de medidas siniestras que serán, por otra parte, una señal fuerte: Bélgica os desea el mejor de los futuros, espera que vuestros países conozcan la mejor de las recuperaciones económicas, la paz social y la libertad democrática, pero, mientras tanto, no intentéis luchar contra vuestro destino, quedaros en vuestro país y luchar en vuestro país por este futuro... y de esta forma, subsidiariamente, no soñéis sobre todo con la libertad reconocida por la carta de los derechos humanos de alojarnos donde queráis. La libre circulación solo es reconocida sin condición a las mercancías y a los capitales. Para los humanos tiene por condición su valor, y vosotros no tenéis para nosotros ningún valor.

Quizás, por cierto, tendremos nosotros necesidad nuevamente de mano de obra uno de estos días. Nosotros abriremos entonces, con cuidado, el grifo de la inmigración, pero nos pertenecerá, ahora y siempre, determinar vuestro valor en función de nuestras necesidades del momento".

(Isabelle Stengers , 2001. Traducción propia.)

Todo esto coincidirá con un clima de súbito incremento de la extrema derecha en Flandes obteniendo en 1991 el Vlaams Blok un 6,6% de los votos, y más tarde en las elecciones europeas de 1999 (su sucesor, el Vlaams Belang) el 14,8% y dos escaños en el parlamento europeo, que disparará la alarma de ciertos sectores de la sociedad¹. Con el fin de evitar el auge de la xenofobia esta situación lleva a la aparición de organismos y mecanismos institucionales, como el Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme y el Fond d'Impulsion à la Politique des Immigrés (FIPI), que consolidaron la mediación intercultural en el ámbito sanitario (ver pág. 169 y siguientes).

A partir de 1999 se asistirá a la acentuación de un doble movimiento de apertura y cierre en las fronteras belgas. Al mismo tiempo que se incrementan las medidas de persecución y disuasión² se procederá a una campaña de regularización de 42.000 personas en situación irregular entre 2000 y 2001 (ley del 22 de diciembre de 1999).

¹ En este sentido hay que destacar un fenómeno que resulta interesante. Teniendo en cuenta que el porcentaje de personas extranjeras no ha variado sustancialmente desde mediados de los 80 hasta la actualidad situándose en aproximadamente un 9% cabe preguntarse si estos procesos no responden a procesos de *racialización o alterización del conciudadano*. Así los belgas de origen autóctono (como también algunos de origen extranjero) pueden tender a percibir, movilizados por causas variadas, a sus vecinos belgas, de origen extranjero (sus padres o abuelos), como diferentes enfatizándose desvalorizadamente rasgos y características, por ejemplo del orden de lo cultural, que en otras épocas eran, sino invisibles, no motivadoras de conflicto.

² El 5 de octubre de 1999 se procedió a la repatriación de 74 personas de origen gitano y nacionalidad eslovaca lo cual supuso una condena del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo (Decreto Conka, 5 de febrero de 2002).

La connivencia de las dos dimensiones responderá fundamentalmente al doble rasero de las consecuencias 'funcionales' de las políticas de represión y control por parte del estado, y las necesidades estructurales y coyunturales del sistema de mercado de migración económica.

Este contexto coincide con el nacimiento de la puesta en escena de una aproximación comunitaria a la gestión de los flujos migratorios en Europa. Una de sus visibilizaciones más representativas es el Tratado de Ámsterdam (1 de mayo de 1999) el cual prevee " *la puesta en marcha en cinco años de un espacio común de libertad, seguridad y justicia, comprendiendo una política común de inmigración y de asilo*".

Un elemento relevante a destacar con respecto a la procedencia de las personas de origen extranjero en Bélgica es el referente al hecho de que la mayor parte de la inmigración en los últimos años proviene de países de la UE. Los 11 países de mayor procedencia son: Italia, Francia, Holanda, Marruecos, Turquía, España, Alemania, Inglaterra, Portugal, Grecia y Congo. De este modo de los 83.433 inmigrantes extranjeros registrados en 2006, 45.517, un 55%, corresponden a personas procedentes de países comunitarios. De los países de la UE 15 son un 45%. En el 2007 la cifra de comunitarios de la UE 15 llegará a un 64%¹. (Rapport Annuel Migration 2008. Centre pour la egalite de chance et la lute contre le racisme). Estas cifras, unidas a la estabilidad en un 9% de media de extranjeros en las últimas dos décadas, dan una muestra de las paradojas relativas a la aparición de discursos y dinámicas, en la línea de la *Europa fortaleza*, que presenta a los inmigrantes como una alteridad problemática, numerosamente extracomunitaria y frente a la que urgen medidas de tipo represivo/regulador.

¹ El 10% de los países comunitarios de la UE 27 son principalmente rumanos y polacos. Solo Luxemburgo y Francia tienen una presencia tan importante de extranjeros comunitarios.

1.3.2 El caso español

La historia de la recepción migratoria contemporánea española es mucho más breve en el tiempo si bien, enmarcada en el contexto de la UE, está acompañada de dinámicas parejas a las relatadas antes.

De entre las causas principales que podemos encontrar a la inmigración contemporánea en España el factor más importante estará constituido por el desarrollo económico vivido desde comienzos de los 90. En este sentido, ha sido relevante el impulso del sector agrícola, el turismo y la construcción requiriendo una mano de obra no abarcable entre los autóctonos.

Por otro lado, la proximidad con el continente africano, y el hecho de que España y Marruecos sean los países "fronterizos" que, según Íñigo More (2007), tienen una mayor diferencia en su PIB en la UE, encontrándose entre los siete mayores del mundo, será relevante en las dinámicas de inmigración. Un 18,13 % de las personas censadas en 2006 (INE) provenían de este continente (especialmente de Marruecos).

A su vez dicha proximidad influiría en el hecho de que muchas personas que llegan a España, lo harán como lugar de paso para ir a otros países de la UE como Bélgica.

Otras variables como el clima, el modo (y coste) de vida, y la cercanía lingüística/cultural influirán en la elección de España como destino migratorio para ciertos colectivos. El alto porcentaje de ingleses y alemanes en las zonas de la costa levantina y las regiones insulares, un 21,06% (2006 INE) de los extranjeros provienen de Europa Occidental, será un ejemplo de las primeras variables. En el caso de la proximidad lingüística/cultural, entre otros factores, guardará cierta relación con el 36,21% (2006 INE) de inmigrantes provenientes de Latinoamérica.

Un fenómeno singular a destacar en lo relativo a la regulación del fenómeno migratorio en España, y en otros países del sur de Europa como Italia, a diferencia de Bélgica es que la legislación migratoria aparece antes de que se le confiriese a la inmigración un carácter problemático. En 1985, cuando el número de residentes extranjeros no superaba los 250.000 y la mayoría provenían de Europa, se aprobará la primera Ley de Extranjería. Una explicación

de este hecho es que la sanción migratoria en España fué uno de los requisitos de entrada a la Unión Europea¹.

Si hay que señalar un año emblemático en la corta trayectoria de la inmigración en España este sería el 2000. Por un lado se promulga la *ley orgánica, del 11 de enero, 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* que tiene consecuencias diversas. Entre otras la regulación de ciertos derechos como por ejemplo el relativo al criterio unificado del empadronamiento para obtener la tarjeta sanitaria, independientemente de la situación jurídica/administrativa de la persona².

Sin embargo, en este sentido, no tendrá en cuenta cuestiones relativas a las problemáticas lingüísticas/culturales de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los inmigrantes. Dejando de lado medidas de primer orden como los programas de implementación de recursos de traducción/interpretación médica y, con alguna excepción a nivel regional, mediación intercultural socio/sanitaria.

Por otra parte, el año 2000 será también el de los trágicos acontecimientos xenófobos de " El Ejido" (Almería), saltando a la palestra mediática y electoral, por primera vez como sujeto estrella, la cuestión de la inmigración.

Así sucede que en España dicho fenómeno migratorio ha supuesto uno de los eventos sociales más intensos en las últimas décadas. No es de extrañar que sea protagonista de tantos relatos; en términos económicos y sociales se le debe el aumento del PIB y de las rentas por habitante, así como el efecto cohesionador social al incidir en fenómenos como el aumento de la natalidad en un país con altas tasas de envejecimiento de la población. Por otro lado, ha incidido en la diversificación lingüística, cultural y religiosa de una población hasta la década de los 90 muy 'homogénea', o de una diversidad intramuros, con relación a otros países como Bélgica.

¹ Un requisito preventivo que pretendía acabar con la falta de experiencia administrativa y la laxitud del control migratorio previo (A. López Sala, 2005:172).

² En otros niveles, como el jurídico, laboral, educativo, etc. trata de reactualizar las legislaciones obsoletas, como la ley orgánica 7/1985, a la nueva realidad de la inmigración en España equiparando derechos entre inmigrantes y autóctonos.

Por último cabe señalar, con relación al contexto español, que la reforma de la ley orgánica 4/2000 con la ley, del 22 de diciembre, 8/2000¹ tendrá como objetivo principal el control de los flujos de inmigrantes, y el establecimiento de vías de expulsión de los que se encuentran residiendo ilegalmente en España, cerrando la posibilidad que la anterior ley les ofrecía para regularizar su situación. A su vez, siguiendo la exposición de motivos de la ley 8/2000, tratará de adecuarse a las directrices europeas en materia inmigratoria, adoptadas por los estados miembros de la UE los días 16 y 17 de Octubre de 1999 en la cumbre de Tampere, para la creación de un espacio de libertad, seguridad y justicia.

En esta nueva línea se inscribirá la reforma de la ley de extranjería de noviembre del 2003, 14/2003, destacando en ella el reforzamiento de los medios sancionadores para luchar contra la inmigración ilegal, y el tráfico de personas, la habilitación del acceso a la información de las Administraciones Públicas por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con la posibilidad de acceso a la información ofrecida por el Padrón Municipal de la Dirección General de la Policía. Así como una modificación en las condiciones del derecho a la reagrupación familiar y en las posibilidades de regularización individual por la vía del arraigo².

Por otra parte cabe señalar que los movimientos, a nivel estatal y comunitario, más regresivos en materia de políticas de inmigración no solo han provenido de gobiernos o grupos conservadores. Un ejemplo de ello es la directiva europea, ratificada³ el 18 de junio del 2008,

¹ Una de las causas que influyeron en el giro regresivo de dicha reforma, y su carácter punitivo, fue la mayoría absoluta obtenida en las cortes por el Partido Popular tras las elecciones estatales de marzo del 2000 y su incidencia en el predominio de un discurso basado en el control. En esta línea, en la actualidad, un elemento con un fuerte carácter simbólico en el giro de la relevancia que cobrará la cuestión de la inmigración como arma electoral será que a principios del 2008, cuando se declara oficialmente una importante crisis financiera en Europa y EE. UU., el principal partido de la oposición en España decida incorporar en su discurso un "nuevo" criterio de actuación electoral. Este consistirá en, emulando a las posiciones más conservadoras de Europa, abordar la cuestión de la inmigración como un problema frente al cual haya que tomar medidas como la firma y cumplimientos "de contratos de integración" por parte de los inmigrantes, so pena de ser expulsados. Una postura innovadora que en el plano simbólico, más allá de oportunismos electorales, es el reflejo de todo un proceso que trata de instaurar, o visibilizar, un punto de inflexión en un trayecto de poco más de 15 años.

² Es una ley de carácter regresivo/regulador que recortará los derechos de los inmigrantes establecidos ilegalmente en España, y que impide casi por completo la posible regularización de los que no han tenido medios para llegar a España regularmente, y han entrado sin haber conseguido previamente el permiso de trabajo necesario.

³ Por una diversidad de eurodiputados provinientes tanto del ala conservadora, como de la liberal y socialista.

conocida coloquialmente por la *directiva de la verguenza*. Dicha directiva tratará de instaurarse como la materialización de una política migratoria común en la UE.

Entre otras algunas de sus características más "encomiables" serán la posibilidad de detener a la persona en situación irregular, que no coopere para su retorno forzado, en centros de internamiento durante 18 meses. La posibilidad de ser encerrados en módulos especiales de cárceles si no hay sitio en los centros de internamiento. Así como poder expulsar a la persona a países de tránsito, aunque no tengan relación alguna con el mismo. A su vez esta directiva incluirá la posibilidad de aplicar estas medidas a los menores no acompañados en situación irregular.

En resumen, dos circunstancias han condicionado fuertemente la respuesta del estado español ante el fenómeno migratorio. La primera es la ausencia de mecanismos institucionales y la inexperiencia administrativa en cuanto a la planificación, regulación y gestión interna de la migración¹ (A. López Sala, 2005:172). La segunda ha residido en el hecho de que su consolidación como estado receptor de migración a coincido con su integración en la Unión Europea, lo que ha provocado que el diseño de las políticas nacionales dependiera significativamente de las iniciativas adoptadas en Europa (Tamayo y Delgado, 1998).

1.4 Las políticas migratorias y sus modelos en Bélgica y España.

Sin intención de detenerme en exceso en la teoría de los modelos de las políticas migratorias explico a continuación como están estos presentes en los países, y regiones, en los que se desarrollan las praxis que nos ocupan. Esto permite no tanto explicar estas prácticas interculturales, que pueden muy a menudo ser autónomas de las macropolíticas, sino contextualizarlas y entender en el interior, o junto a, que modelo de política migratoria se han desarrollado.

¹ Dando lugar, lo inexperado del cambio y la rapidez de las transformaciones, a que la política se haya construido, en la mayoría de los casos, precipitadamente ante las exigencias de la nueva realidad social.

Modelos de gestión de la diversidad sociocultural

Modelo de exclusión	Segregación y exclusión diferencial (Stephens Castles)
Modelos de inclusión	<p><i>Modelos no pluralistas (monoculturales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asimilación: Bélgica (Valonia), Francia - Melting Po - Integración; Bélgica (Flandes), Inglaterra <p><i>Modelos pluralistas (pluriculturales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiculturalismo: Australia, Canada - Interculturalismo; Quebec.

NT: Elaborado a partir de A. López Sala (2005:90)

Cabe destacar que hoy en día las sociedades occidentales son multiculturales y esto es un proceso histórico irreversible. Si bien el multiculturalismo, más allá de un juicio de hecho es también un juicio de valor y se refiere a un modelo de sociedad donde la relación entre todas las culturas existentes es de igualdad. Y donde todas ellas tienen un mismo reconocimiento en la esfera pública (Zapata-Barrero 2004:75).

Se pasaría así de un modelo de gestión socio/político no pluralista (monocultural) como es el caso del asimilacionismo y el llamado melting pot, al modelo pluralista del multiculturalismo. En este el esquema de relaciones interétnicas apoyan la igualdad social y la igualdad de oportunidades a la par que el derecho a la diferencia. Al mismo tiempo que el Estado promueve las culturas originarias de las minorías (A. López Sala, 2005:90).

En el caso de Bélgica, influido culturalmente por Holanda y Francia, se dan unas características distintivas en la región flamenca y francófona valona. Esto guarda relación con sus diversas concepciones del acceso a la ciudadanía, desde un modelo republicano de tipo político (como el francés) a otro imperial de tipo étnico/cultural (como el holandés), así como del tipo de nacionalismo predominante.

Como se puede observar en el gráfico anterior en Bélgica se da una mezcla de dos modelos de inclusión. Por un lado está el modelo de integración sociocultural típicamente flamenco, y de inspiración holandesa. Y por otro el modelo universalista, de tipo asimilacionista, de la región valona influido por la tradición francesa. En la región plurilingüista de Bruselas se da una mezcla de ambos.

El modelo de integración flamenco está influido notablemente por la concepción étnica/cultural del nacionalismo en la región de Flandes, donde el concepto de ciudadanía se articula entorno a la pertenencia étnica/cultural y a la ascendencia (Zapata-Barrero, 2004). Un ejemplo de esta política son las clases de integración socio/cultural obligatorias para las personas de origen extranjero en las que deben aprender el idioma (flamenco) y los valores y particularidades del país¹. O el mayor énfasis al apoyo de asociaciones, con criterio de pertenencia cultural diferenciada, de inmigrantes que en la región francófona.

El modelo universalista, de tipo republicano, valón en la región francófona está más vinculado a la "aceptación" de la alteridad que representa la persona alóctona a cambio de que esta acepte compartir el proyecto común político institucionalizado. Se hace más énfasis en una integración, por medio de una asimilación cultural, de tipo socio/económica que en la región de Flandes donde predomina la diferencia, e integración, étnica/cultural.

Como apuntaba antes esto no es explicativo de por qué han surgido las prácticas interculturales sanitarias analizadas en Bélgica. Sin embargo, en todos los casos, sí ofrece un elemento de contexto. Más aun en el particular, como veremos más adelante en el capítulo VII dedicado a la mediación intercultural sanitaria en Bélgica, escenario del surgimiento de esta práctica impulsada primeramente por el estado flamenco en sus hospitales (para luego extenderse a los francófonos).

En el caso español no se da actualmente un modelo definido, al igual que ocurre en otros estados de la Europa meridional. Como se ha señalado anteriormente en el caso español no ha existido una línea directiva de las políticas migratorias sino que se han ido buscando alternativas y posiciones sobre la marcha sin dar, en muchas ocasiones, respuesta a las problemáticas de exclusión social con las que se encuentran actualmente las personas

¹ En el caso de no acudir a dichas clases se imponen sanciones como deber pagar el curso, en principio gratuito, o la posibilidad de ser negada la solicitud a, por ejemplo, un piso de protección oficial.

inmigrantes. En este sentido la opinión pública, hasta la actualidad, no ha jugado un papel relevante con respecto al debate de los modelos políticos a seguir (ya que no era una cuestión "problemática" o problematizada). Si ha sido relevante el papel de la sociedad civil, asociaciones y organizaciones diversas, en la cuestión migratoria debido a su carácter subsidiario. Por el momento la agenda predominante en España es la de las políticas universalistas o generalistas considerando al colectivo inmigrante un grupo más receptor de las actuaciones asistenciales en, por ejemplo, sanidad o educación (A. López Sala, 2005:174).

En lo que se refiere a la investigación que nos ocupa las prácticas interculturales analizadas se articulan en algunos de estos modelos desde la relación que guardan en la lucha contra la exclusión a los medios sanitarios, por razones socio/económicas, de las personas de origen extranjero. Pero también en lo relativo a una asimilación a una cultura biomédica etnocéntrica que resulta inoperante en lo que se refiere a la universalidad de facto al acceso y disfrute igualitario de estas personas a los cuidados de salud.

La interculturalidad inserta a la red de cuidados sanitarios normalizados se revela como una apuesta, de los individuos o instituciones que la promueven, en la concepción dinámica de las identidades culturales. Así como en la promoción de un intercambio igualitario de modelos explicativos y artes médico/terapéuticos entre los itinerarios socio/culturales diversos de pacientes y personal sanitario. Desde el medio asociativo participa nuevamente en la propuesta y vindicación de una práctica efectiva, inclusiva y horizontal que no solo respete las identidades socio/culturales sino que promueva sus "saberes minoritarios", y las dinámicas de intercambio con los "saberes hegemónicos", tanto en el ámbito público de cuidados sanitarios como en el comunitario asociativo.

A decir de diversos autores, entre otros Kymlicka (1995), las políticas migratorias multiculturales se han mostrado como las más eficaces para conseguir la integración de los extranjeros en la sociedad de acogida así como en la gestión de la diversidad cultural. En este sentido la interculturalidad no solo factual, en prácticas aisladas, sino también normativa sería un paso más respecto a las políticas multiculturales considerando la cultura como un concepto dinámico. Y poniendo el acento en la necesidad de una coconstrucción socio/cultural, democrática, basada en el mestizaje de las particularidades compartidas y específicas de los diversos actores e itinerarios biográficos.

2. Dos modelos sanitarios con implicaciones en la universalidad del acceso diferenciadas: el sistema de salud belga y el español.

Con el fin de obtener una panorámica lo más contextualizada posible, con respecto a ambos sistemas sanitarios, e ir aproximando el objetivo de la cámara de lo general a lo concreto comienzo, a continuación, haciendo una breve descripción de algunas de las características de los tipos de estados de bienestar existentes (en los países occidentales), siguiendo a Esping Andersen (1990).

2. 1 Reseña a los modelos de estado de bienestar existentes en occidente

Para abordar los modelos de bienestar existentes en occidente utilizaré la tipología de Esping Andersen (1990), quien clasifica tres tipos diferenciados:

a / *Un modelo asistencial*: Este será el modelo del estado de bienestar típicamente liberal. En el la asistencia está fundada en la evaluación de las necesidades y la protección pública es residual. (Un ejemplo prototípico es EE. UU. y el grupo de países anglosajones fundados históricamente sobre un régimen Beveridgiano). El estado no se ocupa más que de una mínima seguridad asistencial.

b / *Un modelo universalista*: Es el estado de bienestar social/demócrata. En estos países, la finalidad a esperar es la instauración de un estado de bienestar que apoye una igualdad de los más altos estándares y no una igualdad de necesidades mínimas. Esto implica en principio que los servicios y las indemnizaciones sean elevadas a niveles proporcionales y que los trabajadores están asegurados de gozar de los mismos derechos de los que se benefician las personas pudientes. Impuestos altos para un alto coste. Todas las clases son incorporadas en un sistema universal de seguridad social¹. Pocos países funcionan sobre este modelo, los países escandinavos son los representantes.

c / *Un modelo de mutualidades*: Este modelo es el de los Estados del bienestar conservadores y fuertemente corporativistas. Se suele dar en los países de la Europa continental de fuerte

¹ El estado aplica una política de “desfamiliarización” la cual permite a hombres y mujeres optar por dedicarse a la educación de los niños o trabajar en el mercado laboral.

tradición y presencia católica. La obsesión liberal de la regulación por el mercado no es nunca preeminente. Se caracteriza a su vez por un mantenimiento de diferencias de estatus. Existen derechos ligados a la clase y al estatus. Ejemplos del mismo serían Bélgica y Francia.

Existen otros modelos que podrían considerarse mixtos. Países cuyos sistemas de bienestar son una mezcla de unos y otros elementos. Este es el caso de España ya que incorpora tanto características de inspiración Beveridgiana, como otras pertenecientes al modelo de mutualidades o al universalista social/demócrata.

Cabe decir que la tipología de dicho autor, aunque pienso que válida para el análisis, ha sido criticada por algunos investigadores principalmente por su aspecto no dinámico (que no tiene en cuenta cambios como los acaecidos después de los años 80), y por su tendencia simplificadora (reuniendo países en un mismo grupo que presentan grandes disparidades).

Por otro parte creo que, para este tipo de análisis, además del nivel legislativo hay que tener en cuenta como dicha legislación se pone o no en práctica. Así por ejemplo el modelo mutualista en la práctica pone trabas o da pie a dinámicas permisivas que pueden no desprenderse de la propia regulación sino de una praxis con una cierta autonomía con respecto a esta¹.

En el cuadro de este análisis se puede desprender una voluntad del estado de proteger correctamente a los que son «estables» y tienen un empleo. Esta protección es más frágil cuando se trata de abarcar a personas que poseen un vínculo más tenue con el mercado de trabajo. Esping Andersen llama a esto la “desmercantilización”: en el modelo liberal con un índice débil y en los estados social/demócratas con uno muy elevado.

¹ Este es el caso de Bélgica donde en teoría, se permite el acceso a los cuidados de salud a toda la población, por medio de los (CPAS) Centros Públicos de Asistencia Social y la Ayuda Médica Urgente (AMU), pero en la práctica solo lo hace un número reducido de personas en situaciones de exclusión social (tal y como demuestra, entre otros, el estudio europeo de Médicos del Mundo (2007)). Es interesante, en este sentido, considerar la articulación informal de prácticas que traten de reequilibrar las brechas en el acceso igualitario como por ejemplo las de ciertos hospitales de Bruselas (esto también sucede en España pero a una escala menor) como Saint Pierre en los cuales, a las personas en situación irregular y sin cartilla sanitaria, no se les requiere ningún tipo de documentación ni cotización económica para ser atendidos (no obstante estas prácticas son marginales y no se pueden generalizar al conjunto del sistema sanitario).

Esta política bicéfala tiene tendencia en los Estados continentales (los cuales funcionan en gran medida sobre el modelo corporativista) a crear un abismo entre los “insiders” que están bien insertados en el mercado de trabajo y los “outsiders” que se encuentran en una situación más precaria. El caso de Bélgica es denotativo de esta relación mediada por la inserción al mercado de trabajo y la disponibilidad económica para un mayor o menor disfrute de ciertos servicios condicionados por el sistema de mutualidades.

2. 2 El sistema de salud belga y la universalización al acceso a sus servicios sanitarios.

El cambio paradigmático de la concepción de la asistencia y del enfermo que tenía el cristianismo, de carácter benéfico, a la laica y dirigida por el Estado de las sociedades contemporáneas occidentales culminó, tras varios siglos de proceso, en el S. XIX. De entre los factores que influyeron en dicho cambio cabe destacar, como principal, la entrada en escena del mercantilismo y los criterios y necesidades de productividad vinculados a la población y a su salud

Sin embargo, en la sociedad burguesa del S. XIX se mantuvo la diversificación de la asistencia médica, que se había dado a lo largo de cuatro siglos¹. (José María López Piñero. 2005:173)

Si bien el sistema mutualista, al que pertenecerá Bélgica, es reconocido jurídicamente en 1851 habrá que esperar a 1903 para que nazca la primera legislación obligatoria dedicada a los accidentes de trabajo.

No obstante, será al final de la segunda guerra mundial cuando el anteproyecto de ley del 28 de diciembre de 1944 instituirá un régimen de seguro² aplicado a los trabajadores asalariados. A partir de este momento el sistema se extiende al resto de la población, pero solo para los grandes riesgos.

¹ Las clases altas, con la desaparición gradual de los médicos de cámara, pasarán a ser atendidas en las consultas privadas de los médicos celebres. Las clases medias serán asistidas por los médicos de familia a domicilio. Mientras que los pobres acudían a servicios de los hospitales benéficos (que a menudo eran dirigidos, por la mañana, por aquellos médicos celebres, que en horario de tarde, atendían en sus consultas a los enfermos ricos).

² El financiamiento previsto será triple: asalariados, empresarios y el estado. Cabe decir que la estructura mutualista estará incluida en la gestión del seguro.

Con la llegada de la tercera revisión constitucional (1968/1971) tres comunidades culturales son fundadas en Bélgica con ciertos poderes que atañen, entre otras cosas, a la gestión de parte de su sistema sanitario. Se trata de la comunidad de lengua francesa, la de lengua flamenca y la de lengua alemana.

En la actualidad el sistema de salud belga ha estado confrontado, como la mayor parte de sus compañeros europeos, a un fuerte crecimiento de sus gastos de salud. En su caso parece que los medios que le son atribuidos son insuficientes y que la racionalización del sistema está mediada por su compleja estructura administrativa y política.

Se puede considerar la mitad de la década de los noventa como un momento de cierta inflexión en cuanto a algunas orientaciones de las políticas de salud pública en Bélgica.

En este sentido, desde finales de 1995, se ha comenzado a dar una política de modernización de la Seguridad Social. Sin embargo, dicha modernización ha sido ambivalente ya que por una parte el gobierno ha parado, en 1996, un cierto número de orientaciones concernientes al gasto público. Y por otra algunas medidas de dicha modernización han sido dirigidas sobre todo hacia los grupos sociales vulnerables.

Es así que a la luz de las inequidades de acceso y disfrute a los medios sanitarios de ciertas franjas de la población, como las personas en situación irregular en los años 80 y principios de los 90, se materializaron algunas iniciativas que vieron su culmen en la emblemática aparición de la Ayuda Médica Urgente (AMU) en 1996¹. Dicha ayuda tendrá como uno de sus puntos relevantes el hecho de incluir los cuidados de tipo preventivo, dentro del cuadro de la urgencia, para dichas personas que se encuentran en situación irregular².

¹ La AMU (Ayuda Médica Urgente) tiene su origen en la ley orgánica del CPAS de 1976. Al principio ella no permitía el acceso a los cuidados de salud para los sin papeles más que en los casos de urgencia a título curativo. Con la orden real de 1996 esto se concreta en algunos puntos y cambia introduciéndose, entre otras cosas, también los cuidados de tipo preventivo para esta franja de población (con el fin de evitar todo riesgo para la salud que pueda poner en peligro a la persona o a su entorno) (12 Decembre 1996. "Arrêté royal relatif à aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume". Medimmigrant.).

² Ha habido que esperar al 2 de Junio del 2006 para que la ley del Centre Publique de Assistance Sociale fuese adaptada pasando a considerarse las casas de cuidados psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos como establecimientos sanitarios, lo cual los hace accesibles para las personas demandantes de asilo y las que se encuentran en una situación de estancia "irregular" (Mighealthnet, 2008).

De esta manera, con la aparición de la Ayuda Médica Urgente, la prestación sanitaria que venían ofreciendo los Centros Públicos de Asistencia Social a las personas en situación regular, que no tienen los ingresos suficientes y pertenecen a ciertas "categorías"¹, estará disponible, bajo las condiciones de urgencia médica dispuestas por la misma, para aquellas que se encuentran en situación irregular y demuestren que carecen de recursos económicos.

2.2.1 Algunas de las problemáticas que presenta la Ayuda Médica Urgente (AMU)

Múltiples son las voces, desde diversos ámbitos como los sanitarios o los asociativos y académicos, que denuncian las problemáticas que presenta la Ayuda Médica Urgente (AMU) cuando se pretende aplicar a los demandantes. Las principales críticas guardan relación tanto con el carácter de dicha ayuda, que da lugar a ambigüedades como por ejemplo qué se puede considerar como urgencia, así como también en lo que se refiere a las dificultades burocráticas/administrativas en su implementación.

"La AMU es otorgada por un Centro Público de Asistencia Social (CPAS). Será con total autonomía que el CPAS evaluará el estado de necesidad en el que se encuentra el paciente y los criterios a aplicar para esta evaluación. Esto tiene como consecuencias que cada uno actúa de forma diferente y con criterios subjetivos; como por ejemplo basarse en el hecho de que el demandante tenga televisión o no, o bien que viva en un cuchitril o en una vivienda salubre para la concesión de la cobertura médica".

(Medinmigrant. 2007. Traducción propia.)

En este sentido, la incoherencia de las prácticas de los CPAS y la pesadez administrativa de los trámites², tanto para el paciente como para los médicos hace que estos últimos, con el fin de ganar tiempo, prefieran dar una consulta gratuita o bien simplemente renunciar a examinar al paciente.

¹ El sistema sanitario belga es bastante intrincado. Existen categorías como por ejemplo las personas en paro mayores de 50 años, las viudas, huérfanos o personas con discapacidades (VIPO), las que reciben una ayuda de integración social, etc. que pueden beneficiarse de una reducción máxima en el sistema de copago. Esto es un descuento mayor al habitual en, por ejemplo, el pago de medicamentos o los gastos de hospitalización. Por otro lado, el sistema de mutualidades, y la cohabitación con el modelo liberal, permite una gama de servicios, y de elección de médicos, algunos de los cuales cobran de forma diferente según, por ejemplo, la franja horaria en la que se encuentren, incrustados en las estructuras de cuidados públicos y accesibles para quien pueda costearse los de forma suplementaria

² La ordenanza real de 1996 que insta la AMU no precisa la forma en la que los CPAS (Centro Público de Asistencia Social) deben organizarse. Todo esto conduce a interpretaciones variables en función de los CPAS pero también del personal en el seno de un mismo CPAS, lo que no facilita las cosas para los dispensadores de cuidados, confrontados a tantas lógicas diferentes como CPAS existen.

" En la zona en la que yo trabajo, en Lieja, yo recibo casi todos los días al menos un paciente sin papeles que necesitaba una consulta. Y más en invierno. Al principio he utilizado el proceso para recuperar el dinero de la consulta, pero he visto rápidamente que la operación tomaba más tiempo que lo que valía y finalmente he dado consultas gratuitas. Es un verdadero rompecabezas. Yo sé que muchos de mis colegas se encuentran en la misma situación, y encuentro inaceptable que los fallos del sistema sean un fardo para los médicos" (Testimonio del doctor Olivier Fenichiu (Médicos sin Fronteras, 2004:10¹. Traducción propia).

Si bien es posible recurrir al dispositivo de la Ayuda Médica Urgente (AMU)¹ en el cuadro de los cuidados preventivos las barreras administrativas del sistema conducen a menudo a los pacientes a retrasar una visita al médico hasta que la gravedad o las complicaciones les obligan a ir, lo que conlleva con frecuencia tener que acudir a las urgencias de un hospital en el que el coste (personal (psicológico/físico), social y económico) de la cura de una patología con complicaciones será más elevado que si hubiese sido tratado con antelación.

2.3 El sistema de salud español: un acceso garantista.

En la Europa industrializada y burguesa del siglo XIX se dieron condiciones que transformaron radicalmente el carácter de la asistencia sanitaria, abriéndose entre el ejercicio liberal de la profesión médica, para aquellos que podían pagarlo, y la asistencia benéfica para los pobres una tercera fórmula cuyos destinatarios eran los obreros industriales de las ciudades.

Esta, sobre la base de seguros voluntarios en asociaciones, se comenzó a dar en Inglaterra a mediados del S. XVIII. En el caso de España habría que esperar hasta la mitad del S. XIX para que comenzaran a aparecer las llamadas sociedades de socorros mutuos².

¹ En el caso de los demandantes de la AMU sus costes serán reembolsados al médico por el CPAS (quien a su vez recibirá la financiación de la ayuda del Ministerio de la Integración Social).

² Por aquel entonces la actitud de los médicos españoles ante el desarrollo de estas asociaciones no fue de apertura. En contraste con el poco desarrollo de dichas asociaciones en España por aquella época comenzó a instalarse en Europa occidental con solidez el llamado modelo bismarckiano. (José María López Piñero. 2005:177).

La larga trayectoria en la instauración del Estado de Bienestar en España durante el siglo XX ha reflejado las profundas tensiones y fracturas políticas vividas en su historia contemporánea.

Como fecha históricamente destacable cabe mencionar que durante el periodo de la II República, en 1932, se crearía el seguro de accidentes de trabajo. A su vez en este mismo año, el gobierno instó al Instituto Nacional de Previsión a que realizara un estudio para crear los seguros de invalidez, enfermedad y muerte, y unificarlos con los seguros de vejez, retiro obrero y maternidad ya existentes. El proyecto de Ley estaba ya listo en 1936 cuando el golpe de estado del General Franco hizo inviable su aplicación.

El Estado de Bienestar español tuvo, pues, unos inicios bien distintos de los de otros modelos europeos. La debilidad de las clases medias, la división del movimiento obrero y las luchas entre religiosos y anticlericales por un lado, y entre nacionalismos "periféricos" y estado central por el otro, abortaron la frágil alianza entre clases medias urbanas, obreros y jornaleros del campo (Moreno y Sarasa, 1993).

Con algunos tímidos cambios a partir de la apertura económica de 1959 y en la decadencia del régimen en los años 70¹ se puede decir, en suma, que el franquismo legó un sistema de bienestar raquítrico e inspirado en principios corporativistas conservadores. Entre sus principales características se encontraba el ser clientelista por naturaleza y subsidiario en parte de la iniciativa privada y de la familia. (Moreno. 2007)

La Constitución Española, tras ser aprobada por las cortes el 31-X-78 hará de la **salud y de la sanidad** derechos de ciudadanía, es decir, derechos para todos².

Sin embargo, habría que esperar hasta finales de los años 80 para, tras entrar en vigor la **Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad**, ver finalmente materializada la

¹ Cabe comentar la ausencia de política de estado para los cuidados de tipo psiquiátrico en España, hasta la llegada de la desigual Reforma Psiquiátrica en los años 80. Una de sus consecuencias, entre otras, es la magra dotación de recursos e infraestructuras de la atención primaria en salud mental, existente aún en la actualidad, siendo muy a menudo casi imposible acceder a este servicio. Esto tiene una repercusión importante en cuanto a la contradicción que supone con el espíritu de Alma Ata y la relevancia de los cuidados de tipo ambulatorio y preventivo.

² El artículo 43 perteneciente al capítulo III, referido a los principios rectores de la política social y la económica, dirá que " Se reconoce el derecho a la protección de la salud". Así como que "Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

universalización del acceso a los servicios sanitarios¹. Esto coincidiría, a su vez, con la universalización de otros derechos fundamentales como la educación básica, obligatoria y gratuita.

“Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.”

(Ley 14/1986, de 25 de Abril, general de sanidad. Exposición de motivos)

El Servicio Nacional de salud español actual está fundamentado en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos².

En lo que se refiere a los residentes en España de origen extranjero podrán gozar de dicho acceso de manera gratuita y universal de igual manera que los españoles. Dicho acceso estará basado en la cotización a la seguridad social a través de su contrato laboral y salario (pagando una parte el trabajador y otra el empleador) sin necesidad de un pago suplementario, incluyendo a su cónyuge e hijos.

En el caso de no poseer un salario y contrato laboral con el que cotizar se extenderá la modalidad llamada cartilla sanitaria de beneficencia que contará con la misma cobertura y servicios que la estándar³. Para acceder a ella cada comunidad autónoma aplica una serie de

¹ Habrá que esperar no obstante al Real Decreto 1088/1989 para ver materializada la extensión de la cobertura de la seguridad social a aquellas personas sin recursos económicos suficientes. Con anterioridad a dicho decreto la administración pública proporcionaba una cobertura de cuidados de salud a las personas excluidas del Sistema Nacional de Salud, enmarcada en el sistema de beneficencia.

² Es de destacar que el carácter descentralizado de la sanidad pública en España y la transferencia de la financiación de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas ha dado lugar a un mosaico, a menudo poco homogéneo, con relación a la existencia de desigualdades territoriales en la oferta de servicios sanitarios, así como en el acceso a los mismos. (B. López Valcárcel. 2004).

³ Solo será de beneficencia a título administrativo siendo su formato el de la tarjeta sanitaria de tipo normal. Existe por otro lado una franja muy pequeña de la población que por sus características se encuentra en un espacio fronterizo sin poder acceder a la cartilla sanitaria. Son las personas que no cotizan a la seguridad social, por diversas razones, pero que a su vez disponen de algunos recursos económicos (reflejados en su declaración

requisitos. Si bien el único requisito que tiene un carácter general es estar inscrito en el padrón¹.

En este sentido, el cambio en la accesibilidad a la cartilla sanitaria con independencia de la situación administrativa de la persona tendrá su punto de inflexión en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, (en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, del 22 de diciembre, así como por la Ley Orgánica 11/2003, del 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, del 20 de noviembre), el cual señalará principalmente que los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles².

De esta manera, el criterio unificador para la asistencia igualitaria a los medios sanitarios de todas las personas, sean extranjeros o no, residentes en España que no posean los suficientes recursos económicos, para poder costearla, será la inscripción al padrón³.

2.3.1 Controversias en la aplicación del requisito de empadronamiento en las diferentes Comunidades Autónomas.

En este sentido, cabe señalar la disparidad de la aplicación del requisito, en las diferentes Comunidades Autónomas, de estar empadronado por igual. Sucede que de la misma manera, como se mencionó antes, que existen diferencias entre unas comunidades y otras con respecto a la oferta de servicios sanitarios o al acceso a los mismos, en algunos casos las leyes, y

de la renta). En su caso se les negará el acceso a la cartilla sanitaria de beneficencia al considerarse que pueden pagarse una sanidad de tipo privado.

¹ Para los menores de edad y las mujeres embarazadas, así como en los casos de urgencia, el acceso al sistema sanitario no cuenta con limitación alguna.

² La Ley de extranjería, vigente en la actualidad, establece un supuesto en el que independientemente de la situación en la que se encuentren las personas inmigrantes, estén o no empadronados, su situación sea regular o irregular, etc., disponen del derecho al acceso a la ayuda médica de urgencia. Este concepto de asistencia sanitaria urgente, que incluiría a los inmigrantes en situación irregular no empadronados, consiste en la necesidad de recibir asistencia en los casos de enfermedad en fase aguda o accidente que no admite demora y que finaliza cuando se ha resuelto el problema de salud.

³ Los requisitos consisten en una declaración de hacienda que atestigüe dicha ausencia de recursos económicos y el empadronamiento.

prácticas, de las mismas superan al propio marco y modelo normativo estatal. Por ejemplo esto será así en la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, de la Comunidad Foral de Navarra¹ que establece en su artículo primero:

"La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extiende a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes en cualquiera de los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa".

(Fuente: (www.todalaley.com))

Por otro lado además de la propia legislación estatal y su no unificada interpretación en las Comunidades Autónomas existen diferentes niveles de aplicación y práctica. Estos se pueden observar en las actuaciones de ciertas comunidades autónomas frente a la propia obligatoriedad del empadronamiento para la obtención de una cartilla sanitaria, y las contradicciones que el mismo, y las condiciones en las que se desarrolla, representan para ciertos colectivos como el de los inmigrantes en situación irregular. Este es el caso de Andalucía, Navarra y Valencia donde no se exigirá el empadronamiento como condición a la obtención de la misma.

"Eso (el empadronamiento) finalmente lo que persigue es que no tengan asistencia sanitaria pública...el tema del padrón es muy importante. Por ejemplo en Andalucía simplemente consiste en que cualquier inmigrante asista a una institución, una ONG, un sindicato, y aunque no tenga DNI... ya le emiten la tarjeta sanitaria para el sistema sanitario público. Osea que el desarrollo de estas cuestiones es diferente en cada comunidad..."

(Entrevista Médicos del Mundo (Documentos técnicos de salud pública. 2004:43))

Es así que la incorporación del criterio, en la ley 4/2000, que obliga a estar empadronado para la obtención de la cartilla sanitaria no está exento de problemáticas. Estas guardan relación tanto con implicaciones derivadas de la posibilidad de acceso al padrón, a la luz de

¹ De la misma forma ocurre en los casos, por ejemplo, del País Vasco y Valencia adecuándose a una interpretación más ajustada de la ley 4/2000 en el caso de las personas que no están empadronadas. En este particular precisan, como por ejemplo en Valencia, los límites de la asistencia sanitaria y de la obtención de la tarjeta, y sus criterios y condiciones, con relación a dicha ley estatal.

ley de Extranjería de diciembre del 2003, de la policía, como con los requisitos, y dificultades, intrínsecas a la inscripción al mismo en cada comunidad¹.

Hasta la entrada en vigor de la ley de Extranjería de diciembre del 2003 los ayuntamientos solo estaban obligados a proporcionar información confidencial del padrón sobre cualquier ciudadano cuando existiesen razones para relacionar a la persona con algún delito. El hecho de que tras esta ley la policía tenga el permiso de acceder al censo municipal y de que estar inscrito en el mismo sea, en algunas comunidades autónomas como Madrid, un requisito para la posesión de una cartilla sanitaria presenta algunas incompatibilidades².

En este sentido, una de las razones principales por las que las personas inmigrantes en situación irregular no realizan los trámites necesarios para la obtención de la tarjeta sanitaria es el miedo a ser expulsados. Son diversos los factores que inciden en el miedo de estas personas a dar sus datos a los organismos oficiales, sin duda uno de los más relevantes es no saber a donde irán a parar los mismos (Documentos técnicos de salud pública. 2004).

¹ "Las trabas que algunos gobiernos regionales ponen al trámite del empadronamiento de los inmigrantes irregulares dificulta el acceso de esta población a la asistencia sanitaria... Andalucía ha quitado las trabas y los emigrantes tienen acceso a una tarjeta sanitaria estén o no empadronados, es decir, que se ha dado prioridad a la salud. Sin embargo, en la Comunidad de Madrid están poniendo serias trabas al empadronamiento... Es difícil para un emigrante sin domicilio empadronarse, porque no tiene recibo de la luz, no tiene un contrato de alquiler y además la policía, desde 2003, tiene acceso a los padrones y, por lo tanto, la gente tiene miedo. Pero sí además, como en la Comunidad de Madrid, pides un informe social como requisito, todavía vas complicando más la cosa..." (Teresa González, presidenta de Médicos del Mundo España, entrevista aparecida en Madriddiario.es (n.º 3124), 2007).

² Entre otras con respecto al cumplimiento del punto 2 del artículo número 13 de la Carta Social Europea, que dirá que " *Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica las partes contratantes se comprometen a velar por que las personas que se benefician de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales*".

Capítulo V:

Factores que inciden en el acceso o exclusión a los cuidados de salud

1. La exclusión a los cuidados institucionales de salud entendida como exclusión social.

Actualmente los estudios científicos en la materia (como el "Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular" 2007, de Médicos del Mundo) demuestran que la desigualdad en este terreno es un problema persistente todavía que toca principalmente a las poblaciones vulnerables tales como los extranjeros en situación irregular o clandestina, las personas mayores, los parados o los trabajadores en empleos precarios.

Además, en el caso de los estados de bienestar con sistema de mutualidades, como el de Bélgica, esta desigualdad está también reforzada por el sistema de mutualidades complementarias que permite, a los que tienen los medios de suscribirse, hacerse cargo por su aseguradora complementaria. Lo cual genera una diferencia añadida en cuanto al tipo, y servicios, de cobertura sanitaria pública que dependerá directamente del nivel adquisitivo de la persona.

Para tener una visión holística de los factores excluyentes a un disfrute a la salud es necesario alzar la vista más allá del ámbito concerniente al acceso o uso de los cuidados de salud. De este modo podemos encontrar factores causales relativos al desigual disfrute de la salud como son:

- El paro: que produce entre otras cosas ansiedad y depresión.
- Las condiciones de trabajo: Por ejemplo la esperanza de vida de un peón de obra es menor que la de un cuadro superior o un profesor.
- La situación jurídica/administrativa de la persona: Como se ha comentado anteriormente el hecho de ser inmigrante en situación irregular puede ser un agente causante, junto con las

circunstancias (por ejemplo laborales y de alojamiento) ligadas a tal estatus, de trastornos de estrés reactivos tales como la ansiedad y la depresión (Achoategui, 2004).

- Factores económicos: la relación entre un deterioro de la salud y la falta de medios económicos sucede en casos diversos como por ejemplo el, observado personalmente, de las personas que acuden a las consultas de psicología de Médicos sin Fronteras en Bruselas porque sufren angustia y ansiedad a consecuencia del hambre. O el relatado por una psiquiatra española en el caso de pacientes cuya causa de malestar, y sintomatologías derivadas del mismo, eran debidas fundamentalmente a la ausencia de alojamiento.

De esta forma, según Margaret Whitehead (Margaret Whitehead, Townsend, P. y Davidson N. 1992. Timothy, E. Whitehead y cols. 2001.), la salud se derivaría no solo del acceso a los medios sanitarios, o de características del orden biológico, sino también de factores vinculados a la posición social. Estos estarán distribuidos desigualmente y se encontrarían variables que van desde los recursos económicos, la situación en el mercado laboral, el medio físico y social, o, como veremos en esta investigación, la situación jurídica/administrativa de la persona.

De esta manera, tal y como muestran diversos estudios, las condiciones materiales de existencia, y la posición socio/estructural que ocupan los sujetos incidirían en la morbilidad y la mortalidad mostrando una relación constante entre salud y posición social (Nettleton, 1995).

Sucede así que aun conociéndose los factores causales de dicha desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y disfrute de la salud las decisiones y políticas públicas implementadas en el sistema sanitario para reducirlas por lo general se suelen concentrar en el nivel curativo.

Esto es debido a que los cuidados en la salud han sido considerados siempre como un determinante esencial en materia de reducción de las desigualdades de la salud y acaban priorizándose con relación a las intervenciones sobre el entorno social (condiciones de trabajo, alojamiento, derechos factuales derivados de la legislación) en el cual se desenvuelven día a día los individuos.

Todo esto nos lleva a un concepto más largo: la exclusión de la salud. Estar excluido de la salud significa no solamente tener dificultades de acceso al sistema de salud sino también

acumular un cierto número de condiciones que comprometen el acceso a la salud, tales como el nivel de conocimiento insuficiente, desarrollo de comportamientos favoreciendo la aparición de patologías, ausencia de alojamiento salubre, falta de espacio afectivo estable, condiciones laborales que comprometen la salud, etc. Así estar excluido de la salud recubre una realidad que sobrepasa la simple privación de cuidados. Exclusión de salud y exclusión social están íntimamente ligados (Doumont, D. 2000)

2. Factores y causas que influyen en la exclusión a los cuidados de salud.

En lo que a esta investigación respecta cabe afirmar que si bien el disfrute a la salud es una realidad amplia que recubre dimensiones como las socio/económicas y políticas, las dificultades de acceso a los medios sanitarios, y su adecuabilidad, son un elemento principal en el freno y lucha contra ciertos procesos de exclusión social, potencialmente incrementados si no se tiene dicha posibilidad de acceso, y disfrute en igualdad de condiciones, de tipo curativo o preventivo y se sufre una merma en el estado de salud físico o mental derivada de ello.

Entre los factores más destacables que influyen en la dificultad del acceso a los cuidados de salud se pueden encontrar los de tipo lingüístico/cultural, los jurídico/administrativos y los factores socio/económicos y psico/sociales.

2.1 Factores de exclusión lingüístico/culturales

Como se muestra en la presente investigación los factores que remiten a las barreras lingüísticas son una de las principales problemáticas que se presentan en la relación entre el paciente, que no domina la lengua autóctona, y el personal del medio sanitario. Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios esta problemática será de tal relevancia que, la dotación de medios y herramientas de traducción/interpretación, constituye un motivo

generalizado, de primer orden, de demanda a las administraciones públicas¹.

La mala comunicación, debida a motivos lingüísticos, entre el personal sanitario y el paciente desemboca a menudo en dificultades diversas entre las cuales se puede señalar las relacionadas con la entrevista terapéutica, la elaboración de un diagnóstico o el seguimiento del tratamiento. Dichas dificultades no solo se dan en el cuadro de la consulta sino que también se manifiestan en la relación del usuario con las áreas administrativas, de vital importancia al ser la puerta de entrada al centro sanitario, de la recepción.

Por otro lado, cabe señalar que existen variables relevantes como la cuestión de la comunicación, y los códigos, registros y movilizaciones de capitales simbólico/culturales, entre un lenguaje médico y otro profano. Bourdieu (1993) señala que, aun compartiendo la misma lengua, se dan barreras idiomáticas relacionadas con variaciones en el uso del vocabulario y significados, fruto del mercado de bienes lingüísticos y simbólicos.

En lo relativo a los factores de tipo cultural cabe remarcar la existencia de diferentes modelos explicativos entre el terapeuta y el paciente que pueden atañer a la diversidad en la percepción, e interpretación, de lo denominable como enfermedad, de sus variadas implicaciones (como la gravedad o la posibilidad de cronificación), del tipo de tratamiento, etc.

En una relación, dominada por un saber autoritario (Jordan, 1993), legitimidades desiguales y una fuerte carga emocional para el paciente, como la implícita en el proceso terapéutico, los desajustes interpretativos y la disensión explicativa pueden dar lugar a conflictos, recelos o insatisfacción que, por medio de mecanismos como las conductas evitativas o los prejuicios, en el caso del paciente incidan en procesos de exclusión a los medios sanitarios.

A su vez el desconocimiento del funcionamiento de los medios sanitarios, desemboca a menudo en conflictos entre los pacientes y el personal de los centros sanitarios. Este es el

¹ En la actualidad tanto en Bélgica como en España los servicios de traducción/interpretación médica están delegados a asociaciones de tipo no gubernamental. Si bien, en ambos países, su funcionamiento y dotación de recursos es bastante diferente siendo en Bélgica mayor. El caso de Madrid y la titánica labor que desempeña el SETI, el único servicio que, en la actualidad, cuenta con un amplio abanico de lenguas en Madrid, es un ejemplo de como muchas situaciones de emergencia son obviadas por las administraciones y cubiertas por la buena disposición de voluntarios que acuden a los hospitales sin cobrar.

caso, por ejemplo, de las personas que acuden a la consulta sin citación previa o van a las urgencias, al sufrir dolencias de carácter leve.

Dinámicas culturales como la complejidad y la falta de coordinación a nivel administrativo e institucional (M. Caramés 2008:272), o la mayor o menor accesibilidad a la cartilla sanitaria, o a la Ayuda Médica Urgente, pueden influir determinadamente en los procesos de exclusión a los medios sanitarios¹.

Diversos son los ejemplos que se describirán en el capítulo relativo a la mediación intercultural sanitaria concernientes a la creación de puentes entre universos culturales y modelos explicativos diversos, que tienen como resultado la facilitación de la labor terapéutica del profesional y la lucha contra la exclusión a los medios sanitarios de los pacientes. En algunos casos (ver pág. 240) dicha labor evitará consecuencias de tal magnitud que hubiesen podido derivar en el grave deterioro de la salud del paciente e incluso en su muerte.

Las razones culturales a su vez sirven muy a menudo para justificar exclusiones que remiten a causalidades de distinta índole. El trabajo de mediación intercultural con la población china en Madrid desarrollado por el SEMSI (ver pág. 218 y siguientes) es un interesante ejemplo de ello. El éxito de dicha labor, al facilitar el acceso y disfrute a los medios sanitarios institucionales, desmonta argumentos que reenvían, por ejemplo, a la inexorable separación entre lo modelos terapéuticos chinos y el biomédico occidental para tratar de "explicar" la ausencia de pacientes de origen chino en los centros de salud.

¹ En este sentido se hace necesario recordar las problemáticas cuestiones del empadronamiento en España para obtener la cartilla sanitaria, y las dificultades administrativas en Bélgica para el disfrute de la Ayuda Médica Urgente.

2.2 Factores vinculados a la situación jurídica/administrativa de la persona

El hecho de ser inmigrante en situación irregular en algunos países puede suponer una gran barrera a la hora de acceder al sistema sanitario por, entre otras cosas, la propia dificultad burocrática del proceso o el miedo a ser denunciado o identificado como irregular y represaliado. No obstante, la realidad de las dificultades de facto de acceso a los medios sanitarios de las personas en situación irregular parece ser distinta en Bélgica y en España.

Por un lado tenemos el caso de España, considerado junto con Italia el país de mayor universalidad en el acceso a los servicios de salud, con un 80% de personas, encuestadas en el "Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular" (Médicos del Mundo, 2007), que tras solicitar el documento lograron obtenerlo.

Como ya se comentó antes, los requisitos necesarios para el proceso de obtención de la cartilla sanitaria, que tendrán como punto central, tras la ley 4/2000, el empadronamiento, son diferentes en cada Comunidad Autónoma. Variables como la facilitación del empadronamiento, o la no exigencia del mismo para acceder a la cartilla sanitaria, son de relevancia para incentivar la inclusión a los medios sanitarios de aquellas personas que se hallan en situación irregular¹.

Bélgica es uno de los países cuya universalidad factual en el acceso de dicha población sale peor parada en términos porcentuales. Es así que de todas las personas encuestadas en el estudio de Médicos del Mundo (2007) que iniciaron los trámites para obtener una cartilla sanitaria en Bélgica únicamente la obtuvieron un 26,7% de las mismas. Los factores causales que explican esta situación son varios, entre otros a destacar, como se ha visto, está la dificultad burocrática del proceso².

¹ Al encontrarse la obtención de la cartilla sanitaria condicionada al requisito administrativo de la inscripción al padrón se desencadenan ciertas consecuencias como la limitación del acceso a las personas sin hogar o que, por diferentes razones, no puedan demostrar estar viviendo en una casa o tienen miedo a inscribirse por su situación irregular y la posibilidad de acceso de la policía a dichos datos.

² Es interesante a su vez resaltar las estadísticas con respecto a la tasa de personas que, según Médicos del Mundo, declararon haber sufrido rechazo, por parte de los médicos, a su demanda de atención sanitaria, siendo diferente en ambos países. Bélgica, superando el 11% de media en los países estudiados de la Unión Europea (Médicos del Mundo, 2007), se sitúa en un 15% de rechazo. España, siendo el menor de entre todos, en un 6,4%. Cabe destacar que algunas de las dolencias que sufrían los pacientes que fueron rechazados se encuentran entre las urgencias (fracturas y quemaduras, pero también embarazos y trastornos de la personalidad). Así como

Por lo dicho con anterioridad, y tal y como han demostrado diversos estudios (entre otros, "Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale", junio 2001) las trabas de tipo jurídico/administrativo con las que se enfrentan las personas relegadas a una situación de irregularidad en Bélgica, limitan seriamente su posibilidad de acceso y disfrute de facto a los medios sanitarios.

2.3 factores de tipo socio/económico y psico/social.

Los factores socio/económicos y psicosociales reenvían inevitablemente a la trayectoria individual de la persona pero también al contexto macrosocial en el que se encuentra, como las reestructuraciones industriales o económicas por ejemplo. En este sentido, los efectos excluyentes de la reestructuración económica no solo influyen en el estado de salud de los cuerpos sino también en el uso que hacen de los recursos sanitarios (Annandale, 1998).

De este modo, por ejemplo, las condiciones de trabajo precarias, cuando no de explotación, la contratación irregular, el clima de competitividad y miedo a ser despedido y sustituido por otro sin garantías, las jornadas laborales de más de ocho horas, etc. no favorecen la petición de permisos de trabajo para acudir al centro de salud.

Resulta denotativo que por lo general en las sociedades occidentales las personas pertenecientes a las clases más favorecidas tienden a consultar a los médicos a título preventivo mientras que las de las clases menos favorecidas lo hacen a modo curativo (Morniche, 1993:265).

En este sentido Boltanski (1971) trata del condicionamiento social de clase que favorece una competencia médica. De esta manera son las clases más favorecidas socio/económicamente las que interiorizan en mayor medida las categorías conceptuales del saber médico. Algunos

también entre las enfermedades consideradas de gravedad (como la hepatitis vírica) o infecciosas (sinusitis y neumonía). Entre los motivos de dicho rechazo están desde el desconocimiento de algunos profesionales de los derechos reconocidos a los extranjeros en situación irregular y de los procedimientos existentes para garantizar el acceso de estas personas a los servicios de salud. Hasta el rechazo de algunos profesionales del ámbito de la salud a hacerse cargo de beneficiarios de ayudas a personas desfavorecidas como, por ejemplo, la Ayuda Médica Urgente en Bélgica. Lo cual guarda cierta relación, como ya se comentó, con las dificultades del proceso de tramitación de la ayuda y reembolso de la consulta.

de los factores explicativos de la mayor consulta a los médicos por parte de las clases favorecidas son la proximidad al origen social del médico, compartiendo su cosmovisión y códigos comunicativos. O por ejemplo el nivel de capital cultural, que facilita la transmisión de conocimientos, y, añadiría, la capitalización de los mismos, del médico al paciente.

Por otra parte, las personas que tienen dificultades financieras relegarán a menudo los gastos de salud a un segundo plano, después de la vivienda y la comida.

En países cuya cobertura sanitaria es de carácter gratuito y universal, como en España, la relevancia de la falta de recursos financieros para un disfrute de los medios sanitarios no es tan determinante como en otros lugares. Sin embargo, en contextos de precarización y crisis económica como el actual se encuentran con frecuencia situaciones (tal y como dice la coordinadora de Proyectos de Médicos del Mundo de Castilla la Mancha. Entrevista personal, marzo 2009) en las que los pacientes no pueden costearse ni siquiera la parte no cubierta por la seguridad social de ciertos medicamentos fundamentales para su salud¹.

En países como Bélgica, en los que el sistema de mutualidades complementarias y de copago crea una brecha condicionada por el nivel adquisitivo para el pago de consultas, o de servicios no cubiertos por las modalidades convencionales, el factor económico puede desempeñar un papel nada desdeñable en el grado de inclusión o exclusión a los servicios sanitarios.

En el ámbito de la salud mental en particular se han descrito, desde la psiquiatría transcultural diversos tipos de dolencias asociados con el proceso migratorio y las condiciones en las que actualmente se efectúa el mismo. Entre otros se pueden encontrar el llamado Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple descrito por Achotegui (2004). Estos se originan por causas de diversa índole que guardan relación con las exigencias abrumadoras, cuando no imposibles como en el caso de los "sin papeles", del proceso de adaptación², como las dificultades de acceso al sistema sanitario, el aislamiento social, la ausencia de redes sociales, las precarias condiciones de vivienda y trabajo, etc.

¹ Este será el caso de medicamentos como los antipsicóticos, pero también de otros productos como por ejemplo la píldora contraceptiva.

² Sobre todo si estas se dan en un cúmulo de condiciones duras y excluyentes.

Todo ello además de ser un motivo de dolencia y de inequidad en el disfrute de la salud puede constituirse en un factor añadido al desigual acceso y uso de los medios sanitarios¹.

Por último con respecto a las personas que se encuentran en exclusión social, una variable a señalar que influye en el proceso de exclusión a los medios sanitarios es la relativa a las representaciones que tienen los profesionales del mundo médicosocial² y su correspondencia con las de las personas fragilizadas. En este sentido, es de señalar el papel que juegan las representaciones que pueden estar hechas en las estructuras de acogida y de cuidados (identificación de competencias, la calidad de la acogida, como son recibidas las informaciones médicas, sociales o jurídicas...). Como consecuencia esto puede frenar toda tentativa de acceso a los cuidados.

¹ Como por ejemplo cuando, tal y como dirá Achotegui, no se tratan adecuadamente y se medicalizan síntomas reactivos de estrés, como el llamado Síndrome de Ulises, como si fuese una psicopatología (Joseba Achotegui, 2004). O cuando, por su gravedad y persistencia, deriva en una psicopatología que revierte en la profundización de los procesos de desafiliación de la persona.

² Entre otras se pueden encontrar las siguientes: Desarrollan problemas de salud ligados a sus modos de vida, gestionan como pueden las consecuencias ligadas a estos problemas, están en un estado de alerta permanente, poseen un nivel de instrucción discapacitante de forma considerable en su vida social, tienen un desconocimiento de sus cuerpos, etc.

3. Medidas implementadas contra las barreras de acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero en Bélgica y España.

De los tipos de medidas más características que en ambos países se han venido dando, con mayor o menor presencia, en el medio institucional y asociativo, para facilitar el acceso de las personas de origen extranjero, se pueden destacar principalmente las de carácter formativo y de mediación lingüística/cultural, así como la adaptación de las prácticas terapéuticas, en salud mental, a la diversidad socio/cultural.

Por otra parte están las de tipo legislativo, como la Ayuda Médica Urgente mencionada antes, que han tratado de ampliar la universalización del acceso a franjas de la población excluidas.

De esta manera, a diferentes velocidades así como tiempos y recorridos en uno u otro país, en el medio asociativo e institucional se han ido desarrollando prácticas cuyo objetivo ha sido la facilitación del acceso y disfrute igualitario de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero. Si en España comienzan en la actualidad a ver la luz o se desarrollan desde hace escasos años, en Bélgica algunas de ellas llevan varias décadas desde su implementación.

3.1 La respuesta del medio asociativo frente a la desigualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios.

Frente a una situación de desigualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios, y en respuesta a las demandas de cuidados de salud no amparadas por el Estado, diversas asociaciones se han movilizadas para proveer de cuidados a las poblaciones excluidas. Entre otras cabe destacar a Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, Cruz Roja, EXIL, etc.

En el caso de Médicos sin Fronteras¹, esta abrió sus proyectos belgas en 1992 comenzando por recorrer las calles de Bruselas con unidades móviles con el fin de permitir a los “sin

¹ En la actualidad, 2008, Médicos Sin Fronteras propone análisis gratuitos, para todo el que quiera acudir, de enfermedades de transmisión sexual, y ha puesto un proyecto en marcha que proporciona información en

techo” tener acceso a los cuidados de salud (Medecins Sans Frontieres, 2008). Progresivamente ha pasado a proporcionar consultas gratuitas médico/sociales en el centro de la ciudad. Después se han ido abriendo otros proyectos en ciudades como Amberes, Lieja, etc.

Del mismo modo esta organización, hasta 2008¹, ha contado con varias consultas en distintas ciudades de Bélgica que proporcionan atención psicológica² a personas que se encuentran por lo general en situaciones de exclusión social como los " sin papeles".

Por su legitimidad adquirida gracias a su experiencia sobre el terreno y su presencia mediática, estas asociaciones van a poner todo su peso sobre los poderes públicos con el fin de que tomen en cuenta esta nueva realidad y aporten soluciones. Así estas asociaciones estarán vinculadas al proceso de reflexión y de elaboración de políticas públicas de lucha contra la exclusión, desembocando en este caso en la creación de la Ayuda Médica Urgente (AMU) en Bélgica.

Por otro lado, con respecto no solo a la imposibilidad de acceso sino también a la falta de adecuación de los dispositivos de asistencia médica, como en el caso del psico/social, han ido apareciendo en Bélgica diversas asociaciones en las últimas dos décadas. Este es el caso de algunas de las que veremos en la presente investigación, como SMES/Bélgica, EXIL (Bélgica) y L'autre lieu, pero también de otras que realizan un valioso trabajo aplicando herramientas y recursos interculturales para la atención sanitaria desde el llamado aquí *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero* basados en mediaciones lingüístico/culturales, hasta dispositivos de tipo *etnopsicoanalítico*.

Su población abarca, por ejemplo, la ayuda psico/social al exiliado, en el caso de Ulysse (o EXIL/B), la dirigida a las personas con dolencias psíquicas sin hogar (SMES/Bélgica) o la

términos de disponibilidad de cuidados en el país de origen para personas extranjeras gravemente enfermas en Bélgica)².

¹ En el transcurso del año 2008 Médicos Sin Fronteras acaba de cerrar sus misiones en Bélgica, por falta de presupuesto. Otras asociaciones como Médicos del Mundo continúan realizando, hasta la fecha, este trabajo.

² En este sentido es de destacar que, como ya mencioné antes, la Ayuda Médica Urgente no cubra, hasta mediados del 2006, los cuidados de tipo psicológico. Es, entre otras cosas, debido a la falta de cobertura de este tipo de servicio y a la gran demanda del mismo que asociaciones como Médicos Sin Fronteras pusieron en marcha dicho proyecto.

específica a niños y adolescentes de origen extranjero, por medio del etnopsicoanálisis, en D'ici et d'ailleurs.

En lo relativo a España el campo asociativo comienza a implementar medidas específicas de cara a la inequidad de acceso y disfrute de los medios sanitarios de ciertas franjas de la población entre las que se encuentran, por ejemplo, los sin papeles, las personas de origen extranjero que no dominan la lengua local, o las víctimas, principalmente exiliados o migrantes económicos, de la violencia organizada. En ocasiones, como también sucede en Bélgica, su posición será subsidiaria entre el medio asociativo, del que surgen, y el institucional que ha derivado este tipo de trabajo en ellas¹.

En algunos casos, por ejemplo, la población específica a la que irá dirigida será, desde el *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, la de migrantes o exiliados víctimas de la violencia organizada, o violencia de género, como EXIL Barcelona. En otros, desde el mismo modelo, su población se enmarca en áreas lingüísticas/culturales concretas como en el caso de la ayuda psicosocial, a personas de origen subsahariano, en Karibú (Madrid).

¹ La Comisión de Ayuda al Refugiado y su servicio de atención psicosocial, el servicio de traducción SETI de la asociación COMRADE en Madrid, el servicio de Mediación intercultural de Médicos del Mundo en Castilla la Mancha, etc. son ejemplos de ello.

3.2 El comportamiento del medio institucional y sus actores

En cuanto al comportamiento del medio institucional se refiere podemos dividir en dos tipos de estrategias, de tipo incluyente, que tienen como objeto mejorar la accesibilidad a los medios sanitarios de las poblaciones más vulnerables, como es el caso de los "sin papeles".

Por un lado están las prácticas de inclusión y adecuación de los cuidados desempeñadas por profesionales de los medios sanitarios. Estas se referirán a:

3.2.1 Prácticas de inclusión y adecuación de los cuidados

- La comunitarización informal de los espacios sanitarios: Con el fin de facilitar el acceso a los cuidados de salud de los grupos de población excluidos algunos colectivos de profesionales tienden a desarrollar prácticas autónomas en hospitales, surgidas como iniciativa, crítica con la desigualdad, de una concepción democrática y comunitaria del acceso y disfrute a los medios sanitarios. Este es el caso, por ejemplo, de hospitales en Bruselas como Sant Pierre que facilitan una atención de calidad, sin ningún tipo de requisito administrativo o exigencia económica, a aquellas personas que no dispongan de los recursos necesarios y se encuentren en situación irregular¹. Cabe decir sin embargo que estas situaciones solo en casos muy liminales llegan a poseer un carácter colectivo limitándose la mayor parte de la veces a iniciativas individuales de profesionales sanitarios que encuentran escaso eco en su entorno de trabajo.

- La emergencia de prácticas terapéuticas adaptadas a los itinerarios socio/culturales de los pacientes.

Con el objetivo de mejorar la eficacia de las terapéuticas acordándolas a los contextos e itinerarios socio/culturales diversos de los pacientes, pero también de los profesionales de la salud, se desarrollan prácticas específicas, así como dispositivos o programas adecuados desde el ámbito institucional.

¹ No pudiéndose beneficiar de las ayuda de un CPAS.

En casos como el de la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* en el hospital Puerta de Hierro de Madrid o el de las consultas de *etnopsiquiatría* del hospital Brugmann de Bruselas surgen, en el área de la psiquiatría pública, de las iniciativas innovadoras de actores individuales. En el caso particular del SAPPiR del hospital Sant Pere Claver de Barcelona se enmarca, con un carácter universalista y gratuito, en un espacio subsidiario entre el campo social público y el privado¹.

El programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR) nace a la luz de la acción reivindicativa de la ONG SMES/Madrid así como de la experiencia, de los profesionales que la componen, en la atención socio/sanitaria a personas en gran exclusión social con dolencias psíquicas.

En el caso del ESMR, y de SMES/Bélgica, las características y contextos de la población a la que va dirigida la ayuda llevan a una reformulación cultural, y un diálogo entre culturas profesionales, que desemboca en la adaptación de un dispositivo clínico a las situaciones de exclusión extrema en las que se encuentra esta población con dolencias psíquicas². Además de una incorporación de competencias culturales y herramientas de interpretación y mediación socio/cultural para llegar al creciente porcentaje de pacientes de origen extranjero.

Los profesionales de las consultas etnopsiquiátricas en Brugmann no solo dedican su energía a problematizar los elementos culturales del paciente sino que a su vez, en la búsqueda de mecanismos más adecuados y eficaces que los existentes, cuestionan la cultura organizativa del hospital público mediando entre modelos organizativos, configuraciones espaciales y aspectos idiosincrásicos a la deontología, e ideología, de la cultura biomédica occidental.

¹ Al ser una fundación, sin ánimo de lucro, a la que derivan pacientes desde los dispositivos públicos.

² De esta manera tanto la intervención del programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR) como la de SMES/Bélgica, implica la mediación y el diálogo entre culturas profesionales, como la de la salud mental y lo social, con concepciones y formas de trabajo diferentes con el fin de encontrar las respuestas adecuadas a las problemáticas existentes.

3.2.2 Estrategias integradoras

Por otro lado encontramos aquellas medidas implementadas desde el ámbito institucional con carácter nacional, regional o local, que van desde la legislación, o su adaptación, específica para la inclusión de grupos excluidos del acceso. A las estrategias facilitadoras de dicho acceso que también tratan de mejorar la relación terapéutica, como la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

· En el área legislativa del acceso y la formación:

El primer caso comprende la legislación de medidas como la Ayuda Médica Urgente en Bélgica, así como la incorporación, por medio de la ley 4/2000 en España, del criterio de empadronamiento como requisito unificado para la obtención de la cartilla sanitaria de toda la población con independencia de su situación jurídica/administrativa. Del mismo modo abarca las estrategias de tipo formativo/integrador como, por ejemplo, la obligatoriedad, en la región flamenca de Bélgica, de acudir a cursos formativos sobre el funcionamiento de las instituciones belgas, entre otras el sistema sanitario¹. O las iniciativas de promoción de la salud y formación en competencias culturales desarrolladas, con frecuencia, alrededor de la mediación intercultural socio/sanitaria en España y Bélgica.

· La mediación intercultural en el ámbito sanitario:

Es la única medida específica, de carácter intercultural que actualmente existe en ambos países, que compendia propuestas como la de la interpretación, la formación en salud y competencias culturales o la sensibilización a la diversidad cultural en contextos sanitarios, y cuyo objetivo es el de promover un disfrute y acceso igualitario a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

La mediación intercultural socio/sanitaria a nivel institucional, esto es desde programas específicos de las administraciones públicas, se da principalmente en Bélgica². En el caso de

¹ En el caso de Flandes el inmigrante está obligado a su vez a firmar un acuerdo de integración. De no cumplirlo puede exponerse a sanciones como por ejemplo la reducción de las prestaciones sociales.

² Este es el caso del programa de mediación intercultural hospitalaria en Bélgica dirigido por Hans Verrept desde el "Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment".

España no existe una política de estado en este sentido. Gran parte de las iniciativas parten bien de asociaciones o de actores del ámbito institucional (como en el caso del centro de salud de Parla) (co)receptores de financiación privada. Desde el nivel autonómico y regional existen desiguales colaboraciones en la implementación de proyectos de mediación intercultural socio/sanitaria. Un ejemplo de las frágiles situaciones de financiación que viven es la reciente desaparición, tras casi 15 años de existencia, del emblemático y pionero servicio de mediación social intercultural de Madrid, el SEMSI (ver pág. 226 y siguientes).

Parte III: La mediación intercultural en el ámbito sanitario en Bélgica y España

Capítulo VI: Sobre la definición, objetivos y métodos de la mediación intercultural sanitaria

1. La mediación intercultural en el medio sanitario/hospitalario

Antes de comenzar a tratar el estado de la cuestión de dicho tema en algunos hospitales y centros de salud estudiados, en Bélgica y España, explicaré en que consiste la mediación intercultural en el medio sanitario, cuales son sus objetivos, funciones y aspectos problemáticos que puede presentar.

La OMS-Europa ha publicado en el 2004 la *Declaración de Ámsterdam sobre Emigración, diversidad, Salud y Hospitales*. Esta declaración fue el fruto de un proyecto piloto en 12 hospitales europeos¹ de distinto tipo cuyo objetivo, por medio del desarrollo de sus estructuras organizativas y culturales con relación a la atención y gestión de la diversidad cultural, es ser "amigos del inmigrante". En ella se recomienda lo siguiente:

"Desarrollar un hospital amigo del inmigrante en servicios más individualizados y orientados a las personas, para todos los pacientes y clientes y para sus familias; aumentar la atención respecto a experiencias de la población inmigrante y de las disparidades y desigualdades existentes que lleven a cambios en la comunicación, en las rutinas organizativas y en la asignación de recursos; tener en cuenta la diversidad etno-cultural: ascendencia étnica, origen cultural y filiación religiosa; desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias locales y grupos de defensa que sean expertos en cuestiones de inmigración y en cuestiones relacionadas con las minorías étnicas para facilitar el desarrollo de un sistema prestatario de servicios más adecuado desde un punto de vista cultural y lingüístico... es necesaria la inversión en la construcción de capacidad con respecto a la competencia lingüística y cultural del personal (selección, formación, evaluación), establecer el consenso en los criterios de amigabilidad para con el emigrante/ competencia cultural/ competencia para la diversidad adaptada a su situación específica e integrarlos en los estándares profesionales y asegurar que se lleven a cabo en la práctica diaria. Los profesionales sanitarios deben desarrollar competencias interculturales y relacionadas con la Comunicación y la diversidad. La práctica clínica, los servicios de prevención y la acción de promoción de la

¹ Entre otros participaron hospitales como el Punta de Algeciras en España, el hospital de Avicenne de Francia, Academic Medical Center en Holanda, hospital de Uppsala en Suecia, etc.

salud deben adaptarse de manera adecuada para su uso a las diversas poblaciones, y tener en cuenta los conocimientos sobre salud de los usuarios, en todos los niveles del servicio" (Declaración de Ámsterdam, "Hacia unos hospitales amigos del inmigrante en una Europa etnoculturalmente diversa" 2004.)

La figura del mediador intercultural profesional en el medio sanitario es una figura nueva cuando no, en la mayoría de los países del mundo (y Europa), casi inexistente. Esto no quiere decir que la mediación intercultural en dicho medio no se ha dado ni se realice actualmente sin ella. La mediación de conflictos que entraña aspectos interculturales (así como también, se entiende, de traducción lingüística) tanto en el medio sanitario que nos ocupa como fuera de él late y se manifiesta en la interacción cotidiana, en el día a día, ya sea de una manera informal pero semireglamentada por el hábito, o de forma completamente espontánea.

Se podría decir que las características de estas situaciones de interculturalidad son aquellas en las que dos o más agentes, cuyos orígenes provienen de distintas culturas (encontrándose por lo general uno en minoría numérica, en cuanto al grupo étnico o cultural de pertenencia, con respecto al otro), interaccionan en un contexto o proceso cuyas dinámicas y estructuras enfatizan o hacen que sean relevantes las diferencias culturales entre ellos (y que en otra situación serían irrelevantes para la interacción de los mismos).

Es importante señalar que esta relevancia, claro está, no es únicamente de orden cultural sino que también desempeña un papel muy importante el socio/económico. De entre otros aspectos, por ejemplo, el relativo a las movilizaciones, conscientes o inconscientes, con respecto a capitales como el simbólico. Así un tono de voz, una forma de moverse, de vestirse, o, por ejemplo, una manera de hablar (y de compartir ciertos códigos, tiempos de palabra, etc.) podrá acercar o alejar, en términos de empatía, a los agentes, hacerles más o menos receptivos y/o comunicativos (con lo que en ciertas circunstancias esto puede entrañar).

Esto sucede con independencia de que a los sujetos les resulte más familiar o no el otro con respecto a sus culturas sino en el de, por ejemplo, las clases sociales a las que pertenecen, representan o valorizan.

Así los comportamientos y hábitos incorporados, propios a esta adscripción social, que se manifiestan en dichas interacciones y campos (en términos de Bourdieu (1993)) pueden dotar

al encuentro de un carácter fluido y empático o por el contrario conflictivo. Sin ser factores autónomos el carácter intercultural, unido a ellos, será atravesado por el encuentro, mientras lo atraviesa a su vez, potenciando sus especificidades en tanto que semejanzas o diferencias, en una situación dialéctica de intercambio, negociación y/o confrontación que suma o separa.

De esto modo, por ejemplo, cuando en la interacción intercultural un acontecimiento, valor, explicación, comportamiento, etc. es interpretado o juzgado de distinta manera, provocando perplejidad, por ambos actores, podríamos destacar dos actitudes:

- El reforzamiento de las identidades de los sujetos en presencia desde una posición que incrementa la perplejidad y polariza las ideas (ya que, por ejemplo, el acontecimiento o valor cuestionado es susceptible de problematizar una identidad, una pertenencia a un grupo social, una autoimagen, comprometiendo los vínculos o el estatus de la persona en el entorno...).
- O bien el descubrimiento de significaciones e interpretaciones comunes, (lo cual no implica un no refuerzo identitario), que permite emprender un diálogo constructivo.

Un ejemplo interesante en este sentido es el de los programas de formación de profesionales de la salud para la atención a grupos de personas étnica y culturalmente diferentes. Estos programas, al igual que la mediación intercultural, tienen como uno de sus objetivos intentar proporcionar una respuesta a la presión, y fracaso, que supone la adaptación tanto por parte del paciente como del terapeuta a los respectivos universos culturales con los que interactúan.

"La presión que supone adaptarse explica, probablemente, porque los profesionales prefieren trabajar con pacientes culturalmente diferentes que sean jóvenes, cultos, verbalmente inteligentes, de éxito y atractivos (es decir modernos). Este prototipo de paciente es comparable a un europeo o americano blanco, culto y procedente de las clases media y alta".

(Antoine Gailly, 2009)

De este modo, es de destacar el papel que juega la vuelta en escena de la cultura y lo cultural en el ámbito sanitario. Sucede que al mismo tiempo que se le presta cada vez más atención a dicho aspecto en los procesos que relacionan salud y enfermedad se puede llegar a tender a:

" la creación de una propia *cultura biomédica de lo cultural* en la que se insertan retóricas particulares, significaciones, objetos simbólicos propios y una serie de prácticas y representaciones específicas... en este

marco puede incluirse el manejo de un concepto de cultura basado en estereotipos, elementos exóticos o tradicionales, con excesiva importancia a los componentes religiosos (Menaca, 2004, Van Dick 1998) y construido desde una perspectiva netamente estática, ahistórica y poco permeable al cambio social..."

(Lorenzo Mariano, 2008: 305)

Un ejemplo del énfasis en la culturalización es el conocido del saturnismo infantil en Francia. Esta enfermedad causada por la presencia de plomo en el cuerpo humano se ha dado incipientemente en una franja de la población de hijos de inmigrantes. La polémica surgió al atribuir, los profesionales del sistema sanitario, dicha enfermedad a conductas y formas de comportamiento ligadas a la cultura de procedencia de estos niños y sus familias (en este particular la práctica geofágica llamada "Pica" en algunas culturas, como la Soninke, del África Occidental). Dicha focalización en lo cultural, en este caso que los niños comían trozos de pintura con plomo desprendida de la pared, trataba de eclipsar la causalidad principal de la enfermedad relativa a las deplorables, e insalubres, condiciones de alojamiento de estas personas (Rezkallah y A. Epelboin, 1994, y D. Fassin, 2005).

Es interesante recordar que el pionero en la cuestión de las competencias culturales, de los profesionales de la salud, en el ámbito sanitario ha sido EE. UU. Kymlicka (1996) dirá que esto es debido a un cambio de conciencia en la atención sanitaria en la diversidad cultural, en la línea con la discusión sobre los derechos de las minorías. Comelles (2004:23) señala en este sentido que la revitalización de la cultura en el medio sanitario proviene de razones jurídico/normativas, más que propiamente culturales, que desde un modelo de una cultura jurídica hacen hincapié en una exhaustiva traducción de los documentos que firma el paciente, así como de la información que le es transmitida. Es así que el desarrollo de las competencias jurídicas o lingüísticas, por miedo a posibles represalias, en poco incidirán, en este particular, en la sensibilidad a una atención en la diversidad cultural.

Sucede de este modo, en diferentes contextos, que lo cultural podría parecer desembarcar en el terreno de la ciencia biomédica como si se tratase de un elemento problemático alóctono que comienza a cobrar volumen y presencia, haciéndose necesaria la incorporación de lo cultural, o de un modelo específico de lo cultural, como si todo ello no tuviese nada que ver con la propia condición cultural de la ciencia biomédica y no fuese un elemento que atraviesa tanto su identidad como su práctica.

Es por ello que una de las funciones principales de la mediación intercultural es la de crear un puente comunicativo entre ambas culturas, (lenguas, idiomas, códigos, representaciones...) con el fin de solventar los problemas derivados de una situación de desequilibrio y deficiencias comunicativas en el ámbito de la terapia y del proceso de curación. Así como, entre otras cosas, capacitar a los profesionales de la salud con recursos y habilidades con los que poder hacer frente a dichas problemáticas de desajuste comunicativo¹.

1.1 Definición y objetivos de la mediación intercultural en el ámbito sanitario

Carlos Giménez define la mediación intercultural como:

"Una modalidad de intervención de terceras partes neutrales entre actores sociales o institucionales en situaciones sociales de multiculturalidad significativa, en la cual el profesional tiende puentes o nexos de unión entre esos distintos actores o agentes sociales con el fin de prevenir y/o resolver y/o reformular posibles conflictos y potenciar la comunicación, pero sobretudo con el objetivo último de trabajar a favor de la convivencia intercultural"

(Giménez Carlos, 1997)

Se esperaría que la intervención de los mediadores contribuya a elevar la calidad de la atención sanitaria, fundamentalmente a través de una mejor comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes de minorías étnicas.

La mediación intercultural, en el ámbito sanitario, comparte con otros tipos de mediaciones características y principios generales como por ejemplo:

- El principio de *buena voluntad de todas las partes*: La aceptación e inclusión de una tercera parte interviniente con el consentimiento de las partes implicadas.

- Toda mediación tiene el único propósito de *ayudar a todas las partes*.

¹ Lo cual puede implicar la exploración y cuestionamiento de la propia cultura biomédica desde la que trabajan.

- *Principio de no obligación.* La mediación implica que todas las partes no tienen la obligación de respetar o aceptar la intervención hecha por el mediador.

- La mediación está basada en *la confianza tanto en el mediador como en el proceso.*

- *Principio de neutralidad.* Este es un principio muy debatido debido a cuestiones relativas a, entre otras cosas, la asimetría de la relación en la que interviene el mediador intercultural, en este caso sanitario, o los componentes emocionales implícitos.

- La mediación debe obtener un *reasantamiento del conflicto* de tal modo que todas las partes se vean a sí mismas como coparticipantes de la solución. El mediador intercultural animará para que todas las partes cobren protagonismo y coparticipen en el contexto político y social. (Gailly Antoine, Giménez Carlos y Guest Barbara, 2001:69)

En este sentido, según Carlos Giménez (1997), se pueden señalar como cuatro los rasgos distintivos de la mediación intercultural con respecto a otro tipo de mediaciones:

1 *La naturaleza etnocultural que diferencia a las partes implicadas:* En el sistema de mediación cultural el punto de partida es que las personas, grupos o instituciones implicadas tienen atribuidas, o les han sido atribuidas, diferentes itinerarios culturales o identidades las cuales son usadas en un contexto desigual o tenso. Por esto mismo, una de las capacidades del mediador en un contexto multicultural debería ser como estas diferencias son utilizadas y como los sistemas de estratificación y etnoracial interactúan.

2 *El efecto de las mencionadas diferencias en las relaciones existentes entre ambas partes:* Toda mediación actúa sobre una relación. Todo conflicto social tiene un componente relacional y la diferenciación etnocultural de las partes frecuentemente tiene gran relevancia en el proceso de mediación. Si bien esto no siempre es así, por lo tanto el mediador deberá ser sensible a la influencia, o a la ausencia de la misma, de los factores estrictamente etnoculturales.

3 *La relevancia de la propia trayectoria cultural de los mediadores:* En la mediación intercultural, a diferencia de otros tipos de mediación, la trayectoria y la identidad cultural de la mediación es un elemento especialmente significativo. En este sentido pueden existir tres

posibilidades: el mediador es bicultural con relación a las trayectorias de ambas partes. El mediador no pertenece a ninguna de las culturas representadas. O solo pertenece a una de ellas.

4 El objetivo intercultural está implícito en la acción del mediador: Aquí entenderíamos interculturalidad como el proyecto para establecer relaciones interpersonales y sociales en las cuales la discriminación contra la raza, cultura, etnicidad, lenguaje, etc. no está permitida y en las que los individuos se reconocen mutuamente como interlocutores, comunicándose adecuadamente, etc.

Con respecto a este último punto es interesante destacar que la noción de interculturalidad introduce una perspectiva dinámica de la cultura y culturas tratando de evitar la especialización o culturalización de las identidades.

De este modo en lo que se refiere a la relevancia de la propia trayectoria cultural de los mediadores y del hecho diferenciador etnocultural es de destacar que el mediador debe tener la sensibilidad y capacidad de estar cerca de las lógicas culturales que están presentes, pero también de los bagajes sociales de las partes implicadas. De esta manera la mediación intercultural se referirá tanto a las culturas objetivas como subjetivas (Roosens E, 1989), a las adscritas e inscritas de diversas formas, pero también a las adquiridas y elaboradas por los actores, cobrando una relevancia importante la sensibilidad a los recorridos, niveles de experiencia y construcciones de las subjetividades en marcos socio/culturales.

Es necesario destacar por último, en mi opinión, que el principio de neutralidad que la mediación intercultural comparte con otros tipos de mediación debe siempre tener en cuenta varios elementos. Entre otros las posiciones de relaciones de poder, dialécticas y asimétricas, en las que se encuentran los actores¹. Y el respeto a un código deontológico antetodo que promueva la defensa contra las situaciones, actitudes y dinámicas vulnerabilizadoras de todos los actores pero en especial, pese a que esto conlleve en algún momento una ruptura coyuntural de dicha neutralidad, del más desprotegido. En este caso, y pese a algunas lecturas

¹ Como ha señalado Carlos Giménez (2002) en su vertiente de captar lo glocal la mediación intercultural implica analizar la posición de las partes en su situación actual, discerniendo las posiciones de dominio y superación, de cooperación y competencia, de horizontalidad y verticalidad, de cierre o apertura.

relativistas con respecto a ciertas situaciones en las que se desenvuelve la terapéutica y actúan los profesionales de la salud, el paciente.

1.2 Funciones y roles que desempeña la mediación intercultural en el ámbito sanitario

Entre las funciones que se pueden encontrar en el trabajo que debe realizar el mediador intercultural estarían las siguientes:

1. Intermediación lingüística: Además del propio ejercicio de traducción o interpretación lingüística, esta incluye:

a/ Promover el uso de la traducción en el hospital y en particular en el seno de la relación médico/paciente alóctono. Sensibilizar al personal.

b/ Mostrar a los miembros del personal que saben hablar otras lenguas, aparte de la/s oficiales del país, la importancia del trabajo de traducción y el beneficio que aporta hacer bien este trabajo. A su vez prepararles para ello.

c/ Llamar la atención de los médicos sobre este fenómeno para que puedan reflexionar en este sentido, cuando se encuentran frente a alguien que no habla la lengua oficial, y acudan (y conozcan este servicio) al mediador intercultural, quien se encargará de encontrar al traductor adecuado. (Desenvolupament Comunitari. 2006:93)

2. Intermediación cultural:

a/ Extender los conocimientos del personal sanitario sobre la propia culturalidad de su enfoque así como del de las culturas extranjeras, en particular con respecto a la enfermedad (los modelos explicativos) y la curación (terapéuticas) y prevención.

b/ Servir de puente entre dichos universos culturales y modelos explicativos.

3. La formación, y promoción, de las personas usuarias de un servicio concreto:

Dar a conocer los elementos de la cultura biomédica, y sus modelos explicativos, y del sistema organizativo sanitario a los pacientes. Esto puede ir desde la formación y promoción de la salud, hasta la información del funcionamiento de los servicios médico/administrativos.

4. La orientación de los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios hacia una efectiva igualdad de acceso a las prestaciones de dichos servicios.

De este modo los mediadores interculturales en el ámbito sanitario desempeñarían los cuatro roles descritos por Kaufert y Koolage (1984):

1. Actúan como intérpretes.
2. Facilitan información a los profesionales sanitarios sobre aquellos factores lingüísticos y culturales que pueden afectar tanto a la conducta del paciente, como al proceso y resultados de la intervención.
3. Informan a los pacientes sobre diferentes aspectos de la cultura biomédica explicando conceptos médicos, funcionamiento de las instituciones sanitarias, educación para pacientes y facilitando un consenso informativo.
4. Defienden a los pacientes procedentes de minorías étnicas: hablan en su nombre y abogan por sus principales intereses y demandas como consumidores (situación que puede llevarles a enfrentarse con la cultura de los profesionales sanitarios).

Las actuaciones que conllevan una mediación lingüística y/o cultural entre el paciente y el personal sanitario se llevan a cabo a través de la llamada triangulación, o lo que es lo mismo pasar de un diálogo a un "triálogo", utilizando una metodología específica que hace hincapié en elementos como la empatía o el respeto.

No obstante, hay que destacar que algunas labores que realiza el mediador intercultural tienen un carácter informativo pero también de acompañamiento, lo cual implica una dimensión problemática con respecto a su distinción de la figura del trabajador social. Este es el caso, por ejemplo, de la ayuda a la tramitación de la tarjeta sanitaria.

Con respecto a dichas funciones que desempeña el mediador intercultural en el ámbito sanitario cabe comentar que para el desarrollo de algunas de las mismas es necesaria no solo la coordinación con los profesionales de los Centros de Salud, tanto para intermediaciones lingüísticas como para facilitar la entrada, sino también la unión entre el recurso de la asistencia sanitaria y la persona inmigrante. (M. Pérez. 2008:281)

En este último caso habría que apuntar, como ya se dijo anteriormente, que muchas personas inmigrantes tienen problemas para obtener la tarjeta sanitaria ya que, por ejemplo, desconocen cómo tramitarla o, en el caso español, tienen miedo al empadronamiento (y al acceso de la policía a los datos del mismo). Por lo que respecta a la población autóctona que trabaja en los centros sanitarios como administrativos, tanto en Bélgica como en España, es muy común que desconozcan la normativa de extranjería y en algunos casos, como en el de Bélgica, lo relativo a los derechos de acceso de los inmigrantes a los medios sanitarios.

La acción mediadora precisaría, de este modo, de la coordinación y colaboración tanto de la administración, los servicios y profesionales públicos, como de la población o comunidad.

Por otro lado, con el objetivo de mantener una aproximación holística, y evitar excesos como el culturalismo, Carlos Giménez (2002) propone una perspectiva de aplicación metodológica basada en un planteamiento multifactorial del tratamiento de la diversidad socio/cultural en el terreno de la intervención y la acción mediadora. De este modo plantea la necesidad de la identificación, clasificación y análisis de tres conjuntos de variables y factores: los idiosincrásicos, los socio/situacionales y los culturales¹.

¹ Los idiosincrásicos se referirán al carácter o temperamento de la persona, los situacionales al conjunto interrelacionado de procesos, contextos y posiciones de las personas. Los factores culturales abarcan las pautas de conducta y modos de significación de la realidad (valores, normas y creencias) que el individuo ha adquirido en sus procesos de socialización y comparte con su grupo cultural de referencia.

1.3 Roles, estatus, interacciones y normas. Dinámicas comunicativas y conductuales en las que interviene la mediación intercultural sanitaria.

En lo que se refiere a la interacción en el seno del centro de salud sucede que la relación entre el paciente y el miembro del personal sanitario no se da de una manera aleatoria, sino que está estructurada. En este sentido, cada uno respeta unas normas tácitas, se atiene a sus roles y mantiene una coherencia cognitiva en cuanto a lo esperado conductualmente, esencial al juego social.

Estas normas sociales pueden ser formales e informales y de tipo expresivo (mímicas, entonaciones...), discursivas (vocabulario, sintaxis, contextualidad...), comportamentales (gestos, posturas, actitudes), instrumentales (manipulación de objetos...), etc.

Si bien las normas no existen de igual modo ni tienen las mismas características en todas las culturas, como tampoco las tienen según los diferentes lugares, circunstancias y personas (con un estatus u otro determinado).

En cuanto a su transgresión, y a lo que de ella se desprende a nivel conflictual, esta viene medida por el concepto sociológico de desviación. El carácter desviado, tal y como dijeron H. Becker (1963 (1983)) o Simmel (1908, (ed. 1998)) no depende tanto del acto en sí sino de la forma en la que los demás van a reaccionar frente al mismo.

Que de la infracción o transgresión de la norma se desprenda un conflicto o no dependerá de diversas condiciones y circunstancias relacionadas con la formalidad o informalidad de la misma, y del ámbito en el que se enmarca. Y de las implicaciones del carácter y grado desviado que pueda tener para los actores y el contexto el comportamiento transgresivo.

El centro de salud es un lugar particularmente propicio a este tipo de situación ya que en él se toca el dominio del cuerpo, de la religión, de la alimentación, etc. Además de estar impregnado, o demandar, de una fuerte carga afectiva/emocional (con las consiguientes implicaciones que esto conlleva) que no acontece en otros lugares.

Otra fuente de problemas es la divergencia de las interpretaciones que se dan a la situación. Sobre todo cuando una vez constituida, por unas u otras razones, la interpretación preside toda interacción y las personas interpretan los menores hechos (palabras, etc.) en función de esto. Como se comentó antes, con respecto a las clases sociales, es importante la posición social de los sujetos en todo esto.

En este sentido juega un papel destacable el estatus de dichas personas. Así se entiende por estatus la identidad social, más o menos valorizada, de la persona.

Los criterios para la adquisición o adscripción de un estatus determinado son los siguientes:

- *Una cierta categorización social:* criterios como la edad, el sexo, el nivel jerárquico, la profesión, etc.

- *Escala en esta categorización:* por ejemplo al poseer un mayor estatus los ancianos que los jóvenes.

Por otro lado, la escala de valor no es la misma según a que cultura pertenezcan las personas de origen extranjero. En este sentido, al ser el estatus una mezcla de identidades y criterios relacionales hay unos que, en ciertas circunstancias, pueden predominar sobre otros dando un carácter neutro a lo que antes era valorizante (o desvalorizante) o al revés. Por ejemplo en el caso de un médico de origen extranjero.

Así todo estatus se acompaña de un conjunto más o menos definido de comportamientos típicos. Estos son roles entendidos como un conjunto organizado de expectativas de comportamiento en torno a una función o posición social, lo que incluye los nudos de reglas expresivas, comportamentales y discursivas, o si se prefiere un conjunto típico de maneras de ser, actuar y hablar asociadas a un cierto estatus, en una situación determinada (ver la "Teoría de la interacción de actores" de Goffman (1998)). Son las conductas que esperamos de un médico o un paciente.

De igual manera sucede para los elementos no verbales de la situación. Los gestos más espontáneos en apariencia se inscriben en códigos sociales a menudo muy precisos que

difieren según las culturas. Un ejemplo es el caso del espacio interpersonal en la comunicación en cada cultura.

En este sentido Hall, y su "teoría de la proxémica" (Hall 1990), dirá que diferentes culturas mantienen distintos estándares de espacio interpersonal. Si se comparan las culturas latinas con las nórdicas estos espacios son más pequeños en las primeras que en las segundas. Del mismo modo las distancias sociales dependen a su vez de variables como la situación social, el sexo o la preferencia individual. (Dicho autor distingue cuatro tipos diferenciados de distancias: personal, íntima, social y pública).

Con respecto a esto es interesante destacar que los interlocutores, por lo general, son conscientes de la diversidad lingüística pero no lo son tanto de la diversidad de las otras dimensiones de la comunicación como en el caso de los modelos comunicativos.

"Cuando un individuo de origen chino permanece en silencio ante una pregunta que nos parece trivial, no pensamos que la cultura china tiene un intercambio de respuesta en los intercambios de turnos de palabra diferente del nuestro. Pensamos (o más bien sentimos) que este individuo o este grupo es lento, poco comunicativo y desconfiado" (Francisco Raga Gimeno. 2006).

La cuestión de la creación de juicios negativos, fruto de un desarrollo frustrante de la comunicación, es lo que autores como Py y Jeanneret (1989) denominan "proceso de minorización". Esto sucede en contextos, principalmente, en los que uno de los interlocutores pertenece a la mayoría (autóctona en muchos casos) y el otro a una minoría (alóctona o autóctona), con la consiguiente generalización y minorización en cuanto a grupo de pertenencia de este, mas allá de las características individuales de la persona.

A su vez desde la psicología social son relevantes autores como George Herbert Mead o J. Blumer. Así también en la antropología Mauss o E. Sapir han estudiado este fenómeno consiguiendo demostrar la invalidez de las teorías raciales y organicistas sobre el lenguaje no verbal que hasta el primer tercio del S. XX predominaban. Sapir, quien influyó posteriormente sobre los teóricos de la comunicación (microkinésica) pertenecientes a la escuela de Palo Alto, señalará que:

"reaccionamos como si siguiéramos un código secreto y complicado, que no está escrito en ninguna parte ni es conocido por nadie, pero si entendido por todos... y que no depende de causas orgánicas sino que se aprende socialmente"

(Sapir (1927) ed. (1967)).

Dentro de los sociólogos se puede destacar a autores como G. Tarde y sus teorías de la imitación o E. Goffman y su perspectiva sociodramática.

Por otro lado, desde la psicología es interesante resaltar el concepto desarrollado por Festinger (1957) de la disonancia cognitiva. Este concepto hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes (o cogniciones) que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. En este sentido, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas. Dicho concepto, y sus desencadenantes en términos de roles y estrategias, puede ser revelador de algunas de las características y problemáticas de la interacción, en un contexto intercultural en el ámbito sanitario, entre paciente y profesional de la salud.

1.4 La mediación intercultural sanitaria en la diversidad de expresiones, representaciones e interpretaciones de la dolencia.

En cuanto a la expresión de la dolencia, y su representación, a través de la lengua se puede hablar de diferencias sustanciales que resultan problemáticas en el caso de no conocer el componente cultural de dicha expresión. Uno de los muchos ejemplos es el de una mujer vietnamita que acude a una consulta en Estados Unidos y dice sentir peso en la tripa. La diagnostican depresión sin embargo para los vietnamitas el peso en el estómago tiene que ver con dolores cardiacos.

Así sucede que las diferencias de reacción según las culturas no conciernen solamente al estilo de la queja o a la naturaleza de la angustia asociada a diferentes síntomas. Según las sociedades, se confiere un interés mayor o menor a diferentes órganos o partes del cuerpo. En las sociedades occidentales el corazón tiene una significación particular mientras que en Japón, tradicionalmente, es al abdomen al que se le presta mucha más atención. Es

considerado como el sitio de la vida y condensa las significaciones que nosotros adscribimos a la vez al corazón y al cerebro. Todavía hoy en día, cuando la medicina occidental es dominante en Japón, los japoneses distinguen un gran número de trastornos abdominales que nosotros no distinguimos y se preocupan enormemente. (P. Adam y C. Herzlich, 1994).

Con relación a la problemática que guía mi investigación sobre el lugar que ocupan las prácticas interculturales, entre las que se incluye la mediación intercultural en el medio hospitalario, con respecto a la lucha contra la desigualdad de acceso y disfrute de los medios de salud, en Bélgica y España, por parte de las personas inmigrantes cabe apuntar, como veremos más adelante, lo siguiente. La mediación intercultural en el medio hospitalario trata de unir, a través de la instauración de una tercera figura en la relación terapéutica, y a diferencia de la sola formación en competencias culturales, los universos lingüísticos y representativos de la dolencia del paciente con aquellos del personal sanitario.

Es así que la figura del mediador intercultural en el ámbito sanitario intenta principalmente evitar las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento a seguir por parte del paciente debidas a factores de tipo lingüístico y cultural. Por una parte trata de traducir y por otra de aclarar y "operacionalizar" o trasladar representaciones y términos de un universo cultural a otro, eso sí siendo siempre el biomédico el dominante y de referencia.

"El caso crítico fija los trazos destacados de la interacción y la manera en la que las partes presentes negocian con sus valores respectivos. La tarea es a continuación reflexionar sobre las soluciones que habrían podido ponerse en marcha para prevenir el malentendido en la fidelidad al espíritu del tratamiento terapéutico sin duda, pero más aún en el sentimiento de respeto de la identidad del otro".

(David Le Breton, 1995:11, Traducción propia).

De este modo, con relación a dicha hipótesis central de esta investigación, cabe decir que, como se verá después, pese a ese claro posicionamiento de respeto a las identidades e itinerarios respectivos de los actores en este sentido este tipo de mediación intercultural, al menos en el ejercicio práctico, no logra relativizar el discurso biomédico occidental, poniéndolo a la misma altura que el "no occidental"¹, sino que lo toma como referente

¹ "No occidental" que mantiene el paciente de origen extranjero y cuyas características le diferencian del de tipo biomédico remitiendo, en mayor o menor medida y con especificidades distintivas, a su universo cultural de origen o a otro distinto de aquel.

operativo. Tratando de llevar representaciones, causalidades y modelos explicativos de la curación y la enfermedad procedentes de otras culturas, desde la mediación, interpretación y traducción cultural y lingüística, a dicho universo hegemónico. Cabe comentar, como se tratará posteriormente, que sin embargo en ocasiones puntuales si se consigue un cierto equilibrio en la consideración de los diferentes modelos explicativos y la culturalidad de los enfoques de los actores que tiene un apreciable efecto, entre otras cosas, en la transformación de la mirada biomédica terapéutica.

Por tanto en un orden práctico dicha medida, y su metodología y episteme, pertenece al campo del universalismo biomédico circunscribiéndose a este y creando una figura intermedia en relación con la cual es interesante explorar diversas cuestiones. Una de ellas es la de los grados de legitimidad con los que cuenta el mediador, tanto para el paciente como para el médico y profesionales de la salud, si se quiere saber también hasta que punto su labor de mediación y sus conocimientos, y su puesta en práctica, pueden o no incidir en el cuestionamiento o la reinterpretación, relativización o universalización, del universo cultural "no occidental" y del biomédico.

Una pista de esto nos lo da el hecho de que los mediadores deban ceñirse a la traducción exclusiva de lo dicho por el médico y paciente y en ningún caso a la interpretación directa. Estos requisitos metodológicos a la vez que colaboran en el "desarrollo normal de la consulta", ya que pretenden minimizar los efectos adversos de la inclusión de esta figura en la díada médico/paciente, condicionan el aporte de conocimientos de índole socio/cultural de la(s) cultura(s) del paciente (como por ejemplo representaciones y causalidades de la enfermedad), así como las reflexiones en torno a la cultura biomédica del terapeuta. Dicho aporte y reflexión puede estar, a menudo, vinculado a la defensa abierta de los intereses de sus clientes (los pacientes).

"Para que los mediadores puedan realizar su trabajo con éxito han de ocupar una buena posición dentro de la estructura socio/política de la institución, una posición que les permita cuestionar la estructura de autoridad".

(Oneil J.D. 1989. Traducción propia.)

En lo relativo a la limitación al ámbito de lo cultural (y principalmente lingüístico) cabe decir que esta es, en teoría, fundamentalmente su función destinándose a otros profesionales las propias a otros campos como el social. Sin embargo, muy a menudo la referencia a estos

mediadores será como mediadores interculturales socio/sanitarios (en alguna ocasión los nombraré de este modo). El porqué de esto es debido a la imposibilidad de separar ciertas labores de mediación intercultural del ámbito de lo social. Esto es así en lo relativo, por ejemplo, a la sensibilización y formación del personal en los centros de salud, así como en las tareas de asesoramiento o acompañamiento del paciente. En este último caso, como se mencionó antes, las dificultades para el mediador *social* intercultural guardan relación con la intervención diferenciada en tanto que "tercero" y no asistencialmente.

Como ya hablé en la primera parte de esta investigación el modelar cultural engloba también, más allá de la percepción y de la expresión de los síntomas, lo que es definido como enfermedad en una sociedad dada. Sabemos que en algunas los fenómenos que la medicina occidental juzga patológicos no son considerados como síntomas: los gusanos intestinales que ciertos grupos étnicos consideran como elementos necesarios para la digestión son un ejemplo de ello. A la inversa sucede con los síndromes ligados a la cultura: por ejemplo uno de los mejores estudiados¹ es el del susto, se da en toda América latina tanto en las poblaciones de origen español como en las de origen indio.

Para Byron Good y Marie Jo Delvecchio Good (1994)), la enfermedad es un fenómeno significativo y la actividad médica es siempre interpretativa. El médico interpreta los síntomas resentidos por su paciente y los retraduce a las categorías del saber médico fundadas. El enfermo, por su parte, posee su propio punto de vista concerniente a su estado y se forja, a su propósito, un *modelo explicativo*. Este puede ser en parte individual pero puede estar también arraigado en la cultura.

Tal y como se mencionó con anterioridad Kleinman (1980) introdujo el término *modelo explicativo* para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico. Los modelos explicativos proveen las explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas, los procesos patofisiológicos implícitos, la historia natural de la enfermedad, la severidad de la misma y el tratamiento adecuado para enfrentarla.

¹ Evidentemente los síndromes ligados a la cultura no son solo propios de las culturas no occidentales. La anorexia o el narcisismo (Pau Pérez Sales, 2001), así como el síndrome de fatiga crónica o la fibromialgia, son, entre otros, un ejemplo de ello.

De esta manera, el modelo explicativo del lego puede no tener nada que ver con el modelo explicativo biomédico: el primero puede tener múltiples significados, ser no permanente, y combinar las experiencias pasadas con ideas (en ocasiones en una suerte de contraste empírico), mientras que el último se basa siempre en la ciencia (al menos esa es la opinión) y está continuamente siendo contrastado con nuevas evidencias que se mueven dentro de premisas, falsables o no, inscritas en paradigmas de poder/saber.

Sin embargo un análisis en profundidad, en mi opinión, puede encontrar más semejanzas que diferencias entre ciertos modelos explicativos profanos y científicos (por ejemplo en lo relativo a la distinción entre ciencia/creencia, racionalidad y principio de causalidad objetiva/pensamiento mágico¹). Además muchas veces, los modelos explicativos profanos y médicos, toman elementos recíprocamente uno del otro ya que son dinámicos e interactúan en el marco de estructuras y referentes socio/culturales objetivos (globales) y subjetivos (personales/experienciales).

Del mismo modo que el darse cuenta subjetivo de la experiencia de estar enfermo se lleva a cabo en un marco socio-cultural específico, al mismo tiempo debe existir un acuerdo entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él. Consecuentemente, está socialmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. A su vez, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean.

Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una rotulación social y es esta definición social del estado de la persona la que le permite comportarse como un individuo enfermo (Sickness).

Así según B. Good y Delvecchio Good los médicos son conscientes de la variedad de la percepción y expresión de los síntomas según las culturas pero ellos consideran que esta

¹ Como en el caso conocido de la eficacia terapéutica que provoca en algunas personas las marcas de medicamentos, lo cual no sucede cuando se trata de genéricos con los mismos componentes activos.

diferencia es superficial; los individuos perciben y traducen diferentemente una realidad que es siempre la misma y que la medicina occidental analiza objetivamente¹.

Por otra parte esto acontece también cuando el paciente y el médico pertenecen a la misma cultura e itinerario sociocultural, lo cual hace pensar en otros procesos, a los que se les puede yuxtaponer el componente intercultural, como por ejemplo en la concepción de la consulta como un *encuentro asimétrico* en el que el médico dictamina y el paciente obedece, y no como una diálogo negociado entre partes iguales².

En esta dinámica lo cultural, más allá de lo propiamente idiomático, en ocasiones es percibido por los médicos como un posible ítem perturbador demorador de resoluciones que se encuentran en otra parte además de un prejuicio valorativo, a evitar, frente a una (supuesta) igualdad de trato.

Sin embargo, como dicen B. Good y Delvechio Good (1994), el modelo explicativo del enfermo no es solamente una traducción, la significación de la enfermedad forma parte de la realidad misma y la modula. Esto reenvía a una problemática ya no solo de tipo positivista en cuanto a la interpretación y objetivación biomédica de los síntomas frente al saber “subjetivo y emocional” del paciente, sino que toca aspectos de la propia comunicación (transcultural), de significaciones distintas en contextos diferenciados, y la consiguiente clasificación analítica (y correspondencia con la manifestación patológica) para dicha "objetivación" (como en el ejemplo de la mujer vietnamita que comenté antes).

De esta forma la importancia de la comunicación y la intercomprensión es vital para la eficacia terapéutica. Esto se puede ver en el siguiente ejemplo:

“K Thomas, médico generalista en Southampton, realiza una encuesta sobre los efectos de la prescripción del placebo en doscientos de sus pacientes. Él ha seleccionado aquellos que tenían síntomas como dolores de cabeza, vagos dolores abdominales, dolores dorsales, en la garganta, tos o fatiga, pero en los que él no había sido capaz

¹ En este sentido cabe plantearse la cuestión de si en realidad conocen dicha variedad, de la percepción y expresión cultural, y consideran que es un factor superficial a tener en cuenta o es que, si no la desconocen por completo, debido a las carencias formativas de la cultura de la que proceden, la mayoría solo llega a formarse una visión daguerrotípica y estanca de dicha dimensión.

² La cultura y, principalmente, la procedencia social pueden estar impregnados aquí de un carácter evolucionista y de pasaje o préstamo transitorio: de la cultura especulativa de creencias del paciente, a la letrada científica del médico.

de establecer un diagnóstico específico. Los ha dividido en dos grupos. El primero se ha beneficiado de un diagnóstico neto, él les ha explicado lo que ellos tenían, como iba a evolucionar, etc. el segundo grupo ha tenido derecho a una explicación más floja, sin certidumbre y bastante rápida. Al cabo de dos semanas, el 64 % de los pacientes que se habían beneficiado de una explicación «positiva» iba mejor, contra el 39% de los otros” .

(P. Skrabanek y J. McCormick. 1992. Traducción propia).

Con respecto a las barreras lingüísticas y culturales estas pueden desencadenar una discriminación (negativa o positiva) iatrógena. Ellas conducen a muchos terapeutas (cuando están especializados en los cuidados corporales sobretodo), a rechazar a los clientes no occidentales. Lo mismo le sucede a los médicos que adivinan problemas subyacentes a las quejas somáticas; tienen dificultades a menudo para enviar a sus pacientes a otros (no saben a quien). Esto da como resultado la cronificación de las quejas del paciente a su médico generalista. Los pacientes desarrollan un sentimiento de desconfianza hacia estos generalistas “que no pueden hacer nada”, y los generalistas desarrollan por su parte un sentimiento de impotencia al cual se resignan o proyectan sobre sus pacientes. (Johan Leman y At. Gailly (1992)).

Esto no solo sucederá en el caso de los médicos generalistas sino en otros como los psiquiatras y psicoterapeutas. En este caso también juegan un rol importante para la cronificación (o el empeoramiento) las barreras lingüísticas y el desconocimiento cultural. Sobre las terapias que incorporan dicha dimensión intercultural y lingüística, y su efectividad con respecto a las que no, hablaré con detenimiento más adelante.

1.5 Mediadores interculturales, Social Linkworkers, intérpretes médicos... Semejanzas y diferencias de prácticas, y figuras, en la intervención socio/sanitaria.

Algunos proyectos de mediación intercultural tienen una notable antigüedad en el mundo sanitario como el Programa de Salud Mental de la Comunidad de Miami. Los primeros pasos del programa se remontan a 1974. El objetivo del mismo es atender mejor a los usuarios de un área de bajos ingresos poblada por cinco grupos étnicos: los procedentes de las Bahamas, cubanos, haitianos, puertorriqueños y negroamericanos: Willingen (1986) presenta dicho proyecto como intermediación cultural o "cultural brokage" (Graciela Malgesini y Carlos Giménez. 2000:256). Los proyectos de interpretación lingüística y cultural, *translator*

projects, en EE. UU. han sido pioneros a su vez al tener una concepción de la traducción más cercana a la mediación intercultural y formación, en competencias culturales y en el funcionamiento del sistema sanitario, con el fin de mejorar la comunicación entre paciente y profesional sanitario.

En Gran Bretaña, Holanda y Francia la presión política para un alto nivel de servicios públicos a la población migrante es comparativamente mayor que en Bélgica desde que existe un mayor número de votantes de origen alóctono. Los gobiernos de estos países tienen un interés creciente en satisfacer a sus potenciales votantes. Esto parece especialmente evidente en el caso de Inglaterra y Holanda.

Inglaterra ha llevado a cabo una aproximación multisectorial en relación con el desigual acceso y calidad de los cuidados de salud de la población inmigrante. Se ha buscado una fuerte implicación de las agencias de los gobiernos locales. Es más existe un gran énfasis en la implicación de comunidades étnicas locales para activar el apoyo al proyecto en su fase de implementación y conceptualización.

En Londres existe el London Interpreting Project (LIP) que ha tratado de dar respuesta a las dificultades que los miembros de grupos étnicos minoritarios de Inglaterra, cuya primera lengua no es el inglés, tienen para beneficiarse de recursos básicos de salud, servicios sociales, alojamiento y educación, debido a la falta de servicios e intérpretes multilingües. (Graciela Malgesini y Carlos Giménez, 2000:256). En el contexto sanitario surgirán los llamados "Health advocates" quienes se encargan de traducir en las consultas, pero también de educar a los profesionales de la salud y clientes, defendiendo los derechos de estos últimos. (Vera Nierkens, Krumeich y cols. 2002: 254).

La aproximación belga se focaliza en el uso de mediadores interculturales mientras que el modelo francés, aunque también cuenta con mediadores, hace más hincapié en los terapeutas entrenados en la comunicación intercultural así como en los intérpretes con el fin de proveer un soporte adicional a las sesiones.

Por tanto, se puede decir que la diferencia entre por una parte el modelo francés e inglés y por otro el belga y holandés es que mientras estos primeros se centran más en la implicación de los recursos del inmigrante por medio de incentivos apropiados los últimos lo hacen en una

aproximación más formal que no toma tanto en cuenta dicha implicación (Bulent Kaya, Martina Kamm. 2005).

Es interesante destacar que algunos programas en Inglaterra similares a los aquí tratados, en mediación intercultural, han sido criticados por miembros de las comunidades étnicas. Dicha crítica proviene del cuestionamiento de los modelos de desigualdad en los que se basan los programas. Esto es debido, en su opinión, a la culpabilización de las culturas de los pacientes en la provisión de una atención sanitaria adecuada.

"Tales programas conllevan una ideología que culpabiliza a las víctimas y no considera las diferencias en atención sanitaria según la clase social y el grupo étnico de los pacientes (los efectos de la pobreza). Resultados de investigaciones epidemiológicas indican que el estado de salud de las minorías no se elevará de forma significativa mientras no mejore la desventajosa posición socio/económica de estas minorías".

(Hans Verrept y F. Louckx, 1997:228)

Por otra parte se puede hacer una distinción entre los mediadores interculturales y los actualmente llamados linkworkers, originarios del modelo anglosajón y sueco¹, ya que estos últimos actúan como conectores entre los diferentes grupos étnicos y, al igual que los mediadores, tratan de potenciar el entendimiento entre las personas con diferentes itinerarios, y la inclusión social de los grupos minoritarios pero, a diferencia de estos, *sin problematizar la etnicidad, centrándose en la estructura de la sociedad y los obstáculos existentes en la misma*. (Gailly Antoine, Giménez Carlos y Guest Barbara (eds.), 2001).

Frente a esto algunas prácticas de mediación intercultural sanitaria dirán que no se trata tanto de problematizar la cultura sino más bien de mediar entre itinerarios socio/culturales diferentes. Esto podrá incluir a la población autóctona de un mismo origen étnico pero con trayectorias vitales distintas de las del personal sanitario y cultura organizativa de cuidados.

En este sentido, un elemento a destacar es la dificultad que tienen en muchas ocasiones los actores para definir sus prácticas. Por un lado los roles y trabajo que desempeñan las diferentes figuras que abordan la intervención intercultural, ya sea desde el interpretariado o

¹ Uno de los elementos diferenciadores principales entre la concepción del linkwoker con respecto a la del mediador intercultural es que aquel nace, en contextos como Estocolmo, como rechazo a la creciente hegemonía de las nociones de distancia cultural, en las denominaciones inaugurales del "ellos y nosotros", de la población autóctona frente a la inmigrante.

desde la mediación intercultural (u otras figuras como las del llamado acompañamiento intercultural, community health workers, linkworkers, etc.), muy a menudo no tienen en la práctica una barrera tan clara como en la teoría.

"Yo estoy seguro de que hay un gran problema en el dominio de la terminología, que encontramos linkworkers, mediadores interculturales... que no son utilizados de manera consecuente. Hay intérpretes que hacen muchas cosas, otros sin embargo no. Linkworkers, hay también health educators, community health workers... en principio es completamente diferente pero en la práctica ves que hacen las mismas cosas..."

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia)

Este será el caso de los intérpretes médicos en la región belga valona:

"En Wallonie hay un servicio, en la parte francófona, también en Bruselas, su definición de interpretación es más amplia, casi sería cercano a lo que nosotros llamamos mediación intercultural, con la excepción de que los intérpretes del servicio francófono no van a ver al paciente sin estar acompañados de un profesional sanitario... lo cual pueden hacer los mediadores... Pero en él los intérpretes y los mediadores interculturales en la región francófona tienen mucha similitud"

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia)

En Flandes ocurre de una forma similar. La inspiración del modelo de interpretación médica proviene del canadiense de los años 80 (Kaufert y Koolage (1984)). Progresivamente este ha ido abriéndose hacia una concepción más amplia, frente a la contradicción, y efectos contraproducentes en la práctica, que supone conferir un rol reducido a la interpretación¹.

Sobre la tenue definición de los roles de los profesionales en las prácticas han escrito diversos autores. Entre otros cabe destacar el trabajo de E.Hsieh (2007) en el que se tratará de la labor que realiza el intérprete, más allá de ser un portador vacío de la palabra del otro, con respecto al co/diagnóstico y la "transgresión" de roles del intérprete en el desarrollo de su intervención.

¹ En EE. UU. la concepción de la interpretación es mucho más abierta en ese sentido. El interprete hará la interpretación pero al mismo tiempo desarrollará un papel de *coachment interface*, un rol que tiende a primar la defensa de los pacientes lo cual les aproxima a los mediadores interculturales. En este sentido la "International Medical Interpreters Association" (IMIA) dirá que la mediación intercultural forma parte del interpretariado...

En este sentido, el intérprete realiza todo un trabajo de descodificación de las barreras de tipo estructural, lingüístico, cultural e interaccional al mismo tiempo. Esto implica cuestiones que, en nuestro caso, tienen que ver con los significados y los cuadros de referencia culturales, o con procesos de participación, como señala Hsieh, en los que sistemáticamente se encuentra al intérprete, sobrepasando su adscrito rol, explicando instrucciones que el médico olvidó, o dio por entendidas, con relación al tratamiento. O abordando cuestiones relativas a la obtención de la historia médica. Este tipo de comportamientos serán indispensables para el éxito de la interacción entre paciente y personal sanitario¹ (Angelelli, C. V. 2004).

Por otra parte, se asiste últimamente a un deslizamiento semántico en el que, en contextos como en Bélgica, se pasa en ocasiones de la mediación intercultural a la interpretación social. Esto tiene una explicación principalmente del orden pragmático que guarda relación con decisiones políticas y subsidios europeos, o nacionales, demandantes de un ajuste de la terminología para satisfacer sus criterios.

¹ Se entiende que esta afirmación no trata de minimizar los posibles peligros éticos de una interpretación que no se ciña a ciertos criterios indispensables y que no tenga una experiencia sólida en el campo. Si no de evidenciar la plasticidad de su papel más allá de aquel imaginario *cuenco vacío* en el que "debe convertirse" para dejar pasar las palabras a través de él.

Capítulo VII: La mediación intercultural sanitaria en Bélgica. Casos de mediación en hospital general y psiquiátrico.

1. La mediación intercultural sanitaria en Bélgica. contextualización histórica.

A continuación paso a describir el panorama de la mediación intercultural en Bélgica, su origen y aplicación, centrándome por una parte en Bruselas y en los estudios de caso de los hospitales generales de "Erasme" y "Brugmann", y del hospital psiquiátrico "Titeca". Por otra parte abordo la cuestión de la mediación intercultural en el hospital 'La Citadelle' de Lieja.

El estudio relativo a Erasme se centra más en la descripción de las percepciones de los pacientes y el personal sanitario de su relación e interacción mutua, así como con los elementos constitutivos del contexto terapéutico, y los aspectos problemáticos de las mismas. De este modo trato de reflejar la diversidad de percepciones y sensibilidades de los sujetos que interactúan en la relación terapéutica sobre factores como la alimentación, las visitas, el diagnóstico, el tratamiento o, por ejemplo, la lengua. En esta descripción hablo del papel del mediador intercultural en dicho hospital así como de los recursos implementados en el mismo para una atención en la diversidad cultural.

En el caso relativo a Brugmann y Titeca, en Bruselas, y la Citadelle, en Lieja, paso a tratar con más detalle la aproximación y práctica de la mediación intercultural en el contexto concreto de estos hospitales, analizando varias intervenciones realizadas por las mediadoras interculturales.

La razón en la elección de dichos puntos de vista no es otra que ofrecer una visión progresiva lo más completa posible del panorama actual de la mediación intercultural en el medio hospitalario belga, pero también de su razón de ser e implicaciones diversas en ámbitos clínicos como el psiquiátrico y el general, así como en contextos socio/urbanísticos y territoriales diferenciados.

Para empezar seguidamente hago una introducción histórica del comienzo de la mediación intercultural en el medio hospitalario belga.

1.1 De su origen e implementación en Bélgica

En Bélgica la primera experiencia con mediación intercultural en hospitales data de 1970. Sin embargo, debido a la carencia de apoyo gubernamental y al insuficiente financiamiento el proyecto fue rápidamente abandonado. Fue solo más tarde a finales de los años 80 que dicho proyecto inicial vio su extensión como resultado de la colaboración entre varias instituciones trabajando para los derechos de los inmigrantes.

Un hecho que ha influido directamente en la aparición de organismos y mecanismos institucionales, como el Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme y el Fond d'Impulsion à la Politique des Inmigrés (FIPI), que consolidaron la mediación intercultural en el ámbito sanitario, principalmente en Flandes pero también en el resto de las regiones, fue el repentino aumento del voto a la extrema derecha. Este tuvo lugar primeramente en algunas regiones flamencas¹, y más tarde en las elecciones europeas². Mayoritarias son las opiniones que sitúan a este fenómeno como, además de lecturas relativas a cuestiones como el voto de castigo a los partidos dominantes, un ascenso o visibilización del racismo y la xenofobia.

" He trabajado en el Comisariado Real para las políticas migratorias, a nivel federal, en 1989. Entonces hubo muchos problemas puesto que la extrema derecha ganó. Esto es a nivel político. Bélgica estaba en estado de choque; con un 10 % de los votos y esto se remitía a la población extranjera que tenía muchos problemas. Entonces el rey nombró una comisaria real de la política de los inmigrantes para ver donde estaban los problemas. Ella fue nombrada durante cuatro años y en estos cuatro años debía ver, en los diferentes dominios, donde están los problemas con los extranjeros.(...) Entonces en el dominio de la salud y del bienestar, había un médico, el doctor D. es el padre del proyecto en el campo, que tuvo la luz verde de la comisaria, y le propuso el proyecto de mediación intercultural en el dominio de la salud, para la salud, ¿por qué?, porque él era médico y no quería trabajar con los niños, con la familia (en la traducción e interpretación con el paciente) a causa del secreto profesional. Entonces la comisaria comprendió bien y relanzaron un proyecto con 53 mediadoras y al mismo tiempo ellas recibían una formación".

¹ Como sucedió en las regionales de Amberes de 1991 obteniendo el Vlaams Blok 6,6% de lo votos.

² Con un porcentaje del Vlaams Belang, sucesor del Vlaams Blok, en 1999 del 14,8% y dos escaños en el parlamento europeo.

(Hamida, coordinadora del servicio de mediación intercultural hospitalaria en la zona flamenca de Bruselas, entrevista personal 2008. Traducción propia)

.....

"Lo que es ciertamente verdad es que el éxito del partido Vlaams Block en aquella época ha jugado un rol importante. Ha sido un éxito en Flandes, en Wallonie el éxito de la extrema derecha no ha funcionado nunca. Pero ha supuesto un choque fuerte a la clase política que ha tenido mucho miedo. Que de repente ha habido un nuevo partido, lo cual no se había visto nunca ya que eran siempre los mismos partidos políticos (..) nosotros ("Centre de minorites ethniques et sante") éramos un grupo de investigación, de practicantes, generalistas, un grupo pequeño. Estábamos preparados para proporcionar los datos a nivel político en el momento en el que dijeron hay que hacer algo con los inmigrantes porque si no otros partidos van a aprovechar y vamos a tener un problema que no hemos gestionado bien. Y fue el momento para nosotros de lanzar el programa, en 1991/1992, teníamos un presupuesto relativamente importante en forma de proyectos"

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia)

De este modo a partir de 1991 se comenzaron a crear Fondos de Impulsión para las Políticas de Inmigración (FIPI). Estos fondos permitirán financiar numerosas iniciativas que ven su inspiración en una necesidad de desarrollo de los servicios médicos frente a la imposibilidad, principalmente, de comunicarse con pacientes no francófonos (ni neerlandófonos), y las consecuencias perjudiciales que se pueden derivar de ello, tanto con respecto al funcionamiento normal de los servicios médico/sociales como en las relaciones entre pacientes y personal sanitario. Este es el caso, por ejemplo, de las problemáticas que se derivan en lo que se refiere al secreto profesional, las malas traducciones, etc. (Latifa Safi, 2001).

En ese mismo año, junio de 1991, en el contexto flamenco el "Centre de minorites ethniques et sante"¹, situado en Flandes, ha iniciado un proyecto llamado mediadores interculturales en cuidados de salud. En este proyecto ellos han trabajado junto con el centro flamenco para la integración regional (VCIM).

En el contexto belga francófono diferentes actores han contribuido a la creación del proyecto de mediación intercultural en el medio hospitalario. Entre otros las ONGs: « Interpretariat

¹ Un grupo interdisciplinar en el que antropólogos, sociólogos y doctores trabajan para el reconocimiento de las necesidades de las minorías especialmente en el sector de cuidados de salud.

Social et Medical » (ISM) situada en Bruselas, "Resonances", "Le centre universitaire de Charleroi"¹, etc.

La concertación entre estos organismos ha permitido hacer proposiciones comunes y coherentes a las autoridades públicas. Es entonces cuando se ha comenzado a desarrollar, a título experimental, el proyecto de mediación intercultural en el medio hospitalario.

Dicha iniciativa ha tomado cuerpo en el cuadro de la Conferencia Interministerial de la Política de Inmigración (12/03/1996). Esta última reconoce la necesidad de facilitar el acceso a los cuidados de salud para mejorar la comunicación entre los pacientes inmigrantes, sus familias y los profesionales de la salud así como para una mejor comprensión de su cultura, de sus códigos y de sus valores respectivos. A partir de esta conferencia interministerial, el ministro de asuntos sociales ha presentado un proyecto relativo a la mediación intercultural en los hospitales. Este proyecto tuvo por objetivo seguir y desarrollar experiencias de mediación intercultural en los hospitales y poner en práctica una solución estructural en este sentido para el año 1998. (Bulent Kaya, Martina Kamm. 2005)

Dicho proyecto, a lo largo del año 1997, se construirá, con el objetivo de asegurar un servicio de mediación intercultural en todos los hospitales de Bélgica, a partir de la constatación de una serie de hechos:

a/ Por una parte el personal sanitario en los hospitales tiene dificultades de asegurar las prestaciones de cuidados satisfactorias cuando se encuentran con personas de origen extranjero que no hablan su lengua y que tienen una cultura diferente de la suya.

b/ Las incomprensiones lingüísticas y culturales degeneran a menudo en situaciones conflictivas incapaces de ser gestionadas. Estos conflictos pueden desencadenarse ya sea entre dos o más personas, como entre una persona y una institución o administración.

c/ Diversos estudios han puesto de relieve el hecho de que estos pacientes (los llamados de origen "alóctono") suelen quedarse como media más tiempo en el hospital que los otros.

(M. Rosenfeldt, S Hodaibi. 2006)

¹ Quien, desde 1990, asegura las formaciones en mediación intercultural dirigidas hacia todos los sectores asociativos, judiciales y escolares...

De este modo un presupuesto de 20 millones de francos fue liberado por el comité de Fondos de Impulsión de la Política de los Inmigrantes (FIPI), en 1997, con el fin de sustentar acciones de mediación intercultural y de poner en práctica un programa de apoyo de estas acciones. El objetivo era determinar los criterios y los estándares cuantitativos y cualitativos necesarios para la organización de un financiamiento estructural de puestos laborales de mediación intercultural en los hospitales (lo cual incluye tanto a los generales como a los psiquiátricos). Hasta la fecha las iniciativas llevadas a cabo en este sentido tenían solo un carácter temporal.

El proyecto fue dirigido y seguido por un comité de monitorización compuesto por representantes del Gabinete del Ministro federal de Asuntos Sociales, gabinetes de ministros comunitarios y regionales y las administraciones concernidas. Así también de un representante del "Centro para la igualdad de oportunidades y lucha contra el racismo", y de varios coordinadores del proyecto.

"Estábamos en la ONG y teníamos 60 personas que trabajan para nosotros, que estaban destacados en las instituciones sanitarias, en los hospitales, generalistas en la época (...) en ese periodo tuvimos un proyecto para el sector de los hospitales. Dijimos sí, vamos a integrarlo en el sector normal, pero como es una competencia federal hace falta que la parte francófona esté implicada. Así debimos empezar, hemos lanzado el proyecto en la parte francófona lo cual no ha sido fácil, hubo un cierto retraso..."

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia)

En el mismo participaron una veintena de hospitales. Con el fin de coordinar al conjunto de los mediadores interculturales en los hospitales, desarrollando normas comunes que armonicen sus prácticas, se crearon dos coordinadores a tiempo libre (uno en la comunidad flamenca y otro en la comunidad francófona) para la coordinación científica y doce equivalentes a tiempo pleno (cuatro en cada región) para la mediación. Se estableció el criterio de que los mediadores interculturales fuesen personas vinculadas a diversas asociaciones¹.

De esta forma, ellos intervienen en el seno de los hospitales que han pasado una convención con el Ministerio de Asuntos Sociales y una de las asociaciones.

¹ Por ejemplo el Centro Socio/cultural de Inmigrantes en Namur, el Centro Universitario de Charleroi y Resonnaces para la región Wallonne, etc.

Con respecto a las culturas de origen de los mediadores implicados estas fueron, en un principio, preferentemente de origen magrebí y turca, y en menor medida italiana, con el fin de paliar una comunicación deficiente, en aquel momento, entre estas comunidades y los profesionales de la salud.

Resulta interesante señalar que, en un país con una fuerte división cultural y lingüística, estos hayan sido los grupos objetivo de la mediación, y problematización, cultural. En este sentido es denotativo que en la elaboración de leyes que, de forma directa o transversal, han aludido al derecho del paciente a recibir la información en una lengua que entienda, se evite a toda costa mencionar la cuestión de la diversidad lingüística y la interpretación.

" Cuando esta ley (la última ley en proceso de elaboración) ha sido escrita uno de los elementos es el paciente tiene derecho a la información en una lengua comprensible. En el momento en el que yo he visto el texto, he preguntado al gabinete que introdujesen algo sobre el aspecto de la interpretación o de la diversidad lingüística. Ellos no han querido hacerlo, han dicho que si hacemos eso vamos a tener problemas con los neerlandófonos que van a los hospitales en Wallonie y a Bruselas, y al contrario. Porque deberás en principio prever un servicio de interpretación para los belgas. Eso no lo han querido"

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia.)

En Bélgica reconocer la necesidad de la interpretación lingüística a nivel legislativo es una cuestión delicada ya que se supone que todas las personas que trabajan en ámbitos público/estatales deben dominar el francés y neerlandés. Sin embargo, en la práctica parece no ocurrir en muchos ámbitos como el hospitalario¹.

Por otro lado, en lo que se refiere a la formación de los mediadores interculturales en el medio hospitalario cabe señalar que tenían, y en la actualidad tienen, una formación de aproximadamente 3 años en la cual realizan 1200 horas de teoría y unas 3000 de entrenamiento práctico (Bulent Kaya, Martina Kamm 2005). A su vez deben ser titulares de un diploma universitario superior en las orientaciones sociales o paramédicas. Una condición suplementaria es que el mediador debe manejar una de las lenguas nacionales y al menos una

¹ Dando lugar, en algunas ocasiones, a circunstancias en las que por ejemplo la mediadora de origen marroquí, que domina el francés y neerlandés, debe traducir al neerlandés las informaciones que da un profesional sanitario francófono a un paciente de origen flamenco.

de las lenguas del grupo objetivo¹. (Dossier "Médiation et nouvelles régulations sociales. Les métiers de la médiation." 2006).

En resumen, con respecto al devenir de este proyecto, se puede afirmar, tal y como lo hacen diversos actores y fuentes, que fue un éxito. Teniendo como resultado la instauración con un carácter fijo, en los hospitales implicados en el proyecto, de la actividad de la mediación intercultural. A lo largo del tiempo otros hospitales y clínicas se han ido progresivamente asociando al mismo².

1.2 El proyecto de mediación intercultural sanitaria en la actualidad.

Actualmente la función de mediación intercultural no es ya un proyecto sino un servicio bien regulado, financiado y evaluado. Su legitimidad ha sido reforzada por la ley relativa a los derechos de los pacientes del 22 de Agosto de 2002³, la cual estipula entre otras cosas que:

- Cada paciente tiene el derecho a la prestación de cuidados sanitarios de buena calidad respondiendo a sus necesidades, y en el respeto de su dignidad humana y autonomía. (Artículo 5). Este derecho implica a su vez que los valores culturales y morales y las convicciones filosóficas y religiosas de los pacientes deben ser en todo momento respetadas.

- La información debe ser dada al paciente en una lengua clara y comprensible para él (Artículo 7).

En su devenir la mediación intercultural en Bélgica ha conocido un crecimiento exponencial en todos los dominios.

En este sentido se puede destacar que, en la mediación intercultural en el ámbito sanitario, en los últimos años el número de intervenciones por día ha aumentado exponencialmente. Como

¹ Deben a su vez participar en 3/4 de las reuniones de supervisión y de formación organizadas por la célula de coordinación de mediación intercultural.

² Por ejemplo el Centro hospitalario de Verviers y el hospital Erasme, desde enero de 2002, del que hablo a continuación.

³ Hasta la aparición de esta ley, en Bélgica, el paciente no podía invocar, mas allá de inferencias de, por ejemplo, derechos de tratados internacionales o principios generales constitucionales, ninguna ley específica concerniente a los derechos del paciente. De este modo el problema reside en la ausencia, en ciertos casos, de toda protección jurídica. ("La loi du 22 du aout relative aux droits du patient" (<http://www.vbsgbs.org>))

ejemplo de ello es de señalar que en el año 2000 un mediador intercultural intervendría habitualmente una media de 4.6 veces al día (esto representa aproximadamente 2.5 horas de trabajo). En el 2004 los mediadores interculturales intervendrán con mucha mayor frecuencia, aproximadamente 7.7 intervenciones por día (Hans Verrept. 2008:198).

De esta forma se puede señalar que en 1999, en el conjunto del territorio belga, se dieron 20.000 intervenciones de mediadores interculturales en el ámbito sanitario, frente a 66.000 del 2005 (en más de 19 lenguas).

Esto es debido a diversos factores entre otros el de que, con el paso del tiempo, cada vez más profesionales de la salud perciben la necesidad de dichas intervenciones, y sus efectos positivos, en algunas situaciones de su día a día.

Con respecto a estas 66.000 intervenciones cabe señalar que el 33% conciernen a pacientes de origen marroquí y el 30% a pacientes de origen turco.

El 52% de estas intervenciones se han desarrollado en el marco de una triada (esto es en presencia de 3 protagonistas: el paciente, el profesional de la salud y el mediador intercultural), y el 28% en presencia del mediador intercultural y el paciente.

De esta manera, con relación a las 66.000 intervenciones¹, el tipo de trabajo desempeñado por el mediador intercultural fue el siguiente (Michel Rosenfeldt, Saïda Hodaibi. 2006):

- 63 % de las intervenciones relativas a la interpretación lingüística.
- 8% correspondiente a una mediación de tipo cultural.
- 3% fueron mediaciones de conflicto.
- 24% entrevistas de apoyo.
- 8% defensa del interés del paciente.

¹ Del conjunto de las peticiones de intervención realizadas el 60% fueron propuestas por el personal sanitario. De ello se deduce cruzando los datos, que una gran mayoría de ellas son peticiones concernientes a la interpretación lingüística. Si bien la interpretación lingüística puede ser el espejo a su vez, en algunos casos, de otras dimensiones y problemáticas que reenvían, o no, a lo socio/cultural.

En el año 2006 el número de intervenciones aumento a 74.000. En Bélgica ese año han trabajado 76 mediadores interculturales distribuidos en 58 hospitales de los cuales 48 son hospitales generales y 10 psiquiátricos (Hans Verrept. 2008:188).

Territorialmente su presencia se puede distribuir aproximadamente en un 50% en Flandes, un 24% en la zona valona y un 26% en Bruselas.

Con respecto al género porcentualmente hay una gran mayoría de mujeres, llegando a representar el 88%. (Michel Rosenfeldt, Saïda Hodaibi. 2006) Este es un elemento a destacar, sobretodo si se tiene en cuenta que las intervenciones suelen ser aproximadamente las mismas en hombres y mujeres. Esto encuentra su explicación en cuestiones que tienen que ver con que las mujeres acuden mayoritariamente a las ofertas de empleo de mediación intercultural sanitaria. Las trayectorias, disponibilidades laborales y adecuaciones polivalentes a contextos y pacientes son algunas de sus causas.

" Hemos tenido hombres también (...), en una ocasión tuvimos a un hombre albanés y cuando las mujeres veían a un hombre no querían saber nada de él, ellas no conocían la lengua y decían, no, si es una mujer sí pero no voy a comenzar a explicar mi problema a un albanés, sobretodo se conocen todos... pero explicar mi problema a un hombre no....ellas preferían no tener ningún mediador y explicarse con el médico sin el hombre (mediador), así es que finalmente se fue, hizo un poco de mediación pero no mucho, así es que cogimos a una mujer...entonces vimos que las llamadas se triplicaron...era increíble...tenemos muchas llamadas ginecológicas, en maternidad... son verdaderamente las mujeres las que dicen... me siento avergonzada delante de este hombre, no me siento bien con los hombres, no comprenden mi problema de mujer... no me atrevo a decírselo a mi marido, como se lo voy a decir a un hombre extranjero... así es"

(Hamida, coordinadora del servicio de mediación intercultural hospitalaria en la zona flamenca de Bruselas, entrevista personal 2008. Traducción propia.)

Aquí puede desempeñar un papel importante la cuestión de la procedencia y la percepción de la coincidencia en el entorno socio/cultural entre paciente y mediador intercultural. Sin embargo esta situación de mayoría de mujeres debido a la demanda de áreas como la maternidad o ginecología tiene su correlato, en el género masculino, al constituir un problema la fuerte segregación sexual y práctica inexistencia de hombres.

"Son más de un 80% de mujeres. Antes quizás eran más... es un problema yo creo... hay un segregación sexual extrema. Lo que se ve no es que haya rechazo de mediadoras, pero en ocasiones para ciertos problemas los pacientes (hombres) hablan difícilmente de ello, de forma muy enigmática... si hay problemas de próstata, de enfermedades venéreas... es difícil encontrar hombres..."

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia.)

En conclusión, si bien el panorama de la mediación intercultural en el ámbito sanitario ha ido creciendo exponencialmente a lo largo de los últimos veinte años en Bélgica cabe decir que no han sido pocos los obstáculos que ha encontrado su desarrollo. Estos han sido, entre otros, desde los propios al ejercicio de la mediación intercultural, y la implicación de los establecimientos de cuidados de promover la función, e integración, de la misma en su seno, hasta los recursos concedidos para un seguimiento y coordinación en cada área o, por ejemplo, la puesta en marcha de una coordinación entre los tres niveles de poder (Federal, Comunidades y Regiones).

De esta forma un aspecto a destacar, que condiciona en gran parte la existencia y desarrollo de la mediación intercultural, es el de la falta de recursos para su desempeño o coordinación. En este sentido cabe señalar los sucesivos cortes de financiación pública que han sufrido los equipos de coordinadores y mediadores a lo largo de los años. Este es el caso, por ejemplo, del proyecto de mediación intercultural en Flandes parado por el Ministerio Flamenco de Finanzas y Salud en 1998. Los mediadores fueron reincorporados a otras organizaciones y sectores de salud como hospitales o la asociación "Kind y Gezin". (Vzw Foyer. Informe 2008)

En la actualidad se está trabajando con una nueva modalidad de intervención mediadora intercultural en los hospitales a través de internet. Por el momento se trata de un proyecto piloto que, de funcionar bien, intentará extenderse a diversos hospitales centralizando la labor del mediador en formato red.

"Hemos empezado una experiencia, acaba de empezar hace unas semanas... una experiencia de interpretación/mediación intercultural... por internet. Gente que no tiene suficientes pacientes, por ejemplo, marroquí, no tiene sentido tener un mediador todo el tiempo... se podrá llamar y crear una unión por vídeo conferencia... vamos a empezar eso ahora. La idea es ver si podemos utilizar esto también entre generalistas. En ese caso podremos contratar también a hombres y si hay un problema sexual o el aspecto de género es muy importante podemos intentar tener a un hombre que este disponible. Si hay problemas que son delicados tienes siempre el problema de que lo hace una máquina. Deshumaniza un poco los cuidados de salud pero podría ayudarnos(...)la primera experiencia es que tenemos dos hospitales y vamos a intentar que trabaje el mediador uno en su hospital y en el otro, porque hay una complementariedad de lenguas. En el futuro nos gustaría organizar un sistema así, que tengamos un centro aquí y que podamos tener vínculos con los hospitales 1,2,3 y que los mediadores se encuentren aquí. Y tienes terminales que podemos cambiar

de lugar, y se puede ir donde está el paciente si es necesario. Como un sistema de reparación no más que eso. Porque creo que el hospital es ya tan sumamente técnico que yo... para encontrar los medios para este proyecto nunca fue tan fácil, porque es técnico y los hombres adoran las máquinas e inmediatamente estaban allí con su dinero,...."

(Entrevista personal Hans Verrept, director de la mediación intercultural hospitalaria en Bélgica, 2009. Traducción propia)

2. La atención en la diversidad cultural en el hospital Erasme de Bruselas.

El hospital Erasme es el hospital académico de la Universite Libre de Bruxelles. Asegura a la población de la aglomeración de Bruselas (1.000 000 de habitantes) y de las provincias vecinas (Brabant Wallon, Brabant Flamand, Hainaut, Namur) el hacerse cargo de patologías complejas, ofreciendo los servicios de un hospital de sector, tanto en hospitalización tradicional (de corta duración) como en consulta o en tratamiento ambulatorio.

Está situado en la comuna de Anderlecht. En la actualidad es la tercera comuna con mayor número de habitantes en Bruselas, contando con aproximadamente 90.000 residentes. En cuanto a las características socio/económicas de su población esta es de clase media, media/baja, y constituye una de las áreas con mayor presencia de población inmigrante en Bruselas.

Abierto en 1977, Erasme está dotado de una capacidad de 858 camas y el personal es de unos 3000 miembros de los cuales 700 son médicos y 1260 enfermeras y curadores.

Desde 1999 el servicio de mediación ha sido asumido por el servicio llamado "dispaching" que se ha convertido en "dispaching/mediation". Por lo general sus actividades de mediación han estado caracterizadas sobre todo por intervenciones en las que hay un grave conflicto (englobando todo tipo de conflicto), sin remitir necesariamente al aspecto cultural.

Entre los miembros de este servicio, por aquel entonces, algunos habían recibido una formación en mediación intercultural¹. La riqueza de este servicio se encuentra en la diversidad de los orígenes culturales de sus miembros².

Seguidamente abordo la cuestión de la atención sanitaria en la diversidad cultural, en el hospital Erasme, y la percepción de aspectos problemáticos en la relación paciente/personal sanitario por los diferentes actores implicados. Para ello me he basado en las conclusiones de un estudio de caso concerniente a dicha temática (realizado por Martin Sandrine, ULB. 2002), así como en informaciones y testimonios recogidos por mí³.

Antes de empezar hay que decir que en 2001, cuando se realizó el estudio de caso del que extraigo algunas de las conclusiones a continuación, en este hospital no había todavía mediación intercultural propiamente dicha. Una mediadora intercultural arabófona, de formación educadora, fue contratada a media jornada en enero del 2002.

Con respecto al punto de vista de las enfermeras es interesante destacar que aspectos como el cumplimiento o no del tratamiento a seguir no depende tanto de la cultura, o diferencia cultural, de la que proviene el paciente sino que es algo que sucede por igual con los pacientes belgas. Así también en ocasiones se pueden generar más conflictos cuando las enfermeras son del mismo origen cultural que cuando son belgas.

Haciendo un pequeño inciso con relación a este tema he podido constatar, según testimonios de enfermeros y pacientes (en otros hospitales), que en algunos casos el paciente desea fuertemente que el médico o la enfermera no provenga de su cultura de origen. Uno de los casos por ejemplo es el de las personas centroafricanas de origen congolés y ruandés pertenecientes a etnias (o países) distintas. En ocasiones los conflictos vividos en sus países son proyectados y trasladables al contexto belga. Este es el caso a su vez de las problemáticas

¹ Si bien no han desempeñado la labor del mediador intercultural como tal sino específicamente la del mediador en conflictos.

² Una diversidad cuyo fin es gestionar más eficazmente un conflicto que implica a personas de culturas y lenguas diferentes, que no hablan el francés.

³ Aquí la triangulación para las conclusiones señaladas a continuación ha tenido en cuenta la dimensión diacrónica en la que se contrastan los datos, con una diferencia de cinco años, entre lo recogido en el estudio de caso y mis propias observaciones.

de tipo político con algunas personas de origen turco y kurdo¹. (Entrevista personal Hans Verrept. 2009)

Es interesante destacar que si bien no son los casos más frecuentes en ocasiones se dan problemas relacionados con el desconocimiento de códigos, normas o símbolos culturales por parte de los enfermeros². Un caso de esto fue el de un problema con el afeitado de la barba de un paciente que llegó a las urgencias inconsciente, con la barba llena de sangre. Resultó ser un cura ortodoxo y el afeitado fue percibido de forma muy negativa por el paciente.(Sandrine 2002)

En lo que se refiere a la lengua los enfermeros suelen actuar de forma similar en todo el ámbito hospitalario belga. Si no disponen de un intérprete o mediador, o no saben cómo acceder a él, y la necesidad está basada en la urgencia (lo cual es muy frecuente en dicho medio) acuden o bien a un familiar del paciente, a otro paciente, o buscan entre el personal sanitario³ alguien que pueda realizar esta tarea.

Por otra parte, es interesante apuntar que los pacientes de origen extranjero se sienten por lo general bastante satisfechos con el nivel de cuidados que se les ofrecen en comparación con los de sus países de origen. También hay que señalar el hecho de que no sucede esto por igual con todos los pacientes de origen extranjero ya que, según el testimonio de los mismos, parece cambiar sustancialmente el trato que se les da cuando, sus papeles, no se encuentran en una situación regularizada a cuando lo están⁴. (Sandrine 2002, Médicos del Mundo 2007)

Con respecto a la adecuación de la alimentación y los espacios a la diversidad cultural cabe decir que al principio de la hospitalización se les pregunta sobre sus particularidades

¹ Otras veces tiene un carácter racista como en el caso de pacientes de origen árabe/marroquí que se niegan a que les atienda un profesional sanitario negro.

² Por lo general las problemáticas que tanto en este hospital como en otros suelen ser muy frecuentes entre enfermeros y pacientes son las relacionadas a cuestiones como las visitas, y el número de personas en la habitación.

³ En este sentido el personal sanitario en Bélgica es multicultural, existiendo una gran disponibilidad, para estos casos, de orígenes lingüístico/culturales diversos.

⁴ Esto es una evidencia que no solo sucede en este hospital sino que he podido observar también en otros.

alimenticias. Existen menús especiales para los musulmanes y para los judíos (cuando el cerdo está en el menú), pagando un suplemento.

En este sentido a veces, no solo en este hospital sino también en otros, surgen cuestiones con relación a si el animal ha sido sacrificado según el ritual judío, kasher o musulmán, halal. Sin embargo, por lo general, existe la opción de elegir un menú vegetariano con pescado.

Por otro parte en el seno del hospital hay una capilla y una pequeña mezquita para los musulmanes que deseen acudir.

Un problema con respecto a la religión ha sido relatado por un miembro del servicio Dispatching/mediation: un paciente de religión musulmana ha muerto en el hospital y ha sido llevado a la morgue. La familia exigió que fuese un musulmán el que realizase el lavado mortuario según los ritos musulmanes pero el responsable de la morgue se oponía. La familia no hablaba casi francés, El tono ha subido rápidamente y llamaron al equipo de mediación. Uno de ellos hablaba árabe y consiguió calmar las disensiones discutiendo con la familia. (Sandrine 2002)

Hoy en día se tiene en cuenta la pertenencia a la religión cuando un paciente muere en el hospital. Es, por ejemplo, un enfermero musulmán el que se ocupa en este caso. Esto en la actualidad sucede en otros hospitales como por ejemplo es el caso del Hospital Brugmann o el hospital Saint Luc¹ de Bruselas. (Entrevista Personal mediadora intercultural. Malika. 2009)

Algunas de las problemáticas más cotidianas que se presentan en el contacto entre personal y paciente tienen más que ver con cuestiones como el trato del cuerpo. Este es el caso, por ejemplo, de la diferencia de connotaciones de la desnudez en algunas culturas con respecto a la predominante en los hospitales belgas. Sin embargo cabe matizar, por los datos que he podido obtener, que en ocasiones se atribuye a la cultura de origen cuestiones que tienen que ver con el carácter del paciente o las circunstancias en las que se manifiesta un comportamiento. Así desde la percepción del personal sanitario, por ejemplo, una negativa a desnudar el torso, para una auscultación, de una mujer musulmana con un hijab es con

¹ En el cual existe a su vez una mezquita en el interior del hospital.

frecuencia explicada por su condición religiosa, cuando a menudo tiene más que ver con la presencia, y negativa, del marido que la acompaña.

Con relación a los médicos hay que decir que muchos coinciden en que es más difícil establecer un diagnóstico a una persona de origen extranjero, ya sea a causa de la lengua o de la cultura.

Este es el caso de un médico de Erasme el cual comenta que la manera de cuantificar la noción del tiempo no es la misma en una y otra cultura. En su trabajo es importante saber con precisión cuando ha aparecido el síntoma, con que intensidad y cual ha sido su evolución. Si no es así esto puede crear dificultades. (Sandrine 2002)

Del mismo modo señalan que es preferible que el intercambio entre médico y paciente se haga en la lengua materna del paciente ya que esto facilita las cosas para el paciente y médico a su vez. Al no ser esto posible se intentan alternativas como por ejemplo que sea alguien del personal sanitario o de la familia quien ayude a traducir (con los inconvenientes que esto genera).

Por lo general los médicos ven una diferencia entre los pacientes belgas y los extranjeros. Muchos no saben a qué se debe esta diferencia pero sí que existe¹. Coinciden en comentar que les gustaría profundizar en esta cuestión pero que por motivos de tiempo no pueden hacerlo (Sandrine. 2002). En este sentido es interesante destacar que la masificación en los hospitales y el recorte presupuestario del gasto de salud y personal puede influir, al igual que lo hace con los pacientes autóctonos acortando el tiempo de consulta, en el intercambio de información (que en el caso de existir diferencias culturales y sobre todo lingüísticas puede llevar más tiempo) y la eficacia del tratamiento. Así también en las aproximaciones y enfoques que predominen en la consulta (por ejemplo el énfasis en la medicalización frente a opciones de tratamiento o evaluación diagnóstica que requieran más tiempo).

¹ Es interesante destacar aquí la frágil tensión existente en el profesional sanitario entre la no distinción entre pacientes, para evitar discriminaciones, y la omisión de las especificidades socio/culturales que puedan incidir en cuestiones como el diagnóstico o el tratamiento.

No obstante parece que la manera de trabajar de los médicos, visto desde su discurso, básicamente no cambia de unos pacientes a otros.

Con relación a la cuestión idiomática hay que señalar que las particularidades marcadamente polilingüísticas de Bélgica hacen que por lo general exista una actitud más receptiva que en otros países con respecto a las personas que hablan otras lenguas.

En lo que se refiere a la percepción de los pacientes la cuestión lingüística es crucial, pudiéndose clasificar en tres grupos de pacientes según su dominio del francés:

1. Los pacientes que hablan bien francés; estos pacientes no tienen aparentemente ningún problema en el hospital por el hecho de provenir de un origen cultural diferente.
2. Los pacientes que no hablan bien francés, que se desenvuelven: para ellos parece que hay dificultades en la comunicación con el médico. Algunos no pueden explicar bien lo que tienen o tienen dificultades para hacerlo. Otros no entienden bien lo que el médico les ha explicado y el tratamiento que tienen que seguir.
3. Por otra parte puede existir otro grupo que es el de las personas que no hablan nada en francés. Parece que para ellas es bastante más problemática la estancia en el hospital. Cabe recordar que la mediadora intercultural tiene prohibido hacer de intérprete directa. Lo que sí puede hacer es asegurarse de que los pacientes han comprendido lo que les han explicado los médicos. (Sandrine. 2002)

Esta cuestión, en mi opinión, no implica que lo problemático sea solo del orden de lo lingüístico/adaptativo si no que el idioma es una variable que incide, desde el punto de vista de los pacientes, en la satisfacción con el desarrollo de la estancia y los servicios recibidos. No se puede, ni se pretende, concluir entonces aquí que con respecto a la satisfacción exista una correlación entre la relevancia de la procedencia cultural alóctona, en cuanto que problemática, y el dominio del idioma local¹. Además habría que tener en cuenta otras

¹ Los belgas neerlandófonos, que no hablan francés, en los hospitales teóricamente bilingües pero mayoritariamente francófonos, suelen tener problemas de comunicación. Lo mismo ocurre con los francófonos en los hospitales flamencos.

variables como por ejemplo si el dominio del idioma guarda relación con el grado de aculturación institucional, el tiempo de residencia en el país, etc.

Sin embargo, y en comparación con otros contextos semejantes, puede que la falta de manejo del idioma, y de traductores o mediadores, repercute en la creación y visibilización de tensiones y malestares relativos al desarrollo de la interacción entre paciente y personal sanitario. Esto puede incluir, además de los angustiosos malentendidos en un universo fuertemente emocional (para el paciente) e hiperinterpretativo donde hay escasas variables idiomáticas en común, fenómenos de transgresión, vindicación o reinterpretación, de normas socio/culturales y representaciones nosológicas particulares ligadas por ejemplo al déficit comunicativo (también a la cultura de la estandarización homogénea de protocolos frente a la diversidad) o a la expresión, no asimilada al idioma local, en la lengua materna¹.

La cuestión etno/socio/lingüística de las subjetividades que se construyen en, y entre, diferentes lenguas, su diferente presentación como "pacientes lingüístico/culturales" en determinados contextos, y su relación con los procesos de aculturación, y los universos representacionales y modelos explicativos de la curación y la enfermedad, son elementos a tener en cuenta en la relación paciente/profesional sanitario.

¹ Este es el caso de la percepción de los médicos con respecto al diagnóstico. Uno de ellos comenta: "a veces parece que hablamos de la misma cosa, pues los términos son los mismos, y sin embargo no es así" (Sandrine. 2002).

3. La mediación intercultural en el Hospital Brugmann de Bruselas.

Por lo general los hospitales belgas, y en este caso los de la región de Bruselas, con el tiempo han ido adoptando medidas de cara a la atención sanitaria en la diversidad cultural. Entre otras estas han comprendido desde la adecuación de dispositivos y estructuras, como se comentó en el caso anterior, hasta la incorporación de mediadores interculturales o de terapéuticas y aproximaciones, en salud mental, del orden intercultural. En el caso particular del hospital Brugmann se da la coincidencia de ser uno de los hospitales belgas que más se ha interesado en estas cuestiones. Además del grupo de mediación intercultural que abordó seguidamente ha habido un destacable movimiento de psiquiatras interesados en la formulación cultural y la etnopsiquiatría que se ha concretado en la creación de un dispositivo de consultas etnopsiquiátricas existente desde hace unos años.

En lo que se refiere a la historia del hospital cabe comentar que su creador fue el arquitecto modernista Víctor Horta¹. En este sentido, es interesante destacar que arquitectónicamente fue el primer hospital de la época con un trazado, sobre la base de las recomendaciones de los médicos jefes del servicio, horizontal. Esta concepción en pabellones tratará de limitar los riesgos de contaminación y respetar el medioambiente así como la planificación del territorio. Oficialmente fue inaugurado en 1923. Brugmann en la actualidad es un hospital universitario concertado con la U.L.B.

Tanto Laeken como Jette (y Schaerbeek, donde se sitúa otro de sus centros) tienen una población de orígenes socio/culturales muy heterogénea. Esto, a excepción de algunas áreas del centro y de los barrios ricos periféricos, ocurre en gran parte de Bruselas. Desde zonas populares de clase media, media/baja, hasta otras, no muy alejadas espacialmente de clase media/alta o alta. Igual sucede en cuanto al porcentaje de población inmigrante.

El hospital de Schaerbeek, Paul Brien, se unió al hospital Brugmann en el año 1999. Este tiene una configuración espacial diferente, en bloque de varias plantas de altura, que implica una serie de características distintas en el ejercicio de la mediación intercultural a las del sistema en pabellones de Horta. De ello hablo más adelante.

¹ Para saber más ir a pág. 389 y siguientes.

El motivo principal de la creación del servicio de mediación intercultural en Brugmann ha sido (como en el resto de los centros de salud) la mejora del acceso a los cuidados sanitarios de calidad para todas las personas.

"Y para que exista una calidad de cuidados hace falta instalar una calidad de diálogo y de relaciones entre el personal sanitario y los pacientes, con vistas a favorecer igualmente la participación del paciente en un tratamiento del cual comprenda sus implicaciones y desarrollo". (Daniela Antonova, Malika Bouzinab, Valentine Musette. Traducción propia. 2006:6).

Una de las nociones de interculturalidad de las que parte este servicio de mediación es la de *"espacio de intersección entre dos culturas, entre dos representaciones de la enfermedad, del sufrimiento, de los cuidados, de la vida y la muerte"* (Cecile Rassinfosse. 2005:13)

De esta forma, la mediadora en su posición de *"entre-dos"* favorece la puesta en práctica de este espacio de intersección, esta puesta en común de las representaciones de cada uno, con el fin de hacer evolucionar la calidad relacional de las partes presentes, con vistas a tender hacia una dirección que sea la del interés común.

Podemos hablar de este modo de dos líneas de actuación de la mediadora intercultural. Por un lado está la primera línea de ayuda, acogida y acompañamiento.

Por otro, en la segunda línea se trata de actuar, además de en la urgencia, en la creación de una cultura de la interculturalidad a través de un proceso de reflexión. Este camino intelectual se hace gracias a la experiencia de campo y al contacto con los pacientes, y a los encuentros con el personal sanitario y los administrativos¹.

En la actualidad el servicio de mediación intercultural en Brugmann está constituido por dos mediadoras, de origen marroquí y búlgaro. Cada una se ocupa de un sector del hospital Brugmann: la parte perteneciente a Laeken y el hospital Paul Brien. Su trabajo es a tiempo completo encontrándose integradas en la estructura del hospital. En este sentido, una parte de la financiación del programa proviene del servicio de coordinación de mediación intercultural sanitaria del ministerio de salud, quien proporciona el presupuesto al hospital el cual se

¹ Chu Brugmann "Mediation interculturelle". <http://www.chu-brugmann.be>.

encarga de contratar al mediador intercultural. Por otro lado es la asociación "Bruxelles Laique" la que aporta el resto de la financiación, que permite el trabajo a tiempo completo de las mediadoras.

En lo que se refiere a la demanda de mediación intercultural esta proviene tanto de los pacientes mismos, como del personal sanitario o administrativo del hospital.

Los espacios en los que se desarrolla la misma son diversos. Para las reuniones con los pacientes suelen utilizar uno de los despachos de los médicos. Si bien gran parte del trabajo de mediación intercultural se realiza en los pasillos, en la recepción y en las unidades de hospitalización y urgencias. Para ello permanecen la mayor parte del tiempo visitando las diferentes unidades del hospital.

Estadísticamente se puede destacar que, en el hospital Brien, en 2006 se realizaron: 864 intervenciones. De ellas 324 fueron demandas por el paciente, 378 por el personal administrativo/sanitario y 190 por la propia mediadora. De estas 311 fueron en el área de hospitalización, 497 en las consultas, 58 en el hospital de día y 28 en el servicio de guardia. Las tres lenguas mayoritariamente utilizadas han sido el árabe, turco y serbocroata¹. En cuanto al género se intervino con más hombres que con mujeres, encontrándose mayoritariamente los pacientes entre 40 y 60 años.

En lo que se refiere al tipo de intervención es interesante comentar que la mayoritaria se centra en la interpretación lingüística/cultural triádica. Después se encuentra la comunicación del paciente al personal sanitario o viceversa, en un marco no triádico. Le seguirá la entrevista de apoyo. La información dada al paciente o a su familia fruto de la iniciativa del mediador intercultural y la relativa a aspectos culturales proporcionada al profesional de la salud.

En el caso del hospital en Laeken para el mismo año se realizaron 894 intervenciones. 326 fueron demandadas por el paciente, 378 por el personal del hospital y 190 por la mediadora intercultural. 471 tuvieron lugar en el área de hospitalización, frente a 141 en las consultas, 82 en el hospital de día y 43 en la guardia. Las lenguas y procedencias mayoritarias fueron las mismas que en Brien. De igual modo hubo más intervenciones con hombres que con mujeres.

¹ De 26 nacionalidades distintas los países de mayor procedencia son Turquía, Marruecos y Bosnia.

No obstante el ratio de edad será distinto encontrándose los pacientes, con los que se intervino, entre una franja de 40 a 50 años, seguida por los mayores de 60.

En lo relativo al tipo de intervención mayoritario esta es principalmente de interpretación lingüística/cultural triádica. Seguida por la información dada a los profesionales sobre aspectos culturales, la entrevista de apoyo y la comunicación del paciente al personal sanitario, y viceversa, en un cuadro no triádico.

(Daniela Antonova, Malika Bouzinab, Valentine Musette. 2006:22)

Algunas de las características de la intervención varían de un centro a otro debido tanto a elementos intrínsecos al hospital, como su ubicación, su estructura o el personal. Así como a variables relativas a las necesidades de los pacientes y personal hospitalario, además de la propia metodología a seguir por cada mediadora en los distintos centros¹.

Con respecto a los recursos para dar a conocer el servicio e identificarse como mediadoras interculturales, tanto en Laeken como en Paul Brien, las mediadoras visten una bata blanca con su nombre y profesión identificados. En lo que se refiere a su visibilización utilizan carteles que cuelgan en las unidades de cuidados y en el tablón de comunicaciones del personal. Por otro lado en las recepciones hay folletos explicativos, traducidos en diferentes lenguas, del servicio de mediación intercultural. A su vez las mediadoras distribuyen tarjetas de visita a los pacientes, sobretodo a los que ya han acudido a su servicio o no hablan francés, con su nombre y número de teléfono.

El trabajo de interpretación y mediación lingüística y cultural en parte es fruto de la formación y experiencia profesional del mediador, que suele ser continua, con tres años de base, para todos los mediadores en Bélgica, pero también de su trayectoria vital.

Este saber relativo a la trayectoria vital es, en el caso de Brugmann, evaluado en una entrevista en la que se tienen en cuenta aspectos como, el conocimiento de las diferentes culturas presentes en Bélgica, sus filosofías, sus organizaciones sociales, sus prácticas; la

¹ Cabe mencionar que la mediación en Laeken, en 2009, ha sido parada debido a las dificultades que experimentaba una mediación con tan poco personal y una estructura en pabellones horizontales tan extensa. Está a la espera de reformularse el proyecto para contratar a un mediador intercultural y ponerse de nuevo en marcha. Durante este año la mediadora intercultural del Hospital Brien se ocupa de los dos centros. En Laeken, hasta la llegada del nuevo mediador, realiza la mediación por teléfono.

capacidad de escucha de los diferentes referentes culturales, de descodificarlos y de hacer que se expresen; un buen conocimiento de las diferentes teorías de la comunicación, con el fin de considerar todos los factores implícitos en un diálogo, etc.

Sin extenderme mucho más, pues ya se ha tratado esta cuestión y se tratará de nuevo más adelante, cabe señalar que los objetivos del servicio de mediación intercultural en el hospital Brugmann son los siguientes:

Hacia el paciente:

- Preservar la dignidad del paciente en la hospitalización sea cual sea su diversidad social, cultural, filosófica o religiosa.
- Prevenir de las crisis eventuales generadas por los malentendidos en un contexto de fracaso comunicativo.
- Favorecer el cuidado, sobretodo favoreciendo la atención global del paciente, así como su acceso a una información clara y comprensible.

Hacia el personal sanitario:

- Aliviar al personal de la no comunicación en un contexto multicultural en el que pueden sentirse desbordados.
- Apaciguar las tensiones y evitar el estrés desbloqueando y aclarando ciertas situaciones que ponen en juego factores del orden de lo cultural.
- Lanzar pistas para la prevención y comprensión en la comunicación paciente/profesional sanitario en el medio intercultural. (sensibilización a la atención en la diversidad cultural)

(Daniela Antonova, Malika Bouzinab, Valentine Musette. Traducción propia. 2006:7)

Cabe comentar que si bien la filosofía, los objetivos y actividades del servicio de mediación intercultural son los mismos tanto en Horta (Laeken) como en Brien (Schaerbeek), la especificidad de los dos lugares en términos de organización interna, pacientes, implantación

geográfica y configuración de los espacios, como ya se mencionó, implica una operatividad práctica diferente en cada uno. Un ejemplo de ello es que la mediadora que trabaja en Horta, un hospital en forma de pabellones muy extenso, necesita ser conocida y relevada en los diferentes servicios para asegurar el buen desarrollo de su función. Las personas que la relevan han sido anteriormente sensibilizadas a la cuestión del diálogo intercultural en la relación terapéutica, y pueden transmitir la demanda y las dificultades, en el caso de darse y no solucionarse, del servicio a la mediadora. Este esfuerzo de sensibilización implica la puesta en práctica de momentos de encuentro con el personal, de sesiones de información y de formación. En el caso de Brien el hospital está constituido por dos módulos con varias plantas de altura. El trabajo de sensibilización y visibilización del servicio, que desempeña la mediadora intercultural, es más sencillo debido a la mayor accesibilidad e interconexión de las áreas.

3.1 Líneas principales de actuación de los mediadores interculturales en Brugmann

Las líneas de actuación de los mediadores interculturales son:

· Interpretación lingüística:

La mayoría de las intervenciones de las mediadoras tienen como función la interpretación lingüística. Sin embargo esta, con frecuencia, no se puede desligar de la interpretación cultural.

Cuando los mediadores están disponibles, y conocen la lengua, la llevan a cabo ellos mismos. En Brien la mediadora habla francés, árabe y bereber marroquí. En Horta la mediadora habla francés, búlgaro y macedonio.

Para las otras lenguas se acude a la ONG CIRE (Coordination et Initiatives pour Refugies et Etrangers) la cual se encarga de proporcionar intérpretes profesionales, que tienen un código deontológico específico para este contexto (como el respeto del secreto médico). Los intérpretes, algunos de los cuales también realizan traducciones de documentos, son sociales pero tienen una cierta formación en el manejo del discurso médico. Para la petición de dicho

servicio el personal del hospital debe dirigirse siempre al servicio de mediación intercultural, el cual se ocupa de gestionar la petición y su desarrollo.

La mediadora acompaña, en la mayoría de los casos¹, al intérprete del CIRE durante la actuación. El objetivo de esto es prestar su ayuda en caso de necesidad y supervisar que la metodología y desarrollo de la interpretación médica sea la adecuada.

Cuando la demanda de interpretación es urgente, y no se puede esperar a la intervención del CIRE (realizar la petición y esperar la llegada del intérprete), hay una lista de personas internas trabajando en el hospital, actualizada regularmente con el personal, que pueden asegurar puntualmente las traducciones. En la actualidad hay 35 lenguas disponibles en el hospital; el CIRE ofrece interpretación en 48 lenguas.

· Interpretación cultural y sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural:

Las mediadoras interculturales no trabajan exclusivamente sobre la interculturalidad entre comunidades, sino también entre campos de experiencia, saberes u oficios diferentes.

De este modo no solo se trata de escuchar al paciente migrante sino también al personal sanitario, y a la cultura médica que representa, en cuanto que actores con trayectorias vitales distintas, así como modelos y referentes de significado e interpretativos diversos.

Con respecto a la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural las mediadoras realizan un trabajo informal cotidiano al discutir y hablar con el personal del hospital, en los espacios que ambos frecuentan, sobre dudas o preguntas con respecto a la cultura de los pacientes y a su relación con ellos. En un principio organizaron sesiones formativas para el personal sanitario sin embargo, por diversos motivos, decidieron dejarlas y centrarse en un trabajo cotidiano. Del mismo modo, proporcionan artículos y material diverso a los profesionales del hospital concerniente a problemáticas ligadas a la atención sanitaria en la diversidad cultural².

¹ Sobretudo cuando no conoce al intérprete o la interpretación lingüística puede requerir la ayuda de la mediadora intercultural. En el caso de no entrar con ellos hablarán después de la actuación para conocer los detalles o problemáticas que se hayan podido presentar.

² Como por ejemplo artículos relativos al envejecimiento de los inmigrantes en los países de destino.

· Ayuda, acogida y acompañamiento de los pacientes: Se trata de una serie de medidas que consisten en actuar en la prevención cotidianamente. El mediador dedica un tiempo a informar a los pacientes más fragilizados, a los que no hablan la lengua, a quienes acumulan mayores desventajas socio/económicas, no reciben visitas, comprobando si les va bien en su estancia en el hospital. Así como verificar si tienen acceso a una información clara y comprensible, previniendo a su vez los problemas de comunicación o crisis eventuales.

"Cuando tengo tiempo voy a las unidades de cuidados, me presento y pregunto si hay personas que puedan tener necesidad de mis servicios, que tienen dificultades. A veces me dicen si en esta habitación hay un paciente que tiene problemas. O me dicen que no... pero incluso tomo la iniciativa y voy a ver al paciente. De hecho hay una lista en la unidad, miro los nombres y según el nombre me presento al paciente, le explico lo que hago y le pregunto como va todo en su hospitalización, si hay alguna dificultad...(...) es aquí que a veces, aparte de la lengua hay pequeños problemas que pueden reformularse".

(Entrevista personal, mediadora intercultural de Brugmann, Malika, 2009. Traducción propia.)

El mediador interviene o bien en el momento de la llegada de los pacientes al hospital, lo cual implica tener una buena relación con el personal de acogida, que está en primera línea al recibir al paciente, o en alguna de las salas, cuando están hospitalizados.

A su vez este tiempo es dedicado a colaborar con el servicio social, ya que los trabajadores sociales trabajan a menudo con los pacientes, en este caso migrantes, más desprotegidos.

Del mismo modo es importante el tiempo que dedica a entablar una buena relación con el resto del personal sanitario y a que este conozca las labores que desempeña. Para ello, así como para la visibilización del servicio y la sensibilización de la atención en la diversidad cultural, se revela como importante su inscripción, a tiempo completo, en el ámbito del hospital y su movilización en las diversas áreas que lo conforman.

Un ejemplo de ello es el que presencié en una reunión con una mediadora intercultural del hospital Brien. Mientras caminábamos por el pasillo del hospital charlando se acerca un chico que la conoce, y la estaba esperando junto al despacho, pidiéndole ayuda para una citación. El paciente es de origen marroquí y acaba de llegar hace unos meses de Marruecos, no hablando prácticamente nada de francés. Fuimos a la recepción y allí ella, tras ver el motivo de su citación, decide hablar con una enfermera para corroborar si el motivo exige, como ella

piensa, una cita prioritaria. De este modo lo que probablemente hubiese sido, por las complicaciones comunicativas, una cita ordinaria en varios días o semanas, termina siendo, por medio del diálogo con el personal administrativo y la enfermera, una cita acorde a la gravedad de la patología del paciente.

· El acompañamiento extrahospitalario: un rol atípico a la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

Como en otras prácticas de mediación intercultural sanitaria las mediadoras tratan de orientar al usuario hacia recursos y redes de asociaciones o servicios públicos. De este modo proporcionan información, contactos y direcciones con respecto a una variedad de temas que no están ligados al ámbito sanitario. Sin embargo en este caso particular el acompañamiento por parte de las mediadoras interculturales de Brugmann *puede realizarse también en el exterior del hospital.*

"Al trabajar con Bruxelles Laique en el marco de la cohesión social puedo hacer el seguimiento en el exterior del hospital. Esto para los pacientes que tienen mucha necesidad de acompañamiento. Por ejemplo he acompañado a un paciente que venía de la oficina de extranjeros, que acababa de llegar. Desde que llegó a Bélgica no se sentía bien, era un paciente que había sido torturado en su país. Así que vino aquí para pedir asilo. Entonces antes de hacerle la entrevista le enviaron directamente al hospital, y cuando le dieron de alta le acompañé a la oficina de extranjería, para discutir con ellos con relación al informe médico y que me informasen del centro de acogida al que iba a ser enviado, para ponerme en contacto con los servicios sociales con el fin de poder tener un buen seguimiento del paciente en el hospital. También he acompañado a un paciente al aeropuerto, en el cuadro de un retorno voluntario de un paciente en fase terminal que decidió regresar a su país."

(Entrevista personal, mediadora intercultural de Brugmann, Malika, 2009. Traducción propia.)

De este modo el acompañamiento al exterior del hospital guarda relación con el tipo de contrato que las mediadoras tienen con la ONG "Bruxelles Laique". En el resto de los hospitales y centros de salud estudiados aquí, tanto en Bélgica como en España, se limita exclusivamente al contexto del centro sanitario.

Cabe comentar que la práctica de la mediación intercultural en Brugmann busca en todo momento la autonomización del paciente evitando en lo posible pasar a ser una figura asistencial de la que este dependa.

3.2 Casos de mediación intercultural en el hospital Brugmann (Laeken):

CASO 1:

Relato de mediadora intercultural, Daniela Antonova, en el pabellón hospitalario Horta:

"Nadia, una mujer joven marroquí embarazada de tres meses, es hospitalizada en la unidad de "embarazos de alto riesgo". Ha sido llevada en estado de crisis: entra en trance, se arrastra por el suelo, tiene comportamientos extraños, rechaza el alimento y se estima que hay un riesgo para la vida del feto. La paciente afirma estar poseída. Decido entrevistarla con ella y con su familia (su madre y su marido), así como con el personal sanitario que se ocupa de ella.

El personal sanitario está muy preocupado por la salud y la vida de la madre y del feto, y desbordados en una unidad en la cual cada paciente necesita de sus cuidados incesantemente. La situación de Nadia, por su particularidad, monopoliza un tiempo suplementario al personal, lo cual les sitúa en una carrera con respecto al resto del servicio. Su inquietud ante esta situación insólita es comprensible y legítima. Sobretodo cuando el paciente y su familia rechazan colaborar aceptando ver a un psiquiatra. Además ponen junto a la cabecera de la cama de su enfermo a su imán y practican rituales de desposesión que chocan y asustan al personal sanitario, pese a que estos rituales apaciguan al paciente.

Cuando entrevisté a la paciente y a su familia, me contaron que alguien le había echado un maleficio, por celos, y que había sido poseída por un djinn, especie de demonio en la cultura musulmana magrebí y subsahariana. Para hacer salir al djinn, la familia llama al imán, el cual lee pasajes del Corán en la cabecera de la cama, y practica un ritual de desposesión.

Esta familia marroquí, muy respetuosa con los hospitales, ha elegido llevar a uno de los suyos, con la esperanza de que podremos salvarle. Me dijeron en muchas ocasiones tener confianza en este gran hospital que ellos consideran como uno de los más modernos. Ellos le están igualmente agradecidos a las enfermeras a las que encuentran muy amables, incluso cuando habiéndose dado cuenta que a veces algunas se ríen o se encogen de hombros frente a sus creencias. En realidad, esta familia marroquí preferiría mil veces estar aquí con un problema simple, "estrictamente físico", sin historias de posesión.

Por un lado piensan que el hospital puede ayudarles, y, por otro, se dan cuenta que su hija sufre de algo que el hospital no puede solucionar solo. Entonces llaman al imán y a los rituales de desposesión tradicionales. Y ellos ven que esto es percibido por el personal sanitario como algo extraño. Ven también que es una situación extraña estar en un hospital que goza de todo el equipamiento moderno, y tener que llamar a un hombre de religión. Es sin embargo la sola manera para ellos de adoptar una actitud articulada a su creencia tradicional.

Estas son a continuación las acciones llevadas a cabo en el cuadro de una mediación intercultural ante esta situación.

a/ Se trata de comprender de qué sufre el paciente, pero de comprenderlo en un lenguaje suyo, de tomar el tiempo necesario de entrevistarle a él y a su familia, de escuchar lo que piensa que sufre, sin juzgar. Cuando incluso su patología lleve el nombre de demonio, genio: criaturas muy alejadas de lo que occidente concibe como universo terapéutico.

b/ Se trata igualmente de ver cómo el personal sanitario identifica el mal que sufre el paciente. Aquí lo identifica con una psicosis, o una anorexia, tiene entonces que consultar a un psiquiatra.

c/ Después yo explicaré al personal sanitario cómo el paciente identifica su mal, en que términos, y que es lo que estos términos abarcan. Es en esta etapa que vemos que es posible reconciliar los dos universos.

En efecto cuando uno de los médicos dice de Nadia: "Hay que quitarle esas ideas del demonio de la cabeza", no hace otra cosa finalmente, de un cierto modo, que expresar lo que piensa también la paciente y su familia, y lo que el imán va a poner en práctica. En efecto, la familia marroquí piensa que Nadia no tiene una psicosis sino un demonio dentro de ella. Y ese demonio, lo saben muy bien, es una "idea" tal y como dice el médico. Ellos no imaginan ni durante un solo segundo que este demonio que ha entrado en Sonia ha entrado bajo una forma de criatura física con garras, cuernos y cola. La naturaleza de este demonio, según el universo cultural de la paciente, es del orden de la "idea", de una entidad espiritual invisible. Creer por nuestra parte que ellos creen lo contrario será, a sus ojos, prueba no solo de ingenuidad y de desconocimiento profundo, sino también de desprecio...

d/ Se trata igualmente de ver a qué servicio del hospital se puede derivar al paciente.

e/ Seguidamente se trata de presentar a la paciente, en su lenguaje, la función del servicio hacia el cual puedo derivarla. Así cuando presento la función de la etnopsiquiatría, insisto sobre el conocimiento y el respeto que empujan al terapeuta a asociarse a otros terapeutas provinientes del contexto cultural de los pacientes a los que va dirigido su servicio. Y evito pronunciar el término "psiquiatría", que, yo lo comprendo, marca con hierro candente, con el sello de la locura, a la paciente."

(Daniela Antonova, Malika Bouzinab, Valentine Musette. Traducción propia. 2006:40)

CASO 2:

Relato de mediadora intercultural, Malika Bouzinab, en el pabellón P. Brien:

" La señora X es una paciente de origen argelino, de 66 años, viuda de un primer matrimonio y que vive en cohabitación desde hace poco. Habla francés.

LLegó a las urgencias, acompañada de sus hijos, debido a una hipoglucemia. Cuando el médico de guardia la examina, la paciente le pide hacerlo con cuidado ya que está embarazada.

Viendo el asombro del médico, debido a su edad, ella le explica que el bebé duerme en su vientre desde hace diez años. Ella también le pide al médico que no se lo cuente a sus hijos.

Cuando yo encuentro a esta paciente, ella me confiesa que tras esta entrevista con el médico se sintió traicionada; juzga que el médico no ha respetado el secreto profesional habiendo revelado su secreto a sus hijos, habiendo recalcado que su madre estaba perturbada, "loca".

Ella me confesó también haber sufrido mucho frente a la mirada de ciertos miembros del personal cuando fue hospitalizada: " Me tomaban por una loca, era muy duro para mí" dice ella, llorando. Continúa: "pasados unos días, se dieron cuenta de que era normal, entonces su comportamiento ha cambiado".

Cuando le pregunto a la paciente si le hicieron una ecografía, y lo que el médico le explico sobre el resultado, ella dirá: " todo va bien, pero el médico no puede ver al bebé puesto que Dios lo ha envuelto en una membrana para protegerlo".

La paciente está convencida de su embarazo, "de que el bebé se despertará un día y ella dará a luz, o si muere antes, el se irá con ella, en su vientre".

La paciente me dirá a su vez haber siempre aceptado todos los exámenes, y todos los cuidados propuestos por los médicos.

No tuve la oportunidad de encontrar al médico de guardia, pero si tuve la ocasión de discutir con algunas enfermeras, y de explicar lo que significa el mito del niño dormido en el vientre de su madre. Se trata de una creencia muy extendida en el Magreb según la cual, durante el embarazo, el crecimiento de un feto puede pararse (se dice entonces que el niño se ha dormido), para continuar posteriormente después de que el niño se despierte.

En un contexto como este el trabajo de la mediadora consiste en tender puentes entre los diferentes actores:

- Con relación al paciente se trata de dejarle hablar. No se trata de creer o no creer en su "mito", sino sobre todo de escuchar hasta el final, sin juzgar, lo que permite, en un primer tiempo, apaciguar al paciente. Después tratar de explicarle que la preocupación principal del médico es curar a los pacientes, y el hecho de que él crea o no en su embarazo no le ha impedido curarla como hacia falta, y que esto es muy importante.

- Con relación al personal sanitario, explicar en que consiste el mito del "niño dormido", los orígenes y las razones sociales de esta creencia, y eventualmente proporcionar artículos sobre este tema"

(Extraído de entrevista personal Malika, mediadora intercultural interviniente en el caso, y de Daniela Antonova, Malika Bouzinab, Valentine Musette. 2006:43. Traducción propia.)

Los dos casos anteriores, si bien no son los más frecuentes, ofrecen un ejemplo de cómo la labor de mediación intercultural trata de tender puentes entre los modelos explicativos de la enfermedad, la curación y las representaciones del cuerpo de las culturas occidentales y no occidentales del personal sanitario y los usuarios, en aras de una eficacia terapéutica (y defensa del paciente).

A través de la labor de la mediación intercultural el otro, la alteridad, que aparece en un contexto de aparente consenso sobre la hegemonía de la visión y modelos biomédicos con relación a las representaciones nosológicas y al saber hacer terapéutico, pasa de *ser extraño e incomprensible a cercano y semejante*.

Uno de los papeles principales del mediador es el relativo a la facilitación del buen desarrollo de la transferencia y la contratransferencia con relación a los actores del ámbito terapéutico y el paciente (y sus familiares). Su trabajo proporciona espacios de apaciguamiento y diálogo entre los diferentes componentes de la situación en crisis. De este modo reconforta al paciente y a su familia al saberse comprendidos y defendidos al mismo tiempo que trata de tranquilizar al personal sanitario el cual se siente, frente a lo en apariencia desconocido, chocado y cuestionado (cuando no incapacitado) en el desarrollo de su trabajo.

En este sentido en el primer caso por un lado el hecho de comprender, sin juzgar, el lenguaje cultural de la familia incide en un buen resultado de dicho mecanismo de transferencia. Además el trabajo de explicación del sentido de la expresión sintomatológica del paciente, así como de la función del imán y sus ritos, al personal sanitario, valorizando a su vez la labor que ellos desempeñan, promueve dinámicas que desencadenan el refuerzo del vínculo terapéutico. De esta forma, comprendidas ciertas causas, efectos y mecanismos terapéuticos¹, se abrirán puertas y recursos, en este caso del orden de lo intercultural, para una eficaz curación del paciente. Así será con el caso particular de la colaboración entre el servicio de etnopsiquiatría de dicho hospital (en el cual participé en mi trabajo de campo (ver págs. 381 y siguientes)² junto con los médicos, enfermeras y el imán.

El segundo caso concierne no tanto a una cuestión de "cómo y por quien ser curado de qué" sino sobretodo de la representación que tiene el paciente de su cuerpo, y la presentación que de él hace, y la que mantiene el personal sanitario. Mientras que para la mirada cartesiana de

¹ Si bien "lejanos" en las denominaciones nosológicas, y connotaciones de las mismas, de ambos universos culturales (un demonio/una psicosis) no tanto en la parte fundamental de su contenido: la búsqueda de sentido al malestar.

² Un aspecto a destacar aquí, con relación a la ubicación de la consulta etnopsiquiátrica, es que el hecho de encontrarse inscrita en el ámbito de un hospital, lo cual no está exento de toda una serie de aspectos conflictivos, permite sin embargo soslayar algunas de las problemáticas, como las derivadas de la "superespecialización en lo cultural", que se pueden presentar al tratarse de un centro autónomo (como el centro George Devereux de París).

estos el cuerpo es percibido como un organismo ahistórico y sin vínculos relevantes, en la manipulación diagnóstica y la curación, con la cultura y la sociedad de la que forma parte la trayectoria vital de la paciente, para ella existen una serie de elementos en él, distintos de la mirada organicista, que aparecen como importantes en el contexto de la relación terapéutica (y de la manipulación de su cuerpo por parte del médico).

El caso del *mito del niño dormido en el vientre de su madre* (*ragued*), y de la interrupción de su gestación hasta que vuelva a despertarse (debido a un susto o una emoción fuerte (E. Hernández, 2008)), es una creencia extendida en el Magreb. Diversas razones del orden de lo social llevan a ciertas mujeres a recurrir a esta creencia:

- Esconder las relaciones sexuales extraconyugales, es el caso de la mujer que se queda embarazada cuando el marido esta ausente durante un largo periodo o muere. La mujer, en este caso, en ciertas sociedades, puede arriesgar su vida en caso de adulterio. De esta forma dirá que el hijo es de su marido pero que estaba dormido y se despierta ahora.

- Otra de las razones es la de la esterilidad. La esposa que no puede tener hijos corre el riesgo, en algunas sociedades, de ser repudiada. En este caso la llamada al niño dormido cumple la función de situar a la mujer que no puede dar a luz en algún sitio, no estigmatizado, entre la esterilidad y la fertilidad. De este modo la situación puede prolongarse durante años a la espera del despertar del niño.

- Otras veces se trata de mujeres con la menopausia que no pueden admitir que su ritmo fisiológico ha cambiado y han perdido la fertilidad. (Malika Bouzinab. 2006)

La carencia de conocimiento en este caso da lugar a un "choque cultural" el cual lleva al personal sanitario a tratar a la mujer como loca, al no entender el contexto y significado de tal afirmación, e incluso a violar el secreto profesional y, contrariamente a lo pedido por ella, contárselo a sus hijos (con las consecuencias, no deseadas por el paciente, que de ello se pueden derivar).

Por otra parte, es interesante destacar el aspecto importante de la presentación cultural del paciente en el contexto de la consulta. Es en ese sentido en el que el mediador cultural cumple

un rol simbólico no desdeñable en lo que respecta a la posibilidad de que el paciente haga un discurso, y una presentación de sí mismo, auténtica:

" Cuando voy a un servicio... voy a presentar la imagen que yo quiero que el otro tenga de mí, cualquiera, y yo pienso que en ese caso el rol simbólico del intermediario es más importante que el rol real... así que el hecho de que un psiquiatra o psicólogo español o belga esté sentado acompañado por alguien de otra cultura quiere decir que en el fondo yo puedo ser aquí lo que yo soy, porque si no el otro no estaría aquí... si es un marroquí yo puedo decir, a vale puedo ser un marroquí porque hay un marroquí aquí... y puedo hacer otro discurso... para mí el rol más importante del mediador es dar o crear la ocasión de que el otro haga un discurso autentico de sí mismo... eso no quiere decir que no pueda mentir... pero tiene que mentir de una forma cultural entonces... auténtica en el sentido de dar una imagen cultural auténtica..."

(Entrevista personal a Antoine Gailly, 2008. Traducción propia.)

Esto se podría aplicar del mismo modo a lo relativo a la imagen cultural del personal sanitario y su presentación frente al paciente. La existencia de un mediador, y la práctica de una buena mediación, de alguna manera logra frenar el proceso polarizador de alteridad en el que el terapeuta sitúa, fruto a su vez de una autoimagen proyectiva cultural "cortocircuitada" (una contratransferencia temible o ignorada), al paciente, y se sitúa, al no poder comprender su forma de presentarse y atribuirle a una patología mental.

Existen muchas otras intervenciones que no remiten a fenómenos o particularidades tan llamativas, por su contenido de corte exotizante, como las anteriores, y que sin embargo resultan fundamentales tanto para el buen entendimiento entre personal sanitario y paciente, como para la eficacia del tratamiento, la prevención, un buen seguimiento o una toma de decisiones en las que puede estar implícita la vida o la muerte. Este último caso por ejemplo es el de una labor de mediación llevada a cabo con una mujer de etnia gitana proveniente de Bulgaria que desconoce el funcionamiento hospitalario y, desconfiada, se niega a que operen a su hijo en el hospital. A su vez otras intervenciones tienen que ver con el desajuste comunicativo entre la cultura del paciente y la hospitalaria. Este es el caso de un hombre turco que, tras perder sus dos piernas, se siente desesperado, perseguido y discriminado, hasta "tal punto" que es enviado al servicio psiquiátrico, al no comprender porque no le atienden y le cuidan, en el pabellón de rehabilitación, como lo harían sus familiares empujándole a hacer las cosas solo. La barrera del lenguaje, la situación de vulnerabilidad del paciente, y de protocolarización homogénea del servicio, da lugar a que la explicación de por qué el personal

sanitario actúa de ese modo (para que el paciente puede después desenvolverse solo) no sea recibida por él.

En otros casos se trata de actos técnicos como la colocación de una sonda urinaria considerada de forma ofensiva por una paciente. O el conflicto que surge entre otra paciente de origen ganes y las enfermeras al considerar estas que se les falta constantemente al respeto ya que son llamadas a silbidos por ella como si fuesen sus perros. Para la paciente en su cultura de origen los silbidos son la manera respetuosa y cotidiana de llamar a sus conocidos o amigos. Las explicaciones sobre las formas de actuar en los diversos contextos culturales tienden de nuevo puentes que reestablecen una normal comunicación entre paciente y personal sanitario.

4. La mediación intercultural en el Hospital de la Citadelle de Lieja.

Lieja es una ciudad perteneciente a la región francófona belga de Valonia que en la actualidad cuenta con cerca de 200.000 habitantes. Desde el punto de vista económico Lieja albergó el nacimiento de la revolución industrial en el continente europeo del S.XIX. En la actualidad es una de las ciudades más destacadas de la región valona con una notable presencia industrial que sin embargo, a partir de los años 60, entró en decadencia. Con respecto a su población cabe decir que es culturalmente diversa contando con un 17% (INS, 2008) de personas de origen extranjero.

El hospital de la Citadelle de Lieja nace del antiguo hospital de Baviere que comprendía a la universidad de Lieja y al Centro Público de Asistencia Social. Al escindirise las actividades de estas dos entidades aparece, en 1989, el hospital de la Citadelle el cual tendrá un carácter intercomunitario.

De esta forma en la actualidad está vinculado a la universidad de Lieja, llevando a cabo actividades conjuntas. El hospital cuenta en la actualidad con 1036 camas, 3500 trabajadores y realiza unas 66.000 admisiones al año ("Plan strategique du CHR de la Citadelle 2008/2010". 2007).

La creación del servicio de mediación intercultural en el hospital de la Citadelle responde esencialmente a una comunicación difícil entre el personal del centro de salud y los pacientes, principalmente mujeres, provenientes de Turquía, del Magreb y de algunos países de Europa del Este.

Entre las problemáticas que se constatan en estos pacientes se encuentran las siguientes: precaridad social, inseguridad en el plano administrativo, desconocimiento del rol de las instituciones o de los servicios de cuidados sanitarios (de primera línea principalmente), percepciones culturales de la salud y del hospital diferentes de los de la mayor parte de los profesionales sanitarios. Y en lo que respecta a su estado de salud por una parte patologías ligadas al proceso migratorio y al exilio (problemas de tipo psiquiátrico que guardan una relación directa con la historia, la trayectoria y el proyecto migratorio). Y por otra parte patologías vinculadas a las condiciones de existencia en el país de acogida (insalubridad de alojamiento, carencias alimenticias en los niños y madres jóvenes, etc.). (Anne Fossi, 2004)

Hoy en día el equipo de mediación intercultural se compone de 4 mediadoras contratadas a tiempo parcial y una coordinadora. Cabe mencionar que debido al magro presupuesto con el que cuentan deben hacer uso del trabajo de voluntarios que atienden a la población cuyas lenguas ellas no dominan. A su vez suelen movilizar los propios recursos internos del hospital, llamando al personal sanitario, cuya composición cultural es muy diversa, cuando es necesario¹.

El hecho de que no haya ningún mediador hombre, en concordancia con la proporción general en Bélgica, no guarda relación con el azar sino más bien con varios factores entre otros los sectores de los que mayoritariamente provienen las demandas de mediación (ginecología/maternidad), o en los que estas se han visibilizado concentrándose por diversas razones, así como por el hecho de que, sobretodo en lo relativo al nivel lingüístico, las demandantes sean mayoritariamente mujeres. Otro factor principal es la falta de hombres que acuden como candidatos a las demandas de empleo de mediación intercultural sanitaria².

¹ Debido a la riqueza de la diversidad cultural del personal sanitario esto sucede en todos los hospitales belgas. Lo cual conlleva a su vez una cierta movilización de dinámicas de tipo intercultural en los mismos.

² Como se comentó anteriormente aquí desempeña un papel importante la cuestión de la formación exigida y de la disponibilidad, y la regularidad del tiempo, de trabajo como mediador.

Con respecto a la evolución de las áreas y servicios en los que se realiza la mediación intercultural cabe decir que si en un principio comenzó principalmente en pediatría, ginecología y maternidad, hoy en día se ha extendido al resto de los sectores del hospital cobrando una relevante presencia en el área de psiquiatría¹.

De esta forma las mediadoras interculturales intervienen en todos los servicios del hospital, consulta y hospitalización, ya sea a la demanda del paciente y de sus allegados, o de los profesionales del hospital, o servicios, o actores externos².

En lo que se refiere a la visibilización del servicio de mediación en el hospital, todas las áreas y sectores disponen de las coordenadas del mismo. A su vez realizan una guardia de carácter permanente por si requieren de su intervención en cualquier momento.

Por lo general se suele acudir a los mediadores interculturales principalmente por cuestiones relativas a la lengua. Sin embargo, en muchas ocasiones la problemática proviene de la no comprensión de los cuadros de referencia cultural de las partes presentes. De esta forma, los malentendidos culturales conducen a tensiones que perjudican la calidad de los cuidados sanitarios y de vida del paciente. En muchas ocasiones esto se retraduce en errores diagnósticos o de tratamiento, conductas evitativas, del paciente o profesional, o imposiciones de códigos culturales de la cultura dominante.

En este sentido, cabe destacar que los mediadores interculturales en dicho hospital se definen como totalmente neutrales³, "*ni al servicio del paciente ni al del médico, únicamente al de la relación terapéutica*". ("Le service de mediation interculturelle du CHR de la Citadelle a Liege" Laboratoire des innovations sociales. Diciembre 2006)

¹ Como ya se ha señalado esto guarda relación con el crecimiento de los problemas de salud mental debido a las situaciones socio/económicas extremas con las que se encuentran muchos inmigrantes, y a su vez con la progresiva sensibilización de la parte de los profesionales sanitarios.

² Que por ejemplo hayan derivado a esta persona al hospital y conozcan de las dificultades idiomáticas del paciente para expresarse en francés.

³ En este sentido otros equipos de mediación, en Bélgica o España, se posicionan como teniendo el objetivo principal de la defensa del paciente. De hecho según una evaluación realizada del servicio de mediación intercultural en la zona de Flandes se puede concluir que muchas de las intervenciones de los mediadores interculturales tienen este cariz de defensa del paciente (por ejemplo frente a una explicación no entendida o un trato discriminatorio (Vera Nierkens, Krumeich y cols. 2002).

De esta manera, las mediadoras son polivalentes desempeñando labores que van desde la ayuda puntual en la traducción/interpretación, hasta el acompañamiento en procesos de información, gestión de conflictos, apoyo emocional, educación a la salud, etc.

En el equipo de mediación intercultural hay una coordinadora cuya función es la de encuadrar al equipo, permitiendo a sus miembros, entre otras cosas, mantener la distancia profesional que asegure un buen desempeño de su rol, y desarrollar nuevos instrumentos y procesos de intervención.

Por último para tener una sucinta idea del número de intervenciones cabe comentar que el número de pacientes seguidos por el equipo de mediación intercultural¹, en 2004, fue de 1057 en 2616 intervenciones. De las cuales 849 fueron en turco, 657 en ruso, 480 en serbo/croata, 144 en árabe, 131 en francés, 96 en kurdo, 80 en bereber, etc.

4.1 Caso de intervención del equipo de mediación intercultural en la Citadelle.

"La situación tiene lugar en las urgencias. Un médico de urgencias llama a una mediadora con vistas a calmar a un paciente que se muestra agresivo. Desde hace tres días, este paciente vuelve regularmente a las urgencias: grita, se queja mucho y se retuerce de dolor. Desde el punto de vista de los médicos se trata de un simulador: "este paciente no sufre de ningún mal". Cuando la mediadora llega a las urgencias, cada uno grita en su lengua. La mediadora traduce la queja del paciente. El médico decide entonces proceder a exámenes complementarios que van a confirmar las quejas (piedras en los riñones), y seguidamente hospitalizar al paciente. El médico presenta sus excusas al paciente explicándole que: "desafortunadamente él paga por los abusos repetidos de los miembros de su comunidad que vienen regularmente a las urgencias sin motivo válido". ("Mediation interculturelle. Des métiers à inventer pour un espace des changements". Laboratoire des innovations sociales, 2003. Traducción propia)

Este es uno de los casos en los que un insuficiente conocimiento y una aplicación de una noción general daguerrotípica, compartida por muchos miembros del personal como si se tratase de una llave esclarecedora², sobre la correlación y explicación de un comportamiento con la cultura nacional de procedencia de un paciente, da lugar a una barrera de exclusión a los cuidados sanitarios.

¹ Sin tener en cuenta las de interpretación/traducción realizadas por los voluntarios.

² En ocasiones a falta de otras más finas o adecuadas. En otras como un refuerzo a sus creencias de tipo xenófobo.

Se puede explicar esto en el ritmo que se vive en muchas ocasiones en las urgencias, de falta de tiempo y necesidad de juicios rápidos por parte del personal sanitario, para algunos casos. Sin embargo esta explicación no es siempre válida ya que, en lo personal y en el trabajo de campo, yo he podido escuchar en contextos sanitarios muy diferentes, y con necesidades y condiciones de desarrollo distintas, el mismo tipo de argumentación. Es decir, ciertos colectivos nacionales o de áreas geográficas se comportan invariablemente de tal o cual manera a la hora de expresar, por ejemplo, su malestar.

Esto los médicos de urgencias lo deben tener en cuenta, (según las palabras de diferentes facultativos, poco, o mal, relacionados con cuestiones de sensibilización a la diversidad cultural) a la hora de no dar prioridad a ciertos colectivos que son "más escandalosos", con dolencias o patologías del mismo tipo o menores a los otros pacientes¹.

De esta manera, lo que en alguna ocasión puntual pueda "funcionar" en el criterio de no priorización, frente a otros pacientes con iguales posibilidades de espera y dolencias similares o mayores, a ciertos pacientes cuya expresión pueda ser más visible², en esta circunstancia bajo la mirada homogeneizante de la correlación entre un tipo de comportamiento y la delimitación de la alteridad a la pertenencia geográfico/nacional, extracomunitaria, se excluye la legitimidad de la expresión del dolor, denegando el acceso a los cuidados de salud.

A modo explicativo es interesante mencionar aquí que en algunas ocasiones ciertos pacientes de origen extranjero acuden a las urgencias de los hospitales con dolencias o enfermedades de tipo leve que no requieren de dicha asistencia. Esto es debido al desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario siendo, en muchos países de origen, muy distinto³ cuando no casi inexistente.

" desafortunadamente él paga por los abusos repetidos de los miembros de su comunidad que vienen regularmente a las urgencias sin motivo válido" (ibid, 2003)

¹ En una ocasión me comentó un conocido que trabajaba como médico de urgencias en Madrid que si veías a alguien del área árabe/mediterránea o de América Latina quejándose escandalosamente no era tan preocupante que si lo hacía un asiático o alguien proveniente de un país del este de Europa.

² Y que sin embargo no solo dependerá de su cultura de origen sino de otros factores como sus itinerarios personales. En este sentido el facultativo, y sus prenociones estereotipantes con relación a ciertos colectivos, puede coadyuvar al desencadenamiento de la *profecía autocumplida*.

³ En este sentido cabe mencionar la cuestión de las citas previas para ciertos colectivos, o la no distinción entre cuidados primarios y de urgencias.

En este sentido, tiene un especial interés el hecho de que el médico ni siquiera haya oído la queja del paciente ya que la expresaba en su lengua materna. Además de una actitud que parece típicamente estereotipadora y de corte xenófobo, cabe preguntarse por cuestiones como la falta de recursos, no coercitivos¹, a la hora de dar a conocer el sistema sanitario belga, dando lugar a situaciones como la antes mencionada, y de traductores/interpretes que faciliten la labor del médico sin necesitar echar mano de intuiciones metafísicas sobre si la dolencia está o no fundamentada.

De esta forma aquí entra en juego el factor desencadenante, de mejoría en la relación terapéutica, con la aparición en el escenario del mediador. Su presencia, en este caso debida a un conflicto de tipo violento, desencadena un proceso no solo en la traducción sino en la reformulación de relaciones de poder, representaciones y actitudes cognitivamente reduccionistas.

Así además de transmitir información que pueda indicar al profesional que quizás se trate de algo fundamentado, y no de una queja exagerada, la entrada en juego de esta tercera persona da lugar a la necesidad del desencadenamiento de un compromiso renovado por parte del médico, al producirse una verosimilitud en la que frente a lo generalizable, el reprochable comportamiento cultural de un colectivo nacional de inmigrantes, reaparece lo específico y universal, el paciente, su dolencia y el derecho a ser atendido por igual.

¹ Hay que recordar que en Flandes es obligatorio, so pena de ser sancionado, seguir cursos de formación sobre el funcionamiento de las instituciones belgas. Lo cual incluye la sanitaria.

5. La mediación intercultural en el hospital psiquiátrico de Titeca

El hospital psiquiátrico de Titeca, nacido en el S. XIX, es conocido por ser un referente entre los hospitales de Bruselas, y Bélgica, al mantener en la actualidad un sistema de internamiento clásico¹.

En la década de los 80, acorde a las reformas psiquiátricas llevadas a cabo en Europa, el hospital ha tendido a una mayor apertura, diversificación y especialización de sus servicios.

En este sentido, se crearon casas de acogida para personas con dolencias psíquicas gestionadas por el hospital y anexas a su recinto. Del mismo modo en 1989 se abrió la primera unidad, en Bélgica, de madre/bebé para casos de depresiones y psicosis posparto. A mediados de los años 90 y principios del 2000 se implementaron varias experiencias piloto, a través del Servicio Público Federal, como la unidad de cuidados de pacientes con graves trastornos del comportamiento de tipo agresivo. El área de resocialización de presos con trastornos psiquiátricos. Y un servicio de internamiento de delincuentes juveniles con dolencias psíquicas².

Es así que en la actualidad la mayor parte de las personas que se encuentran ingresadas sufren trastornos psicóticos y permanecen en el hospital, en contra de su voluntad, mediante una orden judicial. Otras, la minoría, se hallan ingresadas por propia iniciativa. De este modo un porcentaje elevado de los pacientes, pasando de un internamiento en régimen cerrado a otro semiabierto según el caso, permanecen periodos de larga duración en el hospital.

En lo que se refiere al origen de los pacientes este es culturalmente variado. Porcentualmente el número de pacientes belgas es de un 43,34%, el de extranjeros comunitarios de un 14,14% y el de extracomunitarios de 42,37%. Con respecto a la modalidad de internamiento en la que se encuentran de 615 personas ingresadas en 2008, 456 lo estarán bajo la ley de protección de

¹ Fue el primer hospital en Bélgica que, en 1944, aplicó los electroshocks.

² Una mención de contexto a realizar es que en el contexto francófono de Bruselas y la región valona es algo diferente en lo que se refiere a las líneas predominantes de la psiquiatría institucional. Mientras que en Flandes los cuidados psiquiátricos se dispensan en mayor medida en los centro hospitalarios, en la región francófona y en Bruselas son más avanzados en lo que se refiere a la psiquiatría extrahospitalaria y alternativa. Un exponente de esto es que el número de camas en hospitales psiquiátricos en Valonia sea la mitad que en la zona flamenca (Kristian Orsini, 2004:115).

la persona enferma mental (PPM), o lo que es lo mismo obligatoriamente bajo orden judicial, y 159 en otras modalidades de ingreso¹. (datos del 2008. Reunión personal con mediadores interculturales de Titeca).

En cuanto a los orígenes mayoritarios de las personas extracomunitarias son, al igual que la población del barrio donde está emplazado el hospital (Schaerbeek), turco y marroquí.

El origen del servicio de mediación intercultural en Titeca se remonta al año 2001. En la actualidad, 2009, los mediadores interculturales son una mujer de origen argelino y un hombre de origen marroquí. En el caso de la mediadora es de formación psicóloga y tiene una larga experiencia trabajando en la mediación en diversos hospitales psiquiátricos. Ella trabaja a media jornada y el mediador a tiempo completo, siendo contratados por el hospital en el cuadro del servicio de coordinación de mediación intercultural del Ministerio de Salud.

En lo que se refiere a la ubicación del despacho que comprende el servicio de mediación este se halla junto a la recepción. A diferencia del área administrativa, que está en el exterior, el servicio de mediación se encuentra en el interior de la zona de internamiento. De este modo comunica por medio de una pequeña ventana con la recepción, y su puerta da hacia un pasillo que a la derecha desemboca en el patio principal, y a la izquierda lo hace en la puerta, con cierre de seguridad, que divide el perímetro de internamiento y la sala de espera, y entrada, principal del hospital.

La mediación intercultural se suele realizar en diversas áreas del hospital, que irán desde el patio, a los pasillos, las habitaciones o los despachos de los médicos dependiendo del tipo de intervención. A diferencia de los hospitales generales la relación del mediador con la recepción no es tan estrecha. Por lo general son escasas las acciones en este sector basándose sobretodo en la intervención en el conflicto.

La mediación se realiza a petición de los pacientes, de la familia o del personal sanitario. Así como por propia iniciativa del mediador intercultural. A diferencia de las unidades psiquiátricas abiertas, en las que predomina que el mediador se acerque a los pacientes con

¹ Cabe mencionar que de los ingresados bajo orden judicial 180 son belgas, 66 de la UE y 210 extracomunitarios. Mientras que de las 159 personas ingresadas bajo otras modalidades 87 son belgas, 21 de la UE y 51 extracomunitarios.

más frecuencia, en Titeca los pacientes suelen aproximarse a hablar con los mediadores interculturales cuando les ven.

Al encontrarse el servicio de mediación intercultural en el primer despacho, desde la entrada principal, los pacientes que tienen un mayor acceso a él son aquellos en régimen semiabierto, acudiendo en ocasiones por propia iniciativa. Para los que se encuentran en régimen cerrado, y no pueden salir al patio o al exterior del hospital, serán los mediadores quienes visitarán sus unidades.

Una de las primeras tomas de contacto con este servicio consiste en la presentación del mediador a los pacientes que llegan al hospital para saber si necesitan de su intervención. Por lo general, debido a una cuestión de proximidad lingüística¹, esta toma de contacto suele estar más dirigida hacia los pacientes de origen magrebí.

Las intervenciones principales que realizan los mediadores están centradas en la interpretación lingüística/cultural, el acompañamiento, ayuda y defensa del paciente, y la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural. Los pacientes con los que intervienen son de orígenes culturales diversos, comprendiendo en alguna ocasión a los autóctonos.

" En algunos casos no se tratará de tener la misma cultura sino de la experiencia migratoria común. Yo soy inmigrante, ellos también. A veces esto facilita efectivamente el diálogo.(..) Hablar de sus orígenes, de su país permite, a veces, crear un vínculo que de otra forma no sería posible"
(Entrevista personal Soulef, mediadora intercultural en Titeca, 9 de abril de 2009. Traducción propia)

Otras variables como por ejemplo la religiosa crean un vínculo de proximidad, y acercamiento, de ciertos pacientes de origen musulmán con los mediadores interculturales. Este es el caso de los pacientes de origen turco.

" Tengo a menudo pacientes de origen turco, porque la religión es común. Me interpelan diciéndome usted tiene que saber que en el islam esto es así... que para la fiesta tengo que salir y estar con la familia. Esto me ha ocurrido para autorizar al paciente a salir... explicar que el final del sacrificio o del

¹ Suelen llamar al servicio de interpretación del CIRE (Coordination et Initiatives pour Refugies et Etrangers) cuando lo requieren. En alguna ocasión en la que dicho servicio no podía cubrir la interpretación, al ser una lengua muy minoritaria en Bélgica, se han dirigido a la embajada del país de origen del paciente para que les enviaran un intérprete.

Ramadán es muy importante para el paciente y para su familia y que esto puede tener efectos más bien benéficos para su estado. En el Ramadán y el periodo de Ramadán es un poco negociado. Malek (el otro mediador) ha organizado con la cocina del hospital que durante el Ramadán puedan tener una comida caliente por la tarde/noche(...) a su vez los médicos ahora adaptarán también la toma de medicamentos al Ramadán por la mañana muy pronto y después de la puesta de sol"

(Entrevista personal Soulef, mediadora intercultural en Titeca, 2009. Traducción propia)

En este sentido, es interesante destacar que las aproximaciones terapéuticas de los psiquiatras son diversas predominando sin embargo las de tipo biomédico psicofarmacológico¹. En el caso de este hospital coincide que los dos psiquiatras de origen extranjero, marroquí y argelino, y los grupos que coordinan tienen una mayor sensibilidad a la hora de abordar ciertas cuestiones relativas a los itinerarios socio/culturales diversos de sus pacientes.

5.1 Casos de intervención en el hospital Titeca

Una de las intervenciones principales de los mediadores interculturales es la de intentar *crear un puente entre los pacientes y el personal sanitario*. En algunos casos específicos se trata de reestablecer una comunicación que se ha cortado o no funciona.

Este es el caso, por ejemplo, de una paciente con la que dos enfermeras no se llevaban muy bien. Tras hablar con ella descubre que la paciente las tiene en gran consideración y aprecia su trabajo. Es así que trasladó este mensaje a las enfermeras las cuales, percibiendo un *feedback* de revalorización de su trabajo, cambiaron de actitud desligando del ámbito personal algunas de las problemáticas comunicativas con las que se encontraban con esta paciente.

En otros casos se trata de *mediar entre la familia, el paciente y el personal sanitario*² con respecto a decisiones diversas a tomar como, por ejemplo, las concernientes a la cultura de cuidados en la que inscribir al paciente. Este es el particular del padre de una paciente hospitalizada que quería llevar a su hija a curarse a Marruecos, porque consideraba que en el hospital no lo hacían bien. El trabajo consistió en darle seguridad explicándole que ella conoce el contexto, de los cuidados de salud mental, marroquí, y proporcionándole

¹ En Bélgica la legislación protege al paciente, incluso a aquellos en regímenes especiales, en el caso de que quiera optar por negarse a tomar la medicación.

² Al menos una vez en el total de la hospitalización del paciente se suelen reunir los mediadores en grupo con la familia, el paciente y el personal sanitario.

información acerca del funcionamiento del hospital psiquiátrico. En este sentido, trató de que el padre de la paciente decidiese teniendo información de las implicaciones de la orden judicial de internamiento¹, de la cultura hospitalaria psiquiátrica en Titeca y de los cuidados que se dispensan.

En este tipo de mediación cabe comentar que la función del mediador intercultural, en la defensa del paciente, puede implicar una serie de factores problemáticos que no se dan, del mismo modo, en mediaciones interculturales en otras áreas de salud. La posición de la mediadora es la de tratar de defender al paciente asegurándole los mejores cuidados posibles. Esta valoración en casos como el de este hospital, donde los pacientes permanecen en ingreso obligatorio bajo orden judicial, puede plantear controvertidos posicionamientos éticos, para el mediador, en la particular alianza entre el orden disciplinario/penitenciario y el cultural biomédico de este contexto.

Otra línea de intervención tiene relación con el *esclarecimiento, o enunciación, de ciertas hipótesis* que son construidas sin una mediación entre modelos interpretativos culturalmente diversos del comportamiento. Este es el caso de un paciente que, aquejado de fuertes pesadillas, tuvo un acceso de violencia y al que la policía, acudiendo a su casa, había descubierto cuchillos debajo de la almohada. Frente a una interpretación monocultural de este comportamiento, a la hora de abordar su tipo de ingreso y tratamiento, la mediadora explicó a los médicos que en el Magreb la práctica de colocar cuchillos debajo de la almohada es habitual y tiene como finalidad evitar las pesadillas.

Un caso que reúne las tres tipologías de intervención mencionadas antes, tendiendo puentes, negociando modelos terapéuticos e interpretando comportamientos, en apariencia anómalos e irresponsables para el personal hospitalario, desde el sentido que confiere el paciente es el siguiente.

"Las autorizaciones de salida del hospital eran desde las 14:00h hasta las 18:00h. A las 18 00h había que volver. Esta paciente volvía siempre más tarde, se quedaba hasta las 19:00h, las 20:00h. Cada vez todo el equipo la criticaba, el médico...estuvieron a punto de echarla fuera (y ella quería quedarse en el

¹ La decisión del juez impide al paciente salir del hospital, pero existe la posibilidad de recurrir su decisión ya sea con el abogado que tenía o con otro nuevo. Esto fue explicado por la mediadora intercultural al paciente y sus familiares.

hospital). Además, se dieron cuenta que no tomaba su tratamiento. Así es que hablamos " mira todo el mundo se queja, vuelves tarde, ¿que es lo que pasa?" y ella me contesta " mira yo no me atrevo a decirlo pero voy a ver a un curandero que me pide ir a verle en el momento de la puesta de sol, y debo parar mi tratamiento en ese momento...", me dice " si les cuento esto me van a tratar como loca". Así que fuimos a negociar con el médico. Fuimos en triada. Entonces se acordó que el tratamiento se desplazaba y podía salir, durante algunos días, lo que el tratamiento del curandero fuese a durar... le preguntó que cuanto tiempo y era una semana todavía, así es que durante una semana podía salir hasta la puesta de sol".

(Entrevista personal Soulef, mediadora intercultural en Titeca, 2009. Traducción propia)

Uno de los elementos que resultan de interés en esta intervención es la percepción de la paciente de imposibilidad de contar ella misma el motivo de su retraso al temer ser tratada como loca. De esta manera, en el tenue límite entre la legitimidad de su discurso y su ausencia, en el contexto de los mecanismos de "protección interpersonal" de los profesionales con los pacientes considerados en su mayoría psicóticos con delirios frecuentes, el mediador intercultural actúa de portavoz de una narrativa, desde la alteridad, que subvierte el orden disciplinario de la institución. Para exponer una alternativa, en la mejora de la eficacia terapéutica, propuesta por el paciente y su entorno socio/cultural.

Por otra parte está el trabajo de *vinculación con recursos* sociales, como los centros de refugiados, los Centros Públicos de Ayuda Social, las asociaciones que reúnen a colectivos nacionales o a exiliados, etc. A su vez desempeñan un trabajo cotidiano de *sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural* que consiste en reuniones periódicas con el personal hospitalario, la organización de seminarios¹ y, principalmente, en las conversaciones y encuentros a diario sobre problemáticas que no solo atañen a la propia cultura de origen del paciente sino también a la cultura de cuidados de la psiquiatría y sus diversos elementos en juego.

"(Sobre los modelos interpretativos del médico y su cultura) es por eso que yo prefiero decir siempre que son hipótesis. Y eso yo me permito decirselo a los médicos, porque hay algunos que cortan rápidamente y dicen... "sí pero eso no es así, venga toma tus medicamentos". Así que es un proceso terapéutico como otro... es una manera de permitir al paciente sentirse a gusto. Cuando escuchamos a

¹ Uno de estos seminarios tuvo como objetivo la vivencia paranoica en los pacientes magrebíes. Esto surgió a partir de la consideración de la mediadora intercultural de que se adscribía con más frecuencia el diagnóstico paranoico a los pacientes magrebíes que a los otros. El seminario abordó las diferentes representaciones culturales como los celos, el mal de ojo, etc. y como estas pueden denominarse, desde un modelo interpretativo occidental biomédico (monocultural), como paranoices.

veces el delirio de un paciente, escuchamos su representación... debemos escuchar también su representación cultural, eso será lo que determine el proceso terapéutico" (Entrevista personal Soulef, mediadora intercultural en Titeca, 2009. Traducción propia)

Capítulo VIII: La mediación intercultural sanitaria en España: casos de mediación intercultural en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

1. Introducción a la mediación intercultural sanitaria en España

Varios son los estudios que han detectado la creciente demanda de mediadores interculturales en el ámbito sanitario en España. En una investigación llevada a cabo en Toledo en el año 2006 (Moreno, 2006) se detectó que, desde el punto de vista del personal sanitario, las principales dificultades que se encuentran para atender a los pacientes inmigrantes, además del idioma, son:

- Sus condiciones de vida, vivienda y trabajo
- No siguen los tratamientos o dudan de que lo hagan
- Acuden sin cita previa
- Ausencia de tarjeta sanitaria

A estos el estudio añade la situación de irregularidad como una variable determinante para un acceso a la atención sanitaria en condiciones igualitarias.

En este sentido cabe destacar que el acceso de facto a los medios sanitarios en España es, junto con Italia, el más universal de Europa¹ (Médicos del Mundo, 2007). Si bien ello no implica que no se den trabas y dificultades de distintos ordenes. Un ejemplo de esto es el desconocimiento del sistema sanitario español, reflejado a menudo entre otras cosas en no saber que se debe pedir cita antes de acudir a la consulta. O las implicaciones que pueda tener, para una persona en situación irregular, la exigencia de empadronamiento², y la posibilidad

¹ Un 80% de los encuestados en el estudio de Médicos del Mundo, inmigrantes sin papeles principalmente, tras solicitar la cartilla sanitaria lograron obtenerla. En Bélgica tan solo un 26,7% lo lograron. Con respecto a la tasa de rechazos a ser atendidos por un médico en Bélgica esta es mayor al 11% de media de los países europeos estudiados, España se encuentra en un 6,4%.

² Aparecida a raíz de la ley de extranjería 4/2000 y que permite el acceso a los medios sanitarios a toda persona con el requisito de estar empadronada y probar que no dispone de los medios económicos para pagarse la asistencia médica. Si bien, como ya se ha visto, no todas las Comunidades Autónomas aplican el requisito de estar empadronado por igual. En algunos casos las leyes, y prácticas, de las mismas superan al propio marco y modelo normativo estatal. Por ejemplo esto sucede así en la Ley Foral 2/2000, del 25 de mayo, de la Comunidad

actual de acceso de la policía¹ al mismo, a la hora de demandar la tarjeta sanitaria.

Los colectivos con los que se dan mayores dificultades, en dicho caso, son: los magrebís, los africanos subsaharianos, los europeos del este y, en último lugar, los latinoamericanos.

De esta forma los profesionales sanitarios propondrán las siguientes medidas para mejorar la relación entre el profesional y el paciente inmigrante:

a/ Creación de mediadores socio/culturales

b/ Formación a los profesionales sanitarios en competencias culturales

c/ Fortalecimiento de grupos de inmigrantes

Los procesos migratorios suponen en el ámbito sanitario, tal y como apunta Perdiguero (2006), la coexistencia de modos de entender la salud y la enfermedad diversos que se incrementará en los próximos decenios en muchos países del mundo. A su vez esto visibiliza la cohabitación de sistemas médicos así como la pluralidad asistencial vigente también en los medios occidentales (en este caso en el ámbito sanitario español).

Estos hechos manifiestan la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad cultural en el modelo de gestión de los servicios sanitarios.

Como ya se comentó con anterioridad algunas de las problemáticas y conflictos, de tipo estructural, que dificultan el acceso a los medios sanitarios a todas las personas por igual son los relativos a las barreras burocráticas/administrativas, la descoordinación interinstitucional, así como la indefinición en la aplicación de protocolos y normativas administrativas que garanticen los derechos de los grupos vulnerables como, en este caso, las personas de origen extranjero.

Foral de Navarra que establece en su artículo primero: "La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extiende a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes en cualquiera de los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa ". Fuente: (www.todalaley.com) De la misma forma ocurre en los casos, por ejemplo, del País Vasco y Valencia adecuándose a una interpretación más ajustada de la ley 4/2000 en el caso de las personas que no están empadronadas)

¹ Hasta la entrada en vigor de la ley de extranjería de diciembre del 2003 los ayuntamientos solo estaban obligados a proporcionar información confidencial del padrón sobre cualquier ciudadano cuando existen razones para relacionar a la persona con algún delito.

En lo relativo a la atención primaria estas dificultades se manifiestan en:

" Una gran dispersión de competencias y funciones de organismos que tienen que ver con un problema complejo y nada estructurado, como es el de la diversidad cultural, situación que por otro lado nos plantea el reconocimiento de carecer y la necesidad de adecuar tratamientos integrales en su definición así como estrategias transversales en su gestión, algo que a mi modo de ver entra en clara oposición con el enfoque unidimensional y técnico del vigente modelo de gestión sanitaria en Atención Primaria (AP), conocido como "Cartera de Servicios"

(Mayte Caramés García, 2008:272).

La diversidad cultural no sería, o debería ser, un problema, sino que más bien problematizaría los enfoques y criterios monolíticos e "hiperdepartamentalizados" de, en este caso, la atención primaria.

El modelo vigente, en la actualidad, de gestión en la Atención Primaria (AP) es el llamado "Cartera de Servicios". Este se define como un conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de la población sustentadas en criterios científico/ técnicos y en prioridades de política sanitaria. Servicio vendría a referirse a las actividades desarrolladas por los profesionales de la (AP) destinadas a atender o prevenir un problema de salud o una demanda sanitaria.

En el panorama actual de las políticas de salud, y de prevención de la salud, de los marcos nacional, regional y municipales en España van apareciendo progresivamente, aunque de manera desigual, líneas de actuación bajo diferentes formas que tienen como objeto la atención a la diversidad cultural y la lucha contra la exclusión a los medios de salud.

Los programas de prevención de la enfermedad, así como otros que unen los vectores de la educación y la promoción de la salud, la convivencia y la interculturalidad comienzan a instaurarse en diversas regiones y municipios. A su vez van surgiendo otros, que a menudo agrupan a estos primeros, relacionados con la mediación intercultural socio/sanitaria y la formación de mediadores como respuesta a la creciente demanda en los centros sanitarios de dichas figuras.

Es así que la mediación intercultural se ha ido deslizando de un ámbito social a otro socio/sanitario trasladando paulatinamente su práctica en respuesta a una apuesta por dicho modelo y su demanda¹.

Al igual que en otros ámbitos la mediación intercultural socio/sanitaria precisa de la coordinación y colaboración tanto de la administración, los servicios y profesionales públicos, como de la población o comunidad.

Por el momento, como se verá a continuación, el emergente campo de la mediación intercultural socio/sanitaria en España se mueve entre la adscripción de la figura de los mediadores a los centros de salud, en la minoría de los casos, y el más común desplazamiento, desde el exterior, en caso de demanda para intervenciones puntuales. Del mismo modo la connivencia entre la difícil profesionalización y la amplia presencia del voluntariado en la mediación intercultural e interpretación médica son la metáfora de un desajuste. Este es el de la progresiva demanda del sector socio/sanitario y la actual falta de voluntad presupuestaria por parte de las administraciones públicas para el apoyo a programas de estas características.

Con el fin de ofrecer algunos datos representativos del panorama de la mediación intercultural en el ámbito sanitario en España, a continuación hablo del primer servicio de mediación intercultural creado en el país, el SEMSI, para después pasar a tratar varios dispositivos de mediación intercultural socio/sanitaria en programas² implantados en Cataluña, Castilla la Mancha, Valencia y, finalmente, Madrid. El porqué de dicha elección no sigue un criterio en cuanto a su relevancia, pues otros programas, de igual interés, comienzan a ver la luz o ya se están desarrollando desde hace unos años en otras regiones como es el caso, por ejemplo, de

¹ Demanda que abarca intervenciones que van desde la propia interpretación y traducción, por ejemplo de consentimiento de operaciones, problemáticas relacionadas con el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, y la conflictividad y desajuste que esto conlleva para los profesionales sanitarios (por ejemplo acudir sin cita previa a los centros de salud o ir a urgencias por motivos menores...); así como el adecuado seguimiento del tratamiento o la capacidad de hacer un buen diagnóstico cuando existen barreras lingüísticas pero también representaciones y modelos interpretativos notablemente distintos como en la salud mental, etc.

² En la actualidad la figura del mediador intercultural socio/sanitario no solo gira alrededor de los centros sanitarios. Este tipo de mediadores ha sido incorporado a programas de lucha contra la exclusión social de los inmigrantes como el que lleva a cabo en Madrid PAIRE, gestionado por la fundación RAIS, con el objetivo de mediar en las propias consultas psicosociales de que disponen, o proporcionar información acerca del sistema sanitario y acompañamiento a los servicios de salud.

Andalucía¹. Creo que los siguientes ejemplos, junto con lo tratado en los apartados anteriores, son representativos de los diversos enfoques y las razones de ser de la aparición de la mediación intercultural socio/sanitaria en España.

2. El SEMSI en Madrid.

El origen de la práctica de la mediación intercultural institucional en España² podemos situarlo con la aparición, en el año 1997, del Servicio de Mediación Social Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI).

El SEMSI es un programa de intervención, patrocinado mediante convenio del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid y la fundación general de la Universidad Autónoma de Madrid.

Las características generales de los mediadores interculturales del SEMSI son:

- a/ Son mediadores comunitarios.
- b/ Ellos son miembros de un equipo intercultural diverso.
- c/ La mayor parte, pero no todos, son de origen extranjero³.
- d/ Algunos se dedican a diversas áreas mientras otros se especializan en campos concretos.
- e/ Los mediadores no solo trabajan con personas de su mismo origen cultural, también lo hacen con otros diversos. (Cruz Roja Española 2006:10, Servicios Sociales Madrid y UAM, 2002:51)

¹ Una de las federaciones pioneras en la mediación intercultural en España es "Andalucía acoge". Para el desarrollo de sus líneas de actuación están en contacto con el CBAI (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle) belga.

² Hubo que esperar hasta el 2000 para que la figura del mediador intercultural fuese reconocida por el Ministerio del Interior (Real decreto 630/2000, 11 de mayo).

³ Hay varios factores por los que esto es así. Por una parte *de principio*, pues un autóctono puede mediar entre otras culturas. Así como *de enfoque u orientación*, ya que no es sólo un programa de o para inmigrantes. A su vez *de empleo*, puesto que es positivo que también los autóctonos entren en esta categoría y tengan esta salida laboral. Y *de organización y funcionamiento*, pues así el equipo es más multi e intercultural, garantizándose también la aportación específica de los autóctonos.

En un principio contaba con unos diez mediadores hasta, en 2008, llegar a ser 46. Su campo de actuación es el de los 21 distritos de Madrid. Las nacionalidades de sus componentes son muy variadas comprendiendo entre otras a diversos países de Latinoamérica, África subsahariana, el Magreb, Europa del este, Asia y España.

Si bien abordan diversos ámbitos como por ejemplo el de la educación, hacen un hincapié particular, ya que así es la realidad de la demanda, en el sociosanitario.

Las demandas desde el ámbito sociosanitario, las cuales llegan derivadas desde servicios sociales, de mediadores interculturales al SEMSI suelen efectuarse por diversos motivos. Estos van desde el abordaje de la situación de salud del paciente, los planes de prevención o el acceso a los medios sanitarios de poblaciones minoritarias como los inmigrantes o ciertos colectivos autóctonos.

Como ejemplo de una de las fructíferas intervenciones que en este campo ha llevado a cabo el SEMSI se puede señalar la relacionada con el acceso a los medios sanitarios de la población de origen chino¹.

En muchos otros colectivos la cuestión del acceso a los medios sanitarios se moviliza por medio de redes que transmiten información, se ayudan mutuamente para sobrepasar barreras como las de tipo lingüístico, etc. El caso de la comunidad china es algo diferente debido a diversos factores, entre otros, como las condiciones en las que se desarrolla su trabajo y proyecto migratorio que se reflejan a su vez, por ejemplo, en la superación de las de tipo lingüístico.

" El tipo de trabajo en el cual se encuentran inmersos los trabajadores inmigrantes de origen chino, que no les permite compatibilizar y no tienen el concepto de la salud como un derecho, entonces no acceden a pesar de que la gran mayoría tiene tarjeta sanitaria o sea no hace uso de la tarjeta. Luego está la barrera lingüística, como dije, la de la comunicación que no les van a atender ni entender, movilizar a otra persona es más difícil para que pueda ir como traductor o interprete y por lo tanto se han desarrollado redes alternativas, paralelas de prácticas de salud que vienen desde su país de origen. O sea, la necesidad va generando un mercado interno de consumo que hace que acudan a esos servicios".

(Ana Camargo. Coordinadora del SEMSI. Entrevista personal. Junio 2008)

¹ Médicos del Mundo, en Castilla la Mancha, a su vez ha desarrollado un programa de intervención parecido con esta población.

En este sentido, la argumentación que se ha venido dando con respecto a la ausencia de personas de la comunidad china en el medio sanitario era la relativa a los conflictos y barreras de tipo cultural al considerarse que su sistema médico, y sus concepciones de la salud y la enfermedad, son tan diferentes que renegaban del sistema biomédico occidental acudiendo exclusivamente a la medicina tradicional china. La realidad no puede estar más alejada de dicha afirmación. Por un lado la medicina china tradicional y la de tipo biomédico occidental no se encuentran separadas en China. Ambas conviven recurriéndose tanto a una como a otra en caso de enfermedad. Del mismo modo ocurre con la valoración de ambos sistemas por parte de la población de origen chino que se encuentra en países como España. Una muestra de ello lo da el acceso y visibilización de dicha población en los medios sanitarios en cuanto se realiza un trabajo de información de sus derechos y se facilitan recursos de traducción/mediación como ha ocurrido en muchos hospitales y centros de salud gracias a la labor, en este caso, del SEMSI.

" El contacto que tenemos a través de los casos nos damos cuenta de que cuando les das la oportunidad y los medios para poder acceder a un sistema normalizado ellos lo aceptan de muy buen agrado. Lo cual te da a entender que no es tal mito. De hecho hay gente que se va a curar a sus países, porque hay alguien que los entiende... pero luego traen aquí sus analíticas, ¿sabes? para intentar que les hagan aquí un seguimiento, pero es muy complicado. Todo lo complicado que origina que terminen finalmente acudiendo a su propio sistema aunque luego tengan que viajar a su país. También es verdad que hay un componente que es la medicina tradicional, pero yo creo que la medicina tradicional también está muy instaurada en otras comunidades... pero la medicina tradicional pervive junto con la moderna"

(Ana Camargo. Coordinadora del SEMSI. Entrevista personal. Junio 2008)

La culturalización de las causas por las que existe una ausencia de ciertos colectivos en centros sanitarios una vez más sirve de excusa para una reductiva explicación de la presencia de fenómenos de exclusión al acceso y disfrute de los medios sanitarios como el de la población china.

Es interesante destacar que en este sentido el SEMSI ha creado una figura llamada *interdiscital*. Si los mediadores interculturales están adscritos a un distrito, la figura del *mediador interdiscital* se ocupa de las demandas o acciones específicas que se requirieran en uno u otro distrito. Este es el caso de los mediadores interculturales chinos quienes acuden a diferentes hospitales o centros de salud de Madrid a petición de los mismos.

Desgraciadamente si bien la exposición de este servicio está narrada en presente el 30 de enero de 2009 ha sido clausurado. De esta manera se pone fin al trabajo de gran valor social (que hacía de la Comunidad de Madrid una región pionera en este servicio), así como al reconocimiento profesional, que desde 12 años se llevaba realizando en el SEMSI.

3. La mediación intercultural en el hospital del Mar de Barcelona

Un hospital pionero en la labor de mediación intercultural en España es el hospital del Mar de Barcelona¹. En junio del 2003 puso en funcionamiento un servicio de mediación cultural, programa IMAS-mediadores, con el objetivo de facilitar la atención sanitaria a la población inmigrante. Es un programa transversal que se ofrece a todos los usuarios y profesionales en cualquier área del hospital que lo requiera.

El proyecto vino propiciado por la realidad, y consecuente demanda, del hospital ubicado en las zonas de Ciutat Vella y Sant Marti, dos de los distritos con más inmigración de Barcelona. Según el Ayuntamiento de Barcelona (en el año 2006) el 38,5% de los residentes allí son de origen extranjero. Además esta población suele referir peores características socioeconómicas² y epidemiológicas³ a las generales de la población de Barcelona.

Por sexos el perfil es de varón en un 52,65%, y mujer en un 47,35%. Remitiéndonos a los colectivos no comunitarios más numerosos en Barcelona por nacionalidades estos son: Ecuador (12,1%), Perú (6,2%), Marruecos (6%), Colombia (5,6%), Argentina (5,1 %) y China⁴.

¹ En la actualidad, año 2008, el Hospital del Mar es un hospital general universitario que atiende enfermedades de complejidad media y elevada. Cuenta con un total de 418 camas hospitalarias.

² Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona, 1999.

³ Servei d'informació sanitària de l'IMSP. 2000. Y Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Agència de Salut Pública de Barcelona, 2005.

⁴ Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Perfil de la població estrangera a Barcelona, 2006.

Si bien en ambos distritos, Ciutat Vella y San Marti, la población autóctona mayoritaria, en cuanto a colectivos nacionales, es de origen marroquí y paquistaní.

De esta manera coincidiendo con la distribución de procedencias de la población extranjera del distrito de Ciutat Vella, un 20% de las personas atendidas en todo el período es de origen marroquí, seguida de los paquistaníes (17%), rumanos (3%) y chinos (2%). El extranjero de procedencia latinoamericana no participa tan intensamente del programa IMAS-mediadores, por no existir la barrera lingüística, pero sí acude para que se le facilite la comunicación con el sistema sanitario y sus distintos circuitos, dispositivos y recursos. (Cristina Iniesta, Ana Sancho. 2008:474).

Los objetivos del programa de mediación intercultural se pueden resumir en los siguientes:

1. Establecer canales fluidos de conocimiento mutuo entre las distintas culturas y los profesionales de la salud.
2. Facilitar las relaciones interculturales y superar las barreras lingüísticas que pueden dificultar la actividad asistencial.
3. Mejorar la información del inmigrante sobre el sistema público sanitario catalán y los distintos dispositivos adecuados a cada problema de salud.
4. Proponer acciones para promover la autonomía de los pacientes tras el proceso asistencial, mediante información comprensible y soporte escrito.

El programa IMAS-mediadores comenzó con una mediadora que acudía al centro algunas mañanas a la semana. Actualmente, en el año 2007, lo componen 5 profesionales: por un lado una mediadora (marroquí) de árabe 28 h semanales, una mediadora paquistaní 32 h semanales, una mediadora rumana 8 h semanales, una mediadora china 8 h semanales y un mediador catalán de etnia gitana a razón de 8 h semanales¹.

¹ Los mediadores (al igual que en otros servicios de mediación intercultural de otros centros) tienen un origen cultural común a los usuarios del área de referencia, a fin de que no sean simplemente traductores, sino que comprendan el universo cultural y las concepciones sobre la salud y el sistema sanitario en el que se sitúa cada individuo. (Cristina Iniesta, Ana Sancho y cols. 2008:473).

" Hay días que no paras... sobretodo nos llaman los que acaban de llegar a Barcelona, porque se encuentran perdidos totalmente. Es un choque cultural muy fuerte, y sobretodo si vienen de algún pueblo pequeño. Cuando nos ven y saben que no les dejaremos solos, que estaremos con ellos, nos ven como su único salvavidas."
(Narbus, mediadora Paquistani. (La Vanguardia 1/10/2006))

Uno de los casos en los que se visibiliza la mediación en tanto que socio/cultural más allá de la interpretación o traducción es en el de los pacientes de etnia gitana. Estas personas que hablan los mismos idiomas que el personal sanitario y administrativo, sin embargo manifiestan, en algunos casos, una concepción de la muerte y la enfermedad diferente del de la cultura mayoritaria "paya". En ocasiones se producen, en este sentido, situaciones tensas en el hospital:

" Por ejemplo suelen venir muchos familiares a visitar al enfermo, pero las habitaciones son dobles y pequeñas y deben entender que pueden molestar al otro paciente"
(Directora del servicio de atención al usuario (La Vanguardia 1/10/2006))

Durante el período de junio del 2003 a diciembre del 2006, se realizaron en el Hospital del Mar 68.454 asistencias a usuarios extranjeros, lo que representa un 21,5% de las asistencias totales. El 6,13% de los 4.200 usuarios extranjeros se benefició del programa IMAS-mediadores.

Es de destacar que la mayoría de los inmigrantes a los que se atiende en el hospital es a través de las urgencias. El hecho de que las urgencias sean la puerta de entrada de los inmigrantes al servicio sanitario se explica por el miedo de muchos, en particular los que acaban de llegar y están en una situación irregular (tal y como señala la directora del hospital (El País "Puentes de comunicación" 09/05/2004)), a ser identificados y registrados:

"La mayoría son jóvenes y solo acuden al hospital cuando están muy enfermos"
(Directora del hospital del Mar, 2004)

En relación con las áreas que demandan la participación de las mediadoras interculturales, se puede destacar el área materno-infantil, con un 30,5%; el área de urgencias, con un 30,6%; los servicios médicos, con el 13,5%; y los servicios quirúrgicos, con otro 13,7%. (Cristina Iniesta, Ana Sancho y cols. 2008:474).

Por áreas asistenciales, la hospitalización es el área que requiere el programa con más intensidad, ya que representa un 47% de las intervenciones efectuadas. En segundo lugar el área de urgencias, con un 37%, seguido de consultas externas, que supuso el 12% de la actividad, y otras áreas con el 4%.

En lo que se refiere al tipo de acción mediadora cabe señalar que del total de las intervenciones realizadas del 2003 al 2006¹, las cuales han ido progresivamente incrementándose, la acción mediadora más requerida (en un 18,02%) fue la llamada mediación preventiva, o lo que es lo mismo acción dirigida a evitar posibles conflictos posteriores ante una situación de incomprensión entre profesional y paciente. En segundo lugar se encuentra el acompañamiento del usuario en los procesos asistenciales con un 17,03% del total.

Por otra parte la mediación médica, es decir la ayuda en la entrevista clínica, informe médico, etc. ocupó el 14,4% del total. Y la mediación en enfermería, con la traducción y la explicación de pautas dietéticas, de ejercicios, de tratamientos o curas, supuso el 13,72%.

Le seguirán en frecuencia otro tipo de intervenciones como aquellas que tienen que ver con la información sobre los recursos sanitarios con un 9,95% y sobre lo relativo a la tramitación de la tarjeta sanitaria individual con un 6,85%. Por lo demás, en un 3,09 % se ha practicado la mediación en el ámbito religioso, mientras que en un 8,35%, se han llevado a cabo otra serie de acciones que han tenido que ver con la detección temprana de problemas sociales y la derivación a las trabajadoras sociales del hospital o a una asociación que trabaja en estas cuestiones.

En este último sentido el proyecto en el hospital cuenta con la colaboración de una o varias asociaciones que se encargan de seleccionar, y en ocasiones como esta de analizar diversas problemáticas relativas a la exclusión social², a los mediadores interculturales.

¹ Estas son 21.687. Han ido aumentando desde 940 en 2003 hasta llegar a las 9.393 en 2006, en 4.200 usuarios. (Cristina Iniesta, Ana Sancho y cols. 2008).

² En este caso se trata de la asociación llamada Salut i Família.

4. El servicio de Mediación de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo y el programa PRIS en Guadalajara.

En la comunidad de Castilla La Mancha la gestión de la atención sanitaria es responsabilidad del Servicio Castellano Manchego de Salud (SESCAM) el cual se configura territorialmente, de igual modo que en el resto de las comunidades, por las demarcaciones geográficas llamadas "Áreas de Salud". El servicio de mediación intercultural en el ámbito sanitario ha sido puesto en marcha por el SESCAM en colaboración con la ONG Médicos del Mundo, y la Universidad de Castilla La Mancha, en las áreas sanitarias de Toledo y Talavera de la Reina. Su fecha de inicio fue en octubre del 2007. Hasta el momento los mediadores han atendido a 128 personas en un total de 842 intervenciones¹. Las zonas de procedencia de los usuarios son:

- Mayoritariamente usuarios provenientes del norte de África, Marruecos casi en su totalidad, en un 33,6%.

- El siguiente grupo, con un 27,3%, lo constituyen las personas procedentes de Europa del este, fundamentalmente rumanos, aunque también búlgaros, lituanos, albanos y polacos.

- En tercer lugar se sitúan los ciudadanos de Latinoamérica, con un 21,9 por ciento. Dentro de este grupo se han atendido bolivianos, brasileños, chilenos, colombianos, cubanos, ecuatorianos, guatemaltecos, nicaragüenses, paraguayos, dominicanos y venezolanos. (SESCAM noticias, 2008).

En lo que se refiere al género en el grupo de edad comprendido entre 18 y 24 años se da una mayoría de atención a mujeres. De 25 a 44 años se puede señalar una destacable mayoría de intervenciones con hombres. A partir de 44 años no existe prácticamente una diferencia porcentual entre ambos.

Cabe comentar que en la actualidad son dos mediadoras de origen marroquí las que se ocupan principalmente del área de Toledo y una de origen rumano del área de Talavera. El hecho de

¹ El número de usuarios en 2008 ha ascendido hasta los 710.

ser mujeres y no haber hombres tiene que ver, tal y como se indicó en el caso de Bélgica, más que con problemáticas derivadas de un rechazo por parte de algunas pacientes o de una "incompatibilidad" con áreas como la materno/infantil, con que no se presentó ninguno a la oferta de empleo¹.

Las intervenciones han sido realizadas tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria. En el caso del área de salud de Talavera de la Reina principalmente se han desarrollado intervenciones en hospital, mientras que en el área de Toledo han sido mayoritarias las realizadas en los Centros de Salud de diversas localidades.

Dentro del trabajo realizado por las mediadoras, además de la propia actuación de prevención del conflicto y resolución del mismo en la mediación, se incluyen labores de información, acompañamiento y asesoramiento en diferentes cuestiones tanto administrativas, como la expedición de la tarjeta sanitaria, o relacionadas con la educación para la salud² o el seguimiento para que no se abandone el tratamiento pautado por el médico. Asimismo coordinan su actuación, cuando es necesario, con el Servicio de Atención y Mediación Intercultural de la Consejería de Bienestar Social.

La mitad de las solicitudes de mediación se han originado a partes iguales desde los trabajadores sociales y el personal sanitario.

" Además de la necesidad de traducción, otras dificultades detectadas entre la población inmigrante han sido su desconocimiento de algunas enfermedades, la falta de recursos para el acceso a los medicamentos, la asimilación y toma de conciencia de la enfermedad por parte del paciente y su familia y, en general, el desconocimiento del funcionamiento de nuestro sistema de salud... ".

(SESCAM, noticias 2008)

En el caso de los centros de salud rurales, en la Comunidad de Castilla La Mancha, cabe señalar que la atención socio/sanitaria se concierta mayoritariamente con el Trabajador Social del área así como con el personal sanitario. En este sentido hay que apuntar que el mediador intercultural no es una figura interna al centro de salud (como en el caso de Bélgica, el

¹ Entrevista personal Marisa, coordinadora de Proyectos de Médicos del Mundo. Marzo. 2009.

² En este sentido trabajan mayoritariamente en cuestiones relativas a la salud reproductiva y la educación sexual como por ejemplo en el caso de mujeres que acuden a abortar como método contraceptivo o durante el embarazo no van a ver al médico hasta que dan a luz.

Hospital del Mar o el centro de salud de Parla), acudiendo desde el exterior cuando se le necesita¹.

Por otro lado con respecto a la Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara esta cuenta con un departamento específico donde se han puesto en marcha diversas iniciativas relativas al estudio de los problemas psicosociales de la población inmigrante² así como cursos de formación para la salud.

Fruto del *Programa Regional de Integración Social* la figura del mediador intercultural se ha incorporado dentro de los equipos básicos de las áreas de Guadalajara y estos profesionales se encuentran ubicados próximos a los Centros de Salud de la provincia. (M. Pérez. 2008:286).

Diversas son las actuaciones en mediación intercultural que llevan a cabo. Estas van desde la tramitación de documentos para el acceso normalizado al sistema sanitario, las acciones de intermediación lingüísticas y el aporte mediador a algunos problemas de tipo psicosocial de personas inmigrantes.

Este es un ejemplo de una intervención en el área de atención primaria, en salud mental, en una zona rural de Guadalajara:

" Desde el Centro de Salud de una zona rural se demanda la intervención de los Servicios Sociales Básicos. Con más de cinco años de residencia en la península Lilibiana acudía al centro de salud aquejada de taquicardias y ansiedad debido a una situación de estrés derivada de las condiciones de trabajo a las que estaba expuesta. La interesada, de nacionalidad ecuatoriana, desempeñaba su trabajo como manipuladora en turno de noche en una gran compañía y estaba sufriendo el acoso y la discriminación por parte de una de sus compañeras. Tras reconstruir la historia migratoria, y por tanto vital, de Lilibiana en varias sesiones conjuntas del Mediador Social Intercultural y la Trabajadora Social, se decidió derivar a la interesada al Centro de la Mujer más cercano para que fuera atendida por los psicólogos. Por otro lado, en un ámbito socio-jurídico, Lilibiana demandaba información para iniciar los trámites de reagrupación de sus cinco hijos residentes en Ecuador, a los que no había visto desde hacía más de cinco años. Esta situación también estaba agravando su estado de salud. Tras evaluar todos los requisitos y comprobar junto con la interesada que cumplía con ellos se procedió a organizar varias entrevistas para comenzar los trámites de reagrupación familiar"

(Mariví Pérez, 2008:283).

¹ Esto ocurre por medio de una petición a los distintos trabajadores sociales del área de salud o directamente a los mediadores interculturales (Médicos del Mundo, Castilla La Mancha, 2008).

² Las cuales han derivado en un protocolo de atención primaria que lleva veinte cuatro años.

5. La mediación intercultural socio/sanitaria en la Comunidad Valenciana.

Pese a ser diversos los servicios de mediación intercultural que comienzan a aparecer en el territorio español la situación generalizada, en la actualidad, es de carencia de financiación pública de los proyectos, que en su mayoría se ven apoyados por entidades privadas, y un aumento de la demanda por parte del personal médico sanitario. Esta situación es análoga a lo que ocurre con la traducción e interpretación (en gran parte llevada a cabo por ONGs y la buena disposición de voluntarios o profesionales magramente retribuidos).

En el caso de la Comunidad Valenciana, como en otras tantas comunidades autónomas, parece que las autoridades gubernamentales no han actuado con premura con relación a la demanda de la mediación intercultural por parte de hospitales y centros de salud.

" En primer lugar hay que tener presente que en nuestra comunidad (Comunidad Valenciana) no existen apenas servicios ni personas formadas en estas materias, a comparación de otros países y comunidades autónomas. Por lo que las iniciativas son pocas y, como sucede en la mayoría de las ocasiones, han sido las organizaciones sociales/sindicales quienes han prestado de forma voluntaria, no reconocida y no remunerada, personas que han realizado tareas de mediación e interpretación".

(Amelia Petit, 2005, en Dolores Sales Salvador. 2006)

El primer servicio que desempeñaba labores de interpretación y mediación intercultural en la Comunidad Valenciana data del periodo de 1998 al 2001. Este servicio, que dependía de la Conselleria de Bienestar social de la Generalitat Valenciana, realizaba dichas tareas por toda la comunidad, acudiendo en los casos de necesidad, así como también contaba con un servicio de interpretación telefónica que resolvía con rapidez diversos problemas. El servicio se cerró sin previo aviso en 2001. (Dolores Sales Salvador, 2006)

De manera general se puede decir que en la actualidad, año 2009, no existen servicios de mediación intercultural o traducción/interpretación¹ sanitaria organizados de forma oficial. Para solventar las necesidades se improvisa, se acude al voluntariado, asociaciones y

¹ Esta situación es muy similar en otras comunidades como la de Madrid, en la cual el servicio de traducción e interpretación, SETI, está organizado en el seno de una ONG llamada COMRADE.

consulado. Solo en algunos casos se subcontratan empresas, o servicios "freelance", o se conceden becas de colaboración para mediadores interculturales en ciertos hospitales.

5.1 Caso de Mediación en el Hospital La Fe de Valencia.

El hospital La Fe de Valencia es un hospital público integrado en la red de hospitales de la Generalitat Valenciana. Es el hospital de referencia de la Comunidad Valenciana¹. El Barrio del Campanar es una de las áreas de Valencia de mayor diversidad étnica/cultural contando con población de origen extranjero así como también autóctona de etnia gitana.

Hasta el año 2007 no ha existido la figura del mediador intercultural en el seno del hospital. Para cualquier intervención de traducción/interpretación o mediación intercultural, como veremos en el caso expuesto adelante, se acudía a los servicios que prestaban diversas asociaciones desde el exterior. Es en este año cuando la Conselleria de Sanitat de Valencia contrata, por medio de la modalidad de una beca de siete meses de duración, a una mediadora intercultural de origen español. Esta mediadora, que actualmente (en 2009) sigue contratada, trabaja desde entonces en el hospital todos los días de 9:00 a 14:00 h. Su mediación se realiza en español, francés, inglés y, en ocasiones, árabe. Su formación principal es, además de en mediación intercultural, licenciada en traducción e interpretación.

El ejemplo siguiente, que tuvo lugar en 2006, es la narración por parte de una mediadora intercultural, externa al hospital, de una intervención en dicho centro.

"Se solicita por fax la mediación en el idioma francés para una persona de Mali ingresada en la planta de tetrapléjicos. El objetivo es dar apoyo al paciente y al equipo médico, especialmente a la psicóloga, ya que estaban desesperados porque el paciente no colaboraba, decía cosas incomprensibles, e insultaba a todo el personal sanitario. Querían ayudarlo, pero les era imposible. El inmigrante, de 24 años, se llamaba Sulaimán y había sido futbolista en su país. Rechazaba a todos los cristianos (como llamaba él a los españoles), gritaba y escupía continuamente. Sulaimán hablaba castellano, el problema no era el lenguaje.

Antes de ver a Sulaimán estuve hablando con la psicóloga, que me puso en antecedentes. Me contó que Sulaimán había sido víctima de una agresión física múltiple que le dejó en estado de tetraplejía en plenas navidades, el 22 de diciembre. La policía sospechaba de un grupo xenófobo. La psicóloga tenía especial interés

¹ En el 2009 está siendo trasladado al barrio de Malilla.

en saber si yo conocía bien la cultura musulmana, porque Sulaimán era musulmán. Me avisó sobre su estado para que no me impresionara al verlo, pues sólo movía la cabeza y tenía un agujero en el cuello.

Sulaimán rechazaba totalmente la autoridad, cualquiera que fuese: médicos, enfermeros, policías, etc. Tenía una fe absoluta en los espíritus oscuros y los demonios (djinn), y así llamaba a todos los españoles que le rodeaban.

Yo tenía que mediar en una situación humanamente dramática y con un fondo religioso muy marcado. Sinceramente, hasta que no entré, no tenía ningún plan lógico de actuación. No había técnicas preestablecidas, pero sí pensé que la clave para llegar a esta persona y poder ayudarla era establecer un buen primer contacto, así que le propuse a la psicóloga que no me presentara como intérprete de la Conselleria. Otra autoridad no, por favor.

Lo primero que hice al entrar fue acercarme a Sulaimán, sentarme a sus pies y decirle “ssalumu alaikum wa rahmatu allh wa barakátuh”, que es el saludo en árabe entre musulmanes, sean árabes o no, y que significa: paz con vosotros, que la compasión y bendición de Allah os acompañen. Sulaimán se sorprendió mucho y sonrió. Me presenté diciéndole que me llamo Saloua, que soy musulmana de Marruecos, pensando que el hecho de ser musulmana era mucho más importante para Sulaimán que cualquiera de mis pertenencias culturales, porque podía significar para él cercanía y entendimiento. Hablamos mucho, le conté incluso que mi padre había sido un imán en una mezquita, sabía el Corán de memoria y presidía los rezos. Mientras yo estaba intentando tranquilizarle y crear un clima positivo que facilitara la comunicación, por dentro me sentía muy mal, esperando un grito o un escupitajo en cualquier momento, pero no fue así. Le dije a Sulaimán que yo era profesora de árabe, y que de vez en cuando acudía a los sitios cuando los españoles me llamaban para ayudar a los musulmanes (para que me sintiera más cercana). En un momento dado me pidió un pañuelo para poder escupir, se lo acerqué a la boca, y seguimos charlando, pero esta vez en castellano. La psicóloga le explicó que tenía que contestar a las preguntas de los agentes de policía y tomarse la medicación que antes rechazaba.

En el momento en que Sulaimán me pidió un pañuelo, me relajé por dentro y pensé que ya me había aceptado, lo que me ayudó y me motivó para seguir. La psicóloga se marchó para darle un espacio a Sulaimán; un espacio para la comunicación y el desahogo lógico vista su situación de desamparo. Sulaimán, a pesar de la situación dramática en la que se encontraba, era una persona alegre y muy viva, nos reímos mucho con los djinn, y yo le dije que creía en ellos, pero pensaba que no eran las personas del hospital, sino los que le habían atacado, que los españoles del hospital sólo querían ayudarle, y que por eso me habían llamado. Le juré en nombre de Allah que era verdad todo lo que yo le decía, llegando con él a un pequeño acuerdo con el fin de ayudarle y facilitar el trabajo al equipo médico: regalarle el Corán e ir a verle una vez cada 15 días para leerle algunos versículos y charlar, con la condición de que tratara mejor a los españoles que le cuidaban y les hiciera caso.

Me prometió que iba a hablar con la policía, aunque no se acordaba de todas las caras de los agresores.

Con una mediación, dos o tres, no salvamos a nadie, ni resolvemos un problema como el de Sulaimán, pero si facilitamos un buen clima de trabajo al equipo médico no sólo estamos ayudando a esta parte, sino y sobre todo a Sulaimán. Pasé con él unos momentos muy agradables y espero que él también. Lo único que le queda es sobrellevar la crudeza de su situación lo mejor posible. ¿Quién no estaría alterado y desesperado en esta situación?

No sólo la religiosidad de Sulaimán hizo que pensara que eran espíritus malignos y oscuros los que le rodeaban, sino su ingenuidad, no entendía por qué algunos atacan a otros sin ningún motivo.

Me acuerdo que la psicóloga le dijo: "A ver si nos llevamos mejor a partir de ahora Sulaimán"; y él le contestó: "sí señora, pero no estoy loco, los djinn existen".

La mediación intercultural aquí se centró en acercarse y acompañar a esta persona a partir de sus creencias y vivencias, para poder establecer una relación de confianza, y posibilitar el trabajo del equipo en el hospital. Salí de la habitación de Sulaimán agotada emocionalmente, y sobre todo pensando en el daño irreparable que causan los fanáticos."

(Saloua Laghrich, mediadora intercultural. (Revista Electrónica de Estudios Filológicos 04/12/2006))

En este caso un elemento a destacar es que se puede apreciar que no siempre es necesario un conocimiento minucioso de las particularidades culturales del paciente y su procedencia si no que otros elementos importantes entran en juego para desencadenar efectos, en este caso, relacionales de mediación.

Aceptar sin cuestionamientos la hipótesis de que la coincidencia cultural es sinónimo de una buena mediación y pueda dar lugar a una mayor eficacia terapéutica se basa en una visión estática y no realista de la cultura. Dicha formulación no tendría en cuenta la diversidad cultural y la experiencia individual de la cultura dentro de un grupo dado.

Aquí, como se puede ver, pese a existir una relativa proximidad en términos religiosos las procedencias culturales son "bastante diferentes".

Sin embargo que la eficacia tenga que ver con una mayor o menor proximidad en términos culturales, como en este caso religiosos, puede ser discutible. Es así que otras variables son susceptibles de entrar en juego y poseer un significado más destacable, con respecto a la función mediadora, que aquellas en apariencia visibles (o atribuidas a simple vista):

- Desde esta perspectiva el hecho de atribuir a la mediadora una "no pertenencia", al menos en su adscripción a un origen cultural minoritario, a las instituciones del país que le ha acogido (dejándole postrado de por vida en una silla de ruedas).

- O, mas allá de la proximidad religiosa, ser también inmigrante y, por ejemplo, compartir una comunidad, imaginada, en ciertas trayectorias vitales y puntos en común.

- O desencadenar con un comportamiento familiar, que en este caso coincide con la mención a algunos elementos religiosos como los djinnes (o unos movimientos y palabras más allá del protocolo biomédico o burocrático), una serie de reconfiguraciones de textos en un contexto que permiten la apertura hacia un entorno percibido como extremadamente amenazante y dañino.

- O un hecho lingüístico, compartir un mismo idioma natal (unido, en ocasiones, a un registro narrativo cultural/personal (donde se vehiculan y exteriorizan valores y cosmologías)).

En resumen, participar en la interacción desde el reconocimiento del otro proponiendo una negociación entre semejantes es lo que, con el llamamiento a la proximidad cultural entre usuario y mediador o sin él, puede desencadenar los efectos deseables de la mediación.

Por otro lado esta mediación en particular muestra cuales son algunas de las aproximaciones hacia el "otro cultural" que el mundo de la mediación puede hacer frente al sufrimiento y las resistencias, por otra parte naturales de defensa, que se abrigan en una percepción particular de la causalidad del mal. Frente a la brutal y terrible arbitrariedad de una agresión de estas características permanece un mundo impregnado de sentido, en la cosmología musulmana maliense (y de parte del Magreb), que remite a los djinnes. Más allá de la inducción a la reconducción de unas pautas que permitan la aceptación normativa en el universo hospitalario (y jurídico para la denuncia de la agresión) se puede hablar del camino hacia la "aceptación" de la posibilidad de un horrible sin sentido, del cual es víctima, en una sociedad del primer mundo regida, en apariencia, por la razón y la justicia. Dicho sin sentido anida de forma latente como vil representante de lo que él, como inmigrante, viene a ser su posible enemigo, el "otro significado".

Es frente a este "otro significado", salvajemente señalado y atacado por el fanatismo y agazapado en una atribución de sentido que pueda dotar de un cierto orden al universo del sufrimiento, que el mediador actúa en un proceso de transferencia emocional en la que este, como otro minoritario procedente del extranjero (frente a una mayoría autóctona), intenta reconciliar al usuario, aislado como víctima, con la brutal significación impuesta de la otredad de aquellos que tratan, desde un lenguaje particular, su cuerpo y su sufrimiento.

6. El caso de la mediación intercultural en un centro de salud primaria de Parla

Parla es un municipio de la Comunidad de Madrid situado a 20 Km al sur de la capital. Al igual que otros municipios del sur de Madrid, Parla ha visto un rápido crecimiento de su población pasando, en pocos años, de ser un pueblo de menos de 2.000 habitantes a un municipio con, en la actualidad, más de 100.000. Esto fue debido principalmente, en la época de los años 70, al fenómeno migratorio del campo a la ciudad construyéndose, en los municipios del sur, alojamientos más baratos que en la capital.

En la actualidad (2009) Parla es el municipio de Madrid con mayor proporción de personas de origen extranjero, con un 26%. Los ocho colectivos mayoritarios en el municipio son en primer lugar el ecuatoriano, después el marroquí, el rumano, colombiano, peruano, nigeriano, chino, polaco y brasileño. De ese porcentaje un 63% habla un idioma diferente del castellano.

El programa de mediación intercultural, coordinado por los servicios de salud del ayuntamiento de Parla, se desarrolla actualmente en el centro de salud San Blas¹, del barrio de La Granja (Parla norte). Su origen se remonta al año 2006. Tras ser subsidiado a lo largo de los años de diversas maneras en el 2009 es financiado mediante el apoyo económico a tres de las asociaciones de las que forman parte los mediadores interculturales: Un puente en Parla, Espacio de Solidaridad y la Granja. Las subvenciones provienen de la Consejería de Inmigración, a través del Ayuntamiento de Parla, y el Ministerio de Sanidad.

En el 2009 el servicio cuenta con tres mediadores interculturales de origen marroquí. Y tres mediadoras de origen colombiano, polaco y congoleño². Todos provienen, como colaboradores o coordinadores, de asociaciones de inmigrantes diversas³.

¹ Parla, que pertenece al área 10 del mapa sanitario de la Comunidad de Madrid, dispone en la actualidad de cuatro centros de salud y un hospital.

² Sus procedencias nacionales corresponden, en algunos como el marroquí, con los colectivos mayoritarios de los pacientes que demandan dicho servicio. En otros casos, como el de la mediadora colombiana, la coincidencia es relativa al área geográfica y la lengua hablada.

³ Esta aproximación se revela de gran interés al conectar al medio asociativo con el sanitario público tendiendo redes y creando vínculos y recursos entre los usuarios.

El servicio de mediación intercultural tiene lugar en el interior del centro de salud, siendo figuras adscritas a él, en las siguientes franjas horarias. Los martes de 10:00 a 13:00. Y los jueves y viernes de 17:00 a 20:00. Por lo general suelen ser, cuando es posible, parejas de hombre/mujer los que atienden el servicio cada día. La finalidad de ello es tratar de minimizar problemáticas, o condicionantes, que pudiesen surgir relativas al género, entre el mediador y el paciente.

Entre los objetivos principales del servicio de mediación intercultural se pueden destacar los siguientes:

- Potenciar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios/as, adscritos al Centro de Salud.
- Ofrecer un servicio de traducción lingüística e interpretación de códigos culturales en las tareas de: trámites de tarjeta sanitaria, citaciones, diagnósticos, tratamientos, revisiones, pruebas clínicas, vacunaciones, actividades informativas y de educación para la salud, etc.
- Informar y/o derivar a los usuarios/as, que lo necesiten, a los distintos servicios públicos del municipio.
- Favorecer el acceso y uso adecuado de los servicios sanitarios locales, garantizando el derecho a la salud y a la sanidad pública de todos los ciudadanos/as, independientemente, de su lugar de origen.
- Contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria a usuarios/as de origen extranjero.

Este último punto incluye cuestiones como el de la prevención y promoción de la salud, o la de vincular al usuario a diversos tipos de recursos, cuando se requiera, privados o públicos. De este modo, a través del servicio de mediación intercultural, se promueven actividades como las reuniones formativas con los pacientes y el personal sanitario.

"Entonces aquí se trabaja el tema de cómo son los sistemas sanitarios en países de origen (...) hemos hecho Marruecos, Colombia, Ecuador, estábamos con Guinea. Entonces esto de ir conociendo los modelos sanitarios de países de origen lo estamos sistematizando para poder tener una herramienta de ayuda a los sanitarios y de ayuda a los mediadores.(...) La idea de modelos sanitarios de países de

origen para sanitarios de aquí, que puedan entender con que claves de organización vienen en estos temas sanitarios, está teniendo bastante buena acogida entre los sanitarios, porque pues ayuda a entender. Es muy genérico, del sistema sanitario no se dan muchos detalles, pero es una primera aproximación al país de origen".

(Concepción Jimeno, directora del servicio de mediación intercultural de Parla. Entrevista personal. 2008)

La ubicación del servicio de mediación intercultural en el centro de salud de San Blas se encuentra en la entrada principal a la derecha. Su situación permite ver las dos salas principales de espera, con sus respectivas consultas, así como el servicio administrativo de recepción. El único problema que supone, a decir de los mediadores, es que la misma visibilización de este lugar, necesaria para el desempeño de su función, pasa algo desapercibida, en ocasiones, al encontrarse entre dos máquinas expendedoras. Están planteándose cambiar de sitio. Por lo general cuando necesitan un despacho para una entrevista privada disponen de él, así como de una sala de reuniones, en la primera planta, en la que realizan las sesiones de formación y coordinación¹.

Un elemento a destacar con relación a la actuación de los mediadores interculturales es la polivalencia en lo que se refiere a la no necesidad de coincidencia lingüística/cultural. De este modo, por ejemplo, la mediadora intercultural de origen polaco interviene en casos de personas hispanohablantes o de otras de origen ruso y búlgaro. En los tres casos guarda relación con su dominio de los tres idiomas y a su vez con su capacidad como mediadora no vinculada únicamente a la coincidencia cultural.

Es así que la demanda del servicio de mediación intercultural suele provenir tanto de los profesionales sanitarios o administrativos (en el caso de la recepción), de los pacientes o por su propia iniciativa.

En el caso de los profesionales sanitarios y del paciente suele ser principalmente por motivos de traducción/interpretación. Bien es el profesional sanitario quien acude² concertando una cita de antemano, al saber que tendrá un paciente que no domina el español, o demanda el

¹ Con respecto a la señalización del servicio están en la actualidad, 2009, trabajando para tratar de que haya carteles en diversos idiomas, aparte de los existentes en las proximidades de la mesa donde se ubica el servicio, por todo el centro de salud. Además de diseñar indicadores o logotipos que hagan más visible su presencia a los pacientes.

² Actualmente los profesionales del centro saben de la existencia del servicio sin embargo, debido a los numerosos cambios de personal que ha habido en el centro el año 2008, muchos todavía no conocen con detalle en que consiste y cuales son las labores que desempeña.

servicio, como ocurre más a menudo, en el momento de la necesidad. Si es el paciente sucede con frecuencia tras la consulta al no quedar convencido con el tratamiento o el diagnóstico.

" En mi caso suele ser mitad y mitad cuando demanda el profesional y cuando demanda el paciente, (Cuando es el paciente) que ha visto un documento traducido de un horario, que hay una persona, no saben muy bien de que trata porque... por ejemplo en Polonia la figura del mediador tampoco es una figura muy conocida y extendida... entonces aquí cuando ponemos mediador... uno normalmente no suele caer... ¿para qué puede servir...? pero como pone en polaco la afinidad surge del idioma"
(Anieska, mediadora intercultural socio/sanitaria del centro de salud de San Blas, entrevista personal. 2009)

No obstante este tipo de intervenciones comprenden aproximadamente un 30% del total. El resto suele consistir en actuaciones relacionadas con la tarjeta sanitaria, la explicación del funcionamiento y usos del sistema sanitario¹, como la cita previa, u otro tipo de cuestiones sociales.

"La tarjeta sanitaria es primordial y después cuestiones sociales que pudieran afectarles, las necesidades sociales, prestaciones, plazas de colegios, problemas laborales que tienen que ver con una información u orientación más profunda... normalmente en mi caso han sido derivación a sindicatos o al punto de información para los inmigrantes que tenemos aquí en Parla en la calle Pinto."
(Anieska, mediadora intercultural socio/sanitaria del centro de salud de San Blas, entrevista personal. 2009)

En este sentido resulta muy interesante la cuestión terminológica, pero que responde a un orden de abordaje y definición de la realidad, de la mediación intercultural socio/sanitaria². Ciñéndose única y exclusivamente al ámbito de actuación del centro de salud trata de abarcar no solo las cuestiones específicamente relacionadas con el campo médico, sino también con el social.

Para desempeñar estas labores la inmersión del mediador intercultural en el ámbito sanitario, no siendo relegado a una figura externa que acude en momentos puntuales, es fundamental. Solo a través del contacto cotidiano, en las salas de espera y en la recepción, con los pacientes se pueden realizar estas labores informativas y de vinculación con recursos para ellos. Así

¹ Al parecer uno de los aspectos por los que el personal sanitario y administrativo de este centro (y de otros lugares también) se suele quejar más con respecto a la población de origen extranjero, pese a que la autóctona lo haga por igual, es la cuestión de las personas que acuden sin cita previa o van a las urgencias sin una buena razón.

² O mediación social intercultural en el ámbito sanitario.

como las relativas a la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural y las formativas para los profesionales del centro.

De este modo dicho enfoque actúa a modo de conector comunitario, en la línea con la filosofía de los dispositivos de salud comunitaria y de los linkworkers. Esto es trata de, a través de una hoy por hoy mayoritaria demanda de intervención por razones de traducción/interpretación, reformular el planteamiento estanco de la atención sanitaria actual, tendiendo puentes entre paciente y personal sanitario, pero también con recursos, colectivos, dispositivos, etc. que sirvan al usuario para una mejora de su salud desde un punto de vista no reduccionista bio/psico/social.

Así lejos de realizarse un énfasis única y exclusivamente en lo cultural, se tienen en cuenta también otro tipo de barreras, impedimentos y demandas del paciente que puedan abarcar diversas dimensiones del ámbito social. Esto plantea un abordaje desde la mediación intercultural no tan basado exclusivamente en el conflicto como suele ocurrir a menudo en diversos contextos.

Por otro lado existe un posicionamiento claro con respecto a la no pretensión de sustitución de los recursos y habilidades del paciente¹. En este sentido la labor realizada por el mediador de puente entre el personal del centro de salud y el paciente tiene un carácter puntual, con una o varias intervenciones según sea necesario, tratando de no convertirse en un vínculo demasiado permanente.

"También a mí personalmente me gustaría no crear un vínculo demasiado permanente entre el mediador y el paciente puesto que esto se puede convertir en algo que se pueda prescindir de este servicio. No porque nosotros no queramos abarcar este campo, simplemente porque los emigrantes llegan con un capital enorme de capacidades, habilidades y si siempre el profesional sirve de muleta pues se puede convertir en algo que disminuye esas capacidades. Yo opto por potenciar lo que uno tiene, no anularlo, para que no desaparezca".

(Anieska, mediadora intercultural socio/sanitaria del centro de salud de San Blas, entrevista personal. 2009)

¹ Algo que en ocasiones se suele achacar a la mediación intercultural socio/sanitaria.

Capítulo XIX: Conclusiones sobre la mediación intercultural sanitaria en Bélgica y España

1. Ventajas que ofrece la mediación intercultural en el ámbito sanitario:

Entre los objetivos y los aspectos, considerados como positivos, que presenta la práctica de la mediación intercultural (se entiende profesional) en el medio sanitario se pueden destacar los siguientes:

El logro más importante de la mediación intercultural en el medio sanitario lo constituye el hecho de que los mediadores faciliten el intercambio de información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes.

Esta mejora en la comunicación implica, para los profesionales de la salud, el aumento en su capacidad para identificar y distinguir entre distintos diagnósticos posibles (por ejemplo para hallar pistas que les permitan discernir si una continua sensación de malestar viene dada por problemas somáticos o psico/sociales).

De igual forma sucede con respecto a la fluidez de la consulta y la cooperación de los pacientes y el personal sanitario.

"Un primer intento de realizar una gastroscopia a una mujer bereber de 57 años (en este caso sin la ayuda de una mediadora de salud), fracasó porque la paciente entró en un estado de pánico. Tras hablar con la mujer supe que ella había creído que iba a ser sometida a una operación. Finalmente se pudo realizar la gastroscopia en un segundo intento. Yo fui traduciendo las instrucciones del doctor quien se sorprendió de lo sencillo que resultó y de la cooperación que en todo momento ofreció la paciente en esta segunda ocasión"

(Hans Verrept y F. Louckx. 1997:215-216)

De esta forma si la comunicación es mala, y no existe una mediación, hay que recomenzar en ocasiones un examen más veces, lo cual implica una pérdida de tiempo, tanto para el personal sanitario como para los pacientes (además de un mayor coste personal, para el paciente, y económico).

Así también se da una optimización de la calidad de la participación en un examen, en un proceso, pudiéndose obtener mejores resultados en el mismo.

En el caso particular, por ejemplo, de pacientes provenientes de ciertas culturas (como por ejemplo algunas mujeres de origen marroquí) parece que en ocasiones les resulta bastante más fácil comunicarse con una mediadora intercultural que con los profesionales sanitarios a la hora de abordar algunos temas.

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios en numerosas ocasiones a su vez les resulta complicado abordar ciertas cuestiones, por ejemplo aquellas que están relacionadas con los problemas en el ámbito de las relaciones familiares, problemas maritales, anticoncepción... así como otros que quedan fuera de su conocimiento.

La presencia de los mediadores parece redundar a su vez en el conocimiento de ciertas dimensiones vitales y contextos que favorecen un tipo de intervención u otra. Este es el caso, por ejemplo, de los pacientes que, frente a los profesionales sanitarios, crean una imagen de su situación psicosocial diferente de la que viven como forma de combatir los prejuicios de estos.

A su vez el cambio de la figura de un intérprete "natural" a un mediador intercultural profesional da lugar a procesos de distendimiento y apertura en la comunicación del paciente con el terapeuta con respecto a determinadas temáticas (que frente a intérpretes como su marido, o su mujer, no se hubiese atrevido a abordar). Al mismo tiempo, los mediadores poseen herramientas que permiten corregir malentendidos y adaptar las conversaciones y preguntas del personal sanitario al modo de hacer de la cultura del paciente.

Esto sucede a su vez en sentido inverso clarificando erróneas interpretaciones, por parte del personal sanitario, de conductas y expresiones del paciente (como vimos, en el caso de Brugmann (pág. 204) o de la Citadelle (pág. 212)). Lo cual repercute tanto en una buena convivencia y comunicación entre profesionales y pacientes, como en la facilitación del acceso a los cuidados o la mejora en los diagnósticos y tratamientos.

Así también a la hora de abordar cuestiones que guardan relación con las nosologías y remedios curativos de sistemas "no biomédicos", con las diferentes implicaciones positivas que estos pueden tener para el paciente, la mediación socio/sanitaria desempeña un papel importante.

Si esto se combina a su vez con una buena información, y explicación, de la patología, así como una mediación entre los modelos explicativos del terapeuta y paciente con relación a la enfermedad y del tratamiento a seguir, puede desencadenar aproximaciones en el seno del hospital como la relatada en el caso de Brugmann. Colaboraciones demandadas por el paciente entre sistemas terapéuticos internos y externos al hospital (como vimos en Titeca (pág. 219). O mediaciones entre tratamientos y representaciones que tienen una vital incidencia en contextos extrahospitalarios:

"Una paciente que estaba en diálisis pretendía viajar a Marruecos a un balneario (Sidi Harazem) e ir de peregrinación sin comentar sus planes a los profesionales sanitarios. Si no me lo hubiera contado no habría seguido con la diálisis durante su estancia en Marruecos. Junto con el personal sanitario pude convencerla de la necesidad de seguir allí con el tratamiento. Se contactó con un centro de diálisis marroquí, lo que posibilitó que la mujer continuara con la diálisis el tiempo que permaneció en Sidi Harazem".

(Mediadora de salud, empleada en un hospital) (Hans Verrept y F. Louckx. 1997:217)

En otro orden podemos encontrar ventajas de la mediación intercultural en medios sanitarios con relación a la reducción de la duración de estancia en el hospital del paciente debido a que, entre otras cosas, una mejor comunicación entre el médico y el paciente facilita la eficacia del tratamiento. En este sentido se puede decir que cuanto mejor comprende el paciente lo que tiene y como va a curarse, más activo es y más participa en el tratamiento, recuperándose más rápido.

Aunque personalmente creo que, generalizada para todos los casos, esta afirmación es polémica, existen diversos estudios¹ que afirman que se da una incidencia destacable en la ayuda al proceso curativo cuando el paciente conoce lo que tiene y como va a curarse.

¹ Como el descrito por P. Skrabanek y J. McCormick (1992) acerca del médico generalista que realiza una encuesta sobre los efectos del placebo con relación a una explicación detallada, o débil, del diagnóstico, la evolución, etc. en pacientes con una sintomatología similar como el dolor de garganta y cabeza.

La mediación intercultural a su vez incide en la mejoría del grado de poder hacerse cargo por sí mismo en los casos de enfermedades crónicas o de media/larga duración. En este sentido es importante que sean informados y conozcan de forma eficiente, tanto el paciente como su entorno familiar/afectivo, para mejorar la calidad de los cuidados.

Así también repercute en el fomento de una conciencia, y formación, del personal sanitario (y administrativo) con respecto a la atención sanitaria sensible a la diversidad cultural. Esto sucede en el contacto del mediador intercultural con el personal día a día (como dice Malika en el caso de Brugmann. pág. 201). O, por ejemplo, en las sesiones de formación en competencias culturales (como en el caso de Parla, pág. 242).

Lo cual incide tanto en un incremento de la eficacia en términos de resultados positivos prácticos en la curación y prevención de la enfermedad, como en una mayor satisfacción por parte de los pacientes (así como del personal sanitario).

Si bien hay algunos pacientes, una minoría, que por diversos motivos rechazan la intervención de los mediadores interculturales, la mayor parte valoran positivamente su presencia y actuaciones. Para algunos los mediadores son las únicas personas en el hospital con quienes pueden hablar.

De este modo estos facilitan una información tanto al personal sanitario como administrativo, promoviendo la equidad en el acceso y la atención de las personas inmigrantes evitando la creación de guetos sanitarios (como la llamada medicina de los inmigrantes). (Mayte Caramés , 2008:275)

Por último cabría añadir dos cuestiones. Por un lado que promueve el *trabajo en red* y el acercamiento del sistema sanitario a los diferentes contextos multiculturales existentes permitiendo tanto salir del formato de trabajo en *compartimento estanco*, como apostar por un modelo de gestión del conocimiento más vinculado a la generación de valor que al almacenamiento y manipulación, técnico-burocrática, de datos.

Por otra parte que uno de los mecanismos y a su vez efectos, de primera importancia, que han permitido el buen desarrollo de la mediación intercultural en el medio sanitario es el acercamiento y colaboración, tanto en España como en Bélgica, entre el medio asociativo y

los servicios públicos. Los mediadores interculturales provienen en gran parte, como representantes o colaboradores, de asociaciones y colectivos. Lo cual entraña una serie de implicaciones como, entre otras, una aproximación ya no solo en términos individuales/culturales sino también colectivos, y políticos, al usuario migrante (o autóctono que demande este servicio) y las problemáticas de su interacción con las culturas de las instituciones del país. Además de ser una posibilidad, este vínculo entre lo asociativo y los servicios públicos, de recrear redes, recursos y puentes para los actores de ambos universos.

Por último cabe comentar el importante papel de observatorio social que desempeña la mediación intercultural en el ámbito sanitario constituyéndose en un lugar en el que se pueden sacar ciertas conclusiones acerca de la vida en los hospitales y centros de salud. Entre otras las relativas al acceso a los cuidados de calidad para las personas y colectivos más vulnerables, el estatus de enfermo en la relación terapéutica y las relaciones y dinámicas culturales de poder entre personal sanitario y paciente.

Así como los aspectos concomitantes a las condiciones en las que se desarrollan los cuidados, en ocasiones precarizadas por la escasez de recursos y tiempo. Del mismo modo que es un reflejo de procesos que ocurren en, o junto a, otros campos sociopolíticos como es el caso del aumento de la demanda de asilo por motivos médicos en Bélgica¹, o lo relativo a la extrema vulnerabilización de ciertos colectivos, como el de los "sin papeles", que se traduce en ocasiones en un incremento de malestares y patologías como las de tipo psicosomático.

¹ En un momento histórico en el que se ha reducido drásticamente en Bélgica, en España siempre ha sido muy bajo, el número de peticiones de asilo político aceptadas.

2. Inconvenientes y problemáticas que presenta la mediación intercultural sanitaria

Con respecto a sus inconvenientes y dimensiones problemáticas se pueden destacar principalmente ciertas características que se manifiestan en el campo de los umbrales de la comunicación, de los roles y de los supuestos implícitos biográficos del mediador intercultural. Por otro lado es principal la cuestión de la profesionalización del mediador intercultural, su integración en el ámbito sanitario y reconocimiento, y las condiciones en las que se desarrolla su trabajo.

2.1 Comunicación, roles y supuestos implícitos biográficos del mediador intercultural.

Con relación a la comunicación algunos mediadores señalan que los profesionales sanitarios no son lo suficientemente conscientes de la complejidad que implica traducir términos biomédicos a un lenguaje que a menudo carece de equivalentes. En ocasiones, cuando existen dichos equivalentes, los pacientes los desconocen o no están familiarizados con el fenómeno al que se refieren.

Para responder a las preguntas de los profesionales sanitarios los mediadores interculturales deben realizar una tarea de examen de todas las respuestas de los pacientes con el fin de aclarar la descripción que estos hacen de sus síntomas. Esta tarea conlleva la necesidad de explicar, en ocasiones, cada concepto lo cual puede repercutir en el ritmo de la consulta. Para algunos profesionales la cantidad de información recopilada con la ayuda de la mediadora no estaría en relación con el tiempo que han de emplear para obtenerla. En el caso de traducir de forma escueta, como ocurre a veces con el fin de hacer la consulta más fluida, se puede dar pie a ambigüedades y falsas interpretaciones.

En este mismo sentido los mediadores no siempre traducen de forma literal, suelen filtrar aquellas informaciones que pueden ser relevantes desde el punto de vista médico. En algunos casos el problema está en su capacidad de determinar la información contextual que es relevante o no para el diagnóstico clínico.

Un problema a destacar relativo a la mediación sanitaria es la falta de coordinación¹, entre los profesionales sanitarios y el servicio de mediación. Se dan muchos casos en los que los mediadores y los profesionales sanitarios nunca han llegado a discutir como conciben cada uno de ellos su colaboración, hasta que punto los mediadores han de traducir, que hacer cuando consideren que cierta pregunta no es apropiada, etc. Esto sucede tanto por el desconocimiento de la labor que desempeñan, como por la dificultad de acceso relativa a los cambios (como en el caso del centro de salud de Parla (pág. 243)) y dinámicas organizativas del personal del centro de salud. Por otro lado la presión del tiempo, sobre todo en los grandes hospitales con fuerte carga de trabajo, provoca que profesionales sanitarios y mediadores no discutan apenas de los problemas que surgen durante el trabajo, generándose una situación de exasperación por ambas partes, lo cual repercute en un fuerte estrés para los mediadores.

"Estos problemas se ven reforzados por el hecho de que los profesionales sanitarios no son conscientes de la complejidad de la comunicación intercultural y la importancia que los significados culturales tienen para las enfermedades y la provisión de servicios sanitarios" (Hans Verrept y F. Louckx. 1997:222)

En este sentido el poco conocimiento que de estos servicios de mediación tienen los miembros del personal sanitario de los hospitales y centros de salud² se debe, entre otras cosas, a la dificultad de convencer a los profesionales sanitarios de la importancia del papel del mediador intercultural y de no aceptar trabajar con intérpretes informales. Con respecto a esto es interesante destacar que el miembro/s del personal sanitario, el mediador y el paciente están tan solo en un 50%, cuando no menos en términos generales para los dos países, de las intervenciones en un contexto de intervención triádica (simultáneamente en la misma habitación) (Molina Irene; *Gailly* Antoine; *Giménez*, Carlos & *Guest*, Barbara (ed.), 2001:151).

¹ Con respecto a esto un factor que se revela como fundamental es el de la necesidad de una buena integración del servicio de mediación intercultural, como dirán autores como Hans Verrept (2008:199), en el centro de salud así como la coordinación con los profesionales sanitarios para colaborar con los mediadores.

² Esto se manifiesta a nivel general y extrapolable a todos los centros de salud, especialmente con un tamaño medio o grande como los hospitales, de ambos países. Un ejemplo de ello es el del estudio de caso del Hospital Erasme, o el de Parla, entre otros, tratados con anterioridad. Así como las estadísticas con respecto a quien toma la iniciativa a la hora de intervenir, siendo mayoritariamente el mediador intercultural.

Con el fin de evitar estas situaciones y potenciar la demanda, y visibilización, de la mediación intercultural, y sus beneficios, en muchos centros de salud y hospitales de ambos países se promueven cada vez más las sesiones de formación del personal sanitario y encuentros entre mediadores, personal sanitario y coordinadores. Cabe apuntar en este sentido, sin embargo, que el interés, sin un buen trabajo de sensibilización e información, de muchos profesionales de salud sobre aspectos culturales generales, y no concretos en la consulta con respecto a sus pacientes particulares, puede dar lugar a la atribución de los problemas de estos a sus especificidades culturales. Así como al reforzamiento de los estereotipos, ya existentes, en torno a las minorías culturales que representan¹.

Por otro lado se da un inconveniente con relación a la disponibilidad puesto que muchos mediadores, cuando son figuras inscritas al centro de salud, trabajan a media jornada varios días a la semana, o deben ser llamados, al ser externos, por teléfono para una intervención. Esto incide en los pocos encuentros entre mediadores y personal sanitario así como en el hecho de que no puedan estar presentes en muchos momentos relevantes para el paciente.

A su vez sucede que algunos profesionales de la salud prefieren trabajar con intérpretes informales ya que, o bien no conocen el servicio de mediación (lo cual ocurre con frecuencia en los grandes hospitales sobretodo) o les resultan accesibles ya que están disponibles de forma inmediata (con los problemas, ya mencionados, de una interpretación no profesional). Como se ha visto el caso español es más propicio a este tipo de situaciones debido a la frecuente condición de figura exterior al centro de salud del mediador intercultural.

En el orden de los factores biográficos y psicológicos de los mediadores interculturales se pueden destacar algunas nociones y supuestos que, en algunos casos, pueden estar implícitos en el desarrollo de su intervención.

Este es el caso de las consideraciones o preguntas que pueda hacer el personal sanitario sobre cuestiones que afectan a su identificación con su cultura (o culturas) propia y la del paciente. Así puede suceder, por un lado, que el mediador se niegue a traducir ciertas preguntas y respuestas concernientes, por ejemplo, a la vida privada de sus clientes o el uso de

¹ No pasa desapercibida, en mi observación y los testimonios recogidos para la investigación, en este caso la existencia, en un grado no general pero lo suficientemente alto como para ser remarcable, de actitudes racistas y xenófobas por una parte del personal de los centros sanitarios en Bélgica y España (muy a menudo esto actúa a modo de vehiculación de otras problemáticas, propias a las condiciones de la atención sanitaria o a "cuestiones personales", que en muchos casos encuentran su fácil resolución en el culpable colectivo, el "otro").

anticonceptivos (Hans Verrept y F. Louckx. 1997:223). Como también que al contrario hagan un mayor énfasis en esas cuestiones, al valorizarlas como emancipadoras.

De igual manera puede suceder con el mayor o menos hincapié en discusiones acerca de modelos explicativos o, por ejemplo, remedios populares entre mediadores y personal sanitario.

Este análisis que se aplica a los elementos biográficos y los supuestos implícitos del mediador intercultural se debe incluir, de igual manera, en el caso del personal sanitario y sus consideraciones acerca de estas cuestiones.

De todo ello se deduce que existe al riesgo de que la diada curador/curado se convierta en una triada, perturbadora del buen desarrollo de la intervención, con todas las consecuencias que de esto se desprenden (desplazamiento de roles, relaciones de confianza, etc.).

No obstante si todo lo explicado puede dar lugar a desajustes de significación y/o diferencias de comprensión, sin embargo comparativamente a los que pudiesen existir sin esta labor de mediación, o con una mediación más “espontanea” (realizada por personas que no tienen ni la experiencia ni el conocimiento adecuado), parecen menores.

2.2 La coincidencia cultural y la prohibición de una interpretación directa. Dos problemáticas significativas.

Un aspecto interesante con respecto a la mediación intercultural, que revela algunas de las problemáticas de lo destacado, y denominable, como cultura en las dinámicas de mediación intercultural, es el debate sobre la necesidad de una coincidencia cultural del paciente y el mediador.

" En la mayoría de los casos la *coincidencia cultural* significa que el profesional tiene que ser especialista en inmigración de la misma etnicidad y sexo, y originario de la misma región cultural y geográfica que el paciente. La *coincidencia* genera una especie de *sentimiento de nosotros* y un *lenguaje común*, por parte del paciente, y está destinada a convertirse en una situación intracultural en la que el profesional trabaja con pacientes cuya etnografía conoce".

(Antoine Gailly, 2009)

Aceptar sin cuestionamientos la hipótesis de que la coincidencia cultural es sinónimo de una buena mediación y pueda dar lugar a una mayor eficacia terapéutica se basa, en mi opinión, en una visión estática y no realista de la cultura. Dicha formulación no tendría en cuenta ni la diversidad cultural ni la experiencia individual de la cultura dentro de un grupo dado.

De igual forma para afirmar que la coincidencia cultural con el mediador puede influir en una mejora de los procesos de transferencia y contratransferencia entre personal sanitario y paciente se debe considerar que en diversos casos, como se ha visto con anterioridad, puede ocurrir al contrario. Esto reenvía a múltiples causas en las que interactúan no solo las culturas objetivas de los actores sino también las subjetivas, sus componentes relacionales, y los procesos de construcción de sus subjetividades. Además la operacionalización, sin un cuestionamiento previo, del término de cultura desde un estado /nación o, por ejemplo, región o territorio puede dar lugar a una visión esencialista y estanca de la misma. Por otro lado suponer que la coincidencia de lo "entendido por cultura" coadyuva en dichos procesos de mediación sin tener en cuenta la diversidad de las trayectorias personales y culturales de los pacientes y personal sanitario puede propiciar, por ejemplo, situaciones en las que los actores trasladan ciertos a priori y problemáticas de la diversidad de dichos contextos, supuestos como homogéneos, al ámbito de la consulta.

En este sentido un médico de un hospital de Madrid me comentó en una ocasión, con respecto a una experiencia de traducción en la que paciente y traductor eran ambos marroquíes, que este último se negaba a traducir lo que decía el paciente. Esto era debido, según me relataba, a que el mediador, originario de Casablanca, percibía al paciente, procedente de un pueblo del Rif, como inculto y poco legítimo para dar opiniones relevantes en dicho contexto terapéutico.

En Bélgica varios han sido los casos, de los que tuve constancia, de pacientes que se han negado a que les atienda, o participe en la consulta, un profesional sanitario o mediador de su mismo origen cultural. Estos han tenido que ver con, por ejemplo, una percepción infravalorada del profesional al conferirle menos conocimientos científicos, por ser de origen extranjero, que a otro autóctono. O a la voluntad del paciente de no querer ser considerado como un otro.

Así también con el caso del traslado de conflictos, como el de los Utus y Tutsis en Ruanda y Congo, al contexto de la consulta.

VARIABLES como la del nivel de aculturación y o el de la emigración/generación, así como la procedencia social y la coincidencia de lenguajes y registros propios de trayectorias vitales compartidas, parecen desempeñar un papel a destacar, mas allá de las pretendidas coincidencias étnicas, en dicha mediación.

Un elemento relevante a señalar, en lo que concierne al papel del mediador intercultural, es el hecho de tener prohibido hacer de intérprete directo debiendo ceñirse única y exclusivamente a las palabras textuales del médico. Esto, que pretende preservar de ingerencias negativas la diada médico/paciente, circunscribe el papel del mediador al de un traductor, viéndose limitadas otras interesantes funciones que podrían coadyuvar a la defensa de los intereses del paciente.

Dicha norma guarda relación, como ya se dijo antes, con cuestiones metodológicas (y deontológicas¹) que tienen como objetivo facilitar el desarrollo pautado de la consulta sin poner en duda la legitimidad y el rol que desempeña el médico, así como la evitación de la manipulación y distorsión de lo comunicado entre este y el paciente. Sin embargo en este contexto la defensa de los intereses del paciente, tarea que es producto de un delicado dominio de habilidades y de unas condiciones propicias, no siempre es posible cuando entraña un aspecto crítico o reflexivo con respecto, por ejemplo, a cuestionamientos del *saber hacer* cultural de los profesionales sanitarios.

¹ Una mención aparte merece la cuestión de la unificación deontológica de los mediadores interculturales en el medio sanitario. Tanto en Bélgica como en España existen células coordinadoras que se ocupan de estas cuestiones normativas. En el caso de Bélgica se ha trabajado desde hace más tiempo en ello (adecuándose con criterios "nuevos", propios a la mediación intercultural, y con otros que por ejemplo vienen inspirados de la IMIA (International Medical Interpreters Association). En el español se empieza a buscar en la actualidad, 2008, la unificación de criterios para un código deontológico compartido por todos.

2.3 El estatus, la profesionalización del mediador intercultural y las condiciones en las que se desarrolla su práctica.

Un factor principal que entra en juego en este escenario es el del estatus y la profesionalización de los mediadores interculturales. El éxito de dicha defensa del paciente depende de variables como la actitud de los profesionales sanitarios con respecto a su trabajo o la confianza que tengan los mediadores en sí mismos. Parece que por el momento, en la mayoría de los casos, no se dan las condiciones necesarias que propicien dicho cuestionamiento, defensa e intercambio entre iguales. Las causas son múltiples; comprenden desde las trayectorias biográficas de algunos mediadores y su posesión de habilidades en ciertos contextos, hasta la desigualdad de roles y de poder, o la falta de concienciación por parte del personal sanitario con relación a las ventajas de la compleja tarea de comunicación/interpretación con respecto, por ejemplo, a la obtención de modelos explicativos.

A su vez sucede que en ocasiones diversos motivos que van desde los ideológicos, las posibles problemáticas en la reconfiguración que su figura profesional implica de ciertos roles y prácticas (en personal como por ejemplo los enfermeros o asistentes sociales), hasta el desconocimiento de la labor que puede desempeñar la mediación intercultural (e interpretación) influyen en que los mediadores sean percibidos por algunos profesionales como positivos en intervenciones puntuales. Sin embargo cuando se trata de sistematizar su trabajo la presencia de un mediador intercultural puede ser vista, por algunos sectores, como un freno a la integración de las poblaciones extranjeras que no harán esfuerzos para aprender la lengua y cultura del país de acogida.

Frente a todo lo anterior no hay que olvidar que a estas causas se suma otra principal que es las condiciones materiales en las que se desarrolla la consulta, muy a menudo marcadas por la ausencia de tiempo y la masificación. Esta falta de tiempo y recursos, como he podido comprobar en el trabajo de campo, influye en la hegemonía de ciertas percepciones, interacciones y praxis de modelos explicativos y de intervención en los terapeutas, como por ejemplo la tendencia en alza a la rápida prescripción farmacológica frente a una actitud comunicativa de escucha o interés hacia dimensiones como la socio/cultural.

Como hemos visto en los apartados anteriores, en el caso español, muchos mediadores interculturales coinciden en el hecho de que la mediación no está bien reconocida como profesión, y reivindican una mayor profesionalización de este trabajo. De igual manera esto sucede, según diversas investigaciones (Hans Verrept y F. Louckx 1997, y Latifa Es-safi 2001) y relatos de mediadores interculturales, en el caso belga.

En cuanto a las vías de acceso a la formación en este trabajo estas son diversas. Comprenden desde la cualificación a través de diplomas específicos, impartidos por universidades o escuelas profesionales, hasta los cursos no profesionales impartidos gratuitamente por asociaciones y hospitales (como, por ejemplo, el Ramón y Cajal (Madrid) en el caso español). Si bien, al tratarse de una formación interdisciplinaria la formación se traduce muy a menudo en el propio perfil personal y bagaje cultural del mediador.

A todo ello hay que sumar a esto que una gran parte de los mediadores, sobretodo en el caso español (Jose Gabriel Campos. 2005:4), trabajan con frecuencia como voluntarios (no pagados), con lo que esta figura implica para la consolidación de la profesionalización.

Esto es consecuencia de una magra financiación cuando no de un recorte presupuestario, en los servicios de mediación intercultural que comenzaban a despuntar, por parte de las administraciones públicas, en especial, de ciertas Comunidades Autónomas en España (y en el caso belga de las regiones federales). En diversas Comunidades y regiones españolas gran parte de los programas de mediación intercultural sanitaria y formación de mediadores subsisten gracias a la ayuda de entidades privadas.

El resultado es que hoy en día, tanto en Bélgica como en España, si se compara con otras figuras del ámbito sanitario el estatus de los mediadores interculturales parece no ser muy alto.

Sin embargo, por todo lo explicado con anterioridad parece que, con sus pros y contras, la medida de la formación de mediadores interculturales en el medio hospitalario revierte positivamente en el sorteo de los condicionantes de tipo cultural, social o infraestructural que dificultan la operacionalización de términos comunes así como los diferentes procesos de intercambio de información entre el personal sanitario y el paciente.

" En el plano médico se trata de una ayuda preciosa: el paciente tiene una mejor comprensión de la enfermedad y del tratamiento, el seguimiento está más asegurado, las consultas más regulares... el mediador intercultural permite una mejor gestión de su capital de salud, pero también tiene una repercusión importante en diversos aspectos de su vida social (mejor conocimiento de los usos y costumbres del país de acogida, del funcionamiento de las instituciones...), su presencia es también percibida por los pacientes como un reconocimiento de la parte de las autoridades hacia ellos (según dirán los pacientes que hacen uso de estos mediadores)... "

(Es-Safi La Tifa, 1996. Traducción propia.)

A todo ello hay que añadir una mayor eficacia en términos terapéuticos, exploratorios y preventivos, así como el fundamental apoyo emocional fruto de la presencia del mediador intercultural en situaciones en las que están en juego cuestiones ligadas al ámbito sanitario tan vitales como la salud, la enfermedad, la curación o la muerte.

3. La mediación intercultural en los ejes de la problemática de la investigación.

En la cultura biomédica occidental la producción de significados y estatus predominante está en manos de ciertos paradigmas establecidos por las élites científicas¹ en el marco específico de su cultura científica/profesional pero atravesado por dimensiones diversas, como las económicas y políticas, del mundo en el que se hallan. La relación poder/saber en este campo social habita, al mismo tiempo que recrea, espacios, interacciones y posiciones estructurales diferenciadas entre saberes, representaciones y expresiones diversas relativas a la salud/enfermedad/curación de paciente y profesional sanitario.

En este sentido es interesante destacar la concepción evolucionista del discurso biomédico dominante que, como dice Kleinman (1995), apuesta por una concepción positivista de pretensiones intolerantes hacia otros modelos explicativos, con un carácter eminentemente reduccionista y biologicista donde lo psicológico y lo social (y lo cultural, añadiríamos) son meros epifenómenos que ocultan la "verdadera realidad". Desde esta óptica cualquier universo diferente de dicho modelo, por ejemplo el no occidental o el occidental profano, es

¹ Macroparadigmas que van desde los pasteurianos técnico/positivistas hasta los, por ejemplo en el caso particular de la psiquiatría y su manual de referencia principal a partir de los 60 (DSM III), de tendencia taxonómica, como señala Hernaez (2000), neokrapeliana.

tratado como un sujeto/objeto en transición susceptible de cambiar de un estadio natural (en el cual residen diversos peligros relativos a la enfermedad y, en cierto modo, a la ineficacia terapéutica) al civilizado que "resolverá" los problemas fruto del desconocimiento.

Pero para que el discurso biomédico sea efectivo necesita comprender los hechos solo de una cierta manera. Es así que la pretensión de una observación primera, un punto de partida absoluto, desprovista de todo modelo interpretativo no es posible más que a través de un determinismo visible, y sostenido, en la preeminencia de un discurso médico. Este discurso, como dice Jean Clavreul (1978), es *eficaz puesto que funciona en el desconocimiento del discurso que le constituye*. De nuevo esto nos remite a la condición cultural del saber médico fundado.

Así el universalismo biomédico, casi como un acto de fe agustiniano, ha dado respuestas desde sus modelos tanto a las realidades "propias" a su cultura como a las "ajenas" (sobre esto ya hablé en la introducción con respecto al papel jugado por la medicina en el colonialismo).

No obstante la aparición, como consecuencia en parte del proceso colonial, de *nuevos pacientes* provenientes de otras culturas en los países occidentales ha supuesto y supone un ejercicio de relativización, tanto para las culturas alóctonas como para la biomédica, en la práctica e interacción médica. Esto es debido, entre otras cosas, a la ineficacia de tratamientos que antes se consideraban efectivos (como en el caso de la psiquiatría que comentaré posteriormente) o a las dimensiones añadidas en la relación personal sanitario/paciente por el uso de lenguas distintas; así como de códigos culturales, representaciones y aproximaciones a la salud y la enfermedad diversas.

La consideración de, por una parte, un relativismo que se cuestione las relaciones de dominación y desigualdad en la producción de significados y legitimidades y, por otra, un universalismo (o un relativismo extremo) que desde la negación o el "reconocimiento" del otro obvie aquellas es compleja y problemática.

En este sentido este tipo de mediación intercultural, al menos en el ejercicio práctico, lejos de relativizar el discurso biomédico occidental, con el objetivo de conferir una igualdad en el valor de las diversas representaciones del proceso salud/enfermedad/curación, lo toma como referente operativo. Tratando de trasladar modelos interpretativos, dotaciones de sentido y

vivencias singulares de la enfermedad, procedentes de diversos itinerarios personales y plantillas culturales, a dicho universo.

Es así que en un orden práctico dicha medida, y su metodología y epistemología, pertenece al campo del universalismo biomédico circunscribiéndose a este con la creación de una figura intermedia capaz de desplegar recursos y herramientas del orden igualador, e inclusivo, de un cierto tipo de relativismo cultural. Pero por lo general sin lograr, debido a las dinámicas, roles de poder e implicaciones concomitantes al ejercicio de la mediación en el contexto sanitario, cuestionar la agenda biomédica, así como la cultura de formato de trabajo técnico/burocrático *en compartimento estanco*, desde la vehiculación en su ejercicio de propuestas, relativizadoras de etnocentrismos e igualitarias, de construcción intercultural.

Cabe mencionar que en algunos casos sin embargo, como hemos visto en los ejemplos de Titeca y Brugmann, las circunstancias permiten que la praxis de la mediación intercultural logre llevar a cabo propuestas conciliadoras de terapéuticas de distinto orden, con el fin de mejorar la eficacia curativa.

Y si bien, la práctica de la mediación intercultural sanitaria institucional, no parece hoy por hoy capaz de "sobrepasar" de manera sistemática las barreras culturales del universalismo biomédico si puede desempeñar otras labores con gran eficacia.

En este sentido la mejora en la comunicación redonda en una mayor capacidad de los profesionales sanitarios para identificar y distinguir entre tipos distintos de diagnóstico, así como en una mayor satisfacción del paciente. A su vez la figura del mediador intercultural propicia una serie de transformaciones como es la provisión de una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural¹.

¹ Por lo que he podido observar en ambos países debo señalar que el grado de prejuicios y opiniones estereotipadas de los profesionales de la salud con respecto a los pacientes de origen extranjero parece elevado (esto sucede también en sentido contrario). En ocasiones llega a ser tan flagrante que he tenido constancia de una investigación que, desde el ámbito político, se ha prohibido publicar debido al escándalo que podría provocar visibilizar dichas representaciones. Esto, en mi opinión, no hace más que resaltar la importancia de dicha sensibilización.

En lo que se refiere a una posible culpabilización del paciente, circunscrito a un campo étnico/cultural de procedencia como "reducto de supervivencia" frente a una sociedad que no tiende puentes ni vínculos del orden comunicativo/intercultural, y al reenvío sistemático a la explicación de los fracasos, en este caso sanitarios, al orden de su capacidad de adaptación, la mediación explora una perspectiva de otredad pero a su vez de reconocimiento e identificación.

Si la reaparición del orden cultural, en su visión extrema, puede tender a desplazar variables y dimensiones de gran relevancia explicativa y causal como la social y amenazar, con una forma de mirada colonial, las semejanzas por las diferencias, también puede aspirar a igualar universos con escalas de valor, poder y legitimidad desigual. Este es el caso de la biomedicina, al ser considerada como cultura, y el paciente y su dimensión personal y socio/cultural.

La mediación intercultural parte de dicha evidencia, en un ejercicio de relativismo, para inscribirse en diversas prácticas que varían, en su efectividad mediadora intercultural y de cuestionamiento de lo universal (etnocéntrico/etnotrópico¹), según el contexto y los actores implicados.

Es así que con respecto a las implicaciones de orden político en relación con el logro de la idea de justicia social recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* así como en la *Carta Social Europea* y *Alma Ata* cabe decir:

La mediación intercultural en el medio sanitario coadyuva a luchar contra la exclusión al disfrute de los medios de salud, y a su uso igualitario, de las personas de origen extranjero lo cual revierte en la materialización de aportaciones hacia la consecución de los objetivos del artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Destacando que "*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*".

¹ En el sentido que puede proporcionar el neologismo "etnotropía", como mirada problemática degradante en la concepción etnocéntrica del otro, y la construcción identitaria consiguiente del yo, como étnico y cultural desde categorías evolucionistas que juzgan dicho conceptos como ajenos y pertenecientes a los sectores exógenos de una "alta cultura" (representada por la ciencia biomédica en este caso), esencializables y, en el ámbito de la relación terapéutica, en transición adaptativa.

Desde este punto de vista el disfrute a los medios de salud guarda una intrínseca relación con el disfrute a la salud y lo que de él se desprende con relación a la incidencia y acumulación de factores de exclusión social (reflejados en la desigualdad de dicho disfrute y a su vez incrementados por la misma). Sin embargo al mismo tiempo muestra la contradicción, al referirse al derecho a un nivel de vida adecuado, entre la problemática de lo cultural, puesta en primer plano en el orden de causalidades que aborda esta mediación, y lo propiamente social.

De la misma manera, al cumplir una relevante función en dicho acceso y disfrute igualitario (y no discriminador) a los medios de salud, colabora en un mayor acercamiento a lo promulgado en el artículo 11 de la *Carta Social Europea*: "*Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda tener, eliminando, en lo posible, las causas de una salud deficiente*".

Para finalizar creo que, desde el ejercicio de los profesionales de la salud (de los trabajadores intelectuales), tal y como dice Robert Young se trata de comprender:

"El proceso a través del cual se lleva a cabo en la comunicación cotidiana la exclusión cultural y la manipulación de la identidad de gentes diferentes culturalmente y la manera en que este proceso es imbricado en roles y prácticas sociales, con el fin de tener una base bien definida para una política efectiva dirigida a cambiar los mecanismos, observables empíricamente, de creación de ideología o de afirmación de la realidad de una cultura sobre otra".

(Robert Young (1996). Traducción propia)

Esto se puede aplicar a diversos ámbitos pero especialmente al campo de la salud, en el cual coexisten universos culturales en contextos de diferenciación (y semejanza) cultural, debido a la relevancia que cobran los factores que se ponen en juego (como el cuerpo, las costumbres alimenticias, la religión, etc). A su vez en dicho contexto el peligro a la exclusión cultural que se puede desprender de la tendencia etnocentrista de estas prácticas de comunicación cotidianas puede conllevar a una exclusión a la salud con consecuencias, en muchos casos, de extrema gravedad relativas al sufrimiento de los pacientes donde se dirimen incluso sus posibilidades de vivir o morir.

Parte IV: Las terapias interculturales en salud mental

Capítulo XX: De los orígenes y tipos de terapias interculturales en Bélgica y España

1. Terapias interculturales en el medio asociativo e institucional en Bélgica y España.

La presencia de personas alóctonas con orígenes culturales diversos en Europa ha llevado a los profesionales de la salud a ampliar las miras en el ámbito terapéutico. Uno de los motivos principales ha sido la falta de eficacia de los modelos terapéuticos vigentes. Esto ha sido así principalmente con las terapias pertenecientes al campo de la salud mental. Una explicación de ello es que en este dominio es donde se encuentran en mayor medida reflejadas las implicaciones que conciernen a los campos interpretativos y representacionales provenientes de los universos de origen o de destino del paciente y terapeuta. Esto, sin duda, sucede también en el área somática pero no de una manera tan relevante, al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica, como en el caso de la salud mental.

"En la búsqueda de una atención sensible con las diferencias culturales, las teorías y métodos de asistencia occidentales han sido criticados desde la década de los sesenta por su insensibilidad a la diversidad cultural. Los métodos asistenciales han sido, históricamente, desarrollados para europeos de clase media y alta. Las diferencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se consideraban desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Por el contrario, con demasiada frecuencia se culpaba a la víctima: el paciente carecía de las habilidades y la cultura necesarias y no estaba preparado para la asistencia sanitaria occidental. Los pacientes culturalmente diferentes tenían que adaptarse al sistema en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adaptados a sus normas y valores".

(Antoine Gailly, 2009)

La idea de que la asistencia tiene que adaptarse a las personas culturalmente diferentes se desarrolló en tres fases. Por un lado el reconocimiento del racismo, la opresión racial y la discriminación como experiencias psicológicamente significativas (desde el punto de vista

intraprésiquico) dio lugar a los primeros esfuerzos para desarrollar una sensibilidad cultural en la atención sanitaria. Es este sentido desempeñaron un papel relevante las ideas del choque cultural (tras la emigración), o la suposición de una segunda identidad cultural, como incapacitantes a la hora de adaptarse a la sociedad dominante. De esta forma el fracaso de la asistencia sanitaria occidental reenviaba al paciente y a su cultura, al estar compuesta esta por elementos problemáticos negativizantes, entre otros la falta de recursos y habilidades sociales y personales necesarias para una psicoterapia.

En una segunda fase el fracaso asistencial con las personas culturalmente diferentes se achacó a un fallo del profesional. En este caso el profesional carecía de la suficiente conciencia de sus sensibilidades culturales, de su racismo y sus prejuicios. Por otro lado se cuestionaba a su vez los valores y normas que la formación sanitaria enfatiza y que pueden no coincidir o ser opuestos a los de los pacientes culturalmente diferentes.

Finalmente la tercera fase correspondería con la actual en la que nos encontramos. El paciente y el profesional dejarían de ser considerados como la causa del fracaso de la asistencia culturalmente sensible. La eficacia de la psicoterapia y la orientación mejoran adaptando paradigmas y métodos a las expectativas y necesidades de las personas culturalmente diferentes. (Ibidem: 2009)

En la actualidad pese a no dejar de ser problemática y encontrar diversas resistencias, desde posiciones que van del etnocentrismo/asimilacionista a la crítica a la culturalización de, por ejemplo, la psiquiatría social y comunitaria, la opinión de que la asistencia sanitaria occidental debe abordar las diferencias culturales o tiene que desarrollar modelos terapéuticos específicos para grupos y problemáticas socio/culturales concretas es compartida en Europa por un número creciente de profesionales de la salud.

De este modo los terapeutas han ido paulatinamente abriendo la perspectiva hacia otros esquemas de relación entre los sexos, otras concepciones y prescripciones religiosas, otros modelos familiares y otras representaciones de la salud y la enfermedad. Un ejemplo es el de la diferente interpretación de los hechos, según estén ligados al sistema occidental o no occidental, de la terapia sistémica familiar. O el de la adopción de dispositivos de tipo poli e intercultural para cuestiones que reenvían a la dimensión cultural de la dolencia del paciente, como la etnopsiquiatría.

Una de las problemáticas con las que se encuentran las terapias interculturales es el hecho de que el conocimiento de las otras culturas se da desde el punto de vista del terapeuta occidental el cual, por diversos motivos, puede tender a universalizar y no tener en cuenta la propia culturalidad del enfoque desde el que observa.

Así tal vez la terapia no sea un proceso de un único sentido en el que baste con conocer la cultura del usuario si no que también se debería explorar en el conocimiento de la del propio terapeuta, no solo de su personalidad, para que la metodología de la terapia sea adecuada.

"Muchas de las deficiencias y fracasos en estos contextos de diálogo -o mejor de sucesivos procesos de escritura y de lectura -radican en las dificultades del modelo biomédico para la lectura y la producción de significados de textos diferentes de los que delimitan su escritura, los textos que construyen los otros "la alteridad"... de esta forma la lectura biomédica de esos textos reniega de la búsqueda de los significados presentes a favor de los únicos que contempla..."

(Lorenzo Mariano. 2008:312).

Aunque si bien no hay que eliminar la parte que le corresponde al paciente en cuanto a la imposibilidad de entablar diálogos satisfactorios, y sin omitir las condiciones socio/económicas en las que se desenvuelve la praxis médica (en algunos casos, aunque no en todos, masificación de las consultas y tiempo muy limitado por paciente), en este sentido la cultura biomédica, y su enfoque reduccionista, es generadora de narrativas opacas.

Con respecto a las grandes corrientes en occidente que aúnan y abordan desde diferentes perspectivas la cuestión de la salud mental se pueden diferenciar tres: (Álvaro y Paez, 1996)

a/ *Orientación psicopatológica*: Predominante en el ámbito de la salud pública en ambos países. En ella son protagonistas los enfoques organicistas e individualistas (intrapésquicos). Salud mental y enfermedad mental son términos antónimos.

b/ *Orientación ambiental*: conlleva la admisión de la influencia de las variables sociales así como de los contextos en los cuerpos individuales. Sin embargo minimiza cuestiones como el peso de la subjetividad del individuo, o el factor cultural en lo relativo a la consideración de la salud o la enfermedad particularizable y colectiva no occidental.

c/ *Orientación psicológica*: enfoca su noción de la salud mental en la existencia, o atribución, en el individuo sano de una serie de constructos asociados por la comunidad científica al bienestar como autoestima, habilidades sociales u optimismo (Jahoda, 1958).

Dentro de la misma se podrían destacar diversas corrientes entre otras la psicoanalítica, la psicológica/conductual, etc. Cabe destacar que omite, en su énfasis intrapsíquico, cuestiones como la relacionalidad contextualizada donde conviven aspectos esenciales a la noción de salud como pueden ser, por ejemplo, los componentes relacionales asociados a la noción de la salud o los simbólicos.

d/ A ellas se le puede sumar en la actualidad una *orientación etno/cultural*: que tiene en cuenta los factores relativos a los contextos y marcos nosológicos, simbólicos y culturales en los que se inscriben y desarrollan las nociones de salud y enfermedad del paciente y terapeuta. Este enfoque, sin ser una parte separable de un todo más allá de los intereses de categorización, se inscribe en algunas de las terapéuticas interculturales que nos ocupan. Así la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* o, por ejemplo, la corriente etnopsiquiátrica y algunos de sus útiles metodológicos y epistemológicos hacen uso de dicha orientación, en la práctica terapéutica.

Si bien es cierto que estas cuatro corrientes no se pueden entender de forma completamente separable ya que algunos enfoques combinan elementos de varias al mismo tiempo. Además, cada vez aparecen con más fuerza modelos integradores que, aunque algunos de ellos estén lejos de aplicarse en la terapéutica institucional, si van siendo paulatinamente más demandados entre ciertos perfiles de usuarios como son, por ejemplo, los constructivistas, o la psicología transpersonal y las psicoterapias holotrópicas (José María Poveda. 1997:72).

Por lo que respecta a las barreras que se instalan entre el terapeuta y el usuario estas son de diversa índole. Como ya comenté con anterioridad pueden ser del orden cultural y lingüístico, pero también socioeconómicas.

Todas atañen a la comprensión entre el curador y el curado de una u otra manera, colocándoles, recíprocamente, en diferentes posiciones emisora/receptivas según se trate.

A su vez están entrelazadas y se acumulan unas en otras. Así el componente cultural de la percepción y expresión de un mal requiere del conocimiento de dicha cultura por parte del terapeuta. Pero además se puede dar la dificultad o imposibilidad de comunicarse al hablar diferentes idiomas (pudiéndose acudir a un intérprete y/o mediador, con los pros y contras que esto conlleva). Y si a esto se le unen los componentes socioeconómicos, los cuales pueden ser, como ya se habló con anterioridad, a su vez determinantes, son tres niveles distintos que deben ser dominados por el terapeuta intercultural sin desdeñar ninguno.

Por otro lado existen estrategias por parte de los pacientes que tienden a enfatizar estas diferencias de comprensión lingüísticas y culturales con el terapeuta para justificar, o conseguir (según el caso), faltas, transgresiones, ignorar prescripciones (o incorporar las propias que le son negadas), obtener tratos de favor, etc. Un ejemplo de ello es cuando los padres solicitan la prescripción de certificados médicos para que, conforme a las prescripciones del Islam, sus hijas sean dispensadas del curso de natación en el colegio.

Así también sucede que el trato por parte de algunos terapeutas puede tener un carácter paternalista, y a la hora de abordar estas problemáticas caen en ciertos clichés: como el fracaso del proyecto migratorio (en los hombres fundamentalmente), el sistema familiar autoritario, el machismo... sin cuestionarse que es lo que hay detrás de estos estereotipos, a qué llamamos autoridad, cuales son las verdaderas motivaciones migratorias, qué significaciones les da el paciente, etc. Esto puede encontrar su explicación en un mero ahorro cognitivo propio a una práctica y gestión de la terapéutica, en una falta de preparación y conocimiento de la realidad abordada y/o en las propias condiciones, temporales y de medios, en las que se desarrolla la consulta.

Con respecto a la hipótesis central de este trabajo relativa a la posición que ocupan las aproximaciones interculturales en el campo de acción cortado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico en lo que se refiere, en este caso, a la eficacia de la praxis, y los modelos representacionales y metodología del terapeuta intercultural, nos encontramos con la siguiente problemática:

Por un lado, clasificando dos posiciones como tipos ideales de análisis, que el terapeuta haga uso de una aproximación estanca proveniente de un enfoque etnocentrista/universalista y que no consiga, o no busque, acercarse a los factores socio/culturales e intersubjetivos, debido a la

falta de herramientas, a la presión adaptativa y/o a la propia posición ideológica/teórica que defiende. En este caso, frente a una aproximación eminentemente monocultural biomédica, el peso de la adaptación recae por completo en el paciente alóctono, quien a su vez, dependiendo de sus recursos y de la posición que adopte (y pueda adoptar) será o no capaz de aproximarse al universo cultural del terapeuta.

O también, en el otro extremo, que el terapeuta opte por una relativización cultural de largo alcance que cuestiona sus propios principios y los del paciente como culturalmente determinados y bien sea imposible todo encuentro terapéutico, o, en la búsqueda de una adecuación metodológica, tienda a reenviar los niveles de análisis a etiologías reduccionistas, y estigmatizantes, con un pretendido enfoque culturalista.

En el caso del terapeuta intercultural, y en los otros también, parece imprescindible el equilibrio entre la actitud crítica y relativizadora hacia su propia cultura y la implicación deontológica en un análisis y toma en consideración de los diferentes niveles, biológico/social/cultural/personal. Con el fin de que el paciente no sea tenido en cuenta desde una *cultura de lo cultural* etnocéntrica o relativista sino también en su dimensión biográfica/personal y por ende mejorar la eficacia terapéutica.

Las diversas prácticas que se mueven en modelos que gravitan entre ambos extremos, adoptando variablemente elementos teóricos y metodológicos 'occidentales y no occidentales' en sus terapéuticas, están vinculadas de diversa forma a la implicación de la problemática principal de esta investigación. Esto es, a la colaboración en el disfrute y acceso igualitario a los medios sanitarios de las personas, con itinerarios socio/culturales diversos, de origen extranjero. De todo ello se habla a continuación.

1.1 Tipos de terapias y aproximaciones de carácter intercultural:

Seguidamente paso a referirme a varias prácticas terapéuticas de carácter intercultural, en el campo de la ayuda psicosocial a los inmigrantes, que se dan en Bélgica y España. Sin ser el objeto de este trabajo entrar a evaluarlas si describo cuales son algunas de sus características, objetivos e implicaciones con respecto a la problemática principal de la investigación.

Antes que nada cabe recordar que debido a diversos factores, como la mayor o menor antigüedad en la historia de la recepción de inmigrantes, la existencia de terapias interculturales en Bélgica y España, por el momento, no tiene las mismas características ni desde el punto de vista cualitativo ni cuantitativo en ambos países.

Bélgica, en relación con España, cuenta con una trayectoria más amplia en la puesta en práctica de escenarios en los que se desarrollan dichas terapéuticas. Esto se ve tanto en lo que se refiere a la adecuación de mecanismos y prácticas de otras culturas y tradiciones a los modelos occidentales psicoterapéuticos, como en el surgimiento de marcos de experiencia, investigación y encuentro intercultural en el campo de la salud mental. En concreto esta realidad se hace visible en los marcos de actuación de la llamada *psiquiatría transcultural*, que como veremos también se desarrolla en España, o la corriente *etnopsiquiátrica*. Así como a su vez en experiencias relativas a la *antipsiquiatría*, en su concepción general, y a interrelaciones de esta aproximación con la interculturalidad.

Hay que recordar, a un nivel más general, que en Europa, comparativamente con otros países, como es el caso de los anglófonos y en especial EE.UU. la aparición del estudio y aplicación, en la salud, de las llamadas nociones culturales es relativamente novedoso. Esto es debido a que los Estados de bienestar europeos han entendido que su carácter universal resuelve las problemáticas que puedan surgir en torno al acceso universal a los medios sanitarios de sus habitantes.

Como se comentó anteriormente es interesante, a modo de contrapunto, destacar algunas de las causas de la aparición de las nociones culturales en EE.UU. como por ejemplo las jurídico/normativas. Es así que en la defensa del personal sanitario y del paciente, frente a posibles negligencias o contradicciones jurídicas en la práctica médica, (en un sistema

radicalmente opuesto al europeo en cuanto a la universalidad del acceso) se han promovido fervientemente dichas nociones. (Comelles 2004:23)

Es a su vez interesante en este sentido señalar un contraste que, curiosamente, parece poner en relación cierta aparición, y uso, de lo cultural con los modelos sanitarios (y culturas médicas) pertenecientes a los sistemas de bienestar que se encuentran más desmantelados o en vías de reforma y desaparición. Dicho uso particular, desde las posturas más críticas, puede asemejarse a una especie de colonialismo intramuros, que trata de catalogar, definir y gestionar al otro, y no a las circunstancias incrementalmente desiguales en las que se desenvuelve, como problemático.

En esta línea otros factores que han evitado dicha incorporación de lo cultural desde las políticas públicas y la praxis terapéutica, así como objeto de estudio, en Europa ha sido el rechazo por parte de un relevante sector de la población de las connotaciones que la especialización en lo cultural puede tener en ciertos contextos. Este es el caso de la percepción en el énfasis cultural como incorporador de una concepción estigmatizadora y segregacionista de los habitantes y usuarios, inmigrantes, del sistema de salud (véase, por ejemplo, la cuestión de ciertas epidemias como el SIDA y la población originaria del África negra (Fassin 2000)).

De este modo para abordar las prácticas terapéuticas interculturales en salud mental he hecho una división clasificatoria que delimita un modelo, así como una aproximación y metodología, diferenciándolo de otro atendiendo a su grado de cercanía u ortodoxia con el modelo y dispositivos occidentales.

Comienzo, a continuación, hablando del trabajo realizado por varias ONGs y áreas de hospitales, en Bélgica y España, que adaptan el modelo occidental, en los contextos de ambos países, a las representaciones y aproximaciones de los pacientes provenientes de otras culturas.

Este es el modelo que he venido a llamar "*occidental adaptado a las personas de origen extranjero*" y en él básicamente me centro en cuatro tipos de aproximaciones dirigidas a poblaciones de pacientes en su mayoría, no en todos los casos pues dos de ellas (la

Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos y el modelo de intervención de SMES) pueden aplicarse también a autóctonos, comunitarios o extracomunitarios.

De esta forma abordo la aproximación intercultural, en la línea con la psiquiatría social, de intervención médico/psicosocial a pacientes en gran exclusión social de SMES/Bélgica y el programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR). La dirigida principalmente a refugiados o inmigrantes víctimas de la violencia organizada, y de género, de EXIL Bruselas y EXIL Barcelona. La aproximación específica a personas de origen extracomunitario a través de los llamados *duelos migratorios* en el SAPPPIR del hospital Sant Pere Claver de Barcelona. Y la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* (FCCP) llevada a cabo en el hospital Puerta de Hierro de Madrid¹.

Por otro lado en el segundo modelo, *antipsiquiátrico intercultural*, el marco conceptual teórico y la praxis terapéutica dan un giro de 180 grados para situarse en un cuadro profano en el que la población numéricamente minoritaria, los exiliados políticos sin papeles (o en trámites de regulación) en este caso provenientes de la etnia Peul mauritana, acogen en sus casas a belgas que sufren dolencias psíquicas².

La integración de elementos, herramientas y dispositivos terapéuticos "propios" de ciertas culturas no occidentales al ámbito terapéutico occidental encuentra su representante institucional (o más bien su aplicación en el marco institucional (aunque también, en Bélgica, lo hace en el asociativo)) en el tercer modelo, *el etnopsiquiátrico*. Hablo de su práctica en el hospital Brugmann de Bruselas.

Si bien antes de dar paso a la explicación de dichas terapias interculturales y con el fin de entender históricamente la evolución de la aproximación de la psiquiatría a la antropología (y como, por consiguiente, los dos campos en las terapias interculturales, que a continuación

¹ Con respecto a esta aproximación, al igual que con la relativa a las personas, que sufren dolencias psíquicas, en gran exclusión social, cabe decir que no es el único sitio en el que se desarrolla. Es así que en el Hospital Vall de Hebron de Barcelona se lleva a cabo una aproximación similar a la FCCP, de la misma forma que ocurre en, por ejemplo, varias ONGs belgas, como "D'ici et D'ailleurs" o el "Center for Mental Health" de Bruselas, en las que se incorporan figuras interdisciplinarias como la del sociólogo o el antropólogo al grupo de investigación o intervención (combinándose en el primer caso la formulación cultural con la práctica etnopsicoterapéutica).

² En España no existe un equivalente, en la actualidad (2009), que una la perspectiva intercultural con la antipsiquiátrica.

comento, tratan de encontrarse), voy a hacer una reseña de los diferentes enfoques y cambios que ha experimentado la psiquiatría con el transcurso del tiempo.

2. Historia de la psiquiatría y sus principales cambios

Según Michel Foucault (1976) la locura, en occidente, no era pensable hasta el Renacimiento y el comienzo de la etapa dominada por la corriente del racionalismo. El motivo se debía a que hasta ese momento estaba integrada en la sociedad y vida de las personas. Principalmente esto guardaba relación con que, atribuida a algo demoniaco, poseía un valor, un saber propio a ella puesto que provenía de la divinidad.

Así es en el Renacimiento cuando se abre la brecha entre por un lado la locura como figura enigmática que provee a los hombres de ciertas llaves de conocimiento y de revelación y por otro el hecho de ser alejada, progresivamente, de la razón.

Es entonces, a decir de este autor, cuando en la época de las luces y la Ilustración (desde la mitad del S. XVII hasta principios del S. XIX) se opera la ruptura pasando a considerarse la locura como el reverso, la otra cara de la razón. La *agresión racionalista* que surge en esta época desemboca en una radical separación entre razón y sin razón. En la segunda mitad del S. XVII el "loco" pasará a ser apartado del resto de los marginados y encerrado en un lugar especialmente creado para él: el asilo.

Así el Hospital general, abierto en 1656, autoriza el control de una población pobre que ya no es percibida como la representación de dios sobre la tierra sino más bien como un factor creador de problemas. Este encierro responde principalmente a factores político-económicos: durante los periodos de crisis los parados y vagabundos son enviados a las casas de corrección. En los periodos de prosperidad, el encierro asume una segunda función que es la de proporcionar una mano de obra barata.

Esta estrategia del encierro forma parte de lo que Foucault llama la *sociedad disciplinaria* (la disciplina se afina en su técnica para trabajar el cuerpo social y el de los individuos de manera microfísica). Es en el asilo, sometida la persona a la represión física y moral, a la

infantilización y al encierro, donde aparecen las bases de un nuevo discurso: el discurso psiquiátrico.

Desde el punto de vista histórico, según Castel (Basaglia, 1975) se puede hablar de tres tipos de revoluciones a lo largo del tiempo en la psiquiatría.

La primera se sitúa a finales del S. XVIII pasando del ámbito de la teología, la filosofía o la jurisprudencia al de la responsabilidad de la ciencia médica.

Con respecto a la segunda revolución se puede decir que, a lo largo del S XIX, el tratamiento moral fue dando paso a los tratamientos físicos de la psiquiatría física y organicista que se desarrollaba en aquella época. Esto coincide con el surgimiento de la anatomía patológica en los hospicios, con lo cual una causa anatómica trata de dar explicación a la enfermedad mental. Los trabajos de Freud (1856-1939) y de sus contemporáneos sirvieron para hacer frente a este tipo de concepciones mecánico/organicistas.

La tercera revolución comenzó a finales de la II Guerra Mundial con la propuesta de transformación de los hospitales psiquiátricos y hospicios (hospicio como macro hospital psiquiátrico), volviéndolos un lugar de tratamiento cuya finalidad será el desarrollo del individuo en lugar de su exclusiva vigilancia y custodia. En ella se cuestiona el *poder* del médico y la utilización indiscriminada de los psicofármacos. Es en esta etapa de la psiquiatría donde se da más importancia a la rehabilitación del enfermo para la *convivencia social* y a las cuestiones socio/culturales ligadas a la enfermedad mental. En esta época empiezan a surgir las llamadas *escuelas sociales* y las aproximaciones de la *psicología a la etnología*.

Si bien fue a mediados del S.XX cuando comenzó a cobrar una mayor relevancia el encuentro de estas últimas áreas, sus orígenes se remontan a principios de dicho siglo.

Es así que la primera aproximación desde el cuerpo de la psiquiatría al ámbito de otras culturas no occidentales fue denominado con el término de *psiquiatría folclórica*. Esta se definió en contraste con la *psiquiatría médica*, objeto del estudio científico. Este término trajo consigo otros sinónimos entre otros el de *psiquiatría popular tradicional*, *psiquiatría de los curanderos*, *psiquiatría empírica*. Dicha psiquiatría está asociada, en la sociedad occidental,

con el desconocimiento o el no uso de soportes o métodos científicos y a su vez con un empleo peculiar (sus terapeutas son los curanderos, chamanes, brujos, etc.).

2.1 Orígenes de la psiquiatría transcultural

El origen de la psiquiatría transcultural se puede situar en las publicaciones de Kraepelin a partir de la investigación que llevó a cabo en su viaje a Java en 1904 (abordado por Huffschmitt L. 1992) y su estudio de las neurosis locales, el Amok y el Latah en donde comparó las manifestaciones de la enfermedad mental en un continente distinto de aquel donde él las había clasificado. Al admitir que las variaciones semiológicas se debían a la cultura fue el primero en introducir el término de psiquiatría comparativa.

En la séptima edición de su *Compendium der Psychiatrie* incluyó un capítulo al estudio de las enfermedades mentales en otras culturas, tratando de traducir las clasificaciones exóticas y religiosas a las de la ciencia occidental. Más tarde Kraepelin llamaría a este capítulo *psiquiatría comparada*.

De este modo la psiquiatría transcultural en sus inicios puede ser definida como la comparación de las manifestaciones patológicas entre una sociedad y otra, bajo una óptica occidental. Algunos de los aspectos que comenzaba a tener en cuenta eran las variaciones y especificidades culturales o la frecuencia y la naturaleza de las enfermedades mentales.

Para el ejercicio de una epidemiología comparada esta escuela piensa que la enfermedad mental se manifiesta en todas las etnias, independientemente de su cultura. En este sentido Levi-Strauss retomando las definiciones de Mauss, señala que es cómoda y legítima la comparación de un neurótico con un chamán, considerando la verosimilitud de sus elementos comunes pero que sin embargo, como dice Mauss, *lo mental y lo social se cofunden*, y que no se podría aplicar una noción (como la de enfermedad), común a un orden en otro orden completamente distinto (Levi-Strauss. M. Mauss. 1966).

Es entonces cuando surgió la preocupación de algunos antropólogos como Ruth Benedict, Margaret Mead o Sapir (tras el libro fundador de Benedict *Patterns of Culture* en la escuela americana de *Cultura y personalidad*) a mediados de los años 30 de encontrar un lenguaje

común. Un ejemplo de ello es la controvertida obra *Coming of Age in Samoa* de Margaret Mead, en la cual, desde una influencia cercana al freudomarxista, la autora trata de desmontar el mito de los orígenes orgánico/hormonales de la neurosis en los adolescentes¹.

Desde la antropología médica cabe destacar las importantes aportaciones de Kleinman quien, desde su formación como psiquiatra y antropólogo, cree necesario adoptar una perspectiva externa a la medicina occidental, y su pretendido carácter universalista, para entenderla como un sistema médico más, dentro del conjunto de los sistemas médicos que toda sociedad estructura para la atención a los problemas de salud.

Para ello asume la diferenciación entre “disease” e “illness”², desarrollada por Fabrega (1971), pero incorpora el concepto de sistema cultural utilizado por Geertz (1973).

A su vez dicho autor (Kleinman. 1980), desde su experiencia en el estudio de la cultura médica china, habla de los modelos explicativos de los pacientes y del personal sanitario, la forma de entender unos y otros la enfermedad, y como ambos se imbrican en el proceso diagnóstico y curativo de la misma. De este modo trata de concebir la práctica, en este caso psiquiátrica, teniendo en cuenta las estrategias utilizadas por los usuarios y sus familias, sus itinerarios terapéuticos y las narrativas de la enfermedad (Kleinman. 1988)

En la actualidad psiquiatría transcultural se puede definir como aquella psiquiatría, que permanece en el marco estricto de la práctica psiquiátrica, que trata de generar dispositivos de interpretación y tratamiento en salud mental (Rechtman, 1999) cuyo objetivo es formular modelos explicativos y métodos terapéuticos para proveer a las personas endoculturadas en universos simbólicos no occidentales una atención más adecuada a sus contextos socioculturales actuales.

En la práctica actual de la psiquiatría cultural, tal y como dice Bibeau (1997), se trata de conciliar dos vías principales en la imbricación de la antropología y la psiquiatría. Por un lado

¹ Para ello, utilizando categorías de análisis socio/culturales occidentales como la mayor o menor represión sexual en dicho periodo de edad como desencadenante de los comportamientos neuróticos, trata de estudiar a los adolescentes de Samoa, y a la casi ausencia de dicha represión sexual en su vida (y la, en la correlación, consiguiente no existencia de dichos comportamientos neuróticos), y compararlos con los de Estados Unidos.

la idea que retoma Ulf Hannerz (1993), de que la psiquiatría necesita estudios macro antropológicos del flujo cultural, y la configuración de la cultura, en los sistemas globales. Y la que sostiene Milton Singer (1991) acerca de la prioridad de los estudios "microantropológicos" sobre el sentido y la semiótica de los mundos locales¹.

El exponente principal de la psiquiatría transcultural en la presente investigación es la *Formulacion Cultural de Casos Psiquiátricos* en el hospital Puerta de Hierro de Madrid. Y, de una manera "epistemológicamente adaptada", la intervención basada en los duelos migratorios y el llamado *Mal de Ulises* del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

2.2 Génesis de la corriente etnopsiquiátrica

En sus inicios la etnopsiquiatría era confundida con lo que se llamaba psiquiatría exótica (o folclórica); esto es con las descripciones originales de los llamados "culture-bound syndromes", enfermedades específicas de una cultura o que se han asociado con un grupo étnico particular².

Por otra parte la obra de Freud *Tótem y Tabú* (1914), inspirándose en los textos etnográficos de Frazer y Tylor, dió origen a una antropología psicoanalítica.

En el estudio e intento de verificación de las hipótesis Freudianas con respecto al complejo de Edipo y su universalidad, destacaron autores como Malinowski (*Sex & Repression in Savage*

¹ En este sentido cabe destacar el peligro que supone no tener en cuenta variables como la diversidad intragrupal, la no esencialización de lo entendido por cultura y, tal y como señala Retchman (2000), evitar la asunción de que lo entendido por cultura, sistemas simbólicos, modelos explicativos del distress, etc. tenga su equivalente en el nivel psicológico y deba incidir forzosamente en la clínica terapéutica.

² Como ejemplo de esta psiquiatría exótica cabe citar algunos casos que llaman la atención, y en sus comienzos eran siempre vistos como peculiaridades o disfunciones catalogables desde la aproximación terapéutica de la cultura occidental y sus esquemas. Entre otros se pueden encontrar los casos del *Pibloktok* o histeria ártica de los esquimales, constituyendo la forma de enfermedad mental que más se ha descrito entre estos individuos. Así como la tendencia homicida altamente destructiva, sólo masculina, que se presenta seguida de una pérdida de la conciencia de lo sucedido llamada *Amok* en Indonesia y Malasia. A su vez son destacables el *Latah* de Malasia e Indonesia, el *Ainu* de Japón, o uno de los casos más estudiados en Latinoamérica, el llamado *Susto* (o Espanto). (Javier Villaseñor Bayardo. 2004)

Society (2001) (primera edición 1927)) y Géza Roheim (*Magia y esquizofrenia*, 1982 (1955)), considerado por algunos como el verdadero fundador del etnopsicoanálisis¹.

Una mención importante sobre el devenir de la etnopsiquiatría, y la psiquiatría transcultural de la que proviene, es lo referente a la historia de la psiquiatría transcultural colonial y su manera de gestionar a las poblaciones en el contexto de la colonización. De esta manera se incidió, por ejemplo, en la separación de los occidentales y autóctonos frente al riesgo de traumatismos y conflictos que podía generar a los nativos el choque cultural en el contacto con los occidentales.

En este sentido, tal y como señala Fassin ((1)2000), se inscribe la experiencia clínica como base para erigir un modelo de gobierno tal y como proponía Carothers con la *villagisation* en el caso de los *Mau Mau* (o de los bantustanes del Apartheid, separar para pacificar). En este caso Carothers diagnosticaba el movimiento social de protesta de los *Mau Mau* patologizándolo por una parte desde un perfil psicológico propio a sus personalidades culturales (disociación de la personalidad, propensión a la duplicidad criminal...). Y por otra una patología derivada del contacto, y conflicto consiguiente (en la crisis de sus valores tradicionales, etc.), con el mundo europeo.

Por otro lado, y antes de la aparición de la etnopsiquiatría como principio metodológico, en el contexto de la descolonización del África Occidental comenzaron a aparecer prácticas clínicas que trataron de dar respuesta al fracaso de los modelos psiquiátricos monoculturales occidentales.

Un ejemplo de ello es el modelo de intervención de Henry Collomb en el servicio de neuropsiquiatría del hospital de Fann (Senegal) creado en 1956.

Debido a diversos factores, entre otros la falta de conocimiento suficiente del contexto socio/cultural en el que actuaban los terapeutas de origen occidental, el centro Hospitalario de Fann solicitó, en 1962, sociólogos y psicólogos para constituir un equipo de trabajo

¹ Roheim constató que el psicoanálisis sólo brindaba instrumentos relativamente cómodos para establecer relaciones con los otros y no un filtro de interpretación sistemática.

pluridisciplinar¹ que se dedique a la investigación. A su vez se sumó a esto la investigación con encuestas etnológicas para poder dotar al trabajo de un cuadro teórico interpretativo más rico y que incorpore matices antropológicos.

Es en este momento cuando se comenzaron a incorporar terapeutas tradicionales, y sus prácticas, en el dispositivo clínico con el fin de concertarse con el resto del personal (de origen occidental) y que juntos logren una mayor eficacia de cara al paciente².

Se puede considerar, tal y como dice Laplantine (1973:134), a George Devereux como la figura más importante que ha influido en el *etnopsicoanálisis contemporáneo*³. Su obra *Mohave ethnopsychiatry and Suicide* (1961), con su minuciosa y original descripción del pensamiento de los Mohaves sobre la locura y los trastornos de comportamiento (la nosología, la sintomatología de cada una de las enfermedades distinguidas y las formas de curación) es, en este sentido, un punto de inflexión. Devereux propone una *aproximación complementarista*: por una parte lo *psicológico* y por otra lo *socio/cultural*.

Otra de sus originalidades consiste en partir de un principio metodológico y no teórico.

En lo que se refiere a la aproximación complementarista esta es, tal y como apunta Devereux, no tanto una teoría como una generalización metodológica. El complementarismo no excluye ningún método o teoría sino que más bien los coordina (G. Devereux. 1998).

Para entender su búsqueda epistemológica hay que remitirse a la noción de complementariedad en la que se sitúa su inspiración proveniente del físico danés Niels Bohr (1937 (1999)), quien a su vez prolongó los trabajos en este sentido realizados por Heisenberg⁴.

¹ El conjunto de datos producto de las investigaciones clínicas, psicológicas y etnológicas debía orientar al equipo de curadores hacia mejoras institucionales en el seno de la estructura hospitalaria en el sentido de una psiquiatría más abierta, con vocación más social.

² Sin embargo dicha aproximación, en esencia occidental pues el paciente verá de forma separada a los médicos occidentales y al curador tradicional, parece no elevar la eficacia terapéutica viéndose abocada, en gran parte de los casos, al fracaso.

³ En lo que se refiere al origen del término Devereux ha afirmado que este fue creado por el psicopedagogo haitiano Louis Mars.

⁴ Y su principio de indeterminación, o incertidumbre, formulado en 1927 según el cual es imposible determinar con precisión y exactitud la velocidad de una partícula (por ejemplo un electrón). En la teoría cuántica los valores no

En consonancia con el papel de la observación como modificadora e incluso destructora del fenómeno observado¹ el complementarismo de Devereux, en este sentido, pondrá el ejemplo de la observación del orgasmo para mostrar dicha paradoja.

" a/ El orgasmo plenamente vivido produce un velo de la consciencia, lo que vuelve la autoobservación del orgasmo imprecisa.

b/ Sí, con el fin de observarlo mejor, hacemos un esfuerzo para impedir este velo de la consciencia, lo que observaremos no será ya un verdadero orgasmo, vivido en toda su amplitud, sino simplemente un espasmo fisiológico que desemboca en la eyaculación." (G. Devereux. 1998:27. Traducción propia)

En este sentido el principio de complementariedad guarda relación con el de destrucción, según el mismo todo estudio demasiado exhaustivo de un fenómeno lo destruye, y el de exclusividad, por el cual dos niveles de explicación se excluyen mutuamente.

Es así que tal y como explica en *De l'angoisse a la methode* (Devereux G. 1980) su punto de partida es el de la proposición de la transferencia de Freud modificada a la luz de la concepción de Einstein sobre la fuente de los datos científicos. De esta manera en contraposición a la idea freudiana de la transferencia como el dato más importante del psicoanálisis dirá que, siguiendo el postulado de Einstein según el cual solo podemos observar los acontecimientos que ocurren al lado del observador, es la contratransferencia² la que constituye el dato más importante de toda ciencia del comportamiento.

Además de la observación cobra principal importancia la posición desde la que se observa y los niveles explicativos derivados de la misma (por ejemplo sociológico, antropológico o psicológico). De esta manera el método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones, en la que cada una es exhaustiva en su cuadro de referencia, pero apenas parcial en otro cuadro distinto. En este sentido lo importante es la definición de las

son determinados, por la causalidad lineal, como en la teoría de la mecánica clásica, sino que lo son estadísticamente. Al no poderse determinar la velocidad se renuncia al concepto de trayectoria quedando el movimiento de cada partícula regido por una función matemática que asigna, a cada punto del espacio y a cada instante, la probabilidad de que la partícula descrita se halle en tal posición en ese instante.

¹ Mostrado en diversos experimentos como por ejemplo el conocido como *El gato de Schrodinger* y *El principio de superposición cuántica*.

² En concreto los únicos datos de los que dispone el investigador son los que están constituidos por sus propias reacciones a las reacciones que el mismo suscita.

relaciones entre las múltiples explicaciones- totales/parciales-. De esta forma el complementarismo evitaría la derivación de la teoría y el pensamiento a una involución (entrópica) una vez que estos tratan de explicar los hechos que no son relevantes a su propio dominio (G. Devereux. 1998).

De todo ello se desprende que gracias a este complementarismo, y a la toma de consciencia de las resistencias tales como las contratransferencias, los mecanismos de defensa, etc. (las cuales, sin ser conscientes serían una fuente de error), el investigador podrá obtener datos de dichos procesos que se revelan como una fuente importante de creación científica.

Otro de los aspectos destacables en la epistemología de la aproximación etnopsiquiátrica de Devereux es el cuestionamiento de la definición de normalidad/anormalidad regida por los parámetros de la adaptabilidad.

Para ello critica, por una parte, que la teoría de la adaptación, como criterio de normalidad y salud mental, no admite que puede haber sociedades tan enfermas¹ que haga falta estar enfermo para poder adaptarse verdaderamente (como en el caso de la Alemania nazi o el de los Tonkawa y su práctica del canibalismo).

Por otra parte el autor señala que el psicoanalista que trabaja en una cultura indígena no debe ceñirse exclusivamente a tratar de curar adaptándose a la sociedad tradicional. Si se ve la cultura desde un punto de *vista dinámico y cambiante*, aunque para ciertas personas enfermas pueda suponer dicho cambio un elemento traumatizante, se trata de dar a los individuos la elasticidad necesaria para que tengan la capacidad de adaptarse en un mundo en transición. En este sentido, si lo normal se define por la adaptación, entonces es necesario que el psiquiatra conozca la cultura específica de sus pacientes. Pero si lo normal se define por la *adaptabilidad creadora*, entonces no es necesario que el psiquiatra sea etnógrafo, si no que deberá ser etnólogo, es decir debe conocer *el modelo cultural universal* del que cada cultura es una versión particular² (Devereux. 1977).

¹ Como hace Fromm en su distinción entre adaptación sana y conformismo sadomasoquista (Fromm. 2003).

² En este sentido retoma una de las conclusiones de la antropología norteamericana aplicada de la época: esta es que para cambiar una cultura, o en este caso abordar a uno de sus "representantes" con fines terapéuticos, no es necesario conocer una cultura en profundidad (lo cual es imposible), sino que lo necesario será conocer la teoría general de la cultura.

Por otra parte Devereux propone una sustitución del punto de vista de la creación y desarrollo del hombre y las culturas ontogenético a otro *filogenético*. En este sentido, junto con Roheim, defiende el *valor universal del complejo de Edipo* expuesto por Freud. Este estará íntimamente ligado a la existencia de cultura en si (considerada como forma de comportamiento del *Homo sapiens*). De este modo critica a Malinowski¹ y a los defensores de la relativización culturalista de los complejos ya que por una parte, en su opinión, cuestionan la idea de la unidad psíquica de la humanidad, al mismo tiempo que hacen impracticable que el psicoanalista pueda hacer una interpretación válida de la cultura.

Desde este punto de vista de *doble universalidad de la cultura y de la naturaleza humana* Devereux (1955) señala que si un antropólogo proporcionase un inventario exhaustivo de todos los tipos conocidos de comportamientos culturales, esta lista coincidiría punto por punto con la lista igualmente compleja de pulsiones, deseos o fantasmas obtenida por el psicoanalista. El complejo de Edipo sería el elemento que permite al ser humano pasar de la naturaleza a la cultura, lo cual explica la coincidencia de dichos ítems encontrados en el exterior, por medio de la antropología, y en el interior, a través del psicoanálisis².

Por último, con el fin de introducir algunas de las implicaciones metodológicas de dicha aproximación terapéutica, es de destacar la división que realiza Devereux, con relación a la procedencia cultural del terapeuta y del paciente, en tres tipos de terapias de corte etnopsiquiátrico (Devereux G. (1951). 1998(2)):

¹ Malinowski (1982) no niega que exista en toda cultura algún tipo de complejo familiar, pero no acepta que ese complejo deba adoptar necesariamente la forma del Edipo. El padre biológico ocupa un lugar secundario, de ayuda a la madre en sus tareas de crianza y manutención, pero quien realmente desempeña el papel de autoridad es el tío materno.

² De este modo, con relación a dicha crítica a Malinowski, Devereux apunta que ciertamente el triángulo edípico universal no es el padre, la madre y el hijo biológico, sino que puede poseer diferentes formas según la organización y estructura socio/cultural del grupo en cuestión (por ejemplo el padre puede ser reemplazado por el hermano de la madre o darse el caso de una especie de Edipo inverso). A su vez señala que el complejo de Edipo no puede comprenderse únicamente a partir de la libido del niño sino que hay que reemplazarlo por la dialéctica de las relaciones padre/hijos. (Devereux. 1977).

1/ Intracultural: El terapeuta y el paciente pertenecen a la misma cultura¹, pero el terapeuta contempla las dimensiones socio/culturales así como los problemas de su paciente y del desarrollo de la psicoterapia.

2/ Intercultural: Aunque el terapeuta y el paciente no pertenecen a la misma cultura, el terapeuta conoce bien la cultura de la etnia del paciente y la utiliza como timón terapéutico, pero siempre con el fin de asegurarse la auto/abolição final. Será esto lo que demuestre que el timón cultural ha sido empleado con éxito.

3/ Metacultural²: El terapeuta y el paciente pertenecen a dos culturas diferentes. El terapeuta no conoce la cultura de la etnia del paciente: comprende, sin embargo, perfectamente el concepto de cultura y lo utiliza para el establecimiento del diagnóstico y en la conducta del tratamiento.

En el modelo nathaniano aplicado en el hospital Brugmann de Bruselas, del que hablo más tarde, se dan en cada consulta (por su carácter policultural e intercultural) paradójicamente una de las terapéuticas con respecto al terapeuta principal y al paciente, pero también las tres al mismo tiempo debido a la diversidad cultural de los coterapeutas.

En la actualidad existen diversas aproximaciones en Europa de corte etnopsiquiátrico/etnopsicoanalítico³. Diferenciar su práctica dependerá principalmente de factores como el marco en el que se desarrolla, el terapeuta principal y las dinámicas que instaura, y el uso o no de ciertas técnicas como las llamadas objetos activos. Así como la mayor o menor preeminencia de aproximaciones que se apoyan en la interpretación psicoanalítica y el enfoque antropológico, como las basadas en el llamado etnopsicoanálisis complementarista descentrado (Marie Rose Moro. 2002), y en la prescripción de medicamentos.

¹ Devereux se referirá igualmente al concepto de cultura desde el punto de vista de la experiencia vivida, como manera en la que los individuos viven su cultura. En este sentido, continuando con la vía trazada por Roheim, dice que "toda persona funciona en tanto que creador, criatura, manipulador y mediador de cultura en todo lugar y de la misma manera" (Devereux 1977).

² Cabe señalar que en un principio Devereux utilizó el término transcultural sin embargo, debido al mal uso que se ha hecho del mismo, decidió cambiarlo por este.

³ En Francia además de Tobie Nathan es conocido el trabajo que lleva a cabo Marie Rose Moro (etnopsiquiatra de origen salmantino) en Avicenne. Van Overbeck en Suiza trabaja en esta línea a su vez, etc. En otros continentes como el americano, como por ejemplo en Quebec (Canadá), también se desarrolla esta aproximación.

Si bien un elemento en común es el hecho de que todas se inspiran en el llamado etnopsicoanálisis complementarista. En este sentido su fundador dirá que (Devereux. 1977) la etnopsiquiatría es la disciplina clínica cuyo cometido es la constitución de una semiología de enfermedades mentales sea cual sea el contexto cultural, y el etnopsicoanálisis la rama teórica encargada del marco explicativo de las relaciones entre cultura y psiquismo.

En el caso particular de Bélgica, los psiquiatras interesados por la etnopsiquiatría colaboraron con Tobie Nathan¹ a principios de los 90 en París para luego llevar este modelo a sus consultas hospitalarias o en asociaciones. Al principio comenzaron con la incorporación de grupos pequeños en las consultas, para después desarrollar una práctica en grupos cuyas características principales son la policulturalidad, un número no limitado, en algunos casos hasta veinte personas, de coterapeutas de orígenes culturales diversos. Su pluridisciplinaridad, siendo psicólogos, antropólogos, sociólogos, etc. Y el acompañamiento del paciente por parte de sus terapeutas externos, trabajadores sociales así como, de ser necesario, familia.

2.3 Del surgimiento del movimiento antipsiquiátrico a nuestros días

El movimiento crítico con las concepciones y roles de dominación y control desempeñados por la psiquiatría, y sus modelos hegemónicos, se desarrolló junto a una serie de corrientes socio/políticas que, desde ámbitos diversos como la filosofía, la sociología o el psicoanálisis, iban viendo la luz en Europa en el periodo que fue desde los años 30 hasta la década de los 70 del siglo XX.

Dichas corrientes (con perspectivas diversas que iban desde el funcionalismo, constructivismo, el freud/marxismo o, por ejemplo, el antipsicoanálisis) tenían como uno de sus objetivos principales el cuestionamiento de la hegemónica atribución causal de la

¹ El inicio de la etnopsiquiatría y su aplicación en hospitales y clínicas occidentales se sitúa a principios de los años 90. Tobie Nathan, en 1993, fundó el centro Georges Devereux en París. Dicho centro es una prolongación de la sección de « Psychologie Clinique et Pathologique de l'UFR Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales » de la universidad de Paris 8. En los últimos 10 años, ha conocido un crecimiento y una diversificación de sus actividades. Si en un principio había acogido sobretodo a la población emigrante, ahora recibe también población francesa cultural o socialmente minoritaria, así como personas que pertenecen a grupos marginados. Es solicitado en dominios como el de la acción humanitaria y los traumatismos deliberadamente inducidos (víctimas de sectas, torturas...) o los de las minorías sexuales, los sin techo o las personas que se definen como víctimas de las psicoterapias. (fuente: «Centre Georges Devereux»).

enfermedad mental a factores individuales, intrapsíquicos, predominantemente organicistas, y/o vinculados al respeto de las concepciones de autoridad, dominación y desigualdad del orden socio/político y económico vigente en las sociedades occidentales de la época.

Entre otros autores de dichas corrientes se encontraran la mencionada Margaret Mead así como, por ejemplo, H. Marcuse¹, Wilhelm Reich², Guattari o Deleuze³.

De este modo se realiza un pasaje con diferentes gradaciones según las teorías y enfoques desde el reenvío de los factores causales de sufrimiento, de lo principalmente organicista, intrapsíquico (o intrafamiliar en el psicoanálisis) al marco general, por ejemplo desde una mirada freud/marxista, de una sociedad capitalista con unos modelos de (re)producción socio/económica con diversas implicaciones. Estos conllevan una represión y "codificación tecnológica" del Eros (pulsiones de vida como el deseo y la sexualidad) por una apuesta por la hegemonía del Tánatos (o las pulsiones de muerte como, por ejemplo, la agresión, el aislamiento o la destrucción). Su razón de ser residiría en la necesidad de poder de las clases dominantes para mantener un orden social, un principio de realidad económico, moral y corporal, en la explotación y desigual redistribución de los recursos.

¹ Marcuse se opondrá radicalmente a Freud con respecto a la idea de que el principio del placer y el de realidad son antagonistas irreconciliables. Desde una visión de la historia inspirada en el materialismo-histórico de Marx, considera que esta oposición no es metafísica, que no se origina en la naturaleza humana, sino que es producto de una organización social histórica determinada. Así señala que el progreso tecnológico ha creado las condiciones para una liberación respecto de la obligación del trabajo, para una ampliación del tiempo libre y una creación de nuevas formas de realización y de descubrimiento del mundo en una sociedad cuya lógica sea la liberación de las potencialidades, la satisfacción y no la represión. Si esto no sucede así es debido al poder que, con el fin de perpetuarse, alimenta un estado de necesidad que no debería ser tal. (Herbert Marcuse. 1981).

² La perspectiva funcionalista de Malinowski, en la que todas las partes de una cultura o grupo social se interrelacionan entre sí con sus otros niveles, y sus obras influyeron en las concepciones psicoanalíticas de Reich (como se verá en 'La irrupción de la moral sexual' Reich ((1932) 1973)). W. Reich, desde un abordaje teórico pero también vinculado a la práctica terapéutica, entiende al igual que Marcuse que el sufrimiento y, en este caso, las enfermedades mentales reenvían a dicha dimensión socio/política y económica de la sociedad, cuestionando el acatamiento al principio de realidad freudiano. De esta forma se enfrenta a la noción heurística del psicoanálisis en la cual la curación del paciente viene determinada por su *adaptación* a dicho principio de realidad postulando que la superación de la neurosis (entendida tanto en su vertiente individual como colectiva (neurosis cultural)) está íntimamente ligada a la *transformación* de la realidad)²²

³ En "*El Anti-edipo*", (1998) primer volumen de la obra *Capitalismo y Esquizofrenia*, Deleuze y Guattari postulan que no es la locura la que debe ser reducida al orden general, sino que al contrario el mundo moderno en general y el conjunto del campo social son los que deben ser interpretados con relación a la singularidad del loco. "El inconsciente no delirará sobre papa/mama, delira sobre las razas, las tribus, los continentes, la historia y la geografía, siempre un campo social"². Según los autores solo el deseo (o la dimensión del acontecimiento que muestra el deseo) garantiza la libre configuración de singularidades y fuerzas capaces de poner la historia en movimiento. Deleuze y Guattari propugnan el esquizoanálisis (Psicoanálisis político y social) como alternativa al psicoanálisis tradicional, al que atacan fervientemente, acusándole de estar al servicio de la ideología burguesa represiva, ya que trata la enfermedad como algo individual que se sustrae de lo social y de los poderes políticos y económicos.

La corriente más característica de la denominada 'tercera revolución' (Basaglia, 1975) en la historia de la psiquiatría se desarrolló, a principios de los años 70, con la llamada *psiquiatría social* (o también *psiquiatría democrática* o *antipsiquiatría*). Ella fue el fruto de una corriente crítica que provenía de diferentes sectores, y que fue impulsada por autores como, los mencionados antes, Deleuze y Guattari, así como Michel Foucault, R. Laing, Coper o Franco Basaglia, contra el poder y papel que desempeñaba la psiquiatría, y sus métodos, en aquella época¹.

"Esa forma tradicional de la asistencia psiquiátrica, a cuya crisis asistimos hoy, es heredera de una tradición social para la que la locura es más una inexplicable y peligrosa conducta social desviada, de la que es preciso defenderse, que un problema de salud al que hay que aportar soluciones".

(Foucault, M. 1961)

Es así que, según los postulados de dichos autores, la función principal del modelo clásico de segregación y reclusión en el manicomio estaba más basado en el control social que en una búsqueda de efectos terapéuticos.

De este modo es esa función social la que explica las características concretas del Hospital Psiquiátrico tradicional como institución marginadora, que no solo no resuelve los problemas de los pacientes sino que los agrava con un síndrome propio que ha sido descrito por Goffman² (1970) como *neurosis institucional* y retomado por autores como R Barton (1974). Dicho síndrome se manifiesta a través de una serie de efectos iatrógenos peculiares tales como: el aislamiento social, la masificación, la indiferenciación de problemas (enfermedades, carencias sociales, delitos, etc.) entre su población y el estigma social que se adscribe a sus desgraciados usuarios.

¹ Cabe mencionar que una de las destacables experiencias que se enmarcaron en la lucha contra ese papel de dominación y desigualdad que ejercía la concepción de la psiquiatría, y los antiguos asilos psiquiátricos, a finales de los 60 principios de los 70, fue el experimento llevado a cabo por Ronsehan en 1973 ("On being sane in insane places"). La tesis defendida en dicho experimento es: *si las personas sanas, que actúan con total normalidad, no son detectadas en un hospital psiquiátrico, esto implica que el entorno del hospital, más allá del individual, está influyendo los juicios y consideraciones del personal hospitalario.*

² Si muchas críticas provenían del propio medio de la psiquiatría otras partirán de disciplinas como la sociología. Es así que los estudios sociológicos de autores como Goffman (1970), Scheff (1973), Levinson y Gallagher (1971), o el propio Castel (1976), se encargarán de mostrar tanto el proceso de selección social que tiene lugar antes de la entrada de los pacientes en el hospital, como los mecanismos de refuerzo que el mismo introduce.

La ruptura iniciada por los movimientos de protesta de los cuales formaban parte autores como Basaglia se fue instaurando en las décadas siguientes a los años 60. La crítica y el cuestionamiento al hospital psiquiátrico y su función política de control social de la inadaptación, la pobreza y la disidencia política llamaba a los profesionales de la salud mental a luchar contra el rol que desempeñaban como gestores y ejecutores de dicho papel¹.

" Desde el punto de vista de la práctica cotidiana, si el psiquiatra es ante todo uno de los especialistas que han recibido una delegación de poder para "gestionar el ámbito de la inadaptación", es aquel que es consciente de ello el que debe negar esta negación de humanidad social del enfermo y negar la institución que es el medio de esta negación". (Robert Castel, en Basaglia y osts. 1975.).

Sin embargo, aunque existen diversas posiciones² con respecto al dilema sustitución-transformación del hospital psiquiátrico tradicional, hoy en día prácticamente nadie, con un mínimo de rigor científico y sensibilidad democrática, se atrevería a apoyar la pervivencia del Manicomio y de los postulados asistenciales tradicionales. (J. García González, A. Espino Granado, L. Lara Palma 1998:32)

Según Henri Collomb (1979), podemos dividir la psiquiatría social en dos niveles de significación:

a/ De orden práctico: concierne a los objetivos de humanización de la asistencia psiquiátrica y la extensión de dicha asistencia a toda comunidad. Incluye readaptar las estructuras de las instituciones psiquiátricas con el objetivo de aproximarlas más a los individuos con trastornos emocionales. Lo cual implica, entre otras cosas, regionalizar la asistencia y crear servicios extrahospitalarios con el fin de facilitar el acceso del paciente a la ayuda terapéutica y evitar el aislamiento y segregación del enfermo³.

¹ Bajo el rótulo general de "carrera moral del enfermo mental" se describen así las "contingencias" añadidas a la enfermedad que tienen un papel central en el complejo proceso de devenir un enfermo mental hospitalizable y que guarda más relación con variables sociales (pobreza, incultura, problemas del entorno familiar y microsocioal) que con las propias de la enfermedad (síntomas concretos más que "enfermedades" específicas). **Selección social que, al ser externa y previa a la visión de los profesionales, tiende a ser infravalorada o simplemente desconocida por estos.** (M. Lopez,y cols., 2006).

² Dichas posiciones se basan en la valoración de las posibilidades reales y de su superación en contextos sociales concretos.

³ Por otro lado busca como objetivos enfatizar la inversión de la reintegración del paciente en la comunidad y facilitar la comunicación con el mismo considerando aspectos del orden socio/cultural. De igual manera promover acciones preventivas junto a las poblaciones más expuestas a las perturbaciones mentales.

b/ De orden teórico: Collomb da una significación a la psiquiatría social de orden teórico analizando la enfermedad mental en la relación individuo/sociedad. Es por ello que no utiliza ni el modelo médico centrado en la enfermedad, ni el psicológico centrado en la noción de persona y si un modelo sociológico considerando el campo social donde se desenvuelve y vive el individuo. Prioriza como fundamental el papel del medio social en la génesis o evolución de la enfermedad psiquiátrica. (M. Noronha 2005:21).

Con lo cual teniendo en cuenta tanto sus diversos antecedentes intelectuales y bases teóricas, sus manifestaciones heterogéneas, así como el momento histórico en el que ocurrieron y una cierta semejanza con respecto a sus objetivos, se pueden considerar acciones de la psiquiatría social en el mundo las siguientes:

+ La antipsiquiatría de Cooper¹, Esterson y Laing² en Inglaterra:

Dos de los proyectos antipsiquiátricos que tuvieron lugar en aquella época fueron el del pabellón (anti)psiquiátrico *VILLA 21* y el de la casa comunitaria *Kingsley Hall*.

+ La psiquiatría de sector en Francia propuesta por el Ministerio de Salud desde 1960 (pero implementada en 1972), destronando al hospital psiquiátrico como único local de tratamiento, regionalizando la asistencia, además de crear otras formas de cuidados para el enfermo mental (Pouget y Castelnau, 1983. En Noronha 2005:20).

Uno de los proyectos más relevantes en Francia fue el de la clínica La Borde³, fundada por Jean Ory, en la que trabajó durante toda su vida Guattari.

¹ Influido por el pensamiento de Sartre y H. Marcuse y con unas inclinaciones políticas cercanas al anarquismo, Cooper comienza a desarrollar una teoría y praxis propias, manteniendo una concepción existencial y fenomenológica de la locura. Distinguirá tres tipos de locura: locura social (guerras, explotación...), locura de viaje interior (medio de desestructuración de la experiencia alienada y de construcción del propio proyecto existencial), demencia social (creada por entornos esquizofregénicos (estructura familiar, trabajo, escuela)).

² Esterson y Laing pusieron el acento sobre la causalidad esencialmente social y familiar de la enfermedad mental y dirigían sus investigaciones hacia el proceso dialéctico e histórico que se ha desarrollado a través del complejo juego de las relaciones interpersonales. La familia es considerada por ellos como una textura relacional, un campo de interacciones concretas donde los enfrentamientos y las influencias recíprocas se encuentran agrandadas. Ambos autores consideran que el estudio de las familias permite entender la sintomatología del enfermo mental como la adaptación dramática de un individuo al que las condiciones familiares fuerzan, en alguna medida, a una verdadera situación de supervivencia.

³ La Borde se convertirá, tras 1968, en uno de los lugares de referencia de la psiquiatría democrática en Europa.

+ La psiquiatría democrática italiana:

En Italia el movimiento antipsiquiátrico, personificado en la figura de Franco Basaglia, iba a conseguir una reforma radical de la atención psiquiátrica, desembocando en la aprobación en 1978 de la ley 180 en el Parlamento italiano. Esta ley preveía el progresivo desmantelamiento de los manicomios y la creación de una serie de servicios descentralizados de acogida y apoyo en estricta colaboración con la comunidad. De este modo pretendía bloquear cualquier nuevo ingreso en los manicomios, la creación de unidades territoriales, la gradual reinserción de los ingresados en la comunidad y el cierre total de los manicomios antes de 1996.

En 1962 Basaglia comienza en Gorizia la transformación del viejo hospital psiquiátrico, bajo su dirección¹.

Cabe comentar que la psiquiatría democrática italiana de Franco Basaglia constituye la base filosófica del tercer modelo terapéutico intercultural, al que me refiero más adelante, desarrollado por la ONG *L'autre Lieu en las casas de acogida peul*.

La apertura de los asilos psiquiátricos y la búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el manicomio, como efecto de estos cambios paradigmáticos y movimientos de cuestionamiento y crítica del modelo y sus implicaciones políticas se fue extendiendo paulatinamente en el panorama europeo y norteamericano durante las décadas de los 60, 70 y 80. En este sentido Bélgica se vio influida por dicha corriente² del mismo modo que Francia, Italia o Inglaterra.

¹ La experiencia de Basaglia le hizo llegar a la conclusión de que el internamiento psiquiátrico únicamente agravaba la enfermedad mental. En *La institución negada* (1968, publicada en 1972), Basaglia expone que el manicomio es un instrumento de rechazo y de encierro que debe ser destruido y propone que hay que *liberar a los enfermos*. El objetivo prioritario en los primeros pasos de la transformación institucional era la reconstrucción de la persona y de su identidad social y jurídica. Se procede a la apertura interna de los distintos pabellones, eliminándose las medidas de contención existentes (celdas de aislamiento, rejas de separación...), se suprimen las terapias de choque, se crean espacios internos de relación social (encuentros, asambleas, expresión artística...), desaparecen las separaciones entre hombres y mujeres, se sustituyen los vestidos manicomiales por vestidos personales, y se estimula la comunicación y exposición de las críticas hacia la institución, por medio de asambleas.

² Hay que destacar, a la luz de lo observado en mi trabajo de campo, que sin embargo las reformas realizadas en aquella época en este sentido, y la participación de la ciudadanía en la creación de redes de apoyo psicosocial comunitario de los años 80, se ve en la actualidad progresivamente disminuida debido a factores como las crisis (económica y de valores y sensibilidad en la implicación colectiva). Por otro lado cabe explicar que el contexto francófono de Bruselas y la región valona es algo diferente en lo que se refiere a las líneas predominantes de la psiquiatría institucional. Mientras que en Flandes los cuidados psiquiátricos se dispensan en mayor medida en los centros hospitalarios, en la región francófona y en Bruselas son más avanzados en lo que se refiere a la psiquiatría extrahospitalaria y alternativa. Un exponente de esto es que el número de camas en hospitales psiquiátricos en Valonia sea la mitad que en la zona flamenca (Kristian Orsini, 2004:115).

En 1975 se fundó en Bruselas la llamada *Red Internacional de Alternativa a la Psiquiatría* (con la participación de autores como Elkaim, Guattari, Jervis, Castel, Cooper o Basaglia) cuyos principios básicos ilustran la conciencia política de los antipsiquiatras.

Al mismo tiempo diversas asociaciones como *Gerbe*, la *Deviniere* o *L'Autre lieu* fueron creadas con este espíritu.

El caso de *L'autre lieu*, que se analiza más adelante, es el de un paso desde la perspectiva de la antipsiquiatría y la ayuda psicosocial comunitaria, con la creación, entre otras cosas, de proyectos de sensibilización y alojamiento con familias en 1980, a una aproximación antipsiquiátrica intercultural.

En resumen se puede decir que, con relación a la problemática que vengo tratando, los diferentes tipos de aproximaciones psiquiátricas, como productos históricos, aplicadas al campo intercultural inauguran modalidades de praxis terapéutica y acceso a los cuidados que tienen una u otra ubicación diferenciada (y en ocasiones relacional) en el terreno delimitado por los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural. Como a su vez diversas son sus implicaciones en el orden de lo político produciendo como resultado efectos múltiples algunos de los cuales pueden interpretarse como contradictorios.

Este es el caso de la *etnopsiquiatría* dependiendo de los elementos que se problematizan y del punto de vista crítico que se adopte. Sucede que esta aproximación posee, en algunos casos, una mayor efectividad que las "convencionales" con relación a los pacientes migrantes con dolencias psíquicas y cuyas sintomatologías remiten, en mayor o menor medida, a lo cultural. Si bien a su vez es susceptible de ser criticada desde el vector de análisis de la psiquiatrización y culturalización de los problemas que reenvían a lo social (y por ende a lo político) como ocurría con la psiquiatría colonial y su gestión pública de los conflictos derivados del colonialismo. Así como de demonizar el mestizaje cultural y estigmatizar el pasaje migratorio.

Sobre el caso particular de las *Casas de acogida peul*, como proyecto *antipsiquiátrico intercultural*, hay que señalar que de entre todas las aproximaciones que trato esta es la que, en el campo delimitado por los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural, se encuentra más cercana a un cierto tipo de relativismo cultural. Esto sucede por partida doble. Por un lado en lo que respecta a la relativización y crítica radical del poder y papel de la psiquiatría hegemónica en la sociedad occidental y por otro creando un lugar de unión, de

reencuentro entre las semejanzas de las aproximaciones terapéuticas y preventivas de la enfermedad europeas y africanas, solo posible desde la visibilización de vínculos y semejanzas entre culturas que una proximidad, no extrema, a la relativización cultural permite. A su vez es de destacar su doble concepción política de la exclusión al unir los universos e itinerarios de los refugiados políticos peul con los de las personas belgas que sufren dolencias psíquicas,

De ello, así como de lo que se refiere a las otras aproximaciones psiquiátricas interculturales en los modelos de intervención psicosocial que se dan en Bélgica y España, hablo a continuación.

Capítulo XI. Prácticas terapéuticas interculturales: el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero.

1. El modelo clínico occidental adaptado a las personas de origen extranjero

Sin pretender describir todas y cada una de las asociaciones, o consultas en el medio institucional, que en Bélgica y España se acercan o inscriben a este campo, y los matices en sus aproximaciones, sí destaco a continuación las aproximaciones y ONG's que creo más relevantes y representativas en cuanto a las praxis terapéuticas de carácter intercultural se refiere. Para ello he revisado el panorama del trabajo que se desarrolla tanto en el medio asociativo como institucional en este sentido principalmente a través de experiencias y opiniones de informadores y terapeutas que trabajan en él. Así para el análisis previo de selección de las asociaciones que a continuación describo he dividido a las mismas en dos bloques: el terapéutico y el no terapéutico (acompañamiento, asesoramiento, etc.).

Centrándome en el primero he elegido aquellas que se cernían a dicho carácter intercultural con relación a varios criterios que escenifican el modelo. Esto es por una parte con respecto a los pacientes, de origen extranjero, con los que trabajan (así como con los terapeutas) y la cultura terapéutica desde la que actúan adaptándola, o problematizándola, en mayor o menor medida. Por otra en este último sentido con relación a la voluntad, filosofía y medios de las mismas en la integración de herramientas, representaciones y aproximaciones provenientes de otras culturas, o mediadoras entre los diferentes modelos interpretativos del terapeuta y paciente, para la búsqueda de una mayor eficacia terapéutica.

Como la finalidad de este trabajo tampoco es describir todas las existentes en el ámbito intercultural elegí las que consideré que mejor podían representar a los elementos, objetivos y metodologías que se dan en el espectro de las intervenciones que adaptan el modelo occidental a los pacientes de origen extranjero¹. Así como aquellas que trabajan con

¹ La decisión de describir y analizar por ejemplo un dispositivo y no otro, pertenecientes a las mismas corrientes teóricas y metodológicas, en ocasiones ha tenido que ver con la posibilidad de acceso a la misma.

poblaciones con problemáticas y situaciones distintas con el fin de abarcar los diferentes contextos terapéuticos, realidades y líneas de actuación existentes.

· Desde los dispositivos creados por el *medio asociativo* se puede señalar la existencia de:

a/ El modelo utilizado por el proyecto piloto de *intervención psicosocial de calle* con personas en gran exclusión social, de *SMES Bélgica y España*. En el caso de esta asociación, con especificidades diferentes en cada país, trabajan tanto con personas de origen alóctono, como autóctono.

b/ Por otra parte existen varias ONGs que trabajan con inmigrantes en el ámbito de la ayuda psicosocial y que adaptan sus dispositivos terapéuticos a las representaciones y expresiones de la dolencia y la curación de sus pacientes. Unas actúan desde aproximaciones propias a la *etnopsiquiatría*, a lo cual me referiré más adelante (en el cuarto modelo) cuando hable de esta corriente terapéutica. Y otras, como la ONG en la que me centraré en este apartado: *EXIL* (Bélgica y España), poseen una aproximación y características propias al modelo clínico occidental adaptado a los migrantes.

En el caso de *EXIL* su abordaje es específico y único en parte de su trabajo, dirigido a las personas que han sido víctimas de la violencia organizada, pero también representativo del realizado por otras ONGs que adaptan, ya sea desde la práctica *terapéutica*, en el marco de una intervención específica diádica o en grupo psicoterapéutica, como no *terapéutica*¹, los dispositivos occidentales a las personas de origen extranjero.

· En lo que se refiere al *ámbito institucional* cabe destacar fundamentalmente:

a/ El uso de la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos (FCCP)* como herramienta metodológica y epistémica en el diagnóstico y seguimiento de los casos clínicos. Dicha *FCCP*, admitida en el manual norteamericano DSM IV, es utilizada de diverso modo por algunos de los terapeutas de ciertas asociaciones en Bélgica y, en este caso, de las consultas de psiquiatría de varios hospitales en España. En particular trato con detalle la aplicación de la

¹ Por ejemplo relativa al acompañamiento, apadrinamiento o a tareas socioculturales de grupo. Considerar como no terapéuticas a dichas actividades si analíticamente es válido, pues se diferencia del marco de la intervención de la consulta psicoterapéutica, en la realidad resulta como poco paradójico.

FCCP, como herramienta de investigación y práctica clínica, en algunas consultas del hospital Puerta de Hierro de Madrid.

b/ La aproximación pluridisciplinar basada en el modelo del llamado *Síndrome de Ulises*¹, en el SAPPPIR del hospital Sant Pere Claver de Barcelona, que hace hincapié en las cuestiones relativas al pasaje migratorio, a los duelos y a los fragilizantes contextos en el país de llegada, como posibles desencadenantes o potenciadores de ciertas dolencias de los inmigrantes. Estas tienen escalas diversas, pudiendo encontrarse en diferentes grados trastornos por ejemplo depresivos y/o de ansiedad, dependiendo de las situaciones y condiciones en las que se realiza dicho pasaje así como de la resolución, o no, de los diversos duelos que implica². En este sentido, para el grupo interdisciplinar que compone la sección, es objeto de interés la llamada resiliencia del migrante y la realización de una encuesta de tipo etnográfico con respecto a los siete duelos/referencias que este realiza.

1.1 Praxis en el ámbito asociativo

1.1.1 SMES/Bélgica (Bruselas)

El modelo denominado *de intervención psicosocial «de calle»* es el que lleva a cabo una ONG llamada *SMES* (Salud Mental y Exclusión Social) existente en diferentes países de Europa. En cada país tiene una, o varias, células de psiquiatría móvil con unas características en su aproximación diferentes.

En Bélgica (*SMES/Bélgica*) es un proyecto piloto³ que existe, únicamente en Bruselas, desde el 2001.

¹ Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple.

² Así según el número o la intensidad de los síntomas se puede dividir en parcial o completo, y según los estresores se puede clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos (Achotegui 2003, 2004).

³ Y que en la actualidad, 2009, continua con el carácter de proyecto piloto contando con un subsidio, renovable cada año, proveniente del Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud .

• El origen de SMES/B y las preguntas de partida

En cuanto al origen de *SMES/B* este nace del encuentro de profesionales de sectores de la salud mental y los del dominio de la exclusión social, más particularmente de aquellos que trabajan con personas que sufren de gran precariedad.

La idea fundadora de este encuentro parte de la dificultad de responder de manera adecuada a las problemáticas de personas que acumulan una situación de precariedad extrema y de problemas médico/psicológicos.

En un principio surgieron preguntas como: *¿Hace falta tratar los problemas sociales antes que los psiquiátricos... o a la inversa?, ¿La desinserción social es el origen de problemas psiquiátricos... o al contrario ?*

Con respecto a esta cuestión, y por lo que a esta investigación se refiere, hay que ahondar en diversas problemáticas entre otras la de la psiquiatrización de lo social o la sociologización del campo psiquiátrico y de la salud mental.

En lo relativo a la psiquiatrización de lo social varios autores han trabajado el campo de la sociología de las enfermedades mentales. Alguno como Bastide retoma a autores clásicos en la sociología, como son Comte y Durkheim, considerándolos los fundadores de una sociología de las enfermedades mentales¹ (en el sentido de su contribución en la implicación de las características sociales con relación a las problemáticas de la salud mental).

Desde esta perspectiva, en la relación individuo/sociedad, la enfermedad mental es siempre considerada, predominantemente, en relación al individuo y no a la sociedad de la cual es miembro. Las categorías psicologicistas y biomédicas de la psiquiatría monopolizan cualquier

¹ En lo que se refiere a Comte, Bastide (1986) lo considera como fundador de la sociología de las enfermedades mentales en sus estudios del condicionamiento sociológico de la aparición de la locura, situado en el famoso pasaje de la sociedad entre un periodo orgánico y un periodo de crisis. Durkheim, con otra celebre interpretación, lo hará con la oposición entre una solidaridad orgánica y mecánica, fundando sociológicamente la distinción entre situaciones normales y patológicas, al situar la locura en la ausencia de reglamentaciones de la solidaridad mecánica.

otro tipo de explicación y actuación terapéutica¹.

Es así que con respecto a la cuestión planteada anteriormente sobre si los problemas psiquiátricos desembocan en sociales o viceversa a su vez cabe pensar en otra problemática. Esta sería la concerniente a si el límite entre normalidad y anormalidad se encuentra en esta movilización que hace mayor o menor hincapié en lo individual o en lo social con el fin de autorregular los mecanismos adaptativos y habilidades ya sea de la comunidad o red, o del individuo. O si quizás remite a otras cuestiones como las relativas a la posibilidad de transformación social o de emancipación del sujeto (y las comunidades). Desde este punto de vista aparecen temáticas, como las tratadas por autores como Fromm², Baró³, o de las ya explicadas antes en Deleuze y Guattari, que atañen al propio principio de realidad (y las relaciones y posiciones estructurales que en él se definen) al cual el sujeto se ve constreñido, y a su margen de acción, respuesta y subversión de los elementos y condicionantes del mismo.

La cuestión de la sociologización de la psiquiatría y de la salud mental guarda relación con la tendencia a llevar hacia categorías sociales a todo fenómeno de la vida psíquica (en este caso del malestar en la misma) de la persona. Desde esta perspectiva una tendencia recurrente es la

¹ De esta manera en lo que respecta a la intervención desde el ámbito médico en la necesidad inmediata de "un aquí y ahora" para frenar el malestar y la dolencia (en muchos casos tomando en cuenta un punto de vista operativo a muy corto o inmediato plazo), el profesional no puede remitirse directamente a una acción dirigida hacia las condiciones de vida de la persona, a lo social. Lo cual implica que se "deba" intervenir desde el referente individual y confiar en las acciones psicoterapéuticas (por ejemplo la psicofarmacológica) así como en las capacidades reelaborativas y adaptativas del sujeto. Ello puede incluir una posibilidad de posterior canalización o transformación en dicho ámbito de lo social (y las causas del malestar subyacentes al mismo) por parte del sujeto. Este es al menos el planteamiento que se hacen muchos profesionales de la salud mental, lo que, a la vez que explica en cierta manera la dinámica cultural intrínseca al operativo de salud institucionalizado (en términos espacio/temporales), hace hincapié en un pragmatismo de la "urgencia" (en el que cotidianamente se vive en el día a día de la práctica clínica). Dicho pragmatismo, aun teniendo en cuenta las causas del malestar y el sufrimiento (del orden laboral, legal, etc.), remite al sujeto y le hace en gran parte, junto con el terapeuta, responsables de su curación.

² Fromm, desde su línea culturalista, destaca que existe una naturaleza humana que se realiza en la sociedad; por eso, la estructura social puede condicionar la maduración de la persona y producir en ella resultados patológicos. Fromm realiza una contundente crítica a la cuestión psicoanalítica, notoriamente de Sullivan, y su reduccionismo etiológico de los trastornos. Desde su punto de vista los psicoterapeutas sostienen la posibilidad de encontrar la seguridad satisfaciendo algunas necesidades según el modo propuesto por una sociedad dominada por la industria y el conformismo; los psicoterapeutas aconsejan al individuo adaptarse a ella, fomentando así en la persona la existencia de una intimidad cualquiera y de una sensualidad egoísta. Así pues, según Fromm, el hombre verdadero debe sufrir hasta que pueda decir *soy yo*; el hombre alienado, por el contrario, intenta ser lo más parecido a los demás para sentirse aceptado.

³ Martín-Baró (1990), aborda la cuestión de la salud mental y la transformación social desde el punto de vista de que el inicio de la solución a los problemas de salud mental de los individuos en las sociedades caracterizadas por la opresión, donde la 'anormalidad normal' prevalece, está en la transformación de la sociedad para trascender sus condiciones históricas relativas y superar la opresión (y por ende los factores causales del sufrimiento).

de ver lo social detrás de toda manifestación relacionada con el malestar psíquico de la persona negando, o minimizando, otro tipo de explicaciones y etiologías.

Volviendo a la asociación que nos ocupa, *SMES/B*, frente a la pregunta: ¿a qué campo pertenece la causa primigenia desencadenante de dicha situación de sufrimiento, al social o al psicológico?, pensaron que hacía falta que juntos los trabajadores de los dos campos, el de lo social y el de lo psicológico, aceptasen la constatación de que las problemáticas vividas por las personas en gran exclusión social y psicológica presentan especificidades y una complejidad a las cuales los actores no pueden responder individualmente.

Así se propusieron construir juntos respuestas adaptadas identificando lo que impedía a los dos sectores trabajar unidos. Viendo que las particularidades estructurales y la filosofía de trabajo de los sectores respectivos volvían difícil la elaboración de prácticas apropiadas emergió la idea de que ambos sectores, *el social y el médico/psiquiátrico, trabajasen juntos en nuevas formas de intervención concentrándose en el beneficiario en lugar de obligar a este a adaptarse a las lógicas de las instituciones.*

La finalidad de su creación fue la de poder trabajar con personas que vivían en una gran precariedad social (en su mayor parte los llamados «sin techo»¹) y que no tienen acceso a los cuidados de salud clásicos y sufren enfermedades mentales.

"El hecho es que la toma a cargo psiquiátrica o ambulatoria por lo servicios de salud mental es muy difícil para esta gente porque no son personas que expresen una necesidad, una demanda, además son personas que no respetan las citas, no van a los sitios para curarse y los trabajadores sociales no saben cómo trabajar con personas fuertemente delirantes, como elaborar un proyecto con alguien que es delirante, que está fuera de la realidad".

(Entrevista personal Reza. Psicólogo SMES/ Bélgica. 2006. Traducción propia.)

Dicha célula existente en Bruselas tiene el nombre de: «célula de apoyo médico psicosocial de intersección entre la salud mental y la exclusión social».

¹ La definición de a quien se considera "sin hogar" y a quien no es problemática. En este sentido, ¿se podría denominar también como "sin hogar" a personas que viven en una pensión o están en prisión?.

Sus componentes son: un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta y una asistente social (que trabajan a media jornada) y una enfermera (que trabaja diez horas por semana).

· **Sus objetivos principales y las características de su metodología**

Sus objetivos principales son producir modos de intervención apropiados a los excluidos que sufren dolencias psíquicas, facilitando el acceso de estas personas a los cuidados más adecuados. Para ello tratan de crear una clínica nueva intersectorial cuyas líneas de conducta son:

- La movilidad, física y psíquica, entre los territorios de los profesionales.
- La creación de un espacio de reencuentro y creatividad entre los diferentes sectores y el usuario para inventar prácticas nuevas adaptadas a las necesidades del usuario.
- La facilitación del pasaje entre instituciones a la persona.
- La colaboración con las estructuras existentes evitando toda sustitución de la red de ayuda normalizada.
- Facilitar un acceso, una acogida y un alojamiento eficaz en las casas de acogida o albergues a pesar de la presencia de dolencias psíquicas.
- Permitir un acceso, una acogida y un tratamiento adecuado para las personas en dificultad social cuando una hospitalización está indicada. Proporcionar de este modo un tratamiento que considere su modo de vida y sus dificultades específicas, así como una continuidad en el seguimiento entre las hospitalizaciones y los alojamientos en casas de acogida.

(Datos del informe de SMES/Belgique: Rapport d'activite 2004)

Entre las características principales de su metodología cabe destacar que trabajan en segunda línea. Esto quiere decir que los pacientes no tienen acceso directo a ellos, son siempre los

servicios¹ que trabajan en primera línea quienes les llaman. Por lo general médicos, trabajadores de calle, etc. que tienen un contacto directo con estas personas.

Cuando estos detectan un problema de salud mental, o cuando ven que el proyecto institucional, por ejemplo el de una casa de acogida, no avanza ya que la persona está muy deprimida o angustiada o no puede hacer los trámites como es necesario les llaman².

Es así que trabajan con cerca de 30 instituciones diferentes.

Todas las demandas de intervención son solicitadas mediante el contacto directo, al encontrarse con las instituciones con las que trabajan, o por teléfono. El equipo está disponible para ser contactado telefónicamente de 9:00 a 17 00, de lunes a viernes en su sede.

• **El perfil de los pacientes, los lugares y el carácter intercultural de la intervención**

Con respecto al perfil de los pacientes la media de edad es de 37 años, y va desde 18 hasta 80 años. Entre estas personas se puede decir que el 30% sufre trastornos psicóticos.

Años atrás en esta población había muchas mujeres, en su mayoría de origen belga, de edad avanzada, sin embargo ahora cada vez es menos frecuente esta población y más las personas de origen extranjero (un 35%).

"La gente que nos envían son gente bien seleccionada, gente que los trabajadores sociales han considerado que tienen trastornos, entre la gente que encontramos podemos decir un 30% son gente que sufre trastornos psicóticos... entre esta población, durante un cierto tiempo, podemos decir que había muchas mujeres, gente mayor, que la mayor parte del tiempo vivían en la calle, o en los centros de acogido de urgencia, ahora vemos menos esta población... así que hay un 35% de gente de origen extranjero, y ahora con la políticas de migración, los demandantes de asilo... estamos frente a una población de ilegales que aumenta, por supuesto nosotros tocamos una parte de estas personas

¹ ONGs (como Médicos Sin Fronteras), casas de acogida, los centros de albergue de urgencia, los asilos de noche, trabajadores sociales, alquileres sociales...

² Esta metodología de trabajo en segunda línea es una de las diferencias principales con la realizada en SMES/Madrid como se ve más adelante. Aquí cabe plantearse la cuestión con respecto al privilegio de dicho enfoque de actuación en segunda línea frente a otro en primera línea. Este dependerá de varios factores entre otros el de, por ejemplo, las características de la ciudad, así como el de los procesos de diálogo entre culturas profesionales y sus especificidades.

porque justamente esta gente no tiene acceso a los cuidados, están sin domicilio y se encuentran en la calle..."

(Entrevista Personal Reza. Psicólogo SMES/ Bélgica. 2006. Traducción propia)

Con relación a las cada vez más duras políticas de migración hoy en día existe una población de demandantes de asilo, en situación «ilegal», que aumenta y que al carecer de acceso al mercado laboral, a un domicilio y a los cuidados de salud se encuentra en situaciones de gran exclusión y precariedad. Datos relevantes de ello son que entre toda la población de los «sin techo» con trastornos psíquicos el 12,9% son «sin papeles» y el 15,7% «demandantes de asilo». (Rapport d'activite SMES/B 2004)

Así también hay algunos «sin techo» pertenecientes a países de la UE que permanecen varios meses o un año y se mueven de uno a otro país (es el caso por ejemplo de portugueses, franceses...).

Las regiones de origen de las personas de procedencia extracomunitaria son el Magreb, Europa del este, África negra y una pequeña parte, comparativamente, de Oriente Medio (p ej. Irán).

Con respecto a las situaciones y lugares en los que se encuentra a estas personas y se lleva a cabo la terapia son variados. Estos van desde un 21,7 % viviendo en casas de acogida, un 10,1 % en centros de acogida para refugiados, un 15,9% en la calle, etc.

En muchos casos cuando los trabajadores de calle les llaman es porque la persona se encuentra en la calle, en las estaciones, y acuden con ellos al encuentro del paciente. Así también sucede con las casas de acogida o albergues. En ocasiones, si la persona quiere, suelen concertar citas en el local de la ONG.

Como ya se comentó antes una de las dificultades de la toma a cargo psiquiátrica o ambulatoria por lo servicios de salud mental es que estos pacientes no son personas que expresen una necesidad, una demanda (se estima que aproximadamente el 90% de los pacientes no lo hacen). Por otra parte tampoco suelen acudir a los sitios para curarse, y los trabajadores sociales no saben cómo trabajar, cómo elaborar un proyecto, con personas fuertemente delirantes.

Con respecto a las representaciones que suelen tener los pacientes de la psiquiatría y los terapeutas por lo general, la mayor parte, al haber vivido mucho tiempo en una situación social difícil, tienen una representación negativa (ya que lo que ellos han conocido como psiquiatría eran hospitales, encierros, etc.).

Así en este sentido no se presentan como psicólogos, ni dicen que van a hacer una terapia con ellos, se desplazan y prestan sus servicios como un servicio de ayuda psicosocial (al comenzar el contacto discuten un poco de todo, para empezar a tener confianza).

Sucede que a veces ni siquiera ven a la persona, es la institución la que les llama, encuentran al trabajador social y trabajan con él sobre una situación o, considerando que ellos mismos (los trabajadores sociales) pueden gestionar la situación y orientar al paciente hacia un servicio hospitalario, hacen un trabajo con el trabajador social que se sitúa *en el terreno* alrededor de la persona.

En cuanto a la formación de los miembros de la célula tanto el psicólogo, como el asistente social y el terapeuta están los tres formados en aproximación sistémica. La psiquiatra estudió psiquiatría social (cabe explicar que es holandesa, (en Holanda existe la psiquiatría social mientras que en Bélgica no)) con una aproximación cognitivista¹.

En lo que concierne a la parte intercultural del trabajo terapéutico algunos de los terapeutas de dicha célula son ellos mismos de orígenes diferentes (el psicólogo es de origen iraní y la terapeuta es argelina) y han trabajado, y trabajan, en otras asociaciones con personas provenientes de culturas diversas. Suelen estar atentos a los tipos de creencias que tienen, a sus intereses, al modelo de estructura familiar del que provienen con el fin de poderles ayudar, lo mejor posible, a reconstituir una red.

En lo que se refiere a los idiomas que hablan estos son cinco: el persa, el árabe, el francés el neerlandés y el inglés. No suelen utilizar intérpretes (aunque en alguna ocasión lo han hecho).

¹ Hay que mencionar que la psiquiatra prescribe medicamentos si considera que es necesario.

Con respecto a las características de las dolencias de las personas de origen extranjero los trastornos más comunes suelen ser neurosis: depresiones, angustia, trastornos del comportamiento... (en algunos casos toxicomanías) debido, generalmente, a que en Bélgica se encuentran en situaciones muy difíciles que tienen en gran parte que ver con la negación de sus derechos (incluido el acceso a los medios de salud (como se comentó antes)). Y lo que esto conlleva de cara al reconocimiento, el estatus, la legitimidad, la integración, el sentido de pertenencia a la sociedad de acogida, etc.

Aunque hay algunos casos en los que los inmigrantes que se encuentran en estas situaciones han sufrido trayectorias y experiencias muy difíciles en sus países de origen (como por ejemplo los traumatismos de guerra, violación...) con respecto al total de esta población no son más del 3 ó 4 por ciento. En el resto de los pacientes de origen extranjero se suelen dar casos de neurosis debidas o acentuadas, entre otras cosas, por los factores relativos a las situaciones difíciles con las que se encuentran en Bélgica. Como ejemplos cabe citar que del conjunto de los pacientes (belgas y alóctonos) existe un 20,3 % de personas afectadas, (causa principal, o una de las principales para enfermar) por las dificultades ligadas a las condiciones económicas y de alojamiento.

Por otra parte, en esta misma población, hay un 13,5 % de personas que se ven afectadas por las dificultades ligadas al proceso de petición de asilo. (Datos recogidos del informe de actividades realizadas por SMESB para el año 2005)

Con respecto a estas personas hay que señalar que la Ayuda Médica Urgente, el único dispositivo de salud pública al que tienen acceso los "sin papeles", se ofrece a una persona que, por ejemplo, es delirante y se queda desnuda en la calle, o desencadena una pelea, o se vuelve peligrosa o se está muriendo porque está totalmente borracha y hace mucho frío. En estos casos extremos (en términos del escándalo público o el posible daño grave e inminente que se pueda infringir a sí misma o a los otros) se hacen cargo las urgencias de los hospitales. Pero si es alguien que tiene problemas de angustia o, por ejemplo, está deprimido, será más difícil que se ocupen de él si no tiene sus papeles en "regla".

Por otra parte para que los servicios del medio asociativo, como Médicos Sin Fronteras, que son más flexibles se puedan ocupar de estas personas es necesario que acudan a ellos y les

conozcan (en el caso de esta población, los "sin techo", y este tipo de trastornos no es muy habitual que sepan de estos centros ni que pidan ayuda).

En relación con los pacientes de origen belga se trata a menudo de un problema con el alcohol factor o efecto, entre otros, de la ruptura de vínculos sociales al sufrir pasajes difíciles. En algunos casos son personas que han trabajado en las instituciones, que han tenido rupturas o accidentes muy graves que les han cortado del mundo social y de sus vínculos.

· Conclusión:

Con respecto a la problemática de este trabajo cabe decir, desde el cuerpo de las terapias interculturales cortado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico, que se puede situar a dicha aproximación, en su aspecto intercultural (ya que como se ha podido ver posee varios), principalmente en el área del universalismo occidental. El acercamiento al relativismo cultural lo realiza a través del despliegue de ciertas herramientas, como son las idiomáticas y ciertas nociones culturales, que tienen como finalidad un mejor conocimiento del paciente y por ende una mayor factibilidad operativa. En esta terapéutica sin embargo, tal vez debido en parte a sus especiales marcos de desarrollo y actuación, dominan aproximaciones y nociones propias a la psiquiatría occidental (de tipo social y cognitivista) como las clasificatorias de las sintomatologías, o de los tipos de terapia.

Por otro lado son estas mismas características las que llevan a una reformulación cultural que desemboca en la adaptación de un dispositivo clínico a las situaciones de exclusión extrema en las que se encuentra esta población con dolencias psíquicas. De esta manera el trabajo de *SMES/B*, y su movilidad, implica la mediación y el diálogo entre culturas profesionales, como por ejemplo la de la salud mental y lo social, con concepciones y formas de trabajo diferentes con el fin de encontrar las respuestas adecuadas a las problemáticas existentes.

En lo concerniente a sus implicaciones de orden político en relación con el logro de la idea de justicia social recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en la *Carta Social Europea* así como en *Alma Ata* con respecto al derecho a un igualitario acceso y disfrute de los cuidados de salud cabe decir:

Esta ONG cumple la labor que debería desempeñar el Estado con respecto a la asistencia a personas con dolencias psíquicas. Dicha asistencia institucional a personas en gran exclusión social, como expliqué con antelación, solo se ha venido dando en los casos muy graves (como por ejemplo en los que las mismas ponen en peligro sus vidas o las de los otros o que desembocan en escándalos y desórdenes públicos) dejándose de lado otros cuyas dolencias, de grado igual o mayor, no son tan "visibles" o perturbadoras del orden público. La Ayuda Médica Urgente, estandarte de la inflexión del marco legislativo hacia el derecho al acceso a los servicios sanitarios de una de las franjas de la población más desprotegida, hasta el momento no ha cumplido el carácter curativo y preventivo que debería tener. Es más, en su omisión fáctica de la cobertura de estos cuidados ha participado en el agravamiento de dolencias, y en el de la exclusión social que las mismas conllevan, de esta población.

Habrá que ver, en los próximos años, cuales son los efectos del cambio en la legislación acaecido el 2 de Junio del 2006¹ y como se va a llevar a la práctica, ya que, como se comentó en el apartado dedicado a la Ayuda Médica Urgente, las dificultades burocráticas y los criterios de los Centros Públicos de Ayuda Social contribuyen a la exclusión y desigualdad en el disfrute de los medios sanitarios de la población en situación irregular (acogida por la legislación).

Si bien es cierto que, como comenté con anterioridad, la intervención de *SMES/Bélgica* posee una particularidad especial ya que los pacientes no son demandantes de ayuda (son los trabajadores sociales de primera línea los que lo hacen por ellos), no obstante, el hecho de no existir esta demanda no implica que la dolencia y el sufrimiento deje a su vez de existir así como tampoco descausaliza a los factores, de orden socioeconómico y político, que influyen en la creación y reproducción del mismo. Por ende no desresponsabiliza al Estado ni de sus obligaciones de asistencia ni de su vinculación con respecto a los factores productores, como en el caso particular de las personas de origen extranjero en situación "irregular", de dolencia y sufrimiento psíquico.

¹ El cual ha pasado a considerar la casas de cuidados psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos como establecimientos sanitarios, haciéndolos accesibles para las personas demandantes de asilo y las que se encuentran en una situación de estancia "irregular".

1.1.2 EXIL

· EXIL (Bélgica)

EXIL (Bélgica) es una ONG que enfoca principalmente su trabajo en la intervención con exiliados políticos que han sufrido procesos traumáticos como la represión y la tortura en sus países de origen. Desde hace varios años ha comenzado a aceptar también otros perfiles como los migrantes por motivos económicos.

· **El origen de EXIL/Bélgica y la sintomatología específica de sus pacientes**

El origen de la asociación nace de la puesta en práctica de mecanismos de solidaridad y del trabajo comunitario (tales como la creación de vínculos, recrear el tejido social familiar para el niño y para la familia, etc.) que llevó a cabo, a mediados/finales de los 70, el colectivo de refugiados de América Latina COLAT. Este colectivo estaba formado en su mayor parte por profesionales del área de la salud que venían de las dictaduras chilena y argentina.

Este es el caso del fundador de dicha organización, Jorge Barudy, un exiliado político chileno en Bélgica.

"En efecto, los acontecimientos políticos acaecidos en septiembre de 1973 en mi país de origen, Chile, nos empujaron a mi familia nuclear y a mí a exiliar a Bélgica. A partir de ese momento debimos integrar en nuestra identidad familiar la peculiaridad de ser una familia inmigrante. Durante años debimos dedicar una buena parte de nuestra energía y de nuestro esfuerzo por una parte, a emigrar de nuestra tierra (en sentido real y simbólico) y por otra a inmigrar a Bélgica, el país que nos acogió.

Yo he estado fuertemente sensibilizado en mi país de origen al sufrimiento de las víctimas en general, pero también a las cuestiones que tocan a la violencia, la que yo llamo organizada porque parte de las instituciones y los estados... como terapeuta he podido aproximarme al mundo del torturador: estos pertenecen a un sistema de creencias y de ideologías que les legitiman a hacer lo que hacen. Este sistema les da la distancia necesaria para soportar o para desligarse del sufrimiento que crean en los otros.

En Chile, para mí ha sido el campo de concentración, la tortura. Para algunos amigos. la tortura y después la desaparición. La muerte. La experiencia que yo tuve en el campo de concentración en Chile me ha permitido vivir situaciones de resistencia colectiva, un clima de gran solidaridad. Después de haber conseguido sobrevivir,

he podido aprender algo muy enriquecedor...una contra cultura para afrontar la violencia."
(Jorge Barudy, fundador de EXIL (En Gilberto Pregno. 1995. Traducción propia))

Progresivamente el número de refugiados de América Latina fue disminuyendo y aumentando los de África. En 1987 decidieron cambiar el nombre de la asociación a EXIL. Entre otras cosas la necesidad de responder a demandas inmediatas de estos nuevos colectivos fue uno de los motivos del cambio de dicho nombre (ya que la realidad, en cuanto a los orígenes culturales de los pacientes, era más heterogénea). La asociación fue reconocida ese año como un centro de salud mental y médico. (Rapport EXIL 2005)

Cabe comentar que en Bélgica los centros de salud mental cuentan con un psicólogo, psiquiatra y asistente social más el personal administrativo, sin embargo por aquel entonces el director decidió implicar a médicos generalistas. Ello fue debido a que para él estos eran una puerta de entrada de los pacientes, con diferentes orígenes, experiencias y representaciones culturales, a los cuidados en salud mental.

En este sentido, por ejemplo, existe el caso de pacientes africanos que, al igual que hacen en Bélgica o en España muchos europeos, asocian al psiquiatra con la locura, en su dimensión degradante, y no se acercarían a uno de no ser por la mediación de un médico generalista. Por lo que a esto respecta cabe comentar que tanto para muchos alóctonos provenientes de otras culturas, como para muchos autóctonos, la mente es el último de los territorios a reconocer como vulnerable a posibles enfermedades. Esta puede ser una de las explicaciones por las que con frecuencia se encarnan dolencias de diverso tipo, por medio de la llamada *psicosomatización y/o idioms of distress*, en el cuerpo¹.

Cabe señalar que si exiliarse ya es de por sí un acontecimiento traumático, por el desarraigo y las rupturas que conlleva, la situación para los refugiados que han padecido torturas es aún más delicada y compleja, puesto que los nuevos problemas que deben afrontar en el país de acogida pueden hacer aflorar los traumas psíquicos sufridos durante las sesiones de tortura.

¹ Desde el punto de vista cartesiano en el que el cuerpo es pensado por una mente ajena a él, el cuerpo es reactivo y la mente (antes el espíritu) es activa, cualquier remisión a la enfermedad mental puede ser fácilmente vinculada con la inoperancia del sujeto en su performatividad y "mecanismos de adaptación". En el caso de muchos inmigrantes, que tal vez no comparten el mismo esquema, la salud, y la salud mental especialmente, es un capital imprescindible en el contexto migratorio.

De este modo es diferente la situación de la persona que emigra porque quiere emprender un proyecto, a la que se ve obligada a hacerlo, contra su voluntad, porque peligra su vida de forma inminente. En el caso del exiliado las decisiones son repentinas sin posibilidad de planificación ni de proyecto previo.

Las experiencias traumáticas sufridas en su país afectan psicológicamente al refugiado, quien suele presentar trastornos característicos de estrés postraumático como la alteración de la propia identidad, ansiedad, conductas de evitación, sentimientos de culpa, alteraciones de la memoria y del sueño, respuestas de alarma exagerada, agresividad, etc.

Síntomas derivados de la tortura y la violencia política sufridas, estos tienen la particularidad de ser producto de un acto intencional, organizado de manera sistemática y cuyo cometido es la destrucción de las creencias y las convicciones de la persona con el fin de desnudarla de su constelación identitaria (M.Viñar y M.Viñar. 1989).

Con respecto a la superación de los traumatismos generados por la violencia organizada cabe señalar, como explica Boris Cyrulnik (2003) a través del concepto de la *resiliencia*, que las personas pueden superar un trauma, incluso en los casos más extremos y rehacer sus vidas por medio de facultades adquiridas en la infancia, pero no solo en ella sino también durante la vida, y de apoyos posteriores a la experiencia traumática¹.

Con relación a los canales de llegada de los pacientes cabe decir que EXIL/Bélgica está integrado en la red de asistencia socio/sanitaria como centro de referencia especializado². De este modo la mayor parte de las personas que acuden provienen, derivados del sistema de salud público, de centros de toda Bélgica en los que esperan la resolución a su candidatura al asilo político.

¹ Este autor sostiene que existen reacciones diferentes que se explican principalmente por el significado que adquieren los acontecimientos en la historia de cada individuo. En este sentido la reacción resiliente que permite superar la adversidad guarda relación con los mecanismos de defensa psíquicos, sin embargo aquella tenderá a la superación del padecimiento (como desarrolla en el concepto de "oximoron" y su noción de excisión del yo).

² No obstante no es un programa, ni un centro, de cuidados de salud público, existiendo en un espacio subsidiario entre el medio asociativo, en el cual ha nacido y actualmente se ubica, y la red asistencial pública. De entre las fuentes de financiación de dicha asociación se encuentran la Comisión Europea, la ONU (los fondos voluntarios de las naciones unidas para las víctimas de torturas), la Comisión Comunitaria Común, etc.

En lo que se refiere a la procedencia de los pacientes una gran parte actualmente es originaria de África y especialmente del África subsahariana (un 42% de los pacientes provienen de República Democrática del Congo, Argelia, Costa de Marfil, Guinea Conakry y Ruanda). La tasa de mujeres es mayor que la de hombres¹. A su vez hay que destacar el gran número de niños y adolescentes. Ellos generalmente son más vulnerables a las experiencias traumáticas provocadas por el exilio y la violencia, en este caso, organizada. (Rapport EXIL 2005)

Los orígenes de los terapeutas y personal de la asociación son a su vez diversos proviniendo especialmente de Latinoamérica (Chile, Peru...) pero también de Irán, Líbano, Marruecos, etc.

• Metodología y características de la aproximación terapéutica intercultural

Por lo que respecta a su aproximación terapéutica esta es sistémica y engloba diferentes corrientes que van desde el conductismo al psicoanálisis. Una de sus particularidades es que su enfoque es emocional y trata de restablecer los vínculos afectivos de sus pacientes, utilizando las terapias grupales. Los pacientes pueden ser tanto una familia como una persona sola.

Con relación a la metodología el trabajo terapéutico sistémico en grupo parte de la idea de que si el proceso de migración de una familia o individuo implica estrategias de adaptación a los problemas y a los conflictos en el país de origen, también puede conllevar un conjunto de trastornos que ponen a prueba la capacidad de adaptación. Este proceso hace de la familia e individuo un grupo de equilibristas en búsqueda de la estabilidad necesaria para mantener su cohesión y asegurar su ciclo natural de vida².

Esta posibilidad de equilibrio depende de los recursos estructurales de la familia e individuo, pero también de la oferta de acoplamiento y diálogo constructivo de parte de la sociedad que les acoge.

¹ En la mayor parte de los conflictos en los que se recurre a la tortura las mujeres suelen encontrarse entre las víctimas preferidas.

² El modelo de intervención y las técnicas terapéuticas tienen como finalidad actuar en el aspecto traumático (consecuencia del dolor extremo, daños corporales, violencia sexual, etc.), el traumatismo de la personalidad (resultado del proceso de manipulación psicológica del torturador) y la infiltración del horror en el red familiar y social de las víctimas (reconstruyendo la familia y su tejido social).

De esta forma el modelo principal de intervención que utiliza esta asociación son las prácticas de grupos. Estas prácticas tienen como finalidad responder de forma curativa o aliviar el sufrimiento individual de los miembros de una familia (asistencia médica, psicológica y social basada en un acercamiento intercultural), así como también sostener el proceso de reorganización familiar, el cual, desde una perspectiva sistémica, trata de respetar la forma en que cada familia organiza su vida.

" En esta perspectiva, el marco terapéutico y social del sufrimiento de las familias emigrantes debe realizarse por medio de un acercamiento intercultural, con interlocutores que pertenezcan a equipos multidisciplinares y multiculturales y que aceptan desarrollar una función de mediación social y de facilitación del diálogo entre inmigrantes y habitantes del país de acogida. El territorio elegido para este tipo de intervención serán las zonas de integración social entre las familias inmigrantes y la capa social que les acoge como por ejemplo el centro médico o la escuela..." (Jorge Barudy, 1992).

Por otro lado los terapeutas nunca utilizan una terminología técnica con sus pacientes sino que tratan de usar la que los propios pacientes emplean en lo relativo a la representación de la enfermedad, así como en otros aspectos culturales como la familia, el cuerpo, etc. En este sentido, su filosofía y criterios de actuación parten de la consideración de que los pacientes son víctimas con recursos. Así cualquiera de los terapeutas podría encontrarse en la situación del paciente si hubiese vivido sus experiencias¹. Desde este principio tratan de que exista una igualdad en las relaciones de poder, que no haya un orden jerárquico, entre terapeuta y paciente. Los espacios en los que se desarrolla la consulta guardan concordancia con este principio siendo salas, decoradas cuidadosamente para la labor que en ellas se desarrolla, en las que la disposición de asientos y muebles trata de evitar desigualdades de poder o estatus entre terapeuta y paciente/s.

¹ De hecho con relación a las trayectorias vitales de los terapeutas y profesionales que trabajan en la asociación, cabe decir que muchos de ellos han vivido situaciones similares a las de sus pacientes (como el exilio o la violencia organizada).

• Casos y problemáticas en su abordaje particular del sufrimiento

En lo que se refiere al aspecto universalista de su aproximación es interesante destacar que, según he podido observar, parten de un posicionamiento de tipo ético/político con el que, entre otras cosas, pretenden evitar caer en el relativismo cultural extremo y no transigir con prácticas culturales susceptibles de atentar contra los derechos de los pacientes (o sus allegados). En este sentido toman una posición clara con respecto a cuestiones como los derechos del niño. Un ejemplo a destacar con el que se han encontrado en alguna ocasión es el caso de los "*niños brujos*" procedentes de grandes ciudades congoleesas como Kinshasa.

Muchos de los habitantes de Kinshasa, desprovistos de los vínculos y redes de entrea ayuda e intercambio que tenían antes de desplazarse de sus pueblos o antiguos barrios, acuden a las iglesias pentecostistas o a los marabús para buscar soluciones a sus múltiples problemas.

Las condiciones de miseria en las que vive una mayoría de personas, unido a la hecatombe del sida (el cual deja a muchos niños en la calle solos y enfermos), lleva a que la capacidad de las familias y comunidades congoleesas a asumir las necesidades vitales y la protección de sus niños se destruya progresivamente.

Por otra parte esta crisis de la familia y la comunidad coincide a la vez con el "boom" del pentecostismo¹ y de los marabús. Tal y como comenta Devisch muchos habitantes interpretan su suerte, en el clima de crisis urbana generalizada, como un tipo de marabutaje o brujería (Jean Paul Willaine. 1999). Esto tiene como resultado la denuncia de miles de niños como "niños brujos" culpables de todos los males posibles, por muchas personas, y su expulsión a la calle e incluso su asesinato.

De este modo, retomando los criterios de actuación de EXIL, en este sentido cuando el caso de acoso y violencia hacia el niño, por parte de la familia, es grave (y por ejemplo el niño

¹ Las iglesias carismáticas han jugado un rol muy importante en la difusión y la legitimación de los miedos ligados a los niños brujos. En este contexto los pastores organizan sesiones de confesión y de exorcismo público llamadas "curas de almas". Después de dichas sesiones, y de que los niños hayan sido acusados, las familias a menudo no quieren recuperar a sus hijos y estos se encuentran en la calle (Mike Davis. 2006). Por otro lado es de destacar que antes de 1990 no se oía hablar de niños brujos en dicha ciudad. Los niños brujos de la actualidad pertenecen por lo general a familias muy pobres. Muchos se vuelven un fardo para sus padres los cuales ya no les pueden alimentar (Fédération internationale de l'action des chrétiens pour l'abolition de la torture (Fiacat). 2003).

enferma), toman medidas al respecto como la llamada a los servicios sociales para que se hagan cargo. Esto puede implicar, si es necesario, la separación temporal del niño de su familia (y su efecto negativo sobre él) para más adelante, cuando el niño esté mejor y si la familia ha adoptado otra actitud, devolverle a su seno. En toda intervención de este tipo tratan de adoptar una perspectiva de conjunto que tome en cuenta tanto al niño como a la familia.

" Por experiencia cuando tomamos esas medidas no es una ruptura con la familia, se puede volver y reconstruir con la familia... y en un momento dado les puede apaciguar, porque no encontraban salida... estaban en un tema tan desesperanzador que toman un poco de aire y distancia".

(C. Asistente social/ Coordinador. Entrevista personal. Exil/ Bélgica. 2006. Traducción propia)

En este sentido la ética del modelo terapéutico de esta asociación se basa en la defensa de la convención de los derechos humanos, especialmente en lo que respecta a los derechos de los niños, de las mujeres y de los diferentes grupos minoritarios constituidos por las comunidades de exiliados.

" (C. Asistente social/coordinador)... efectivamente vamos a poder en un cierto momento de la coconstrucción encontrarnos con representaciones que peligran, para nosotros, de violencia y no vamos a estar de acuerdo con eso. Por ejemplo, la familia que golpea a su hijo porque le han enseñado a la madre que es así como se educa, no vamos a estar de acuerdo con eso, y le vamos a decir que no es nuestra representación y vamos a intentar encontrar un término medio, oponernos y si vemos que la violencia es muy fuerte vamos a hacer algo más. Tomaremos medidas de protección del niño, si ocurre... intentamos evitarlo pero nosotros como profesionales estamos obligados a adoptar una posición de defensa del niño, de los derechos del niño. Así que... doy este ejemplo pero podemos dar otro(...) por ejemplo el caso de los niños brujos, que reciben poderes, incluso el de matar sin haber hecho nada... así que se estigmatiza al niño y en la familia se queda apartado, y había que sacar al niño de la familia porque era muy fuerte... enfermaba, era maltratado porque todo el mundo gritaba sobre sus poderes de brujo...

(R. Psicóloga) ciertas cosas no podemos aceptarlas, podemos comprender que veais las cosas así... pero nosotros no estamos de acuerdo... intentamos coconstruir

(C. Asistente social/coordinador) pero en la coconstrucción hay un periodo de transición si en un cierto momento este periodo de transición dura... y hay riesgo de cronificación de la violencia...intervinimos".

(Entrevista personal C. Asistente social/coordinador y R. Psicóloga EXIL/Bélgica. 2006.

Traducción propia)

• Estructura y programas de la asociación

En cuanto a la estructura de la asociación está formada por dieciséis terapeutas que trabajan en diferentes áreas y programas. Estos son cuatro: Niño/familia, Adolescente, Hombre, Mujer.

En cada programa cuentan con un médico, un asistente social y un psicólogo fijos. Así también en la asociación trabaja una enfermera, tres psiquiatras, dos animadores socio/culturales, un terapeuta psicomotriz y una fasciaterapeuta que apoyan en uno u otro programa.

Con respecto a la *fasciaterapeuta*¹, en lo que se refiere a una aproximación intercultural holística, cobra especial interés, entre otras cosas, al sobrepasar las barreras lingüísticas y tratar desde una posición de conjunto el lenguaje del cuerpo, y su malestar, junto con la dolencia psíquica.

La *somatopsicopedagogía*, corriente de la que parte la *fasciaterapia*, tiende a considerar a la persona afectada en su totalidad mental y física y a dirigirse tanto a la dolencia psíquica como a la física. Su finalidad será la de liberar y estimular los tejidos corporales a los niveles de la motricidad y de la sensorialidad.

Esta aproximación tiene un cierto éxito en Exils debido, entre otras cosas, a que dicha terapia práctica un lenguaje corporal en el que el cuerpo toma la palabra en lugar del verbo. Así se trata de evitar los problemas de comunicación oral o escrita al menos al principio.

Sus efectos positivos permiten, en un segundo tiempo, pasar a intervenciones de *somatopsicopedagogía*² y hacer un trabajo de integración con el resto de las intervenciones

¹ Esta modalidad terapéutica ha sido introducida en 2005. La lleva a cabo una fisioterapeuta que se ocupa de los pacientes víctimas de torturas que presentan dolores somáticos, disfunción del sistema neurovegetativo, trastornos somatoformes y psicósomáticos, somatizaciones asociadas a los trastornos psicopatológicos, síndrome postraumático, etc.

² Los efectos inmediatos obtenidos por dicha terapia en Exils son: la eliminación del dolor, la eliminación de los puntos de bloqueo precisos, la solitación del tono de anticipación ligado al tono psíquico, un reequilibrio neurovegetativo, el restablecimiento de la relación consigo y con su cuerpo (sentimiento de existencia, vuelta en sí, tonalidad afectiva...) y el pasaje de esquemas comportamentales anormales a otros más adaptables y adaptados. Por otro lado la concepción *psicosomatopedagógica*, así como la *bioenergética*, me lleva a mencionar

de la parte del equipo terapéutico.

Por otra parte esta asociación tiene un programa de formación de intérpretes interculturales.

En este sentido cuentan con intérpretes fijos en 10 lenguas:

Ruso, Rumano, Armenio, Búlgaro, Serbo/Croata, Albanés, Macedonio, Eslovaco, Turco y Somalí.

Para otras lenguas la coordinadora de los intérpretes llama a colaboradores puntuales, en particular para el Árabe clásico y del Magreb, el Polaco, el Persa y el Georgiano.

Los intérpretes no solo trabajan en las consultas sino que también se desplazan con el paciente para ayudarle en sus trámites exteriores. En este sentido se ha introducido la regla de que los intérpretes sean acompañados por un profesional del Centro (asistente social, becario...) con el fin de garantizar el mantenimiento del cuadro profesional y evitar que el intérprete no se vea desbordado por las múltiples demandas del paciente.

A su vez la asociación realiza actividades de animación socio/cultural con los pacientes. Entre estas están las reuniones, salidas de fin de semana y actividades en grupo entre los pacientes y sus familias con el fin de que puedan conocerse y crear redes y vínculos de apoyo entre sí. (Así también con el fin terapéutico, antes comentado, de que no vean solo su experiencia desde un punto de vista individual, que solo les atañe a ellos).

Por otra parte cuentan con un programa de apadrinamiento en el cual se forma a personas belgas o de otros orígenes para que puedan crear un vínculo con jóvenes inmigrantes menores de 18 años que llegan solos a Bélgica. No se trata de un programa de adopción sino que estas personas ven a los jóvenes una vez a la semana con el fin de poder orientarles, acompañarles a los servicios sociales, ser un vínculo para su integración en el país de acogida, etc. Juegan el rol de tutores pero a su vez con un vínculo afectivo.

a uno de los autores fundadores de dicha corriente y pioneros en occidente en tratar, desligándose de la escuela psicoanalítica a la que pertenecía, la dolencia de tipo mental desde una perspectiva corporal y no de la palabra. Por medio de lo que llamó análisis caracteriológico Wilhelm Reich trató de derribar las barreras que impedían llegar al problema psíquico del paciente dejando de lado las charlas y circunloquios de tipo psicoanalítico convencional y abordando otro principio descubierto por él que proponía que "*la psique de una persona y su musculatura voluntaria son funcionalmente equivalentes*".

· EXIL/Barcelona

La creación de EXIL/ Barcelona está muy vinculada a la de EXIL/Bélgica. Su fundación tuvo lugar en el año 2000.

· **Origen y características de EXIL/Barcelona**

La decisión de elegir Barcelona como lugar de establecimiento de EXIL tuvo que ver con factores como su favorable situación geográfica, próxima a otras ciudades europeas, la alta densidad de población inmigrante y la fuerte red asociativa con relación al sujeto que abordan.

En un principio fue una sede de EXIL/Bélgica pero esto ha ido cambiando poco a poco a medida que vieron que la realidad española era distinta de la belga.

En Bélgica, como ya se comentó, los pacientes que acuden son personas derivadas por el gobierno belga, ya que se encuentran en situación de proceso de asilo político. De este modo los médicos¹, de EXIL, a los que eran derivados a su vez les enviaban a los psiquiatras y psicólogos de la asociación.

Es así que mientras en el caso belga EXIL mantiene un contacto directo con el gobierno en el español la realidad de la concesión de asilo político es, si se comparan ambos países, mínima.

Por otra parte las personas que llegan a EXIL en Bélgica tienen las necesidades básicas cubiertas, puesto que reciben ayudas y alojamiento, mientras que las personas que acuden en Barcelona se encuentran por lo general en situaciones inhumanas, entre otras cosas, al no recibir el estatus de refugiado y las ayudas.

"Aquí empezando el año 2000 ya la realidad era muy diferente, entonces los inmigrantes buscando apoyo no eran solicitantes de asilo sino personas que venían huyendo de países en conflicto, que habían sido víctimas de violencia organizada pero que muchos de ellos no pueden tener una continuidad en la oferta que tenemos de apoyo psicológico porque sus necesidades básicas no están cubiertas. Entonces una persona que no tiene trabajo, que no tiene donde dormir, ni que comer, pues no está con la disposición de ir hasta un apoyo psicológico"

(Coordinadora EXIL/Barcelona, entrevista personal. Barcelona, 2009)

¹ Sobre la importancia de la recepción médica como 'forma de entrada', para personas que no conozcan la psiquiatría o esta tenga connotaciones negativas, en la derivación y acogida terapéutica se habló en el apartado de EXIL/Bélgica.

Sumado a este cambio a su vez fueron viendo como cada vez acudían más mujeres de origen inmigrante víctimas de la violencia machista. La intervención con estas mujeres no era cubierta por el fondo de las Naciones Unidas para el apoyo a las víctimas de tortura que recibían, con lo cual buscaron ayudas en otros organismos. De esta manera dicho fondo, junto con la Generalitat de Cataluña, el Ayuntamiento de Barcelona y otros organismos, subvencionan actualmente los tres programas principales que lleva a cabo la asociación (Memoria de actividades EXIL/ Barcelona 2006). Estos son:

- Ayuda a las mujeres inmigrantes víctimas de la violencia de género.
- Apoyo a los solicitantes de asilo víctimas de la violencia organizada.
- Apoyo a madres que han sido víctimas de la violencia de género. Su objetivo principal será ayudar a dichas mujeres en su papel de madre evitando la transmisión de la violencia generacional a sus hijos (los cuales han sido en muchos casos víctimas a su vez).
- Ayuda a niños que han sido víctimas de maltratos o abusos sexuales.
- Apoyo a defensores de los derechos humanos colombianos, amenazados de muerte en su país de origen, acogidos por Amnistía Internacional en Madrid¹.

Con respecto a los canales de llegada de los pacientes estos son derivados por asociaciones como Comisión Española de Ayuda al Refugiado/ACSAR (Cataluña), así como algunos centros de salud, servicios sociales y los PIAT (Puntos de Información y Atención a la Mujer).

En cuanto al origen de los pacientes este es principalmente del Magreb, África Subsahariana y Sudamérica. Los pacientes de origen sudamericano provienen a menudo, en un porcentaje destacable, de Colombia. Si bien también se dan casos en los que se atiende a la segunda generación, a los hijos, de los torturados en la década de los 70 en el cono sur americano.

¹ Son personas que trabajan en asociaciones en defensa de los derechos humanos en Colombia y son acogidos por AI durante un año para salvaguardar sus vidas. La coordinadora junto con una trabajadora van a Madrid a ofrecerles apoyo cada seis semanas. (entrevista personal coordinadora EXIL/ Barcelona. 2009).

También se interviene con personas que fueron torturadas en aquella época y, por diversas razones como por ejemplo la reactivación de los traumas, acuden ahora a pedir ayuda. (Coordinadora EXIL/ Barcelona, entrevista personal, 2009)

Con respecto al género cabe señalar que hay más mujeres que hombres ya que atienden también a víctimas de la violencia de género. Están comprendidas todas las edades hasta un máximo de 60 años.

En lo relativo a la composición y procedencia del personal de la asociación este es multidisciplinario y multicultural. Hay dos psiquiatras, tres psicólogas de adultos, tres psicólogas infantiles, un trabajador social, una administrativa, dos estudiantes en prácticas y varios voluntarios. También reciben ayudas y colaboraciones puntuales como por ejemplo el que realiza una profesional que hace danza y movimiento/terapia. Sus orígenes son Suiza, Bélgica, Francia, Canadá (Quebec), España (distintas regiones como Alicante, Cataluña...) y Chile.

• **Espacios y metodología de la aproximación terapéutica**

Con respecto a los espacios en los que se realizan las consultas y reuniones de grupo, estos se ubican en un amplio apartamento con diferentes habitaciones cuya decoración, sencilla y de colores tenues y armónicos, guarda una estrecha relación con la labor terapéutica que se va a realizar en ellas. La disposición de los asientos tiende a buscar una horizontalidad en las posiciones con el formato de sillones de igual tamaño colocados alrededor de una pequeña mesa, o frente a frente. Una de las habitaciones está habilitada para niños.

En lo referente a la relación terapéutica que establecen con el paciente esta, al igual que en EXIL/ Bélgica, es horizontal, basada en el acompañamiento y la psicoeducación. Esto es ofrecen información al paciente de lo que le está pasando, y de que sus síntomas están enmarcados en un contexto y son normales para la situación que ha vivido.

" Nosotros simplemente acompañamos, apoyamos un proceso de reparación, un recorrido que tiene que hacer la víctima de violencia que va desde el sentirse culpable... pasando por asumirse como víctima, a ser un sobreviviente para que pueda ser un viviente".

(Coordinadora EXIL/Barcelona, entrevista personal. Barcelona, 2009)

Dicho proceso está enmarcado en tres ejes básicos: el enfoque de la resiliencia, el enfoque del valor terapéutico de la solidaridad, y el afectivo de promover relaciones de buen trato y apoyo social. En este sentido se trata de un trabajo de integración en la comunidad, poniendo en contacto a las personas en proceso de curación con otros sobrevivientes y personas de apoyo.

De esta manera, al igual que en Bélgica, el cuerpo teórico principal de su metodología es el de la aproximación integral sistémica, un enfoque ecosistémico humanista, en concordancia con un modelo médico/psico/social¹. (Mariola Bernal. 2002)

Es así que consideran al cuerpo y a la mente como un todo. En el caso de EXIL/ Barcelona no cuentan con un fasciaterapeuta pero si realizan algunas sesiones de grupo en arteterapia y danza. El principio es el mismo comentado en el caso de Bélgica. Una eficacia terapéutica obtenida a través de esta aproximación, intercultural, holística cuyo protagonista es el cuerpo.

• Casos y problemáticas, entre terapeuta/paciente, en su abordaje específico de la violencia.

Con objeto de analizar algunos elementos problemáticos de la relación terapeuta/paciente, tal y como hice en el apartado de Bélgica con relación a los niños brujos y la no transigencia con ciertas prácticas "culturales", menciono aquí el caso que una terapeuta me relató sobre la cuestión del rol, y obligación, del curador de atender a sus pacientes y las contradicciones que pueden surgir en ese sentido.

Es interesante destacar que uno de los elementos principales de esta aproximación, y su enfoque democrático y horizontal, tiene que ver con la coincidencia en las trayectorias vitales del terapeuta y paciente con respecto a ser exiliados (o inmigrantes), víctimas de la violencia organizada. La implicación, ética y política, de la subjetividad del terapeuta con el paciente puede en algunos casos rebelarse, en el proceso de contratransferencia, contra ciertos "supuestos deontológicos" como la obligación de desempeñar la función de terapeuta.

¹ Una perspectiva que trata de tener en cuenta al mismo tiempo el aspecto biológico (hereditario, neuro/endocrino...), el psicológico (la resiliencia, la estructura de la personalidad...), y el social (influencia del entorno, familia, trabajo...).

Este es el caso de un paciente de origen colombiano que se hace pasar por víctima de torturas para acceder a la terapéutica. A medida que van sucediéndose las sesiones reconoce que no es una víctima sino que es un torturador. En una de las sesiones en las que relata como, formando parte de un grupo de paramilitares, corta en pedazos con ayuda de una motosierra a sus víctimas con el fin de obtener información, la terapeuta decide terminar la terapia. La experiencia recuerda, en mi opinión, a un capítulo de *Los condenados de la tierra*¹ (Fanon. 1963) en el que Fanon aborda la cuestión de las patologías fruto del salvajismo y la barbarie que ejerce el dominador a través de la tortura.

En este caso, como en los relatados por Fanon, si las víctimas tratan de recomponer sus vidas creando una contracultura con la que poder hacer frente a la violencia, los verdugos tratan de encontrar una superestructura, terapéutica, ideológica y de creencias, etiológicamente compensatoria con la que aliviar los tormentos que sus acciones pasadas les infligen en su cuerpo en forma de sufrimiento psíquico.

· Conclusión EXIL:

Como conclusión cabe comentar con respecto a la problemática de este trabajo, desde el cuerpo de las terapias interculturales cortado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico, parte de lo dicho en el caso de la anterior asociación.

El acercamiento de EXIL al relativismo cultural lo realiza a través del despliegue de ciertas herramientas, como son las idiomáticas y culturales, que tienen como finalidad un mejor conocimiento del paciente y por ende una mayor factibilidad operativa.

De igual manera que con SMES esto sucede sin, sin embargo, atravesar la "frontera", de relativización y cuestionamiento, del cosmos teórico y la praxis que llevan a cabo, dominando aproximaciones y nociones propias a la psicoterapia occidental como las clasificatorias de las

¹ En él, desde su posición de psiquiatra, narra las patologías que sufrían los colonizados y los colonizadores tras ejercer la represión y la tortura. El ensayo trata de transmitir la negación de la identidad de la víctima, su desintegración personal y corporal, y la funcionalidad del salvajismo de los represores. Una funcionalidad acorde con un proyecto político colonizador. El caso nº 5 (del capítulo *Guerra colonial y trastornos mentales*) es un exponente desde el sufrimiento de lo verdugos: un inspector europeo, torturador, acude a la consulta del psiquiatra para pedir ayuda porque teme volverse loco. Sufre una psicosis reaccional fruto de su "profesión" y perdiendo el control comienza a maltratar a su mujer y a su hijo.

sintomatologías, o de los tipos de terapia. Hay que añadir, sin embargo, que estas tratan de abarcar una dimensión no reductora bio/psico/social, estando más enfocadas hacia los campos que abordan la psicología comunitaria o la sociología que al de la psicoterapia biomédica (no social).

Por otra parte cabe destacar el papel predominante, en sus líneas de actuación, que le confieren a la horizontalidad en las relaciones terapeuta/paciente. Esto incluye la consideración de que el paciente es una víctima con recursos y que cualquier persona con una trayectoria similar, lo cual comprende a los propios terapeutas, podría encontrarse en una situación semejante. Así como, por otra parte, el acercamiento de la terminología técnica al universo del paciente. Un ejemplo de ello es la no utilización de términos científicos, ni estigmatizantes, en el trato cotidiano entre terapeuta y paciente. De este modo se concibe la relación terapéutica desde la idea del intercambio intercultural, en la llamada *coconstrucción*, de representaciones y modelos interpretativos entre terapeuta y paciente¹.

Un punto a destacar en este sentido es el papel desempeñado por las *terapéuticas del cuerpo* en ambos centros. En el caso de EXIL/Bélgica la somatopsicopedagogía tiende a considerar a la persona afectada en su totalidad mental y física y a dirigirse tanto a la dolencia psíquica como a la física. En este sentido la consideración holística, en términos terapéuticos, del cuerpo y la mente supone una aproximación que cuestiona el punto de vista cartesiano de la separación de los mismos. Así obtiene tanto un efecto preparatorio para la actuación de la psicoterapia, como catárquico y curativo, al promover, por ejemplo, la reubicación y aceptación del cuerpo del paciente por el mismo.

De igual manera sucede con las sesiones de arteterapia y danza en EXIL/ Barcelona. En el caso de las barreras lingüísticas, y culturales, estas aproximaciones tienen un carácter mediador y, en ciertas fases, menos limitado que el de la palabra, al dirigirse al cuerpo con su propio lenguaje. Así mismo puede permitir un intercambio de representaciones, significados y modelos explicativos, una dinámica intercultural, menos constreñida por los marcos diádicos, o grupales, terapéuticos de la consulta.

¹ Si bien con las limitaciones comentadas con anterioridad, como en el caso de los *niños brujos*, y el paso de la coconstrucción a la protección.

En resumen definiendo la línea predominante de actuación en el universo cultural biomédico de la salud mental en las sociedades europeas de la siguiente manera: relación vertical terapeuta/paciente, experto/lego, reduccionista en la clasificación y concepción psicologizante y, en muchas ocasiones, fundamentada en la medicalización, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

Por un lado se relativizan dichos preceptos implementándose, con gran efectividad, otras líneas metodológicas y epistémicas. Estas forman parte de un cosmos terapéutico psico/socio/político. Esto sucede así tanto por los efectos y estructuras, en la lucha contra la exclusión a los cuidados sanitarios y la falta de adecuación de los mismos, en la que se enmarca su actuación en el contexto belga y español¹. Como por la procedencia y causas de las dolencias de muchos de los pacientes producidas por la persecución y la violencia organizada en sus países de origen. Así como, no en todos los casos pero sí en una mayoría, por las circunstancias de desprotección a las que se ven abocados en Bélgica y España. Este último sentido, como comenté antes, fue el fundador de dicha asociación.

Es así que EXIL hace hincapié en las aproximaciones propias a la psicología social y comunitaria, enfatizando en un enfoque emocional que trata de restablecer los vínculos afectivos de sus pacientes, utilizando las terapias grupales. Además de desjerarquizar las relaciones de poder existentes entre el terapeuta y paciente, lo cual incluye necesariamente las representaciones reduccionistas de su dolencia.

De este modo introduce la necesidad terapéutica, de índole socio/política, en la cual la recuperación de las víctimas de torturas exige, más allá de un tratamiento psicológico y fisioterapéutico, una reparación integral que considere a la persona como un ser bio-psico-social, multidimensional y complejo, cuya calidad de vida se alcanza en la interacción de diversas áreas y aspectos recíprocamente articulados².

¹ Si bien en Bruselas desde un espacio intermedio entre el ámbito asociativo y la incorporación, como centro especializado, a la red de cuidados públicos. Mientras que en Barcelona ocurre desde el ámbito asociativo.

² En este sentido es interesante destacar el pensamiento de Ignacio Martín-Baró quien considera que “un daño socialmente causado sólo puede ser socialmente reparado”, por lo que “los problemas de los refugiados requieren una verdadera socioterapia, una reconstrucción social de la vida y de la propia comunidad desgarradas por la represión y la guerra”. (Martín-Baro, 1990).

Las características del hecho traumático y muy especialmente la presencia de intencionalidad y, posteriormente, las posibilidades de respuesta y reparación social tienen un alto grado de incidencia en las posibilidades de elaboración personal del trauma¹. Al mismo tiempo, es importante destacar que en el concepto del trauma, además de los acontecimientos traumáticos *per se* y de las condiciones psicológicas del sujeto, interviene la situación efectiva, entendiendo por tal las circunstancias sociales y políticas.

En este sentido su intervención se basa en diversos ejes que van desde la concepción de la terapéutica partiendo de una base comunitaria y de vínculo y reforzamiento de redes sociales. La de la dolencia, sus causas y procesos, y la relación terapeuta/paciente. Las intervenciones en el ámbito social y jurídico con acciones como el asesoramiento, las campañas de sensibilización sobre la experiencia de los inmigrantes y exiliados, los seminarios de investigación, etc.

Para finalizar en lo que se refiere a sus implicaciones de orden político con relación al logro de la idea de justicia social recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* así como en la *Carta Social Europea* y *Alma Ata* con respecto a la igualdad de acceso y disfrute a los medios sanitarios de todas las personas cabe decir:

Esta ONG cumple la labor que debería desempeñar, y no desempeña con eficacia, el estado con respecto a la asistencia a personas con dolencias psíquicas (y/o psicósomáticas). En este sentido gracias a su trabajo cientos de personas pueden restablecerse o encontrar un alivio a su sufrimiento permitiéndoles superar malestares o pasajes traumáticos y restablecer redes y contactos sociales en Bélgica y España. Esta labor terapéutica y resocializadora es de vital importancia para que dichas personas, muchas de las cuales se encuentran en situaciones y dinámicas vulnerables, puedan poseer más recursos para hacer frente a procesos de exclusión social.

Por último cabe destacar la necesidad de este tipo de trabajo, de apoyo psicosocial y atención a las víctimas de la tortura, desde los poderes públicos, y no solo desde la declinación al medio asociativo, por dos motivos principalmente. Por una parte puesto que es un

¹ La impunidad dejará abierta la posibilidad de reactivación periódica de las vivencias de desamparo que operan como un factor desestructurante de la persona, generando procesos de retraumatización. (Comisión Española de Ayuda al Refugiado, *informe 2007*)

reconocimiento de su condición que conlleva a su vez un reconocimiento político cuyo objetivo es desculpabilizarlas y desterrar la incompreensión y el aislamiento al que, sin el mismo, se ven relegadas. Además el trabajo psico/social en la línea del reconocimiento político visibiliza el mapa histórico/corporal, a su vez político, etiológico de sufrimiento y de resistencia de los cuerpos y subjetividades a su desintegración fruto de la barbarie. Si los psiquiatras o los sacerdotes pueden tratar de resarcir los sufrimientos de las personas, incluso de aquellas que sufren por haber torturado, como en el caso tratado antes por Fanon, el reconocimiento político de las víctimas es el único capaz de retratar una historia común poniéndole nombre, fecha y lugar a sus protagonistas.

1.2 El modelo clínico occidental adaptado a las personas de origen extranjero en el ámbito institucional.

1.2.1 SMES/Madrid y el programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR)

En el territorio español SMES está presente en diversas ciudades tales como Barcelona, Málaga o Madrid.

Las características en su metodología difieren en algunos puntos de una ciudad a otra, al igual que sucede con el equipo de Bruselas, sin embargo sus objetivos y líneas de actuación principales son los mismos.

SMES/Madrid está vinculada al programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR). Dicho programa nació de la propuesta de diversos profesionales, del ámbito de la salud y de lo social, pertenecientes al grupo SMES/Madrid¹, en el año 2000. Fue así como el programa nacería en el año 2003, dependiendo de la Consejería

¹ El cual si bien venía existiendo como grupo desde tiempo atrás se constituyó como asociación en 2007.

de Sanidad, bajo la forma de proyecto piloto¹.

"Entonces cuando se inició el programa lo que se plantea es desde la propuesta del grupo SMES y un poco desde la información que se recoge desde los diferentes servicios que trabajan con personas sin hogar es que bueno, hay más o menos 100, 120 personas sin hogar con enfermedad mental grave, que 20, 30 estarían en una situación de urgencia, y bueno, que eso sería por donde empezar..."

(Entrevista personal María, coordinadora del equipo de ESMR y miembro de SMES/Madrid. 2008)

La gran vulnerabilidad y absoluta falta de atención de las personas que sufren de gran exclusión social, con enfermedades mentales, en situación de calle fue el motivo por el que decidieron intervenir con esta población.

• El perfil de los pacientes

Los pacientes son fundamentalmente personas que no tienen ningún vínculo con los servicios sanitarios, se encuentran en situación de calle, y padecen enfermedades mentales graves crónicas. Principalmente psicosis como, por ejemplo, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos esquizoafectivos y depresión mayor.

Con respecto al tipo de enfermedad el programa ESMR no da preferencia a trastornos como el afectivo, el de la personalidad o el límite de la personalidad. Esto es debido a que por lo general las personas que padecen este tipo de dolencias acceden con mucha más facilidad a la red normalizada². A su vez no se contempla la atención de personas con problemas de consumo de tóxicos, a no ser aquellas con enfermedad mental grave que consumen tóxicos, ya que son otros servicios los que se ocupan de ello.

¹ No es el primer programa que trabaja con personas con dolencias psíquicas sin hogar en la Comunidad de Madrid. El PRISEMI lleva varios años trabajando con esta población en el albergue de San Isidro. A su vez existen en la actualidad otros equipos de psiquiatría de calle en Madrid (por ejemplo el equipo del Hospital "La Paz"). Por otro lado varias asociaciones como RAIS (o COMRADE) tienen programas específicos para los inmigrantes que se encuentran en riesgo de exclusión social, como PAIRE, en el cual se aborda a su vez el área, junto a otras como la socio/laboral, de la intervención psicosocial.

² En otros países, como en Bélgica, existe una tasa muy alta de intervenciones con personas con trastornos de la personalidad. Esto guarda relación con las características del sistema español, muy garantista, y el de otros países en los que el acceso a los medios sanitarios, para ciertas poblaciones, como se ha visto en esta investigación no es tan universal.

En lo que se refiere a la no vinculación con los servicios sanitarios del paciente esto puede a su vez ser no contemplado si se demanda, desde un servicio de salud mental de zona, por una circunstancia puntual y concreta, como por ejemplo, no encontrar a la persona. No obstante uno de los objetivos principales del programa ESMR es devolver a las personas que tratan a la red normalizada de asistencia.

" Porque el fin del programa siempre ha sido devolverles a la red normalizada. Ese es otro de los pilares más básicos del programa. Devolverles a la red, siempre que se pueda, y siempre que se pueda con el máximo de autonomía y con el máximo de recurso normalizado. De ahí se nos queda gente que sigue en calle. Gente que se nos queda en el albergue y que pasamos a salud mental de Moncloa o a otro servicio, gente que llega a vivir en un piso, gente que se queda en miniresidencias, gente que se queda con recursos nuestros"

(Entrevista personal María, coordinadora del equipo ESMR y miembro de SMES/Madrid. 2008)

Con respecto a la procedencia de los pacientes cabe señalar que en los últimos años, del 2003 al 2007, se ha dado un gran aumento (de un 28% a un 40%) de los pacientes de origen extranjero. En la actualidad (2008) los casos de españoles y extranjeros en seguimiento parecen ser iguales. Por lo que se puede concluir de las estadísticas e información de campo el aumento ha sido más acuciante en la población procedente del África subsahariana.

En cuanto al origen cultural de estas personas un 31% es de origen subsahariano, un 29% de la CEE, un 18% de latinoamericanos, un 7% del Magreb, un 5% de la Europa no comunitaria, 2% de Asia, 2% de USA, 5% de países árabes y un 1 % desconocido. (Informe ESMR, 2007)

Con respecto al género hay un predominio de hombres con un 68% frente a un 32% de mujeres. Según la coordinadora del programa las mujeres parecen encontrarse por lo general en situaciones de extrema gravedad y su rehabilitación es muy difícil. En este caso hay notablemente más mujeres españolas que de origen extranjero¹.

¹ Si se compara con el prácticamente igual numero de hombres extranjeros que de autóctonos. Esto puede tener diversas explicaciones entre otras la de una población más masculinizada en los colectivos más vulnerables como el subsahariano.

De las edades el pico de edad en la población inmigrante, entorno a los 20/30 años, suele ser mucho más joven que en la autóctona que está entre 50/60 años. Ambas poblaciones de pacientes padecen psicosis principalmente si bien la de los jóvenes de origen extranjero está menos deteriorada, con unas tasas mucho más bajas de consumo de tóxicos, que la de la población autóctona adulta. De esta forma la salida terapéutica es mejor en aquellos sin embargo su salida social es imposible.

"Hay diferencia a la hora de tratar e incluso a la hora de integrar, por tema de lenguaje, por tema de costumbres... pero este núcleo de población es irregularizable, con la desdicha encima de que son jóvenes, están bien... es una putada gordísima"

(Entrevista personal María, coordinadora de ESMR y miembro de SMES/Madrid. 2008)

En ese sentido parece que la cuestión de la ley de extranjería y las situaciones de exclusión a las que muchas personas se ven abocadas parece ser un elemento importante a la hora de explicar porque se encuentran gravemente enfermas, en situaciones de extrema vulnerabilidad en la calle. Como se verá más adelante en el modelo de intervención del SAPPPIR esta situación de cierre de fronteras e irregularización, y las circunstancias extremas que de ella se derivan, empuja a muchas personas a la enfermedad y la calle. Además dificulta enormemente la normalización y cura de las personas en estos contextos de irregularidad.

Desde un punto de vista del origen cultural alóctono con respecto a las altas médicas, comparativamente con la población autóctona, se puede decir que en los pacientes de origen subsahariano se suelen dar pocas altas. Casi todos están en la fase de seguimiento. Esto guarda relación con factores socio/culturales como una mayor dificultad en la integración pero principalmente con los políticos al encontrarse en situación "irregular".

En el caso de los pacientes latinos una gran mayoría es dada de alta. Esto ocurre no solo por la curación sino también por el retorno¹ al país de origen.

¹ La cuestión del retorno suele ser bastante problemática. En ningún caso se retorna de forma involuntaria. Siempre es demandada por los pacientes. En muchas ocasiones, sobretudo con población subsahariana (que se encuentra en situación "irregular"), esto plantea muchas preguntas puesto que a menudo se puede enfrentar una situación extrema, con un enorme tope de integración debido a no tener "papeles" en España, frente a otra situación trágica en el país de origen (por ejemplo provenir de Congo, Sierra Leona... u otros países en conflicto armado).

• Composición del equipo y lugar de la consulta

En lo que se refiere a la composición actual del equipo esta es de quince personas en total de las cuales cinco son educadores, cuatro enfermeros, tres trabajadores sociales, dos psiquiatras y una psicóloga. Están divididos en dos equipos, un subequipo de enganche y otro de rehabilitación. El de enganche se dedica especialmente a trabajar el primer contacto, el inicio de la relación, tratamiento con fármacos, el seguimiento, y la salida de calle y a los recursos habituales de la red de personas sin hogar como los albergues. El equipo de rehabilitación se encarga de la persona cuando está mínimamente estable para iniciar un itinerario de rehabilitación que se centra en entrenamientos, acompañamientos, regularización de tramites, etc. con el fin de que pueda ser reintegrada a la red con una cierta seguridad.

En cuanto al lugar en el que se desarrolla la consulta este depende de la situación en la que se encuentra la persona. Puede ser en la calle, en un albergue o, por ejemplo, en una cafetería. Si bien a medida que la persona se va normalizando tienden a hacerlo en una consulta.

Para ello disponen de una consulta en el centro de salud mental de Lavapiés y otra en Tetuán a las cuales los pacientes pueden acudir¹.

• Aproximación teórica y metodológica

Un elemento principal de su metodología, y que lo diferencia de otras células en España² y Bélgica, es que su trabajo se centra fundamentalmente en la atención en primera línea pudiendo acudir a albergues, a la calle u otros lugares en caso de necesidad. Esta aproximación en primera línea permite acceder a las personas que se encuentran completamente desvinculadas de cualquier proyecto, como las casas de acogida, y que además se encuentran por lo general más fragilizadas y sufren patologías más severas. Esta es a su vez una de las desventajas, si se compara con la segunda línea, ya que implica una mayor

¹ Por otra parte cuentan con seis plazas en pensiones, diecisiete plazas de alojamiento propias del programa, miniresidencias y un centro de día con treinta plazas (Informe ESMR, 2007).

² SMES/Barcelona se inspira del *modelo Star* de Londres basado en el trabajo en recursos ya existentes. Establecen un programa de continuidad de cuidados en albergues (lo cual incluye formación de psiquiatría al personal asistencial de los centros), equipos de hospitalización, y luego bajan a calle. En Madrid sucede al contrario, se centra principalmente en la atención en calle y pueden acudir a albergues u otros lugares si es necesario.

capacidad de adaptación a la persona y sus necesidades, más que una intervención en un contexto más estructurado basada en el diagnóstico, y es a largo o muy largo plazo. Por otra parte, como ya se comentó en el caso de SMES/Bélgica, está a su vez la cuestión de tipo moral que aparece cuando se acude a una persona que no demanda ayuda y, en muchas ocasiones, te rechaza.

En lo que se refiere al modelo teórico que sigue el programa este se basa principalmente en el llamado *Outreach asertivo*. Proviene de una mezcla entre los modelos de búsqueda activa de *Outreach* y los modelos de *tratamiento comunitario asertivo*. Sin embargo por las características de la población y de los lugares en los que se realizan las intervenciones la línea general suele ser la flexibilidad y la accesibilidad más que la adherencia a un modelo.

De este modo se priorizan elementos como el enganche y la construcción de una relación de confianza (una alianza terapéutica.). Para después dar paso a un énfasis en un modelo rehabilitador ligado a los deseos y metas del paciente, la vinculación con el entorno, el desarrollo de habilidades, la permanencia en la comunidad, etc.

En lo relativo a la línea más transcultural de la aproximación teórica prefieren prestar atención a una perspectiva de la construcción de la subjetividad y de la vivencia de la enfermedad y de la salud del sujeto, que a la especialización en formulaciones o aproximaciones más culturales. Evalúan la etnicidad y la diversidad cultural de los pacientes con el objetivo de adaptar la intervención a los valores, significados, creencias e itinerarios de los mismos. A su vez en lo que se refiere al aspecto lingüístico no suelen hacer mucho uso de intérpretes. Por lo general se desenvuelven en inglés, francés, portugués, griego y alemán. Tratan a su vez de aprender los lenguajes, no solo hablados sino corporales también, con los que conseguir ese vínculo y enganche con el paciente. Les gustaría hacer uso de mediadores interculturales sin embargo, debido a las características de la terapéutica a largo plazo, es muy difícil acceder a ellos.

" Te tienes que acostumbrar a un inglés que te cortan la mitad de la palabra... resulta que lo que te tienes que saber es decir palabras, en muchos idiomas y poderte entender...; intentamos saber de que religión son, eso sí es un factor muy importante....porque nos da pistas a la hora de acercarnos, y sobre como se han educado, no es lo mismo educarte en una escuela coránica que educarte en un colegio pequeño; E intentamos darle mucha importancia a lo que nos cuentan ellos de su biografía. Ir aprendiendo con ellos."

(Entrevista personal María, coordinadora del equipo ESMR y miembro de SMES/Madrid. 2008)

A su vez en lo que respecta a la etnopsicofarmacología prestan bastante atención a este aspecto a la hora de valorar la procedencia de la persona y cómo una dosis estandarizada de medicamentos para la población occidental, sin adecuarse a sus características fisiológicas, pueda afectarle negativamente¹.

" Es algo absolutamente relevante... o sea el que un psiquiatra desconozca que los grupos étnicos orientales tienen una alta prevalencia de ras cutáneo cuando les das anticomiciales, por ejemplo, o que los orientales tienen menor número de ciertas enzimas y por tanto tienes que dar más dosis de ciertas medicaciones... y que la población negra tolera peor los efectos parkinsonianos... y necesitan dosis más bajas de tratamiento en general..."

(Entrevista personal María, coordinadora del equipo ESMR y miembro de SMES/Madrid. 2008)

· Conclusión:

Con respecto a la problemática de este trabajo cabe decir, desde el cuerpo de las terapias interculturales cortado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico, que se puede situar a dicha aproximación, en su aspecto intercultural, principalmente en el área del universalismo biomédico occidental. El acercamiento al relativismo cultural lo realiza a través del despliegue de ciertas herramientas, como son las idiomáticas y ciertas nociones culturales, que tienen como finalidad un mejor conocimiento del paciente y por ende una mayor factibilidad operativa. En esta terapéutica sin embargo dominan aproximaciones y nociones propias a la psiquiatría occidental como las clasificatorias de las sintomatologías, o de los tipos de terapia. Son a su vez las características de la población y de los lugares en los que se realizan las intervenciones lo que hace que la línea de actuación dominante sea la flexibilidad y la accesibilidad más que la adherencia a un modelo.

Por otro lado estas mismas características son las que llevan a una reformulación cultural que desemboca en la adaptación de un dispositivo clínico a las situaciones de exclusión extrema en las que se encuentran esta población con dolencias psíquicas. De esta manera el trabajo del programa ESMR, y su movilidad, implica la mediación y el diálogo entre culturas profesionales, como por ejemplo la de la salud mental y lo social, con concepciones y formas

¹ Esto es algo que, en otros dispositivos, no todo el personal médico parece conocer y aplicar con el suficiente rigor.

de trabajo diferentes con el fin de encontrar las respuestas adecuadas a las problemáticas existentes.

En lo concerniente a sus implicaciones de orden político con relación al logro de la idea de justicia social, con respecto al igualitario acceso y disfrute a los medios sanitarios, recogida en los artículos correspondientes de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, la *Carta Social Europea*¹ así como *Alma Ata* cabe decir:

El programa ESMR, promovido por SMES/Madrid, participa en la labor que debe desempeñar el Estado con respecto a la asistencia a personas con dolencias psíquicas. Dicha asistencia institucional a personas en gran exclusión social y en situación de calle solo se ha venido dando, por lo general, en los casos muy graves (como por ejemplo en los que las mismas ponen en peligro sus vidas o las de los otros o que desembocan en escándalos y desórdenes públicos) dejándose de lado otros cuyas dolencias, de grado igual o mayor, no son tan "visibles" o perturbadoras del orden público. El hecho de tratarse de una iniciativa pública además le confiere una dimensión de asunción de la responsabilidad que el nivel estatal (y comunitario) tiene con sus habitantes y en especial con los más desprotegidos.

Si bien es cierto que, como comenté con anterioridad, la intervención del programa ESMR, al igual que sucede en SMES/Bélgica, posee una particularidad especial ya que los pacientes no son demandantes de ayuda, no obstante el hecho de no realizarse esta demanda no implica que la dolencia y el sufrimiento deje a su vez de existir así como tampoco descausaliza a los factores, de orden socioeconómico y político, que influyen en la creación y reproducción del mismo. Por ende no desresponsabiliza al Estado, y Comunidades Autónomas, ni de sus obligaciones de asistencia ni de su vinculación con respecto a los factores productores, como en el caso particular de las personas de origen extranjero en situación "irregular", de dolencia y sufrimiento psíquico.

¹ Acorde a los artículos 11 y 13 de la *Carta Social Europea*, así como el artículo número 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* los cuales dicen: artículo número 11, "toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda gozar", y el artículo número 13, que " toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica". El artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* señala que "toda persona tiene derecho a la asistencia médica".

A esto hay que sumarle el marco específico de obtención de la cartilla sanitaria derivado de la ley 4/2000 según el cual uno de los requisitos imprescindibles para su obtención es estar empadronado¹. De esta forma la pérdida de la vivienda, o la imposibilidad de determinar su lugar, conlleva la automática exclusión al empadronamiento de lo cual se deriva que no se puede demandar una tarjeta sanitaria.

Al estar asegurada la ayuda en caso de urgencia médica, ya que esta es universal y sin requisitos previos, las personas en esta situación pueden acudir al hospital en momentos de urgencia. Sin embargo el nivel preventivo y curativo de la atención primaria les será denegado. Esto tiene unas consecuencias de gran importancia en lo referente a la exclusión a los cuidados de salud y la exclusión social ya que, entre otras cosas, constituye un elemento más de desafiliación institucional y social de la persona. Además en lo que se refiere a la importancia de un acceso preventivo o curativo, cuando la situación todavía no es de urgencia, para evitar un empeoramiento el papel que juega puede ser principal. No poseer una casa o un trabajo no significa que se sea inmune a las dolencias y enfermedades y se pueda prescindir del, priorizado en *Alma Ata*, nivel preventivo de cuidados de salud primarios.

¹ Con las variantes antes comentadas (capítulo IV, apartado 2) relativas a la aplicación en cada Comunidad autónoma.

1.2.2 La Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

El hospital Puerta de Hierro de Madrid se encuentra situado en la actualidad, tras un reciente cambio de ubicación, en Majadahonda. Este hospital da cobertura al área 6 correspondiente al noroeste de Madrid¹.

El nacimiento de dicho hospital se remonta a 1964. El carácter de su creación fue constituirse como Centro Nacional de investigaciones Médico-Quirúrgicas. En 1969 el Puerta de Hierro se adscribiría, como hospital universitario, a la recién creada Universidad Autónoma de Madrid.

En el área de psiquiatría Luis Caballero lleva a cabo una aproximación, propia de la llamada corriente psiquiátrica transcultural, basada en la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos*. Esta se desarrolla, en la actualidad (2009), fundamentalmente en el marco de la investigación académica, de la formación y de la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural. Su actividad principal en los dos primeros ámbitos, en dicho hospital, se centra en la realización de un curso de doctorado sobre *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos (FCCP)* del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

El origen de este curso de doctorado, al igual que el nacimiento de la incorporación de la Formulación Cultural en algunas consultas del Puerta de Hierro, se remonta a 1996.

Con respecto al periodo de duración del mismo, con un carácter bianual, comprende el segundo semestre del año académico (esto es aproximadamente de febrero a junio). El lugar en el que se imparte, al menos cuando hice parte de mi trabajo de campo en el antiguo Hospital Puerta de Hierro, es en la sala principal de reunión del área de psiquiatría².

Los contenidos aplicados del seminario se basan principalmente en el análisis de estudios de caso, ya realizados por otras personas y publicados en revistas como *Culture, Medicine and*

¹ Los pacientes de Aravaca, Moncloa y el Pardo quedan ahora adscritos a la Fundación Jiménez Díaz en la Plaza Cristo Rey.

² Los pacientes que acuden sufren de dolencias con grados diversos. Sin embargo, el ingreso en la sección de psiquiatría del hospital Puerta de Hierro está destinado principalmente para casos, y brotes sintomatológicos, agudos y en régimen de internamiento en periodos de tiempo cortos.

Psychiatry o que desarrollan los alumnos en sus prácticas en este hospital u otros de la Comunidad de Madrid¹. El objetivo principal es el de adquirir habilidades con las que poder ampliar el abordaje de la sintomatología de los pacientes desde un punto de vista holístico que comprenda las dimensiones bio/psico/sociales de los trastornos mentales pero también profundizar en los aspectos culturales de los mismos.

En este sentido cabe destacar que los sujetos de estudio y de aplicación de dicho modelo no son únicamente inmigrantes², extracomunitarios o comunitarios, si no que también, como veremos más adelante, es utilizado con personas autóctonas.

• **Sobre la aparición de la FCCP en un contexto clínico.**

La práctica psiquiátrica intercultural, en el hospital Puerta de Hierro, basada en la FCCP ha nacido como respuesta frente a la necesidad, surgida en cuestión de unos pocos años en España, de trabajar con grupos etnoculturales diversos. Sin embargo no pretende erigirse en un elemento autónomo, ni crear espacios especializados para la atención a las especificidades de la alteridad que "constituyen", o a la que son constituidos, los inmigrantes. Si no que trata de formar y sensibilizar en competencias y habilidades culturales, en la línea con la escuela americana, a los profesionales sanitarios con el fin de mejorar la eficacia diagnóstica y del tratamiento.

"Científicamente nadie ha demostrado que hacer una formulación cultural digamos mejore la atención. Habría que diseñar estudios que mostrasen eso... Mi impresión es que la psiquiatría cultural es muy valiosa. En mi práctica clínica creo que me sirve mucho. Son atajos para entender cuestiones, para intervenir... y es una ampliación del foco de la mirada sobre las cosas muy necesarias. Hay cosas que sin la formulación cultural se quedan oscuras, no se entienden ...(...) A veces lo que pasa es que hay muchos psiquiatras que definen muy limitadamente su ámbito de conocimiento, dicen, yo a mi solo me interesa la psicofarmacología y desde ahí especulo... bueno yo creo que en la práctica la psiquiatría cultural, no es más que buena psiquiatría. La psiquiatría mejora si introduces el elemento cultural..."
(Entrevista Personal Luis Caballero, psiquiatra del Hospital Puerta de Hierro, 2008)

¹ Por lo general los alumnos estudian psiquiatría (encontrándose en diversos periodos de su residencia) o ya han terminado la especialización y trabajan en hospitales de Madrid. Durante mi estancia, además de los psiquiatras clínicos, una de las estudiantes es psicóloga y prepara su PIR, mientras otra de ellas es psiquiatra pero se dedica a la investigación (portuguesa, la única de nacionalidad no española del grupo).

² El hospital Puerta de Hierro atiende, en 2008, a aproximadamente un 20% de inmigrantes. De entre ellos se puede decir que hay un 20 % de magrebis, un 30% de latinoamericanos (caribeños y procedentes de países andinos y del cono sur), de Europa del este un 15%, europeos comunitarios en un 10% y en el 25% restante principalmente subsaharianos, algún asiático (filipinos, chinos, japoneses) y otras nacionalidades.

De esta forma un mínimo de formación en competencias culturales y de capacidad, y sensibilidad, para tener en cuenta variables como la incidencia que la cultura/s del terapeuta y paciente pueden tener en el diagnóstico, en la relación terapéutica y en el proceso curativo, se revelan, desde este punto de vista, como principales para una psiquiatría clínica de calidad.

Un elemento importante para el análisis antropológico es tener en cuenta el campo social desde el que las personas actúan, e interpretan el conjunto de significados y símbolos que constituyen una realidad, así como su rol (y posición subjetiva) en el mismo. De este modo la noción de cultura, y función mental, es entendida aquí, desde un ámbito clínico predominantemente biomédico, haciendo hincapié en los elementos biológicos de la que se considera nace y que la configuran. Pero sin embargo teniendo en cuenta que aquella no depende siempre y exclusivamente de la biología pudiendo constituirse en un campo semiautónomo que se hibrida y modifica.

Desde este punto de vista la cuestión de la adecuada definición de función mental, todavía inexistente, se despegaba de una consideración intrapsíquica y meramente neurobiológica para plasmarse en la cultura y las diversas dimensiones que comprende.

" La función mental no es una función meramente neurobiológica... es una función que está en conexión con la cultura... la función neurobiológica humana ha creado un mundo exterior y ha transformado la faz de la tierra, porque la transformación de la tierra ha sido consecuencia del desarrollo del lóbulo frontal humano, y digamos, su mundo de necesidades, de deseos, está puesto en la cultura, en todas las tensiones, las creencias, las ideas políticas, el deporte, en el arte y en las estructuras de las sociedades... entonces no dispones de una definición de función mental que incluya desde la neurobiología evolutiva hasta el conocimiento de la antropología cultural y los distintos medios sociales que existen, (...) si existiese podría permitir una definición de los trastornos mentales en los cuales claro que cabrían pues planteamientos menos reduccionistas que los actuales"
(Entrevista Personal Luis Caballero, psiquiatra del Hospital Puerta de Hierro, 2008)

Es así que la cultura es entendida, a efectos psiquiátricos (clínicos), como un sistema de significados que se enseña y que se aprende y que actúa como una plantilla bajo la experiencia mediante patrones de percepción, de interpretación y de comportamiento objetivos y subjetivos. Este sistema de significados determina por un lado las cogniciones, los sentimientos y el concepto de self de los pacientes y, por el otro, los procesos de diagnóstico y de tratamiento psiquiátrico (Caballero y cols. 2005).

Desde el punto de vista de esta aproximación dos herramientas se revelan como importantes a la hora de tratar de abordar el diagnóstico y el tratamiento del paciente desde un enfoque no reduccionista. Por un lado el dominio de habilidades antropológicas de tipo general, como por ejemplo el conocimiento de las teorías de la cultura. Y por otro la capacidad de aplicar el conocimiento etnográfico¹.

• La FCCP en el manual diagnóstico DSM IV.

Para explicar la metodología de la aplicación del modelo de la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos (FCCP) debo remitirme al manual que articula su práctica. Este es el DSM IV/tr (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder).

Si bien han existido otros compendios clasificatorios de los trastornos mentales como los *Feighner Criteria* o los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) ninguno de estos ha tenido un impacto tan importante en la psiquiatría contemporánea, llegando a superar de tal modo el contexto (norteamericano) para el que fue diseñado, como el DSM-III.

EL DSM IV² posee una estructura multiaxial. Cabe señalar que los dos primeros ejes están compuestos por categorías relativas a los trastornos psiquiátricos (demencia, depresión, fobias, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.) o retraso mental y el tercero es el referente a las afecciones médicas del paciente.

Los dos últimos ejes son explicativos del valor, heurístico, que se concede a los aspectos psicosociales en dicho manual. En ambos se considera la información de carácter psicosocial

¹ En este caso, tal y como dice Bibeau (1997) se trata de conciliar dos vías principales en la imbricación de la antropología y la psiquiatría. Por un lado la idea que retoma Ulf Hannerz (1993), de que la psiquiatría necesita estudios macroantropológicos del flujo cultural, y la configuración de la cultura, en los sistemas globales. Y la que sostiene Milton Singer (1991) sobre la prioridad de los estudios "microantropológicos" sobre el sentido y la semiótica de los mundos locales.

² Es interesante señalar que el DSM I y II (nacidos en 1952 y 1968 respectivamente), fueron predominantes en orientaciones más próximas a los enfoques psicosociales y psicoanalíticos, y el DSM III (publicado en 1980, y su continuación en el DSMR y DSM IV), con la vertebración de su estructura por medio de, entre otras cosas, la desaparición del concepto de neurosis y la limitación del valor heurístico del concepto de psicosis, marcó un giro hacia una perspectiva y estructura de tipo neokraepeliniano (A. Martínez Hernández. 2000:252).

(p ej. tensiones psicosociales y situación psicosocial) y ocupacional global del paciente¹.

A diferencia de sus anteriores versiones, presenta una relevante novedad relativa a la importancia que confiere a los factores culturales.

El nuevo protagonismo de los aspectos culturales en el DSM-IV² queda reflejado en un capítulo especialmente dedicado a la FCCP. El cual se divide en cinco apartados que el psiquiatra debe abarcar para su evaluación clínica, estos son:

- *Identidad etnocultural*: En el se trata de llamar la atención sobre la información que se refiere a los grupos de referencia étnica y cultural asignados al paciente. La identidad es entendida de una forma híbrida y relacional. Sus elementos fundamentales son la lengua (fundamental su dominio o acceso a ella por parte del profesional), la religión y elementos subculturales relevantes asociados al género, la edad, las variables socio/demográficas, etc.

- *Las explicaciones de la enfermedad y la búsqueda de ayuda*: Se refiere a los modelos explicativos de la enfermedad los cuales abarcan la etiología, los procesos patológicos, el curso del trastorno, el tratamiento apropiado y la evolución esperable en un medio socio/cultural dado.

- *El ambiente psicosocial*: Determina las condiciones de vida del paciente y proporciona el sentido y las interpretaciones de la enfermedad. El clínico debe conocer las características del ambiente cultural del paciente y del significado que se da en él a la enfermedad mental para comprender el impacto que aquella tiene sobre la vida del mismo.

- *Relación entre el clínico y el paciente*: Dado que el rol del sanador/médico difiere según los contextos culturales todo clínico ha de ser capaz de identificar y controlar su propia

¹ Sin embargo la no necesidad en el diagnóstico de tenerlos en cuenta, corrobora un cierto reduccionismo de las concepciones clasificatorias de este manual.

² El futuro DSM V, de aparición en torno al 2011, parece querer desarrollar con más detalle los aspectos aplicados de dicha Formulación Cultural.

trayectoria etnocultural, cómo es percibida por pacientes de distintas culturas (transferencia cultural), y cómo reacciona a ello (contratransferencia cultural)¹.

- *La evaluación cultural global*: Trata de integrar todos los elementos pertinentes al contexto cultural, la identidad de los pacientes, la enfermedad y el contexto psicosocial en una formulación que enriquezca y oriente el diagnóstico y el tratamiento.

" Hay aspectos de la transferencia y contratransferencia que son fundamentalmente culturales, que no se establecen en un plano individual, no es porque esta persona me recuerde, o me parezca o me caiga bien o mal, sino por la plantilla cultural sobre la que ese paciente se mueve y la plantilla cultural sobre la que se mueve el psiquiatra. Y ese tipo de elementos cuando se contemplan en la práctica se contemplan de una forma muy poco sistemática, de hecho...(es importante) simplemente que la formulación cultural llame la atención sobre eso, sobre que eso tiene valor clínico.."

(Entrevista Personal Luis Caballero, psiquiatra del Hospital Puerta de Hierro, 2008)

• **Aplicando la FCCP en la consulta de psiquiatría: estudios de caso.**

En lo que se refiere al contexto específico de la FCCP en el curso de doctorado del departamento de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) se puede resumir que de los 75 casos formulados, desde 1996 al 2007, los siguientes fueron los problemas, atribuidos a factores culturales, más recurrentes y de mayor importancia con los que se encontraron los psiquiatras en su relación con los pacientes:

Barreras con el lenguaje (principalmente con algunos de origen africano y oriental), dificultades en el diagnóstico de personalidad normal o patológica, errores críticos en el diagnóstico o en el tratamiento por factores culturales, limitaciones en el abordaje psicoterapéutico, aspectos complejos o inusuales de transferencia o contratransferencia, farmacocinética o farmacodinámica inesperadas.

Con el fin de entender la aplicabilidad de dicho modelo y sus particularidades e innovaciones , en la relación terapéutica intercultural, menciono a continuación dos estudios de caso trabajados durante los seminarios en el hospital Puerta de Hierro. Uno ha sido publicado en la revista *Culture, Medicine and Psychiatry* (Robert Lemelson y Luh Ketut Suryani, 2007) y se refiere a un caso de posesión *Ngeb* en Bali. Y otro fue publicado en *Formulación cultural de casos*

¹ LLama la atención sobre cuestiones como percepciones y actitudes clínicas en las que puede subyacer el racismo, o ser reflejo de nociones y aspectos de la cultura dominante, comprometiendo la evaluación psiquiátrica y el abordaje terapéutico.

psiquiátricos DSM-IV-tr en la clínica (Caballero y cols. 2005), desarrollado en el seminario de psiquiatría cultural de la UAM, y trata de un adolescente español que vive en una ciudad dormitorio de Madrid.

El caso del adolescente español revela aspectos de gran interés clínico/etnográfico en la terapéutica intercultural, entre otros la no necesidad de provenir de un país exótico, con una patología de corte lírico/romántica, abordando cuestiones como el efecto cultural de la variable rural/urbano y de los grupos subculturales juveniles. Al mismo tiempo que escenifica una interesante visibilización de la implicación de los elementos subjetivos/culturales del psiquiatra en la relación terapéutica¹.

La formulación cultural en el caso de Bali permite abarcar dimensiones que van desde la médico/biológica hasta la socio/histórica y política que se entrecruzan en el relato etnográfico.

De esta forma el cuadro clínico del paciente no es circunscrito única y exclusivamente a una mirada biomédica organicista, ni cultural monolítica y esencialista. Siguiendo los apartados del DSM IV descritos con anterioridad traza un recorrido que abarca los diversos factores etiológicos que desencadenan la sintomatología del paciente confiriendo una relevante importancia al contexto socio/cultural e histórico, el cual proporciona en última instancia la plantilla sobre la que se configura la significación, representación y vivencia de la dolencia.

Si desde un análisis universalista biomédico clásico se pueden vislumbrar factores orgánicos y, en menor medida, psicosociales, la formulación cultural en este caso amplía el espectro explicativo del *distress* hasta imbricar los modelos interpretativos de paciente, posesión por un espíritu, y los del médico, posible esquizofrenia, en un marco contextual en este caso compartido por toda una generación.

Este es el de la aparición del llamado *Ngeb*, estado de aislamiento, mutismo y evitación social representado, en la sociedad balinesa, por la visión y posesión de espíritus, que tuvo su origen en el alzamiento de Suharto en 1965. De este modo se recorre un camino etiológico que va desde lo individual a lo colectivo. Desde lo ahistóricamente cultural o biológico hasta la ampliación explicativa del sufrimiento en la supresión de la memoria social, a través de la

¹ En este sentido es de gran interés, en la FCCP de carácter etnográfico que realiza el psiquiatra, la remisión a los elementos destacables, en la relación terapéutica intercultural, tanto de los supuestos implícitos desde los que parte este a los que se derivan de la contratransferencia.

represión y del terror del régimen de Suharto, causada principalmente por el impacto postraumático de haber presenciado la matanza de vecinos y familiares¹.

• CONCLUSIONES

A decir de diversos autores, como E. Brody (1997) o Luis Caballero, la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* se revela fundamentalmente como la práctica de una buena psiquiatría.

De este modo se puede entender que la buena psiquiatría es aquella capaz de, en el ámbito clínico, obtener mejores resultados con los pacientes, minimizando efectos no deseados contrarios a la curación y colaboración en la adquisición de autonomía del paciente. Esto, según Brody, implica inevitablemente la concepción de que lo cultural y lo social son inseparables. De esta forma se hacen necesarias propuestas de análisis cultural sobre cuestiones como el impacto de las tecnologías biomédicas y las posibilidades de aplicación de la psiquiatría a la resolución no violenta de conflictos. Así como otras relacionadas con las poblaciones marginales, los refugiados, los problemas psiquiátricos asociados al trauma y la tortura, etc. (E. Brody 1997. En Caballero 1999:6).

De este modo la práctica de la psiquiatría cultural, o transcultural, puede moverse entre dos polos.

Por un lado la apertura, crítica, de las concepciones y limitaciones de la psiquiatría en un ejercicio de cuestionamiento que permita, en la línea con Marika Moisseeff (1997), efectos de transformación en la práctica psiquiátrica. De esta manera se pueden incluir elementos como la consideración bio/psico/social (y añadiremos política) del malestar por medio de la elucidación que permite una, no reductiva ni esencializadora, mirada cultural. Así como el análisis constructivo, y deconstructivo, de la cultura biomédica en la que se encuentra

¹ Desde este punto de vista el *Ngeb* consiste en una relación con los espíritus que permite al afectado sobrevivir y compensar los estados de sufrimiento, pero también, principalmente, constituye una forma de protesta política, un mutismo contra un régimen de terror.

instaurada la praxis clínica sanitaria y el terapeuta. Vislumbrando los efectos biopolíticos de las prácticas y, cabe añadir, su relación con la gestión y gobernabilidad de los cuerpos, así como los elementos constitutivos, y la posibilidad de transformación, de las mismas. Desde esta perspectiva lo que surge tras una problematización de la falta de eficacia del modelo occidental con los pacientes de origen extranjero, así como de la relación entre salud mental e hibridación y mestizaje de trayectorias y culturas en un mundo globalizado, puede resituarse en una mejora de la psiquiatría, una psiquiatría de calidad, capaz de mantener la, no siempre cómoda y sencilla, relación entre lo cultural y lo socio/político, lo público y privado, lo individual y colectivo.

De este modo evitaría aspirar a reconstituirse en una suerte de ciencia social psiquiátrica que, como hacia cierta antropología, en el contexto colonial, o sociología en la Europa de finales del S. XIX¹ (al tratar de instaurarse como ciencia imprescindible para la gobernabilidad de las sociedades y gentes), desempeñe un papel de microingeniería social en la constitución de lo definible y abordable como específicamente psiquiátrico. Sin relativizar su mirada, y los efectos que produce, y aceptar la honesta vulnerabilidad concomitante a todo proceso de apertura, aprendizaje e intercambio entre la diversidad de culturas e itinerarios profesionales y profanos, autóctonos y alóctonos.

El polo opuesto es una psiquiatría cultural, acrítica, que se reviste como tal con el fin de encontrar una legitimidad a sus puntos flacos desde y para la llamada "alta cultura" dominante. Una psiquiatría que se convierte en un anexo de las nociones, prejuicios y actitudes estereotipantes y hostiles de la relación biomédica con aquellos definidos como alteridades. Tratando de suavizar la visibilización, del orden epistémico y metodológico, de los límites que una mirada predominantemente medicalizadora e intrapsíquica conllevan. Además de abordar los efectos en la gestión de las conductas y la delimitación paradigmática entre normal y anormal, desde un ángulo esencialista interesado por aquello, que en el *pasaje evolucionista del paciente* en la relación terapéutica, comprende significaciones y representaciones autónomas y de corte exotizante².

¹ Y actualmente, en ocasiones, también al defender sus prácticas y discursos sin problematizar los elementos posibilitadores y constitutivos de los mismos.

² Retomando lo que decían varias compañeras del curso de psiquiatría cultural, sobre como los psicofármacos funcionan a menudo pero no atajan la verdadera causa de la enfermedad que en muchos casos es del orden social (un paciente le decía a una de ellas: "*mis síntomas aparecieron cuando me quedé sin casa, lo que yo necesito para curarme es una casa*"), sería tan limitada una perspectiva de racionalidad biologicista reduccionista como

Las prácticas concretas oscilan entre estas dos posiciones dialécticas. En lo que se refiere a la ubicación de la FCCP, en el Hospital Puerta de Hierro, en los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico y su implicación en el acceso y disfrute igualitario a los medios sanitarios de las personas inmigrantes, cabe comenzar señalando que hoy por hoy la FCCP no es una práctica sistemática, mas allá de la sensibilización y del importante trabajo de investigación académico, debido a sus limitaciones. Principalmente hay que destacar la incompatibilidad entre el tiempo que requiere para llevarla a cabo, y del que se dispone en las consultas¹.

De esta forma, como señala Luis Caballero (Entrevista personal. 2008), la FCCP hoy en día es un epígrafe poco desarrollado de la psiquiatría clínica cuyo uso resulta excepcional.

Sin embargo si no consigue, por el momento, convertirse en un método de intervención específico que se imbrique con eficacia, desde los manuales de referencia general como el DSM IV, en el campo de la clínica si son otras sus aportaciones y resultados. Entre otros se encuentran los siguientes:

- Por un lado *la indagación en la cultura del propio terapeuta*. En este sentido cabe destacar la exploración en los rituales y pasajes del psiquiatra, idiosincrásicos y diferentes del de otras especializaciones médicas². De esta forma se trata de, en un ejercicio de relativización,

otra culturalista que esencializase a la persona y tratase de explicar sus conductas y expresiones desde su adscripción a una noción de cultura reificadora y autculpabilizante. En este caso la corriente británica de psiquiatría transcultural se revela de gran interés al apostar por un abordaje del sufrimiento psíquico desde un punto de vista holístico que auna la variable cultural con las condiciones sociales y económicas y las deficiencias en la accesibilidad a los recursos sanitarios, así como de los procesos que inciden en un diagnóstico erróneo del colectivo de inmigrantes (Litlewood and Lipsedge, 1997).

¹ Por otro lado aunque se han propuesto modelos de exploración (similares a la entrevista psicodinámica o la entrevista y exploración psicopatológica adaptada (Caballero y Obiols, 2002) cabe destacar la no disponibilidad del clínico de métodos e instrumentos de exploración rápidos y específicos aceptados por todos. Así como la heterogeneidad, conceptual e ideológica, de los estudios culturales o la no existencia de un nexo aceptado por la comunidad entre la FCCP y la formulación clínica y biológica de los casos psiquiátricos (Caballero, 2005). No obstante se están desarrollando en la actualidad diversas propuestas e instrumentos para la evaluación cultural de casos clínicos como el IGDA (IGDA, workgroup, IGDA introduction Br, Psychiatry 2003).

² En este sentido cabe comentar que en el periplo de mi trabajo de campo en los diversos hospitales y asociaciones, en España, he podido observar cómo se criticaba en más de una ocasión las limitaciones de la formación psiquiátrica, tanto por parte de los propios psiquiatras como de otros profesionales de la salud mental, no teniendo, por ejemplo, en muchos casos nociones mínimas de procesos básicos como la abreacción, la contratransferencia o la transferencia. Como experiencia personal durante mi observación en ambos países, pero en España de forma más evidente, fui testigo en numerosas ocasiones de la relación de la industria farmacéutica con los médicos en los hospitales (aquellos me confundieron en varias ocasiones con uno dando lugar a

abordar, además de la personalidad del terapeuta, la cultura o culturas que le conforman y desde las que actúa. Por otra parte dicha visibilización de la culturalidad biomédica desde la que se observa entraña una serie de implicaciones entre otras la asunción de la subjetividad, y de los procesos que la construyen, del psiquiatra, y la importancia de la misma en el diagnóstico y relación terapéutica con el paciente.

Así lejos de ser un elemento disruptor pasa a constituir, tal y como ocurre en la etnografía, un elemento fundamental para entender la diversidad de manifestaciones de la conducta humana. De hecho primigenio observado científicamente, y con carácter universal, se viaja hacia el modelo interpretativo, dinámico, particularizable a los contextos y culturas desde los que los sujetos actúan y realizan sus prácticas.

- *La sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural.* Esto se aplica, en el caso del Hospital Puerta de Hierro, tanto a las personas de origen extranjero como a las autóctonas. De este modo se trata de sensibilizar a los psiquiatras con la diversidad de itinerarios socio/culturales que los pacientes tienen y la importancia de visibilizar, y erradicar, las barreras, prejuicios y problemáticas que se presentan al encontrarse modelos y narrativas explicativas (*illnes narratives*) (Kleinman, 1988) diferentes. En este caso, además de la sensibilización por diversos medios como los seminarios, se proponen recomendaciones, fruto del trabajo de investigación académica, para integrar los factores culturales en la práctica clínica¹ (Caballero L, Obiols J, 2002) y evitar errores en el diagnóstico y tratamientos más adecuados.

En el particular de las personas de origen extranjero, y las problemáticas que presenta la relación terapéutica, el área de psiquiatría está tratando de incorporar a mediadores

situaciones de gran interés antropológico). Estos tratan de introducir la prescripción de los medicamentos de las compañías a las que representan a los pacientes por medio de incentivos como por ejemplo el pago de formaciones (cursos, masters...) y asistencia a congresos, de alto coste económico. En el caso de los psiquiatras evidentemente esta no es la única o principal formación que reciben, pero sí da una muestra de la gran capacidad económica de esta industria que se traduce, entre otras cosas, en la relevancia de su presencia en ámbitos tan variados como la formación, la prescripción, la publicación o la investigación (en uno de los encuentros fortuitos en los que fui confundido con un médico, poco antes de celebrarse una de las sesiones del curso en el Puerta de Hierro, una trabajadora de este sector me dijo con orgullo que la industria farmacéutica tenía tanto peso en EE.UU. que quitaba y ponía presidentes. Un discurso contundente que convence a los que, en ese sentido, tuviésemos alguna duda).

¹ Frente a la imposibilidad, e innecesariedad en muchos casos, de hacer una etnografía para cada paciente se proponen herramientas de abordaje para los psiquiatras tales como detenerse en los detalles de tipo cultural que se consideren relevantes, y que puedan comprometer el diagnóstico o el tratamiento, hablar con la familia, buscar por otros medios información sobre elementos problemáticos que no se entiendan, etc.

interculturales para solventar barreras como las lingüísticas y culturales. Cabe mencionar que en la actualidad si bien se revela como un mecanismo eficaz para la lucha contra la desigualdad de acceso y disfrute a los medios sanitarios, como ya se habló en el apartado correspondiente, las administraciones públicas por el momento no están dispuestas a invertir en este sentido. De este modo los presupuestos para proyectos de mediación intercultural sanitaria provienen, en muchos casos, de entes privados¹.

- *La (re)aparición de los procesos socio/culturales de construcción de la subjetividad* y de la vivencia y sentido de la enfermedad, es capaz de aunar una perspectiva holística bio/psico/social en la que el individuo no solo pertenece a una cultura o culturas, autónomas a las anteriores dimensiones y desde la cual se le considera, sino que de un modo particular y dinámico las padece, retraduce, construye e hibrida.

De este modo frente a la limitación de una mala psiquiatría que solo se ciña a elementos parciales como los fisiológicos² o psíquicos, la aparición de lo cultural, y de una concepción antropológica del ser humano y de los procesos salud/enfermedad/curación³, en la práctica médica es capaz de mejorar las limitaciones de una intervención susceptible de reducir a los pacientes, y sus subjetividades y contextos de vida. Así como de hacer hincapié en la comprensión reflexiva de los espacios, prácticas y, en definitiva, culturas desde las que los profesionales de la salud mental actúan.

Por último cabe hacer una mención a los condicionantes en las que se desarrolla la consulta⁴. Esto tal vez sea explicativo de ciertas tendencias y dinámicas que se instauran con comodidad en la práctica clínica como la importante presencia de la medicalización, frente a por ejemplo aproximaciones fundamentadas en elementos de otra índole. Aquí desempeña un papel no

¹ Este será el caso, de salir adelante el proyecto, del área de psiquiatría del hospital Puerta de Hierro.

² Y que además los considere erróneamente como en el caso de la poca atención que se presta a la importancia de la etnopsicofarmacología y la variabilidad de efectos y adecuación de prescripciones según las características fisiológicas ligadas a ciertos factores etno/culturales.

³ Concepciones formuladas por autores que tendieron puentes desde la antropología médica a la psiquiatría como Fabrega, Kleinman, Kirmayer o, en Japón, Takeo Doi (1988).

⁴ El cambio que acaba de realizarse en la ubicación del hospital da lugar, entre otras cosas, a una nueva cobertura con distinta población, así como a una reconfiguración de su espacio. Del mismo modo factores como la introducción, en el nuevo hospital, de la gestión privada, probablemente jueguen un rol, que se visibilizará con el tiempo, en la modificación de las condiciones en las que el personal sanitario desarrolla su trabajo, así como en la mayor o menor capacitación, y adecuación, de camas, medios y servicios para la atención a los pacientes.

desdeñable las condiciones de falta de tiempo de las consultas¹ y de espacio, que se pueda adecuar a la creatividad o negociación de otras aproximaciones, y que sin duda colaboran en la hegemonía de la conformación de una praxis cultural psiquiátrica como la existente.

Retomando la voz de dos compañeras, psiquiatras, de asistencia al curso de doctorado de psiquiatría cultural:

"Lo más problemático de todo esto son las condiciones de tiempo y precariedad en las que se trabaja, donde no te da tiempo a prestar atención a las cosas importantes"

· **La FCCP en los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural.**

Por todo esto, desde la hipótesis principal que guía esta investigación, se puede concluir que esta aproximación se encuentra en el eje dominado por el universalismo biomédico, del *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, aliándose con la antropología para la adquisición de herramientas que permitan comprender y abordar, en el proceso del diagnóstico y la curación, los universos e itinerarios socio/culturales diversos de los pacientes. Al mismo tiempo que se explora en los de los profesionales de la salud y en el campo social en el que desarrollan sus prácticas.

Como conclusión, por lo que a dicha hipótesis principal respecta, cabe apuntar que el trabajo realizado por Luis Caballero relativo a la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* en el Hospital Puerta de Hierro, coadyuva en el objetivo de un acceso y disfrute igualitario a los cuidados de salud, contemplado en los artículos 11 de la *Carta Social Europea*², así como en el 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*³, de la población de origen extranjero. Implementando medidas y herramientas que, desde un trato igualitario y no estigmatizante, facilitan la adecuación del diagnóstico y tratamiento, así como la relación entre personal sanitario y paciente.

¹ Si bien no todo se puede limitar a dicho argumento existiendo, como ya se comentó antes, otros como el peso ideológico, político y económico de *lobbys* como el farmacéutico.

² El cual señala que "toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda gozar".

³ El artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* destaca que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

La falta de interpretes y traductores cualificados¹, así como, entre otras cosas, la no existencia de proyectos de mediación intercultural hospitalaria promovidos por las administraciones públicas, o de investigación en la mejora de la adecuación de terapéuticas para pacientes con los que la aproximación estándar suele fracasar, nos lleva, si bien esta vez desde el ámbito de un hospital público, de nuevo a la siguiente conclusión: El estado y las comunidades autónomas competentes en materia de políticas sanitarias, son responsables de la incongruencia que supone en un sistema garantista no facilitar el acceso y calidad del tratamiento a todos los usuarios por igual. Creando diferenciaciones principalmente relacionadas con un dominio de la lengua autóctona, además de con una adecuación, segregadora, entre el bagaje socio/cultural del paciente y el hegemónico en los cuidados de salud.

De este modo son de nuevo actores puntuales los que tratan de tender, en el seno de las instituciones públicas, puentes que permitan dicha igualdad de acceso desde el desarrollo de herramientas, como en este caso la *FCCP* y la *sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural* o el intento de incorporación de figuras como la mediación intercultural en el ámbito hospitalario, sin un mínimo de ayuda financiera ni logística por parte de las autoridades gubernamentales a las que compete velar por la calidad de estos servicios.

¹ Cuando no la falta "a secas", o el uso de aparatos rocambolescos como las máquinas traductoras que, según diversos profesionales sanitarios, dificultan aun más la comunicación. En este sentido es de destacar el valioso esfuerzo que realizan ONGs como SETI (COMRADE) en Madrid, y muchos otros voluntarios, para proveer de este servicio de traducción a los hospitales.

1.2.3 El SAPPPIR y la aproximación de los *duelos migratorios* y el *Síndrome de Ulises* en el Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

La Fundación Sant Pere Claver de Barcelona es un hospital privado sin ánimo de lucro, que cuenta con financiación pública, creado en el año 1948 en el área urbana de Barcelona de los barrios de Poble-Sec y Sants. Presta servicio público en el área de la salud mental así como en otras especialidades como la alergología.

El edificio principal, en el que se encuentra el SAPPPIR (Servicio de Asistencia Psicopatológica y Psicosocial para Inmigrantes y Refugiados), se halla en el barrio de Poble Sec. Dicho barrio se caracteriza urbanísticamente por ser el primer ensanche creado en Barcelona (a mediados del S. XIX) encontrándose enclavado en una estrecha zona entre la avenida de Paralel y Montjuïc.

Tanto Poble Sec como Sants han visto incrementarse de forma importante, si se compara con otras áreas de Barcelona, el número de personas de origen extranjero que viven allí a partir del año 2000 principalmente. Si en Barcelona se ha dado un aumento de un 4,9%, según el censo del 2001, de la población residente de origen extranjero a un 12,8%, en enero del 2007, ambos barrios han experimentado un proceso análogo incrementado por sus especiales características como, entre otras cosas, el bajo coste de la vivienda. De esta forma en el 2003 el 27,6% de la población de Poble Sec y el 27% de Sants eran inmigrantes extracomunitarios¹.

Entre las regiones de origen más numerosas a destacar en ambos barrios están Latinoamérica (Ecuador Peru, Colombia...), Marruecos y Paquistán.

El SAPPPIR es un servicio, enclavado en la Fundación Sant Pere Claver, especializado en investigación y atención a los inmigrantes extracomunitarios y refugiados que funciona desde 1994. Dicho dispositivo pertenece a la asociación GASIR (Grupo de Asistencia a los Inmigrantes y Refugiados).

¹ Si bien a diferencia de otras zonas, como los barrios obreros, en Poble Sec por sus características de abandono y degradación sí existe un riesgo de marginación social (Agustín Frizzera. 2008).

La asociación GASIR fue fundada en 1990 por un equipo interdisciplinar de médicos, psiquiatras, psicólogos y antropólogos con los siguientes objetivos:

- Desarrollar programas específicos en el campo psicosocial y de la salud mental (SAPPIR).
- La atención psicosocial será, independientemente de la situación clínica y social del paciente, gratuita.
- Promover la colaboración entre profesionales sanitarios y de las ciencias sociales.
- La atención psicológica tendrá en cuenta el trabajo desde la perspectiva de la psiquiatría y la psicología transcultural.
- Ofrecer un fórum abierto e interdisciplinar de reflexión y debate, así como docencia y supervisión a otros profesionales.
- Favorecer el contacto de los inmigrantes con los servicios asistenciales y con la comunidad autóctona.
- Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de ayudar a resolver esta problemática.

• **El origen del SAPPIR, sus características y el perfil de los pacientes**

Para explicar como el servicio de atención a inmigrantes y refugiados SAPPIR de la fundación Sant Pere Claver nació hay que remitirse al contexto de la decisión de la Unión Europea de cerrar sus fronteras, así como al fenómeno demográfico de la concentración de inmigrantes y la mayor atención de los medios de comunicación al mismo (Mariola Bernal, 2002).

Es así que en un principio el servicio nació como respuesta a la falta de cobertura de los servicios sanitarios públicos a las personas inmigrantes en situaciones de exclusión social.

Esta realidad fue cambiando con la ley 4/2000¹, y la universalización al acceso sanitario de las personas en situación irregular, así como también cambió la situación de estas personas con el progresivo cierre de fronteras en la UE. Este cierre de fronteras dio origen, como se explica más adelante, a una situación especial de extrema vulnerabilidad para una población de miles de personas. La creación de un dispositivo de prevención, inexistente en la red de asistencia pública, para esta población centrado en el llamado *Síndrome del Inmigrante con Estrés Múltiple y Crónico* es en la actualidad una de sus líneas de trabajo principales.

La composición del SAPPIR ha ido variando a lo largo de los años y de los programas. En la actualidad, año 2009, los componentes son dos psiquiatras, una psicóloga y una persona con formación en sociología. A su vez cuentan con un mediador intercultural habitual de origen magrebí, al que acuden en los momentos de necesidad².

Por lo que se refiere a las personas a las que está dirigido el servicio estas son: inmigrantes extracomunitarios que sufren problemas derivados de la adaptación al nuevo entorno, independientemente de la situación legal en la que se encuentren. En este sentido el servicio se centra en la atención a los inmigrantes extracomunitarios debido a las dificultades, de diverso tipo como la legal, que atraviesa dicho colectivo. Por otro lado atiende a su vez a los demandantes de asilo y los refugiados³.

En la actualidad la consulta se ofrece un día a la semana⁴, por lo general el martes o miércoles, en horario de tarde.

En lo que respecta a las vías de llegada de los pacientes a dicho servicio estas son diversas. Según las estadísticas del servicio la mitad, aproximadamente, vienen derivados de servicios

¹ Hay que mencionar que antes de la implementación de la ley 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que universalizó el acceso a la cartilla sanitaria de los inmigrantes independientemente de su situación administrativa, los inmigrantes "sin papeles" eran atendidos por ONGs y fundaciones como esta.

² Para los casos específicos de mediaciones interculturales con pacientes de origen chino u otros países buscan a otros mediadores (Achotegui. Entrevista personal 2009).

³ GASIR firmó un convenio en 1998 con Cruz Roja Barcelona, en el cual el SAPPIR proporciona atención psicopatológica y psicosocial a los refugiados y demandantes de asilo en Cataluña.

⁴ A lo largo de los años ha ido variando de uno a dos días por semana.

sanitarios, son médicos de otros hospitales quienes les derivan. La otra mitad llega a través de los servicios sociales o de las asociaciones de inmigrantes.

Uno de los motivos principales por los que suelen llegar estos pacientes derivados es el relacionado con el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Múltiple y Crónico* o más conocido como *Síndrome de Ulises*. Si bien algunas personas de origen extranjero acuden con otros cuadros diagnósticos como por ejemplo patologías (depresiones...).

Con respecto a los orígenes culturales de los usuarios estos son un tercio magrebí, otro tercio latinoamericanos (principalmente ecuatorianos), y el resto está repartido entre comunidades como la paquistaní principalmente y en menor medida africanos subsaharianos. Esta distribución guarda relación con el porcentaje de inmigrantes en el barrio en el que se ubica dicho servicio¹.

El enfoque principal del equipo es el psicosocial², si bien consideran relevante la aproximación intercultural y pluridisciplinar. Uno de los ejes principales que orientan el marco de su intervención es un planteamiento psicodinámico referido al proceso migratorio y que presta especial atención al concepto de estrés en el duelo migratorio³.

"Siempre ha sido un equipo que ha intentado trabajar desde una perspectiva psicosocial y teniendo en cuenta también los factores culturales, pero quizás poniendo más peso en las dificultades psicosociales que tienen los inmigrantes... Nosotros combinamos elementos psicoanalíticos, cognitivos, de psicología social, elementos de psicología cultural, Entonces bueno hacemos un planteamiento que junta distintos elementos para hacer la intervención... nos centramos mucho en el concepto del duelo migratorio, de estrés en el duelo migratorio, y este es el eje un poco a partir del cual intervenimos porque creemos que también hay una correlación entre el estrés y el duelo y la patología, entonces ese es el eje del trabajo por eso es un planteamiento más psicodinámico o cognitivo referido sobretudo al proceso migratorio".

(Joseba Achotegui, director SAPPPIR, entrevista personal 2009. Barcelona)

¹ Y a su vez con la distribución general en Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona (bcn.cat media)).

² El tratamiento psicoterapéutico trata de aliviar los síntomas superficiales, proporcionar medicamentos para, por ejemplo, la ansiedad y desarrollar una terapia psico/dinámica con el objetivo de reorganizar la vida social y relacional de la persona en el país de recepción. (Mariola Bernal, 2002).

³ Lo cual reenvía de nuevo a la importancia del concepto de resiliencia de la persona, explicado en detalle con anterioridad (ver EXIL, pág. 307).

El concepto de estrés puede ser definido como “una relación particular entre la persona y su entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar” (Lazarus 2000; en Achotegui. 2004). Duelo se refiere al "proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Se podría establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”. (Ibidem: 2004).

Es así que, como se dijo antes, el nacimiento de esta aproximación viene originado por el progresivo, y demoledor, cambio de las políticas y normativas que dirimen las situaciones en las que los inmigrantes extracomunitarios se encuentran en la Unión Europea y, en este caso, en España. El cierre de fronteras, los problemas de regularización, la dificultad derivada de la falta de papeles para encontrar un trabajo, de ser expulsado, no poder salir y no poder ver a sus familias ni reagruparse con ellas... todos estos factores socio/políticos comienzan a afectar a la salud mental de estas personas en diferentes grados que pueden ir desde un cuadro reactivo de estrés (como el denominado *Síndrome de Ulises*) a una patología de tipo diverso.

"... yo lo describí en el año 2002 porque a partir del 2000 más o menos, empezó a cambiar la problemática que se veía aquí en los inmigrantes. Es decir nosotros trabajamos desde los años 80 en migración y salud mental, y ha habido distintos momentos, distintos contextos, y en el año 2000 más o menos se produce una situación en la que se empiezan a poner pegas importantes en las regularizaciones y los inmigrantes empiezan a percibir que las fronteras se cierran, que no tienen salida, entonces esto les empieza a alterar, cosa que antes no pasaba porque yo recuerdo en los años 90 haber hablado aquí con inmigrantes sobre el tema de los papeles y decirte, "es que no tengo tiempo de ir, ya lo haré... a mí bah, pues esto..." o sea no era un problemática. Pero a partir del 2000 se convierte en un problema, empiezan a restringir toda la entrega de documentos y entonces nos empezamos a encontrar con emigrantes que ya no pueden volver, que ya no pueden traer a sus familias, que empiezan a ser expulsados, que tienen problemas para tener papeles y por tanto para tener trabajos en condiciones, y es de aquí de donde sale la idea del *Síndrome de Ulises*, como el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico Múltiple*, una situación que no controlan, que les empieza a afectar y que da lugar a unos síntomas que no son los de una enfermedad mental, sino los de un cuadro reactivo de estrés"

(Joseba Achotegui, director SAPPPIR, entrevista personal 2009. Barcelona)

De esta manera en dicha aproximación se afirma que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología.

• El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple

El *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple* o *Ulises* se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro, porque aparece un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental.

Es importante destacar que dicho síndrome se halla inmerso en el área de prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento. De este modo la intervención tiene por objeto evitar que las personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental estándar¹.

De esta manera, tal y como plantea Achotegui (2000:87), existen 7 duelos en la migración:

- 1- La familia y los seres queridos, sobre todo si se dan separaciones forzadas de hijos pequeños
- 2- La lengua
3. La cultura (costumbres, valores...)
4. La tierra (paisajes, colores, luminosidad, olores, temperatura...)
5. El estatus social (acceso a oportunidades, papeles, trabajo, vivienda, sanidad....)
6. El contacto con el grupo de pertenencia (prejuicios, xenofobia, racismo....)
7. Los riesgos para la integridad física (en el viaje migratorio, accidentes laborales, persecución, indefensión....)

Estos duelos se dan, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas.

En este sentido hay que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, tres tipos de duelos²:

¹ En este sentido la intervención psicológica tiene una función de apoyo a dicha prevención pero esta debe concernir a su vez a trabajadores sociales, educadores sociales... y también, desde mi punto de vista, a legisladores. Por otra parte el acceso a los medios sanitarios de las personas "sin papeles", tal y como hemos visto en diversas ocasiones a lo largo del presente trabajo, se realiza con frecuencia por medio de las urgencias cuando los casos son ya patológicos y graves. Lo cual visibiliza en cierto modo la ausencia de mecanismos de prevención para estas personas. Es a su vez importante destacar la magra red de asistencia primaria en salud mental existente en España.

² Por ejemplo con relación al duelo por la familia que se vive en la migración, 1) el duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar

- El duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- El duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.
- El duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este es el duelo propio del *Síndrome de Ulises*)

Para entender esta aproximación basada en el llamado Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, o más conocido por *Síndrome de Ulises*, y los duelos migratorios hay que hacer varias distinciones de tipo epistemológico como, por un lado, su diferencia con lo

denominable como patología o enfermedad¹, así como también explicar cuales son los

estresores y síntomas que delimitan al síndrome. Dichas distinciones conllevan implicaciones a destacar con respecto no solo a la manera de abordar terapéuticamente dicha problemática sino de las conclusiones que a un nivel contextual y connotativo, que reenvían al origen etiológico de su existencia, se puedan considerar.

Con respecto a la delimitación de los estresores, desde la perspectiva de su relación con la salud mental, cabe señalar que el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple* se define por los mismos. Estos son (Achotegui. 2004):

a. La soledad. La separación forzada de la familia y los seres queridos:

Guarda relación con el duelo por la familia especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque existiría la imposibilidad del retorno al país de acogida al no tener papeles, o darse

a los familiares. 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos... y 3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia. Especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles .

¹ Un diagnóstico diferencial que lo distingue de otros cuadros de la psicopatología con los que comparte elementos en común.

otros factores como los requisitos económicos, de vivienda... para la reagrupación familiar (o emprender el viaje de visita).

b. Duelo por el fracaso del proyecto migratorio:

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso¹.

c. La lucha por la supervivencia

La persona inmigrante que se encuentra en situación extrema debe luchar así mismo por su supervivencia. Principalmente esto guarda relación con la vivienda y la alimentación².

d. El miedo:

Otro de los estresores principales que desempeñan un papel importante en la aparición del conjunto de sintomatologías que dan lugar al llamado *Síndrome de Ulises* es el miedo.

Aquí entra el peligro físico relacionado con el viaje migratorio (las pateras, camiones, etc.), las coacciones de las mafias..... así como el miedo a la detención y a ser expulsados, a los abusos, etc.

Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror son la base psicológica y psicosocial del *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises)*.

¹ En este sentido, además, está la cuestión de nuevo del miedo al regreso como un "fracasado" y de las circunstancias en las que se desarrollaría dicho regreso. Un ejemplo del trance que supone el regreso como fracaso migratorio, muy distinto del regreso habiendo triunfado en el proyecto, es el de que en algunas zonas de África se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara. (Joseba Achotegui. 2004).

² Con respecto a la vivienda son conocidas las situaciones de hacinamiento e insalubridad a las que se ven relegadas a vivir estas personas. En lo que se refiere a la alimentación personalmente he oído en diversas ocasiones la exposición de terapeutas, tanto en Bélgica como en España, que me contaban como algunos de sus pacientes, de origen extranjero (y en situación irregular), sufrían por el hecho de no poder comer y tener hambre.

Por otra parte hay que señalar que todos estos estresores son potenciados por toda una serie de factores entre los que cabe destacar la multiplicidad de los estresores, la cronicidad (el estrés es acumulativo y según el mayor o menor tiempo de exposición puede provocar unos u otros efectos), la intensidad y relevancia de los estresores, la ausencia de sensación de control¹, la ausencia de una red social e institucional de apoyo y los estresores clásicos de la inmigración (como el cambio de cultura, de lengua, etc.)², la pérdida de la salud (estas personas suelen considerar la salud como uno de sus capitales básicos (Domic, Z. 2004)) y, como estamos viendo a lo largo de la presente investigación, la no siempre adecuada atención del sistema sanitario a estas personas.³

"Consideramos que estos inmigrantes viven una de las peores pesadillas imaginables: estar sólo, en peligro, sin recursos, sin ver salida a la situación, encontrarse mal, pedir ayuda y que no entiendan ni sepan ayudarte. Seguro que hay pesadillas peores, pero nos falta imaginación para describirlas. En nuestro trabajo en salud mental con población inmigrante desde 1980 no habíamos visto nunca las situaciones de estrés límite que hemos visto en los últimos 5 años".

(Joseba Achotegui. 2004).

Por lo que respecta a la sintomatología del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple esta es muy variada y suele corresponder a varias áreas de la psicopatología.

La sintomatología está focalizada en tres áreas fundamentalmente: el *área depresiva* cuyos síntomas más comunes son tristeza, llanto, culpa e ideas de muerte. El *área de la ansiedad* es la más importante en el cuadro clínico. Entre sus síntomas son de destacar la tensión, el nerviosismo, las preocupaciones intrusivas y recurrentes, la cefalea, la fatiga, etc. Y por otra parte está la relativa al *área confusional*. En ella se da la sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, hallarse desorientados a nivel temporal, etc⁴.

¹ En este sentido cabe remitirse al experimento clásico (Zanden, J.W.1994) en el que dos grupos son sometidos a una situación de ruido intenso, y uno tiene la posibilidad de controlarlo y otro no. En el segundo las reacciones de ansiedad, subida de la presión arterial, etc. son mucho mayores que en el primero.

² Sin embargo estos, si bien importantes, quedarían relegados a un segundo plano frente a los estresores límite a los que se hace referencia.

³ Esto guarda relación con diversas causas entre otras la desvalorización de la sintomatología de estas personas o el inadecuado diagnóstico.

⁴ Un ejemplo de la variabilidad cultural de las interpretaciones es que en las consultas las reacciones de unos y otros frente a la mención por parte del terapeuta a los sentimientos de culpa es opuesta. Los latinoamericanos

Cabe mencionar que en la consideración de esta sintomatología se tiene en cuenta la variación cultural, así como de género o edad, de la expresión y localización de la dolencia.

Como ya se comentó antes una de las principales características del *Síndrome de Ulises* es su diferenciación con cuadros de la psicopatología¹, con los que posee elementos en común o que son próximos. Para tratar de ubicar esta sintomatología a nivel nosológico hay que remitirse al diagnóstico diferencial del Trastorno por Estrés Agudo (por su cronicidad), o del cuadro propio del duelo. Desde la diferenciación con otros cuadros no se trata entonces de un trastorno depresivo, adaptativo, ni de una psicosis. (Joseba Achotegui. 2004).

• **Metodología y elementos culturales, e interculturales, de la intervención terapéutica:**

Con respecto a la plantilla teórica de la metodología utilizada en la práctica clínica cabe decir, nuevamente, que el enfoque principal del equipo es el psicosocial, con un predominio de la aproximación cognitivista, psicodinámica y psicofarmacológica, considerando como relevante la perspectiva intercultural y pluridisciplinar. Uno de los ejes principales que orientan el marco de su intervención es un planteamiento psicodinámico referido al proceso migratorio y que presta especial atención al concepto de estrés en el duelo migratorio.

En lo que se refiere a dicha metodología de intervención desarrollada en el SAPPPIR no está basada en manuales de práctica clínica, como por ejemplo la arquitectura axial del DSM IV, sino que posee unas escalas² y modelos propios. Estas escalas específicas, desarrolladas a lo largo de años de investigación clínica, se centran en la identificación y tratamiento del llamado *Síndrome de Ulises*. Cabe señalar que un elemento destacable que ha posibilitado la formulación clínica de dicha sintomatología ha sido la consideración del contexto

tenderán más a sentirse culpables de lo que les pasa mientras que, por ejemplo, los paquistanís se quedarán asombrados frente a una pregunta similar. (Achotegui, entrevista personal 2009). Por otro lado, en lo relativo a las expresiones somáticas, tal y como señala Gailly (Gailly, A. 1991.), los pacientes de origen magrebí tienen más tendencia a mostrar molestias torácicas, los subsaharianos a expresar molestias digestivas y los asiáticos a mostrar síntomas relacionados con la sexualidad.

¹ Y su pertenencia al área de la salud mental más que al de la psiquiatría o psicopatología.

² Como la *escala de la evaluación del estrés y del duelo migratorio*.

socio/político específico de las migraciones contemporáneas, que se desarrollan en situaciones extremas, y la posibilidad de compararlo con las migraciones anteriores¹.

Las preguntas y cuestiones a las que se refiere el psicoterapeuta están enfocadas en evaluar las necesidades del paciente. En un primer momento el psiquiatra reúne información relativa a los síntomas, estresores y al grado de resiliencia. Otros datos que se tienen en cuenta son, por ejemplo, el país de origen (y área urbana o rural), tiempo de residencia en España, migraciones previas, situación laboral antes y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento, religión y grado de práctica, características de la migración², sueños de vuelta a su país de origen, número de personas con quien pueden contar si se encuentran en dificultades, existencia de un sistema alternativo de creencias... A su vez, a lo largo de diferentes encuentros, se le pregunta al paciente sobre las causas de su malestar mental.

La metodología en la intervención del SAPPPIR se mueve entre el área de la salud mental, y su carácter preventivo, y el de la psicopatología, y la curación. El equilibrio en la práctica trata de ubicarse, en este sentido, entre la no banalización del cuadro de este síndrome, considerando que no les pasa nada, y la medicalización³ considerando que es una enfermedad mental.

Dicho equilibrio es de una naturaleza delicada puesto que el *Síndrome de Ulises* constituye una puerta entre el área de la salud mental y el de la psicopatología, ubicándose principalmente en la salud mental y la prevención⁴.

¹ Una comparación de esta migración puede darla la de los inmigrantes españoles en los años 60 en barco, despidiéndose de sus familiares para ir a América (cantando, emocionados...) a la de los nuevos inmigrantes llegando en patera (exhaustos, perseguidos...). En este sentido no sería lo mismo emigrar en condiciones difíciles que en condiciones extremas (J. Achotegui, 2004)).

² Razones, proyectos, si ha venido solo, relaciones familiares, etc.

³ Como se ha visto antes la medicalización estará indicada para controlar algunos de los síntomas como la ansiedad, en el cuadro preventivo del tratamiento de dicho síndrome.

⁴ Este síndrome es una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano. Si esta situación no es resuelta, y no se actúa, en lo que a este campo específico de la salud mental se refiere, en la prevención existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad.

En lo que concierne a los elementos interculturales de la terapéutica y del desarrollo de la misma en el SAPPPIR cabe destacar que la aproximación desarrollada, cuyo eje central es el *Sùindrome del Inmigrante con Estrés Múltiple y Crónico* detallado antes, posee unas características propias que la diferencian de otras aproximaciones pertenecientes al *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, como la FCCP. Del mismo modo que comparte algunos de sus elementos.

Con respecto a algunos puntos en común compartidos, y lo que esto se desprende con relación a la hipótesis de esta investigación en cuanto a su ubicación en los ejes del relativismo cultural y universalismo biomédico, podemos hablar de por un lado los propios a los componentes de la consulta y los actores que intervienen en la misma, y por otro de parte de su episteme y metodología utilizada.

En este sentido hay que destacar la procedencia cultural de usuarios y terapeutas, siendo la de los primeros específicamente originaria del exterior de la Unión Europea y la de los últimos principalmente española¹. Cabe señalar que el mediador intercultural que forma parte del equipo es de origen marroquí. Por otro lado la formación de los terapeutas que intervienen en el servicio es pluridisciplinar incluyéndose, en lo que aquí se refiere, en algunos momentos de la existencia del servicio a antropólogos y sociólogos para la incorporación de una perspectiva socio/cultural en la investigación y práctica terapéutica.

En lo que concierne al número de personas en la consulta y su disposición estructural esta, al igual que las consultas hospitalarias de "tipo clásico", se desarrolla en el marco de una habitación, con una mesa divisoria entre terapeuta y paciente, sentados frente a frente. El terapeuta suele ser generalmente uno sin embargo en alguna ocasión puntual puede haber otra persona, terapeuta o coterapeuta, acompañándole. El paciente puede venir acompañado por algún conocido o por parte de la familia en el caso de ser necesario.

" A veces puede haber más de un terapeuta, normalmente no porque tampoco tendríamos recursos para utilizar tantos terapeutas en una intervención... y hacemos intervención sobre cada paciente, con su contexto familiar y social, pero cada caso... no trabajamos por ejemplo en grupo (...) podemos trabajar con toda la familia pero quiero decir no trabajamos con cuatro familias a la vez... en ese sentido hacemos un planteamiento un poco más clásico (...) nosotros no trabajamos tanto en la línea

¹ Con excepción de uno de sus componentes, en la actualidad, de origen argentino.

etnopsiquiátrica, más bien intentamos entender como el estrés y el duelo migratorio afectan a la persona, desde esa perspectiva más cognitiva y dinámica...."

(Joseba Achotegui, director del SAPPPIR, entrevista personal, 2009.)

De esta forma predomina una línea psicosocial en el trabajo del SAPPPIR si bien, a su vez, con elementos interculturales relativos a los actores y metodología en cuanto a, por ejemplo, la necesidad de una consideración de las interpretaciones culturales de la sintomatología en la terapéutica. Es así que en la consulta se presta una especial atención a la cuestión de la mediación entre los diversos modelos interpretativos de la enfermedad. Así como a la sensibilidad en la consideración de problemáticas del orden de lo intercultural que en ocasiones pueden implicar un cuestionamiento de la *posición cultural* de los terapeutas con el fin de abordar el universo interpretativo del paciente. Esto incluye diversas estrategias que van desde el uso de la figura del mediador intercultural a la reformulación y adaptación del discurso del terapeuta.

En las consultas del SAPPPIR la concepción predominante de la cultura es, a diferencia de una línea más culturalista que pueda predominar en cierta práctica de la formulación cultural¹, la manera de procesar psicológicamente la cultura el sujeto. La cultura es tenida en cuenta como un elemento más de un conjunto, donde por ejemplo también existe lo psico/social y político, no como algo separable y autónomo:

"Nosotros es más un enfoque de entender la elaboración psicológica que hace el sujeto de la cultura. O sea no vemos la cultura en sí misma sino la cultura como la procesa el sujeto. Nos interesa más el propio proceso del sujeto... también partimos más de elementos de la psicología evolucionista... consideramos que hay un funcionamiento básico común de todas las personas. La cultura no es un elemento que consideramos es completamente aparte de lo demás sino que forma parte.(....) en la formulación cultural ellos estudian la cultura de una manera muy específica... y correlacionan al paciente con la cultura... nosotros correlacionamos más la cultura con el paciente... o sea ponemos más énfasis en el paciente..."

(Joseba Achotegui, director del SAPPPIR, entrevista personal, 2009.)

En este sentido es interesante destacar que a la hora de considerar las representaciones de la enfermedad de los usuarios los terapeutas tratan de acercar al paciente a una aproximación

¹ Esta afirmación corresponde con una posición de un tipo ideal teórico, en la práctica pueden estar muy vinculados, con respecto a esto, ambos enfoques centrándose, por ejemplo, en la construcción de la subjetividad del paciente.

interpretativa psicológica (psicosocial) de su malestar respetando su visión cultural. De este modo al mismo tiempo que le ofrecen una explicación de su malestar favorecerán, por ejemplo, que el paciente utilice otros recursos culturales, como acudir a un terapeuta tradicional, cuando este exprese su necesidad.

"... ahora hemos visto el caso de un africano que lo primero que nos ha dicho es que le habían hecho el mal de ojo y hasta que no arreglara eso pues no haría nada... que vaya al curandero y haga... ahora, él trae también unos síntomas, un sufrimiento, pues nosotros le ayudamos también a comprender a nivel psicológico lo que creemos que expresa a través de ese mal de ojo, pero respetando lógicamente su visión cultural..., (acudir a terapeutas tradicionales) creemos que es otra explicación de la realidad que no es opuesta a.... se pueden establecer puentes entre las distintas explicaciones..."

Joseba Achotegui, director del SAPPIR, entrevista personal, 2009.)

Por último, antes de pasar a las conclusiones, cabe mencionar el trabajo que lleva a cabo el SAPPIR con la puesta en marcha de la *arteterapia* en el servicio ofrecido a las personas inmigrantes.

El SAPPIR ha sido el primer centro en ofrecer gratuitamente este tipo de terapia a los inmigrantes en España. Su modelo teórico es el basado en la psicoterapia de Klein (1955) y el espacio potencial de Winnicott (1971)¹.

La arteterapia tiene la ventaja de que los pacientes no necesitan hablar en la lengua del país de destino. Es así que a partir de la creación artística se puede llegar a un proceso verbal, el arte toma el relevo de la comunicación verbal y proporciona un modelo alternativo de tratamiento. (Mariola Bernal. 2002)

De esta forma la *arteterapia* se aplica tanto a un aspecto socializador y de manejo del duelo múltiple migratorio como para la ayuda en la recolecta de información sobre el paciente, que servirá de apoyo en el éxito de las intervenciones psicoterapéuticas. A su vez cumple funciones diversas como por ejemplo posibilitar la expresión simbólica y el apoyo identitario

¹ Desde el punto de vista de Klein se puede igualar el juego de los niños con la relación verbal de los adultos. De esta manera los principales elementos de su teoría del juego en los niños pueden ser aplicados a la arteterapia creándose una transferencia de, por ejemplo, las ansiedades o las fantasías en el trabajo artístico. Winnicott habla de la importancia del espacio potencial, de creación artística, que une el mundo interior con el mundo o realidad exterior. Dicho espacio será importante para la experiencia cultural de la persona inmigrante que se encuentra, con las defensas mercedadas, en un entorno que le ofrece pocas posibilidades de confianza en la cultura de destino.

o acercar a la persona, no habituada a los tratamientos psicológicos, a una aproximación menos amenazante.

Los pacientes derivados a este tipo de terapia en el SAPPPIR son aquellos que no pueden beneficiarse de la terapia verbal o lingüística, por razones culturales o de tipo personal como por ejemplo tener dificultades para verbalizar sus problemas, sentimientos o emociones.

El arteterapeuta es de origen extranjero. Suele tener conocimientos en antropología y terapia transcultural. Por lo que respecta a los pacientes estos suelen ser principalmente niños y mujeres originarios de Marruecos, Latinoamérica y Paquistán. La arteterapia se desarrolla una vez a la semana durante 45 minutos. El periodo de duración puede ir desde 3 meses hasta 2 años y estará condicionado principalmente por la situación social, laboral y legal de la persona. (Eva Marxen. 2003)

• Conclusiones

Por lo que respecta a la hipótesis principal que guía esta investigación y al lugar que ocupa dicha aproximación en el plano cruzado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico es importante destacar varios aspectos e implicaciones del dispositivo, centrado en el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, existente en el SAPPPIR.

Para localizar dicha aproximación en este hipotético eje aparece como importante primero destacar su difícil localización nosológica, su campo médico/paradigmático de pertenencia y las implicaciones que de ello se desprenden. Es así que el *Síndrome de Ulises* se encuentra entre el área de la Salud Mental y el de la Psicopatología. En la primera el trabajo se centra más en la prevención mientras que la segunda lo hace en la curación. La diferencia entre ambas en la práctica se puede volver aun más sutil y su basculación hacia una u otra área implica principalmente un mayor o menor predominio de los tratamientos de tipo curativo, que también se dan en el ámbito preventivo en un grado menor¹, del tipo de la medicalización.

¹ Esto, claro está, depende mucho del terapeuta, de su plantilla teórica y la cultura médica a la que pertenezca. También, como hemos visto en otros apartados, factores como el tiempo, los medios, etc. pueden repercutir en una mayor o menor medicalización del paciente.

De este modo, y por lo que se refiere a la visión psicopatológica o preventiva, su identificación como conjunto de síntomas peculiares reagrupados en el llamado *Síndrome de Ulises*, busca evitar un mal diagnóstico, y los perjuicios que de él se derivarían para el paciente, así como reubicarlo en un espacio que conlleva diversas implicaciones. Estas habitan en la tensión entre la inexistencia de tales síntomas, y la negación del sufrimiento y por ende del impacto que una brutal realidad en la que se desenvuelven tiene en su organismo. Hasta la psiquiatrización de esta población y del malestar socio/político reflejado en sus cuerpos. Es aquí donde el siempre controvertido descubrimiento o formulación de una nueva enfermedad o síndrome adopta posiciones estructurales en ocasiones opuestas y contradictorias.

Por un lado se revela como una visibilización institucional de las condiciones sociales, derivadas de las decisiones políticas, de sufrimiento en las que viven un numeroso conjunto de la población. De esta forma frente a un menosprecio por parte de las instituciones y organismos, en este sentido, sanitarios con respecto a la prevención de la enfermedad en población que vive situaciones de riesgo, la nominación y delimitación clínica de dicho síndrome cumple la función de evitar un diagnóstico erróneo como por ejemplo el trastorno adaptativo o la depresión. En el caso del trastorno adaptativo las implicaciones causales de su diagnóstico reenvían al paciente, son ellos los que fallan, los que tienen límites para una idónea adaptación. El *Síndrome de Ulises*, y los estresores Ulises, sostiene que los factores etiológicos de dichos síntomas son una condiciones socio/políticas extremas frente a las que es imposible adaptarse.

Por otro lado la delimitación clínica de dicho cuadro y su denominación como síndrome puede ser cuestionada desde un punto de vista de gestión y disciplinación de los cuerpos, solo visibles, por un lapso de tiempo limitado, en cuanto que cuerpos sufrientes susceptibles de adecuarse a una sintomatología específica explicativa de sus problemáticas subjetividades, en transición, y mundos de vida¹. Dicha explicación, al pertenecer a un cuadro médico

¹ La delimitación en cuadros sintomatológicos de comportamientos diversos en torno a la noción de síndrome, fobia o trastorno es cada vez más frecuente. Este es el caso, por ejemplo, de la capitalización y movilización de los grupos y asociaciones de afectados por algún malestar, por parte de las empresas farmacéuticas, cuyos intereses son variados comprendiendo, por ejemplo, el reconocimiento de derechos como las bajas laborales al reconocerse la enfermedad. (El origen de este fenómeno lo podemos encontrar en los primeros años de la década de los sesenta en EE.UU, tras la conmoción producida por los efectos de la talidomida, cuando en las normas de la F.D.A americana se incluyó la autorización de remedios específicos solo para enfermedades específicas. "La industria tuvo que crear las enfermedades que necesitaba para hacer aprobar sus productos" (Lamas, S. 2002)) Tal es el caso de la creación de fobias inferidas de una serie de comportamientos sociales como sujeto de

psiquiátrico recausalizaría en parte su sufrimiento para llevarlo a categorías propias de la cultura biomédica occidental dominantes en nociones y conceptos intrapsíquicos, orgánicos y psicosociales¹. Por la propia parcelación del campo biomédico desde el que se actúa, y desde esta visión psiquiatrizante, los elementos relativos a los ejes psicosociales y culturales (por no hablar de los políticos) quedarían relegados a un segundo plano frente a las concepciones, y necesidades estructurales, de intervención dominantes en, por ejemplo, psicofarmacología. El "aquí y ahora" de la intervención clínica haría de la necesidad virtud para gestionar a una población, denominando su comportamiento, conducta y curación, bajo los modelos interpretativos hegemónicos, con especificidades psicosociales adaptadas, de la ciencia biomédica occidental.

Ambos son los polos entre los que oscila dicha aproximación. Si volvemos a la realidad de la práctica clínica, y a las condiciones en las que se desarrolla, cabe considerar que dicho síndrome se sitúa en un espacio entre la salud mental (y la prevención) y la psicopatología (y la curación) y que su tratamiento a tiempo quizás no hace desaparecer los estresores, ya que responden al orden de lo socio/político (la vivienda, no tener papeles, no poder acceder a un trabajo...), pero si puede conseguir que estos sean más "manejables" para el paciente y no deriven en una enfermedad mental:

" El tratamiento de un inmigrante psicótico con déficits de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural, etc. es muy difícil, por lo que la prevención se revelaría como fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas"

(Joseba Achotegui. 2004).

Por otra parte, en lo relativo al componente intercultural y a los ejes del relativismo cultural y universalismo biomédico que cruzan dicho modelo, cabe destacar nuevamente que la línea teórica dominante en el trabajo llevado a cabo en el SAPPPIR es de tipo psicosocial,

radicalización individualizable (como en la llamada fobia social). Así como, por ejemplo, el de la denominación medicamentada de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) o personas depresivas, a lo que antes era un niño revoltoso o una fase de tristeza en la vida. El argumento justificativo desde la cultura biomédica es el de evitar una serie de desencadenantes o consecuencias negativas al no existir una delimitación nosológica y tratamiento específicos.

¹ Desde este punto de vista crítico sucedería en un marco en el que lo psicosocial atañe, en la práctica terapéutica, más a la problematización del pasaje migratorio desde un referente individual, el migrante, que desde los contextos sociopolíticos (los cuales juegan únicamente un papel explicativo) en los que este se desenvuelve.

centrándose en el tratamiento del llamado *Mal de Ulises*. De este modo la terapéutica que se lleva a cabo adapta herramientas específicas para una intervención sensible a la diversidad cultural, así como para crear puentes entre los diferentes modelos explicativos del terapeuta y paciente. Estos elementos van desde el uso de mediadores interculturales, hasta la arteterapia o, por ejemplo, la pluridisciplinariedad del equipo sanitario.

En las consultas del SAPPPIR la concepción predominante de la cultura es la relativa a la manera de procesarla psicológicamente el sujeto. La cultura es tenida en cuenta como un elemento más de un conjunto, donde por ejemplo también existe lo psico/social y político, no como algo separable y autónomo. Más que una teoría antropológica de la cultura aplicada a la formulación de casos clínicos o una etnografía específica sobre los mundos locales del paciente en cuestión (que pueda incorporar los procesos de la construcción cultural de su subjetividad) se trata, en esta práctica clínica, de considerar dicho proceso psicológico de la cultura del paciente y su relación con los duelos y pasaje migratorio.

Es así que la "reformulación cultural" y cuestionamiento de algunos de los elementos del cuerpo teórico de una terapéutica perteneciente a un universo biomédico estandarizado, y no sensible a las cuestiones tratadas, tiene por objetivo desarrollar recursos que permitan la intervención y su eficacia. No obstante las líneas, conceptos y marcos metodológicos y epistémicos que dominan son los del universalismo de la ciencia biomédica occidental, y el área de la prevención psicosocial, adaptada a las personas inmigrantes.

De esta forma la plantilla cultural del universo, epistémico/ontológico, en la que dicha consulta se mueve, la occidental adaptada a los pacientes migrantes, es utilizada para tratar de identificar y dar un sentido, con ayuda de la mediación entre las diversas interpretaciones de la enfermedad y la curación de terapeuta y paciente¹, al malestar del paciente que sirva de punto de partida para (cuando sea necesario) una terapéutica, predominante en elementos psicodinámicos y cognitivistas², con el fin de mitigar su sufrimiento.

¹ No se trata siempre de una mediación de la cultura biomédica o psico/sociológica a las nociones culturales del país de origen del paciente. No se debería considerar que estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación." Como nos dijo una vez un africano: *mire usted, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes que tienen ustedes en este país*" (Achotegui. 2004).

² Y que hace uso a su vez, si lo considera necesario, de psicofármacos para, por ejemplo, reducir la ansiedad.

Con respecto a sus implicaciones de orden político en la colaboración con la idea de justicia social, recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* así como en la *Carta Social Europea* y *Alma Ata*, relativa a una igualdad de acceso y disfrute a los medios sanitarios cabe decir:

El SAPPPIR, como servicio enclavado en el seno de una fundación privada (sin ánimo de lucro) y vinculado a la red de atención sanitaria pública, desempeña una importante labor en la asistencia a personas con dolencias psíquicas y/o psicósomáticas. Su trabajo, y su no discriminación entre personas "con papeles" y "sin papeles", permite que muchas personas inmigrantes que se encuentran en situaciones extremas, reflejadas estas en su cuerpo con dolencias y malestares del tipo *Ulises*, puedan aliviar dicha sintomatología y poseer más recursos para la recreación de su vida social y relacional en el país de destino. Esto sucede en un contexto, como el español, en el que la red de asistencia primaria en salud mental es muy deficiente, siendo difícil el acceso a los servicios preventivos al ser escasos y estar sobrecargados.

La delimitación del *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple* permite a su vez que se pueda distinguir entre un tratamiento preventivo y otro curativo centrando su actuación en el primero con el fin de evitar un posible desenlace de dichas sintomatologías en una enfermedad. Esto se refleja, en lo relativo al acceso a los medios sanitarios de las personas inmigrantes y en especial de las que se encuentran en procesos de exclusión social, en la creación de una modalidad de inclusión a los cuidados en un espacio de atención específica a una población que puede contar con miles de personas.

De este modo, por lo que a la hipótesis principal de este trabajo respecta, el trabajo realizado en el SAPPPIR coadyuva en el objetivo de un disfrute del acceso a los cuidados de salud, contemplado en los artículos 11 y 13 de la *Carta Social Europea*¹, así como en el artículo

¹ Los cuales señalan que, artículo número 11, "toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda gozar", y, el artículo número 13: " toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica".

número 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹, de esta población migrante que a menudo vive en una situación muy fragilizada y vulnerable.

La universalidad en el acceso a dicho servicio y la especificidad de su intervención, sensible a la diversidad cultural y a las situaciones psico/socio/políticas que viven estas personas, conlleva una fundamental implicación. Esta es la concerniente a la colaboración en el cumplimiento de los artículos de los tratados mencionados antes en lo referente a la universalidad del disfrute y acceso a los medios sanitarios, desde un punto de vista tanto preventivo como curativo. Aunando la adecuación de las prácticas a la diversidad cultural con la denuncia de los factores socio/políticos causantes del malestar y sufrimiento de los pacientes.

A continuación hablo de la praxis que realiza en Bruselas la ONG *L'autre lieu* y su manera de abordar la dolencia psíquica tendiendo un puente entre la perspectiva antipsiquiátrica occidental y la convivencia intercultural entre personas de origen peul, demandantes de asilo político, y belgas (o en ocasiones inmigrantes de procedencias diversas) que sufren dolencias psíquicas.

¹ El artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* afirma que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

Capítulo XII. Prácticas terapéuticas interculturales:

El proyecto de las casas de acogida peuls, pasajes entre la antipsiquiatría y las representaciones de la curación en África

1. L'autre Lieu y el modelo antipsiquiátrico intercultural en las casas de acogida peuls.

Con respecto a este modelo no se puede hablar de una aproximación terapéutica, en el sentido médico/profesional de la palabra, si no más bien de la corriente de la antipsiquiatría y la terapia profana (o no profesional).

En relación con la problemática que vengo abordando en este trabajo, cabe decir que si las aproximaciones tratadas con anterioridad, correspondientes a las terapias psico/sociales adaptadas a los inmigrantes, se pueden considerar un cruce entre la psicología y la antropología, en este caso se da un maridaje entre la antipsiquiatría y la antropología (o si se quiere una "antropología profana"). Esta mirada es la que adopta el proyecto de la ONG « L'autre Lieu ».

Tal y como se comentó con anterioridad en el capítulo VII los promotores del llamado *movimiento antipsiquiátrico*, que surgió en Europa en la década de los 60, fueron Thomas Szasz, David Cooper y Franco Basaglia. Así también podemos enmarcar en dicho movimiento la crítica de autores como Michel Foucault, Ervin Goffman y Robert Castel al cuestionarse el poder y papel desempeñado por la psiquiatría hegemónica en la sociedad de aquella época. Su tesis principal es el rechazo del concepto tradicional de enfermedad mental como anomalía biopsíquica para ubicarlo dentro de un contexto económico, histórico y social.

Algunos de los postulados de esta corriente se sintetizan de la siguiente forma:

a) Rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio-asilo, auténtico productor de trastornos irreversibles.

b) En su formación, el psiquiatra, debe estar preparado para luchar contra el sistema que permite las condiciones nefastas de la actual asistencia.

c) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad.

d) La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los aniquila con el tratamiento.

e) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional).

f) No deben existir fronteras - y menos amenazantes- entre personal y paciente, entre salud y locura.

g) La esquizofrenia es la consecuencia de toda una serie de represiones perpetradas por la familia y la sociedad. A esta violencia le siguen procesos de relegación que desembocan en la institución psiquiátrica.

h) El cuestionamiento del lugar social en el que "se desarrolla la enfermedad" en lugar de la llamada "locura".

De este modo sobre la necesidad del fenómeno de cuestionamiento y cambio de los modelos y aproximaciones vigentes en la psiquiatría de aquella época, y su papel tecnológico de control socio/político, R. Castel señala lo siguiente:

"Lo que está en tela de juicio no es tanto el que la medicina mental cumpla mal su mandato terapéutico como el hecho de que lo que cumpla sea otro mandato distinto del médico. En efecto, existe una contradicción flagrante entre las incertidumbres del saber médico que los psiquiatras, por lo general, reconocen y el dogmatismo del funcionamiento de la psiquiatría. Ello se debe a que mediante sus refinamientos nosográficos –por ejemplo- aplica sobre ciertas categorías de la población unos esquemas sociales, groseros pero eficaces, de exclusión.

[...] Disponiendo absolutamente del enfermo, la psiquiatría podría, tal como Goffman había previsto, “descubrir un crimen que sea adaptado al castigo” y reconstruir la naturaleza del recluso para adaptarla a este crimen. De

hecho, "esta ciencia cuyo resultado paradójico ha sido la invención de un enfermo adecuado a los parámetros inventados para curarle" (Basaglia), no consigue, más que secundariamente, rehabilitar a los sujetos que se le confían, pero si consigue perfectamente neutralizarlos, justificando, mediante racionalizaciones científicas, la necesidad de esta vigilancia, consecuencia de una exclusión social en cuyo instrumento dicha ciencia se convierte."

(Robert Castel, 1971 (en López R. Laviana M. y Garcia-Cubillana P. 2006))

La asociación "L'autre lieu", como ya se dijo anteriormente, sigue la línea de pensamiento de la antropofenomenología y el existencialismo de Franco Basaglia. Este autor fue uno de los promotores de la psiquiatría antimanicomiacal y democrática en Italia a principios de los años 70.

• El origen del proyecto

Creado en 1980, "L'autre lieu" es una asociación que se reclama perteneciente a la corriente alternativa a la psiquiatría mencionada, y que se inscribe en una dinámica de reflexión crítica sobre el sistema psiquiátrico. El objetivo principal de la misma es el de permitir a las personas en dificultad psicológica o social evitar o acortar una posible hospitalización psiquiátrica proponiéndoles lugares de escucha/ayuda y de acogida distintos de los ofrecidos por el sistema terapéutico institucional.

En relación con la problemática que vengo abordando en este trabajo, tal y como analizo después, hay que señalar que de entre todas las prácticas que trato esta es la que, en el campo delimitado por los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural, se encuentra más cercana al relativismo cultural. Esto sucede por partida doble. Por un lado en lo que respecta a la relativización y crítica radical del poder y papel de la psiquiatría en la sociedad occidental y por otro creando un lugar de unión, de reencuentro entre las semejanzas de las aproximaciones terapéuticas y preventivas de la enfermedad, como sucede en las *casas de acogida peuls*, europeas y africanas.

El proyecto de las *casas de acogida peuls* tiene su origen en el hecho de que una chica belga, que a mediados de los años 80 trabajaba en la asociación "L'Autre lieu", se casó con un chico peul. A medida que ella convivía con la comunidad peul se fue dando cuenta de que estos vivían en condiciones pésimas de alquiler (a menudo apiñados en sótanos sin ventilación y con humedad). La mayor parte llegaban, y llegan, a Bélgica tras conflictos y persecuciones

políticas en sus países (sobre todo en Mauritania) Por otra parte ella observa que la comunidad peul vehicula valores tradicionales como la solidaridad en el seno del grupo, la hospitalidad hacia el extranjero, el respeto de las diferencias y la afirmación de una identidad coherente.

De ahí la idea, en el cuadro de acogida de personas con padecimiento psíquico, moral o social, de crear una casa comunal reuniendo bajo un mismo techo tanto a peuls como a estas personas. Es así que la originalidad del proyecto pone en común a personas sometidas a un exilio, siendo este de diferente naturaleza: por una parte el exilio y refugio político en los primeros y por otra la psiquiatrización y exclusión social en los segundos. Así como también dos grupos de personas sometidos a diferentes formas de exclusión social: la relativa a la falta de derechos de los demandantes de asilo y «sin papeles», y la que se refiere a la estigmatización social por motivos de «salud mental».

En la asociación existen dos casas con estas características y una tercera « semicomunitaria» llamada "Surson".

Esta última, creada en 1999, es diferente de las otras dos pero también se enmarca en una aproximación alternativa a la psiquiatría. Entre otras diferencias está el hecho de que la acogida es llevada a cabo por un solo inquilino y los apartamentos son individuales¹. Por otro lado la casa en su conjunto es gestionada por todos² y los inquilinos organizan encuentros y actividades comunes con los animadores de la ONG.

¹ Los alquileres tienen unos precios moderados ya que sus destinatarios son personas económicamente fragilizadas.

² Esta modalidad, como la otra, ofrece posibilidades de intercambio y convivencia tanto a nivel intramuros, en el interior de la casa, como extramuros, en el barrio. Sin embargo, por lo que he podido observar en el trabajo de campo, no es igual la relación que tienen sus inquilinos con los vecinos del barrio que en las casas Peuls. En este caso la casa y sus inquilinos son a menudo estigmatizados por el vecindario como una "casa de locos". Esto en la actualidad no sucede en las casas Peul. Si bien al principio los vecinos se mostraban susceptibles fue a lo largo de los años (y con la llegada en una ocasión del alcalde (el cual fue invitado a cenar)) que acabaron por considerarlas como parte del barrio.

1.2 La sede de "L'autre lieu": lugar de la primera acogida

La sede de "L'autre lieu" se encuentra situada en la comuna metropolitana llamada 'Bruxelles ville'. Esta corresponde con el centro histórico de Bruselas y es la comuna mayormente poblada de la ciudad con más de 140.000 habitantes. Su composición socio/cultural es, como sucede en gran parte de la ciudad, muy heterogénea encontrándose a pocos metros de distancia, por ejemplo, las áreas administrativas de las instituciones europeas junto a barrios obreros con gran representatividad de habitantes de origen extracomunitario.

Antes de profundizar en el universo de las casas peuls menciono, a continuación, la composición humana y espacial del lugar de acogida en la cual tiene su sede la ONG. Allí se dirigen los acogidos antes de ir a vivir a dichas casas. En él, además de las oficinas de trabajo y administración, hay una sala de acogida. En el interior de la misma, alrededor de una mesa central y junto a una pequeña cocina con cafetera y nevera, se desarrollan las entrevistas, o primeros contactos, con el candidato a vivir en las casas Peuls. En ellas evalúan si por sus características tiene posibilidades o no de salir adelante la convivencia (p ej. si es una persona con trastornos agudos es muy posible que no funcione). En esta salita se suelen reunir a su vez los trabajadores de la asociación para tomar un café y charlar un rato al terminar la jornada o durante los descansos. Situada a su vez en la planta baja se encuentra una sala de reunión en la que se desarrollan algunas de las actividades de animación socio/cultural. Estas van desde la proyección de vídeos a las actividades artísticas.

En cuanto al personal que trabaja en la asociación cabe decir que son nueve personas. Tienen un consejo de administración presidido por un etnopsiquiatra¹, que cuenta con tres personas con formaciones y orígenes diversos. Una de ellas es peul. El resto de los trabajadores se ocupan de las casas Peuls y Surson, de las campañas de información y sensibilización, la administración, y de las actividades artísticas y culturales. En ninguno de los casos su formación guarda una vinculación directa con disciplinas profesionales relacionadas con la salud mental, comprendiendo, por ejemplo, la filosofía, la formación como electricista o la enfermería.

¹ Lo cual, dicho sea de paso, no deja de ser en cierto modo paradójico.

" Nosotros hoy en día no podemos hacer el mismo trabajo que antes puesto que las estructuras psiquiátricas han cambiado, los asilos se abren, no hablamos más de asilos como hace treinta años... por desgracia hay prácticas que son heredadas del antiguo asilo, que se perpetúan. Nosotros en cuanto que alternativos, nuestro trabajo se funda en la crítica de este trabajo que perdura... (...) nuestro deseo es crear una estructura de igual a igual, así que la importancia aquí es que no hay psicólogos, no hay médicos ni psiquiatras tampoco, para que la escucha de la persona que tiene problemas psíquicos pueda ser neutra... o sea que el intercambio pueda ser igual. Esta es la práctica alterpsiquiatra en este momento, un poco por toda Europa. Es intentar tener un intercambio con el usuario que ponga en paréntesis la enfermedad mental, de hay viene la idea de intercambio de igual a igual, personas que no tienen estatus, relaciones autoritarias, de médico con el paciente"

(Aurelie, trabajadora encargada de la acogida y comunicación, entrevista personal, 2006. Traducción propia)

1.3 Las casas de acogida Peul:

Las casas de acogida Peul son dos: El "Vivier" y "Geef". La primera fue creada, en la comuna de Ixelles, en 1989. Y la segunda, en Schaerbeek, en el año 2000.

Aunque tienen algunos elementos en su estructura y organización diferentes, ambas siguen el mismo modelo de entreatyuda comunitario intercultural. Los inquilinos peuls pagan un alquiler bajo por el alojamiento y son asesorados por la asociación, principalmente, en los trámites a seguir para la gestión de su demanda de asilo político y regularización. Al mismo tiempo estos "acogen" a personas con dolencias psíquicas que viven con ellos en las casas.

Tanto en el "Vivier" como en "Geef" las personas «que acogen» son casi todos peul, de origen mauritano, refugiados políticos en su mayoría¹. Las personas acogidas, belgas actualmente², son personas con dolencias de tipo psíquico y/o relacional que se han acercado a la ONG para encontrar un lugar de acogida y vivienda.

¹ En ocasiones hay alguna persona de otra región del África subsahariana, y de religión musulmana, como por ejemplo, es el caso de B. que vive allí desde hace siete años, Níger. También habrá Peuls de origen senegalés.

² Cuando yo he visitado las casas en 2006/2007. La mayoría de las veces son belgas aunque las ha habido de otros orígenes: marroquí, otros países del África negra, etc.

Con respecto a las trayectorias vitales de los inquilinos, de origen peul o belga, estas son muy variadas. Los acogidos provienen de clases sociales muy diversas habiendo un número elevado de personas de clase media/alta¹.

En lo referente a los peuls sus orígenes sociales a su vez son muy diversos, desde personas que no saben escribir hasta otros muy instruidos². En cuanto a sus profesiones también son muy variadas: pastores, oficiales del ejército, etc.

Por lo que me han comentado algunos inquilinos de origen peul uno de los motivos por los que emprenden el proyecto migratorio y llegan a Bélgica suele ser el hecho de que, sobre todo en Mauritania³, son perseguidos y encarcelados por otras etnias que no están interesadas en que lleguen al poder político. Al parecer las pasadas elecciones de marzo del 2007 han sido las primeras en las que se pudieron presentar candidatos de origen Peul.

Los acogidos han vivido trayectorias terapéuticas muy diferentes, algunos con periodos largos de hospitalización psiquiátrica, otros no. Hay que señalar que el trastorno psíquico, en el periodo en el que conviven en estas casas, es lo suficientemente moderado como para permitir dicha convivencia. La duración de su estancia varía mucho, algunos están unos meses y otros permanecen durante años⁴.

En cuanto a las edades de los acogidos el más joven, de las dos casas, tiene 26 años y el más anciano 74. Cuando deciden cambiar de domicilio algunos permanecen en contacto con la asociación (por medio de sus actividades culturales, como el teatro o la creación literaria) y con sus compañeros de piso peuls. Las edades de los inquilinos peuls son a su vez muy variadas concentrándose sin embargo más en un ratio entre 20 y 35 años.

Así como los «acogidos» entran primero en contacto con la asociación, los peuls «que acogen» se encuentran en el seno de la comunidad mauritana en Bélgica (o llegan y se ponen

¹ Por ejemplo casos en los que los padres son abogados, notarios, etc.

² Se entiende con respecto a la instrucción proveniente de las instituciones como la universidad.

³ Según su discurso, como he podido recoger en el trabajo de campo, en Senegal la situación con respecto a sus derechos y libertades es diferente existiendo una democracia, en la que participan los representantes de las diferentes etnias, consolidada (al menos más que en Mauritania) y con un mayor control frente al fraude.

⁴ Un señor de origen belga, de 74 años, lleva diez viviendo allí y dice que quiere quedarse para siempre.

en contacto con ella¹). Tanto unos como otros son personas que viven en situaciones de ruptura social y cuyos ingresos no sobrepasan los topes del "artículo 3 de la ley del 16 de julio de 1992". Los «que acogen», teniendo un estatus diferente (candidatos a refugiados políticos, clandestinos regularizados, refugiados políticos...), disponen, con suerte, o bien del ingreso mínimo de inserción social o de una ayuda social² o son empleados en el marco del artículo 6° por un CPAS (Centro Público de Ayuda Social). Los “acogidos”, personas que han tenido a menudo graves problemas sociales o relacionales, cobran la mayor parte el ingreso mínimo de inserción social. Todos pagan un precio, bajo, por el alquiler.

Además de los inquilinos «que acogen» hay otras muchas personas de origen peul, mauritanas o senegalesas, que frecuentan la casa. Acuden para poder encontrar a amigos y compañeros, así como con el fin de tener la posibilidad de hablar su lengua materna (el pula), de compartir un plato común, de practicar sus ceremonias religiosas, etc. Las casas peuls son un punto de referencia tanto para los que llegan a Bélgica como para los que se han mudado a otra casa en Bruselas permaneciendo en contacto (en las cenas y fiestas) con sus antiguos compañeros de piso.

1.3.1 La casa peul del "Vivier"

La casa del *Vivier* se halla situada en la comuna de Ixelles. Esta comuna está formada por diversos barrios que varían en su composición encontrándose desde las áreas estudiantiles cercanas a la Universidad Libre de Bruselas al emblemático barrio africano de *Matongue*. Por lo general se puede decir que sus habitantes son mayoritariamente de clase media, si bien existe una gran mezcla de orígenes socio/culturales en su población³.

Con respecto al número de sus habitantes aproximadamente hay una veintena de personas «que acogen», de entre ellos ocho son fijos. En esta casa todos los «que acogen» son hombres. El número de «acogidos» es de tres personas y pueden ser tanto hombres como mujeres.

¹ Al tratarse de una cultura nómada, y debido también a los problemas, económicos y legales, con los que se encuentran en los países de destino, muchos de ellos se mueven cada cierto tiempo entre países como Francia, Bélgica y Holanda.

² En Bélgica si consiguen la ayuda del CPAS (el mínimo: 600 euros), no solo viven y ayudan a los que no tienen recursos económicos sino que muchos también envían una transferencia cada mes a sus mujeres e hijos.

³ Por ejemplo dándose procesos de "gentrificación" en algunas de sus zonas, antiguamente, más populares como *Matongue*.

En cuanto a la estructura en el interior del *Vivier* cabe señalar que los inquilinos peul que hacen de intermediarios (en el seno de la casa y con la ONG) son los más ancianos y/o los que llevan más tiempo viviendo en ella.

«El «Vivier» ha acogido, desde su creación, a unas doscientas personas en situación de sufrimiento psíquico. Estos han podido reenlazar los vínculos sociales y retomar su propia vida con la idea de recuperar su plaza de ciudadano en la ciudad. La particularidad de este logro a largo plazo con la comunidad peul es que no hay ni reestructuración voluntaria del proyecto ni regla de acogida. Todo se deja a la espontaneidad de los peuls que acogen. Es esta identidad coherente, homogénea, de valores y de reglas de vida que son propios de la comunidad peul lo que da a este proyecto la originalidad alternativa a la psiquiatría ».

(Véronique Dubois, 2005. Traducción propia)

1.3.2 La casa peul "de Geef"

Esta casa ha sido fundada en el año 2000. La comuna en la que se encuentra, Schaerbeek¹, es en la actualidad la segunda más poblada de Bruselas capital con una población de más de 110.000 habitantes. En la actualidad, con excepción de algunos barrios, está compuesta mayoritariamente por una clase obrera de orígenes culturales diversos. Cabe mencionar la relevancia numérica y cultural de la comunidad turca y marroquí en la misma.

Todo lo dicho con respecto a la casa *Vivier* se puede aplicar a esta. La diferencia principal, aparte de la ubicación, se encuentra en la composición de la comunidad de acogida: mientras que en el *Vivier* todos son hombres, que viven sin mujeres y sin niños (quienes se encuentran muy a menudo en el país de origen), en esta el centro de la comunidad de acogida es una familia². Esta familia también es mauritana y el cabeza de la misma es uno de los antiguos inquilinos del *Vivier* que obtuvo la regularización de sus papeles.

¹ Las comunas en Bruselas, y Bélgica, cuentan con una notable independencia política teniendo alcaldías diferentes. Es interesante comentar que a finales de los 70 y durante los 80 Schaerbeek tuvo un gobierno de derechas que se inclinó hacia posturas xenófobas llegando el alcalde, Roger Nols, a invitar a Jean Marie Le Pen, líder del Frente Nacional en Francia, y a prohibir la inscripción de inmigrantes a la comuna, las clases de religión musulmana, y los carteles de las tiendas en lenguas distintas del francés y neerlandés.

² En el particular de la casa *Geef* la labor de acogida principalmente, por lo que a los peuls se refiere, depende de la familia que allí vive. A su vez es esta la que se ocupa de mediar los aspectos relativos a la convivencia.

Además de la familia la comunidad cuenta con tres personas «que acogen» permanentes, y actualmente dos «acogidos». La casa ofrece, como la otra, una posibilidad de acogida de urgencia por un tiempo limitado.

1.4 Espacio y género en las casas peuls.

Con respecto a las estructuras espaciales de las casas *Vivier* y *Geef* estas son:

Las habitaciones de los acogidos son individuales, los peuls duermen en habitaciones que comparten (algunos tienen sus camas en el salón). La cocina, el cuarto de baño y el salón son comunes. El salón es el lugar de encuentro principal. En él hay una alfombra, todos los que van a entrar se quitan los zapatos, y unos sofás alrededor en círculo. La televisión está en un rincón a la entrada (casi siempre encendida pero con un volumen bajo). Junto a una antigua chimenea, que ya no se utiliza, hay una pequeña cocina en la que preparan el té (siempre presente en las reuniones). Mientras se conversa algunos se dirigen, de tanto en tanto, a uno de los lados de la alfombra, que corresponde con la orientación hacia la Meca, para rezar (son todos musulmanes). Cuando es el momento del rezo común dejan lo que están haciendo y en varias filas, en el mismo lugar, se dedican a la oración.

En principio no hay ninguna jerarquización en los lugares en los que suelen sentarse. Los belgas acogidos hacen un uso del espacio que no está codificado por normas más allá de cuestiones que puedan atañer al respeto a la diversidad de hábitos, códigos y conductas, que por lo general se dirimen en el día a día. La única prohibición estricta que guarda relación con el universo cultural de origen de los Peuls en la convivencia es que no permiten que haya gatos o perros en los lugares comunes o privados de la casa. Por lo demás los “acogidos” no están obligados a participar en los aspectos de la vida de la comunidad peul, que se desarrollan fundamentalmente en el salón, como son las comidas comunes.

Es de destacar el hecho de que los inquilinos que acogen en el *Vivier* son todos hombres. Sucede de igual modo en el *Geef* a excepción de la familia, cabeza de la acogida, en la que hay mujeres.

Esto se debe, entre otras cosas, a cuestiones ligadas a la consistencia del grupo así como a requisitos, que se imponen, en la distribución espacial y la convivencia. Cuando hay mujeres

entre los "acogidos", lo cual es habitual, en ocasiones estas se quejan ya que, algunas, se ven apartadas de la comunidad (de hombres). A decir de la coordinadora de las casas peuls (quien a su vez es de origen peul) si existiese otra distribución y disponibilidad del espacio, como varios salones por ejemplo, las mujeres peuls podrían estar allí y desempeñarían su rol¹ .

1.5 Elementos y problemáticas implícitos en las dinámicas interculturales de las casas peuls.

La comunidad peul vehicula una serie de valores, propios a su cultura de origen que en la convivencia sirven de apoyo psico/social a la persona que sufre dolencias psíquicas. Sin embargo no se pueden reducir los fenómenos a una mistificación reduccionista que pretenda conferir unas propiedades mágicas e inmutables a actores, con trayectorias y sensibilidades variadas, que se desenvuelven en contextos diversos. Creo que es de interés tener en cuenta cuestiones como las económico/ecológicas para dar explicación a ciertos fenómenos que, lejos de ser un elemento inmutable, se pueden manifestar de forma muy distinta en diferentes situaciones.

Así lo valores que vehiculan comunidades como la peul, en sus regiones de origen, "frente" a la llamada locura en occidente... ¿podrían ser distintos bajo unas circunstancias diferentes?. Conocidos son los casos en la época de bonanza de los ochenta, impulsados por los, aun supervivientes, valores de los movimientos sociales de las décadas anteriores, en los que muchas personas acogían en su casa a otras con malestar psíquico. Sin embargo ahora en época de crisis (no solo económica), en Bélgica, casi no sucede.

" Aunque no parezca, hay mucha discriminación... la gente tiene miedo a la agitación, a ser molestada en su vida... Así que a nivel de la salud mental es un desierto en el sentido en el que al loco hay que ponerle de lado... y de más en más... mientras que hace diez años había cosas que eran posibles y ahora no... como por ejemplo la gente... acoger en sus casas. Ahora ya no es posible... un loco en mi casa... para nada. Antes (en los años 70/ 80)... acogían y ya está... se podría decir que era positivo acoger a alguien... en el movimiento que había...ah! yo tengo a alguien. Mientras que ahora...ah! yo tengo a alguien... y dirán pero tú... ¿no estas bien o que...?"

(Entrevista personal Manuel: encargado de las reuniones mensuales con los peuls y de la reparación y mantenimiento de las casas de acogida. 2006. Traducción propia)

¹ Con respecto a esto cabe recordar que la mayor parte de los migrantes de origen peul en Bélgica son hombres que han dejado a su mujer, o mujeres, e hijos en su país de origen. Sin embargo, hay un porcentaje considerable de mujeres que también emigran.

Entonces, por lo que se refiere a los peuls, sin la mediación de esta asociación y de su comunidad, y sin las condiciones de cierta estabilidad (muy efímera en el tiempo) de la ayuda tanto económica como jurídica a los exiliados políticos que perciben, por ejemplo en un contexto de vulnerabilización, competencia y miedo (a perder el trabajo o ser estigmatizado); cabría preguntarse si ¿podría darse dicha vehiculación de valores colectiva de solidaridad, ayuda y empatía frente a las personas con malestar psíquico que provienen de otras culturas?. Quizás sí pero no se puede negar el hecho de que muchas personas de origen africano, al igual que las de origen europeo, consideran la locura con bastante miedo, pese a que los valores de sus culturas o referentes de origen puedan "indicar" lo contrario. Esto es así por las connotaciones que adquiere¹ en términos de exclusión y sufrimiento en los contextos en los que viven.

No obstante, el caso es que en dicho proyecto las coyunturas y contextos actuales parecen favorecer esta movilización de valores relacionados con la solidaridad, la empatía y la apertura grupal. Que esto funcione bien y posibilite espacios de autoayuda y transferencia preventiva/curativa depende sin duda de diversos factores como las dinámicas que se establecen entre las personas que conviven allí, una buena mediación frente a las situaciones de conflicto o prevención del mismo, y las circunstancias externas como, por ejemplo, una cierta seguridad económica, jurídica (sino la de todos los inquilinos sí la de una buena parte de ellos), etc.

1.5.1 La mediación de la asociación en la vida comunitaria de las casas peuls

En lo que se refiere a la mediación realizada por la asociación en las casas peuls cabe comentar que hay un contrato oral entre ella y los peuls para que presten una cierta atención a los acogidos, estos últimos deben seguir una serie de normas de vida en común, aunque no haya un reglamento propiamente dicho de orden interno. Para los peuls la vida comunitaria está basada en un modo de vida y de valores tradicionales. Pasan gran parte de su tiempo en el salón común, bebiendo té, compartiendo el plato común, rezando, discutiendo... el acogido, si lo desea, puede decidir o no unirse a ellos para la comida o compartir un momento de

¹ En el caso de los migrantes como una posible variable vulnerabilizadora del capital ligado a la salud, el cual es uno de los más importantes en su proyecto e itinerario migratorio.

convivencia. Los acogidos, no obstante, no están obligados a participar en los aspectos de dicha vida comunitaria, si lo hacen es por propia iniciativa.

Un punto central a destacar es que no existe un encuadramiento terapéutico como tal. Si bien si se realiza un acompañamiento por parte de los trabajadores de la ONG el cual es de dos tipos:

- El acompañamiento colectivo: Son principalmente reuniones en comunidad que se desarrollan una vez cada mes con todos los inquilinos peuls y acogidos. En ellas se discute sobre aspectos de la convivencia, de la gestión colectiva del alquiler... por otro lado los peuls son ayudados por la asociación en diversos trámites administrativos, regularización de papeles, búsqueda de un empleo, etc.
- El acompañamiento individual: Consiste en una reunión entre los "acogidos" que se desarrolla una vez al mes. Hablan de la enfermedad, de los proyectos personales, de las formaciones que pueden seguir. Los "acogidos" en función de su demanda tienen un seguimiento individual por profesionales exteriores a la asociación.

La gestión del transcurso de la convivencia, llevada a cabo principalmente por la comunidad peul y en la que interviene la asociación con los dos tipos de acompañamientos, puede incluso implicar la intervención de esta para tomar una medida contundente en beneficio del proyecto común:

"A veces no funciona. Ahora acabamos de tener un caso de alguien que hemos tenido que echar fuera porque robaba, tomaba muchas drogas, no se hacía curar por su psiquiatra, invitaba a mucha gente a su casa, gente que... no tenía nada que ver con la comunidad, así que todo el mundo tenía miedo, los otros usuarios tenían mucho miedo de esta persona, así que hemos tenido que parar, y hacía siete años que estaba en la casa.

Fue este martes y desafortunadamente no ha encontrado nada, así que está en las urgencias por el momento, aparentemente va a volver al hospital porque no va bien... A veces hay fracasos... es normal, pero en la mayor parte de los casos funciona bien... lo que es importante con el proyecto Peul particularmente es el intercambio de solidaridad que los peuls vehiculan a través de su cultura...."

(Aurelie. Encargada de la acogida, información y difusión. Entrevista personal 2006. Traducción propia)

Si bien con excepciones como la anterior, en la que todo el proyecto se pone en peligro por una persona, la drástica intervención de la asociación no suele ser habitual. Esta mediación, y

las condiciones socio/económicas de los habitantes, influirá en el buen desarrollo de la convivencia. A modo de crítica cabe retomar la cuestión, planteada más arriba, del énfasis en un tipo de cultura peul, que vehicula una serie de valores como la solidaridad, llevando a pensar en una performativización estática, o retradicionalización, de la misma frente a unas circunstancias que "así lo exigen". A esto se le opone la escasa intromisión, más allá de dicha mediación mensual en el acompañamiento colectivo, de la asociación en los elementos que conciernen a la gestión organizativa y convivencia de las casas peuls.

En este sentido cabe señalar que la relación de los peuls con la asociación consiste principalmente, además del pago del alquiler, en el asesoramiento para la petición de asilo político y los trámites necesarios para la regularización de su estancia y en la organización, opcional, conjunta de actividades culturales como conciertos o exposiciones. Por lo demás la vida de los inquilinos peul es gestionada por ellos mismos con relación a sus normas y valores de convivencia. Los acogidos belgas e inquilinos peul negocian espontáneamente, en el día a día, intercambios de representaciones y maneras de entender la convivencia.

1.5.2 Elementos de una terapia intercultural profana.

Para explicar esta cuestión es necesario, por una parte, diferenciar los factores que intervienen en las representaciones de la curación de los inquilinos, con respecto a su comunidad de origen mauritana o senegalesa peul. Y aquellas variables terapéuticas que se manifiestan en el intercambio de sensibilidades e interpretaciones, en la convivencia, con los "acogidos" de procedencia belga.

• Formas de prevenir y curar la enfermedad en la comunidad peul

En el trabajo de campo que he realizado he podido observar que las representaciones que tienen los peuls, que conforman las comunidades de las casas, de la enfermedad y de los enfermos son diferentes de las occidentales. Así también su manera de llevar a cabo acciones de tipo preventivo, curativo o paliativo con relación al disfrute de la salud y la lucha contra las dolencias de tipo psicológico¹, en este caso. Cabe señalar que estas se inscriben, por lo

¹ Se entiende que denomino estas como psicológicas desde un punto de vista étic.

general¹, en una concepción de la salud y la enfermedad que en su caso está íntimamente ligada a la religión y su práctica.

En este sentido, hay que resaltar que los inquilinos peuls en ocasiones reciben de manera informal la visita de un terapeuta tradicional peul², que puede quedarse de 8 a 15 días con ellos. Su actuación como terapeuta no incluye a los acogidos ciñéndose a los inquilinos, peul o de otras procedencias, africanos musulmanes que lo requieran.

El rol que desempeña en las casas peuls guarda una estrecha relación con la práctica religiosa del islam. Es así que principalmente su papel suele ser el de un hombre de religión que guía, en algunos momentos destacables como por ejemplo la llegada (de África principalmente u otro lugar a la casa) o partida de alguien, la oración en comunidad. Del mismo modo que, como persona a la que se le atribuye una especial legitimidad y respeto, puede ser consultada y aconsejar a título individual sobre diversos asuntos y problemas entre otros de salud.

Sin embargo esta persona, como sucede con algunos imanes y figuras religiosas en el mundo musulmán, se "desvincula" (o trata de recrear una dialéctica de elementos diferenciados y opuestos) de todo lo que pueda albergar un eco animista o pagano. De este modo, por lo que he podido deducir en el discurso de los inquilinos peuls, ciertas prácticas de herboristería usadas por los terapeutas tradicionales en Mauritania u otros remedios o prácticas, de origen preislámico en la llamada medicina popular animista pero frecuentemente sincretizados, a menudo no son considerados como legítimos por estos terapeutas en las casas peuls.

De forma análoga sucede, tal y como dice Al Houssein Dia (2008), con los tradipracticantes o los terapeutas tradicionales que utilizan remedios de fitoterapia o incluso manipulaciones de tipo operatorio sin recurrir al Corán (sino por ejemplo a la tradición oral, la experiencia personal o a antiguos manuscritos inspirados en la *teoría de los humores*) en Mauritania. La profunda implantación del Islam provoca que de forma incremental la legitimidad terapéutica

¹ Al menos así se manifiesta en sus prácticas comunitarias. En lo que respecta a sus posiciones y sensibilidades personales estas, como es lógico, son muy variadas, confiriendo diversos sentidos y significados a costumbres, códigos y ritos culturales, como los religiosos, relativos a la prevención y curación de la enfermedad.

² LLlamados *marabús* y *cheikhs* para el mundo musulmán y *bileedio* de inspiración animista (Al Houssein Dia. 2008). En en el caso de las casas Peul suele tratarse de un conocido o amigo que acude a visitarles, reputado en sus conocimientos coránicos y terapéuticos .

venga mediada por la capacidad de recurrir de una manera u otra al Corán y, por ejemplo, a las formulas coránicas escritas o recitadas¹, o al nombre de Allá o del profeta.

En el caso de los contextos migratorios de destino como Bruselas sucede muy a menudo que la fuerte presencia de cierta práctica del islam, en este caso, en la comunidad peul mauritana tiene el efecto, entre otros, de concentrar las funciones terapéuticas y las figuras de los terapeutas tradicionales en torno al campo predominante de la religión y el Corán².

De este modo por lo que he podido observar con relación a las prácticas de dichos terapeutas en las casas peuls su aproximación guarda más relación con el rezo y la curación por medio de la palabra en este contexto sacro/religioso. Es de destacar en este sentido que muchas de las personas peuls que viven en estas casas han acudido a colegios coránicos y tienen conocimientos del Corán y de sus prescripciones, y la interpretación cultural mas común de las mismas, en materia de prevención o curación de ciertas dolencias. Por otro lado acuden a su vez a la medicina occidental biomédica, sobretodo en los cuidados de tipo somático, cuando lo consideran necesario.

• Eficacias terapéuticas surgidas en la convivencia intercultural

Existe una variedad de opiniones con respecto a lo que se puede considerar o no acto terapéutico. Para muchos este es necesariamente técnico y llevado a cabo por un especialista que varía según la sociedad y contextos (desde los chamanes, a los llamados cyberterapeutas, pasando por formas híbridas de, por ejemplo, neochamanismo o psicología transpersonal). En otros casos el acto terapéutico no tiene un carácter intencional y es llevado a cabo por actores profanos.

Una de las premisas relacionales que operan en la "terapéutica" puesta en marcha por la asociación es, en este sentido, la de que en gran parte, sino en la mayoría, de las personas que sufren algún trastorno psíquico este se genera o se acentúa cuando dicha persona se encuentra

¹ Según Louis Vincent Tomas (1980) la exultación verbal constituye la válvula de seguridad más típicamente africana. Uno de los elementos relevantes a destacar tanto con relación a la cura como a la prevención es el poder de la palabra. Es así que existen, por ejemplo, actos de denominación que permiten identificar al agente. O de las palabras terapéuticas que son la suma del discurso pronunciado a partir de las ceremonias de terapias colectivas, forma eficaz de resolver las tensiones y de volver público lo que era privado.

² Similar es el caso de los imanes de origen marroquí que monopolizan gran parte de la función terapéutica en Bruselas denostando otras figuras y prácticas curativas que en Marruecos son comunes.

aislada (espacialmente y/o en términos de posibilidades de comunicación) del resto de la comunidad o personas. A este respecto las sociedades occidentales y el individualismo que en ellas predomina como valor principal, junto a otras dinámicas y factores¹, puede tender a que ciertas personas, sobre todo en los medios urbanos, se encuentren solas y aisladas del resto.

Así también la posición adoptada con relación a los trastornos psíquicos es de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad, e intervención terapéutica para su normalización en un cuadro profesional y técnico en el que están bien departamentados, y reducidos a fenómenos "abordables", trastornos, profesionales y espacios para la rehabilitación. En la corriente antipsiquiátrica de F. Basaglia, que inspira a esta ONG, se encuentra la premisa de que es necesario poner entre paréntesis la enfermedad mental y analizar cual es la función socio/política de la psiquiatría, y sus técnicos, como instrumento de gobierno de los cuerpos y garante del orden establecido.

En la línea de los cuidados comunitarios de dicha corriente viene a inscribirse la entrada en escena de los inquilinos peuls y sus sensibilidades y valores a la hora de percibir y gestionar la convivencia. De este modo, tal y como se comentó antes, las personas de la comunidad peul (en el contexto mediado de las casas de acogida, al menos) *no entienden como se puede dejar sola, apartada del grupo, a una persona que sufre una dolencia psíquica o física*. Sucede así que, según he podido comprobar en su discurso, *las actitudes no solidarias y que no se preocupan del conjunto de la comunidad son fuertemente sancionadas*.

Estas dos proposiciones, cristalizadas en dichas premisas pero que reflejan toda una concepción de las relaciones humanas, así como de la salud y la enfermedad, son el elemento central en la eficacia terapéutica de la relación entre inquilinos peuls y acogidos belgas. Elemento cuyas prácticas, de forma espontánea, inciden beneficiosamente, con distintas intensidades, en el día a día de las personas que sufren dolencias psíquicas.

Por otro lado un factor exterior a dicho universo comunitario intercultural a tener en cuenta en el proceso terapéutico de las personas con dolencias psíquicas "acogidas", es el relativo a la

¹ Con respecto a esto es interesante ver la circunscripción geoespacial de la ciudad y su correspondencia, por sectores según las características socio/espaciales, con ciertos trastornos mentales que describe R. Bastide en "Sociologie des maladies mentales" (1986).

continuidad en el apoyo psicológico o psiquiátrico de aquellas que así lo requieran¹.

1.6 Procesos de abreación en las dinámicas e intercambios interculturales:

El caso de F. en el *Vivier*.

Los inquilinos peuls si bien pertenecen a una misma cultura de origen, con representaciones y cosmogonías compartidas, no permanecen inexorablemente anclados a ella existiendo una diversidad de sensibilidades y puntos de vista entre ellos con respecto a la, en occidente, llamada enfermedad mental. No obstante, como ya se dijo antes, los universos nosológicos y etiológicos a los que reenviar un comportamiento, dolencia o sintomatología, sobretudo atribuible, desde un punto de vista ético, a la salud mental, difieren por lo general de los biomédicos occidentales. Esto no quiere decir que no valoren o convivan con la cultura biomédica occidental, ya que acuden a ella cuando lo creen necesario. Si no que en esta hibridación y convivencia entre modelos explicativos y culturas, ciertas representaciones, provenientes de sus universos culturales de origen, prevalecen en algunos casos frente a otras de tipo biomédico.

Un ejemplo del potencial, en este caso, terapéutico de la convivencia y espontáneo intercambio entre interpretaciones y modelos explicativos de la enfermedad es el acaecido, varios años antes de mi estancia en la asociación, en el caso de F. No es el único, sin embargo resulta ilustrativo en lo que se refiere a la eficacia de dicha práctica profana intercultural.

Una mujer joven, de menos de treinta años y origen belga, a la que llamaremos F. es acogida en la casa *Vivier*. Al igual que otros inquilinos llegó a la casa peul tras una fuerte trayectoria médico/psiquiátrica, que no había hallado una solución a su dolencia. Su malestar principal provenía del hecho de escuchar voces y de la angustia que ello la provocaba.

Con respecto a la sintomatología delimitada por el DSM IV, escuchar voces que no existen es uno de los fenómenos más característicos en el diagnóstico de la psicosis/esquizofrénica. Sin entrar a explicar cuales son los efectos, y controversias, de los antipsicóticos recetados para

¹ En ningún momento la entrada en las casas Peul supone una ruptura con la supervisión o tratamiento llevado a cabo por los terapeutas externos del "acogido". De este modo, para las personas que necesitan de dicho seguimiento, la convivencia en las casas Peuls no es sustitutoria sino complementaria a la ayuda ofrecida, en el caso de darse y de ser necesaria su continuidad (lo cual es evaluado por dichos profesionales), por los terapeutas externos.

paliar este tipo de síntomas si se puede decir que por el momento no se tienen conclusiones ni resultados consensuados en la comunidad científica con respecto a esta enfermedad (si es que, más allá de un modelo explicativo específico, se la puede denominar como tal) y a su curación.

Una tarde F., mientras cenaba con un compañero de piso peul, decidió contarle que escuchaba voces y que esto la angustiaba. Esperando una reacción de rechazo, como ya le había sucedido en otras ocasiones al mencionar dicho tema (motivo por el cual en la casa no lo había hecho hasta ese momento), el chico peul comenzó a sonreír. Para su sorpresa hablaba con total naturalidad de la cuestión y le explicó que eso no debía angustiarla ya que en su cultura, en algún momento de la vida, le pasaba a casi todo el mundo. Este fenómeno, para los peuls, era llamado *la enfermedad del viento*. Su causa era atribuida a los ancestros que trataban de comunicarse con las personas a través de dichas voces.

A raíz de dicha conversación y de la integración de su "angustioso secreto" en la socialización cotidiana, sin ser estigmatizada, no solo comenzó a sentirse más aliviada sino que incluso dejó de escucharlas¹.

1.7 El Vivier y Geef: comunidades de referencia

Como ya se dijo antes ambas casas peuls son un punto de referencia en Bélgica para los migrantes peuls que llegan de África o de otros países europeos. Algunos pasan una corta estancia de tiempo como invitados o inquilinos. Otros, sin embargo, deciden quedarse a vivir por un periodo más largo o simplemente acuden de otros puntos de Bruselas de visita, durante una mañana o una tarde, para ver a sus amigos.

Los inquilinos belgas con respecto a la estancia pasan, como se dijo anteriormente, periodos diversos en las casas peuls. Dándose desde algunos casos de personas que llevan muchos años viviendo e incluso piensan seguir para siempre. Hasta otras que se fueron al poco tiempo. Sucede también que algunos antiguos inquilinos vuelven de vez en cuando a visitar a sus excompañeros de piso o se han instalado en las inmediaciones de la casa peul en la que vivieron.

¹ Información obtenida en el proceso del trabajo de campo.

" Hay usuarios que han tomado el hábito de vivir solos, en un apartamento, es el caso de M., un usuario muy joven (veintiseis años) que ha tenido verdaderamente un recorrido psiquiátrico muy fuerte... muchos medicamentos... poco a poco él ha conocido L'autre lieu y se ha quedado... 4 años, después ha decidido continuar los estudios a Saint Lucas. Y ha comprado un apartamento, cerca del Vivier, de la casa peul, pero vive solo, hace sus estudios, y reencuentra un recorrido totalmente normal..."

(Aurelie. Trabajadora encargada de la acogida, información y difusión. Entrevista personal. 2006. Traducción propia)

En el caso de M. la casa del *Vivier* y sus habitantes son ahora su comunidad de referencia con la que mantiene un contacto, fuera del cuadro de la cohabitación, cotidiano.

1.8 Un relativismo cultural incluyente e igualitario. Las casas peul en la problemática de la investigación.

Como conclusión, y con relación a la problemática que vengo tratando en este trabajo, podemos decir que, tal y como comenté antes, si las aproximaciones abordadas con anterioridad de las terapias psico/sociales adaptadas a los migrantes se pueden considerar un cruce entre la psicología y la antropología, en este caso se da un cruce entre la antipsiquiatría y la antropología (o si se quiere una antropología profana).

Así sucede que en el campo delimitado por los ejes de análisis universalismo biomédico occidental y relativismo cultural esta aproximación es la que se sitúa mayormente en el área del relativismo cultural. Y esto lo hace por partida doble:

Por un lado en el ejercicio de cuestionamiento y relativización del universo cultural de la psiquiatría y los postulados y prácticas a los que pertenece, no solo criticando la ortodoxia de la aproximación psiquiátrica sino oponiéndose radicalmente a los aspectos jerarquizantes y coercitivos de la misma. Así reniega de los aspectos biomédicos organicistas tales como la focalización en la medicalización, la clasificación sintomatológica o la jerarquía y la desigualdad de poderes en la relación dicotómica: médico/paciente, profesional/profano, experto/lego. Como también de la remisión del malestar y su cura al individuo, exclusivizando su psique y organismo, frente al campo de lo social.

Por otro lado esta misma praxis¹, en su mirada antipsiquiátrica intercultural, crea un lugar de unión, de reencuentro entre las semejanzas de ciertas aproximaciones terapéuticas y preventivas de la enfermedad "europeas y africanas" tales como: la vida comunitaria y la integración de los sujetos (por igual tanto los que adolecen de malestares psíquicos como los que no), la fuerza de la palabra², y el reencuentro horizontal y no jerarquizado de diferentes interpretaciones nosológicas de la enfermedad y la salud. Por un lado las del acogido belga (o de origen extranjero), y por otro las de los inquilinos peuls, generando una dinámica de intercambio de narraciones, producciones y reinterpretaciones de significados en la convivencia.

Así también el hecho de cruzar dos formas de exclusión, por una parte la de los exiliados políticos y por otra la de las personas con dolencias psíquicas reenvía a una dimensión política tanto de la psiquiatrización del malestar social (y su catalogación en trastornos psíquicos) como del exilio, los motivos del mismo, y las condiciones de residencia, a menudo "ilegal" (o en este caso en trámites de ser legalizada), de los exiliados.

Por tanto son la solidaridad y los valores que vehiculan los actores de la sociedad peul, tan sólidos como liminales en su estatus jurídico, al poder ser sujetos de rechazo en su petición de asilo, los que acogen a la inclusión jurídica de las personas de origen belga y a la exclusión a la que estas se ven abocadas por las dinámicas de aislamiento, segregación y soledad fruto de las sociedades fuertemente individualistas como las centroeuropeas.

Es así que, con relación al cumplimiento de los tratados como *La Carta Social Europea*, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* y *Alma Ata*³ con respecto al acceso a los cuidados y disfrute de un completo bienestar físico, social y mental de las personas, esta asociación realiza la labor que debería desempeñar el Estado en diversos ámbitos. Por un lado en la asistencia a personas con dolencias psíquicas, como es el caso de los inquilinos belgas (o de otras procedencias), desde una perspectiva no excluyente y estigmatizadora e independientemente de su estatus jurídico/administrativo. Así como la facilitación, en este

¹ La mediación realizada por la asociación trata de trazar un puente, no intrusivo pero sí conciliador en los conflictos que se puedan dar en la convivencia, entre los diferentes itinerarios, representaciones y sensibilidades de los inquilinos y acogidos en las casas Peuls.

² Y por ende su poder comunicativo que traspasa los límites del aislamiento y la soledad factores causales de la dolencia.

³ En los artículos referidos en la problemática principal de la investigación (Capítulo II, apartado 3).

caso desde la interculturalidad, de un entorno de integración eficaz para su reestablecimiento. Por otro en lo referente al asesoramiento y apoyo de personas que migran a Bélgica (al ser víctimas, en su mayor parte, de persecuciones políticas) con relación a la regularización de su situación en el país y en el de sus condiciones de alojamiento y vivienda.

Capítulo XIII. Prácticas terapéuticas interculturales:

El modelo etnopsiquiátrico de Nathan en el hospital Brugmann (Bruselas).

1. De la praxis etnopsiquiátrica, nathaniana, en Francia a su aplicación en un hospital público belga.

El modelo etnopsiquiátrico de Tobie Nathan tuvo su origen a principios de los 90 en París y se lleva aplicando desde hace unos años en el hospital Brugmann, así como en varias ONGs, en Bruselas.

Uno de los motivos por los que he decidido analizar la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann es, por un lado, puesto que se trata de una de las terapias interculturales, desde la línea etnopsiquiátrica, más representativas que se desarrollan actualmente en Bélgica. De este modo dicho modelo posee especificidades que sitúan a su cuerpo teórico y praxis en un lugar, hasta el momento, pocas veces franqueado por la ciencia biomédica institucional y su representante en el campo de la salud mental: la psiquiatría.

Esto sucede así en el acercamiento, en un ejercicio de relativización cultural, tanto al cuestionamiento de la propia psiquiatría y sus implicaciones (y pretensiones universalistas), como a los supuestos, representaciones y prácticas no occidentales con respecto a la salud/enfermedad/curación provenientes de la cultura de origen del paciente. Lo cual implica adoptar algunos de los mismos para su desarrollo y función terapéutica.

Es así que la etnopsiquiatría parte de la constatación de que todas las sociedades producen un discurso explicativo de la enfermedad y la dolencia psíquica, y a partir de este han de diseñar métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen.

De esta forma la etnopsiquiatría se sirve de una multitud de sistemas terapéuticos, los cuales no son considerados según criterios de exclusividad y jerarquía, independientemente de que se fundamenten en el razonamiento científico o se presenten como específicos de una comunidad

étnica, social o religiosa, con el fin de construir un método terapéutico adaptado al universo simbólico propio del lugar de procedencia del usuario (Nathan, 1998(2))

En este sentido la aproximación etnopsiquiátrica del hospital Brugmann es emblemática al utilizar recursos como los llamados *objetos activos*, haciendo un uso particular que lo desmarca tanto de las prácticas más etnopsicoanalíticas¹ que prescinden a menudo de ellos, como del uso abusivo de técnicas atribuidas a la cosmogonía del paciente como las adivinatorias².

A su vez el hecho de que esto se dé en el marco institucional de un hospital público supone, como veremos a continuación, un motivo añadido como sujeto de interés en el presente trabajo.

2. La etnopsiquiatría en el hospital Brugmann. Bélgica (Bruselas)

El hospital Brugmann oficialmente fue inaugurado en el año 1923. Su fundador, George Brugmann, era el banquero del rey Leopoldo II de Bélgica. Urbanista y promotor de la colonización, al final de su vida, según dicen motivado por ciertos pesares relativos a la forma de ganar su fortuna (Dr Daniel Desir, 2008³), decidió legar parte de su dinero para la construcción del hospital que en la actualidad porta su nombre.

El hospital Brugmann se encuentra en la frontera entre dos barrios, Laeken, al norte, y Jette, al sur. Resulta interesante destacar el hecho de que las calles de uno y otro barrio colindantes con el hospital reflejan la historia, y los conflictos, entre los médicos de origen católico (de la

¹ La distinción entre etnopsicoanálisis y etnopsiquiatría en la práctica guarda más relación con una movilización de ciertas adscripciones nominales, que establece el terapeuta principal, que con otras cosas. En París y en Bruselas algunas consultas se denominan etnopsicoanalíticas y otras etnopsiquiátricas sin distinguirse elementos diferenciados en sus prácticas, más allá del actuar personal del terapeuta principal y las dinámicas del grupo, que constituyan un corpus epistémico o metodológico diferenciador. Ambas parten de la línea común de Devereux y Nathan. En este sentido Devereux (1977) dice que la etnopsiquiatría es la disciplina clínica cuyo cometido es la constitución de una semiología de enfermedades mentales sea cual sea el contexto cultural, y el etnopsicoanálisis la rama teórica encargada del marco explicativo de las relaciones entre cultura y psiquismo.

² Estas técnicas, por ejemplo el lanzamiento de los cauris para las personas de origen wolof, se utilizan con frecuencia en la consultas de Tobie Nathan en París.

³ Web: Brugmann.

Universidad Católica de Lovaina) y los liberales (masones y socialistas) de la Universidad Libre de Bruselas (y el Colegio de Altos Estudios). Hacia Jette, con alguna excepción hecha por los católicos, los nombres de los médicos católicos, hacia Laeken los médicos profesores de la ULB defensores del laicismo.

Tanto Laeken como Jette (y Schaerbeek) tienen una población de orígenes socio/culturales muy heterogénea. Esto, a excepción de algunas áreas del centro y de los barrios ricos periféricos, ocurre en gran parte de Bruselas. Desde zonas populares de clase media, media/baja, hasta otras, no muy alejadas espacialmente de clase media/alta. Igual sucede en cuanto al porcentaje de población inmigrante.

Arquitectónicamente el hospital fue único en la época ya que se trataba del primer hospital, trazado sobre la base de las recomendaciones de los médicos jefes de servicio, horizontal. La concepción en pabellones permitirá limitar los riesgos de contaminación y respetar el medioambiente y la planificación del territorio.

Su creador fue el famoso arquitecto modernista Victor Horta. Sin embargo aunque se ha considerado un ejemplo de modernidad no pertenece al «Art Nouveau» (Horta pensaba que las curvas y redondeces no convenían a una arquitectura hospitalaria (web: Brugmann)).

Los distintos edificios disponen en el medio de jardines comunicantes, dando prioridad con ello a una dimensión humana.

El hospital de Schaerbeek, Paul Brien, se unió al hospital Brugmann en el año 1999. Hoy en día es un hospital universitario concertado con la Universidad Libre de Bruselas.

Frente a una demanda por parte del medio profesional de psiquiatras y psicólogos que no lograban tratar con eficacia a muchos pacientes emigrantes, en el año 1991 se comenzó a introducir en dicho hospital la metodología y aproximaciones de la etnopsiquiatría. A su vez otros hospitales y ONGs, de Bruselas principalmente, fueron progresivamente haciendo lo mismo.

Tras la creación del centro Georges Devereux en París, donde también colaboraron algunos de los psiquiatras que implementaron esta corriente en Bélgica, se pensó crear un centro de

iguales características en Bruselas. Debido a diversos motivos¹ este proyecto se desterró y las consultas de etnopsiquiatría se mantuvieron en el interior de las estructuras y departamentos de los hospitales y ONGs.

En el caso del hospital Brugmann esta tiene lugar todos los jueves en el pabellón de consultas del área de psiquiatría. El espacio en el que se desarrolla esta consulta es uno de los despachos, donde acontecen las consultas «convencionales» durante la semana, habilitado de tal forma que los terapeutas (entre diez y quince), el paciente y sus acompañantes forman un círculo junto con el etnopsiquiatra. En la disposición espacial del mismo en ocasiones el psiquiatra se sitúa algo más adelante, sin llegar a estar en medio del círculo.

En el exterior los pacientes y acompañantes esperan en una sala en la que hay varias filas de bancos dispuestas a su vez en círculo. Una de las premisas de la aproximación que se lleva a cabo en esta consulta (que no es solo propia a la etnopsiquiatría) es que la consulta comienza ya en el exterior con la relación que tienen los pacientes, familiares y acompañantes entre sí. A su vez, de manera fortuita, en ocasiones algún terapeuta se encuentra también fuera y comienza a interactuar con los pacientes.

2.1 Los terapeutas.

En cuanto al número de terapeutas que se encuentra en las consultas este es variado. Marie Rose Moro (1998) señala que clásicamente existen dos grupos, el grupo grande que está constituido entre 8 y 12 terapeutas, y el grupo pequeño entre 4 y 6. En este caso es diferente.

"Por lo general suele oscilar entre los diez y quince terapeutas, siendo el máximo (teórico) de veinte".
(Woitchik, director del servicio de etnopsiquiatría en Brugmann, entrevista personal, 2006)

En su gran mayoría son mujeres. Sus edades están, aproximadamente, comprendidas desde los 24 hasta los 65 años.

¹ Entre otros la conveniencia de mantenerse en el seno de un hospital público y no convertirse en un centro específico para inmigrantes (Woitchick, etnopsiquiatra en Brugmann, entrevista personal. 2006).

La formación académica de los terapeutas abarca la psicología (con ramas tan variadas como la psicopedagogía, la criminología, la clínica, etc.), la psiquiatría, la antropología, el trabajo social, la enfermería psiquiátrica o la sociología.

Los orígenes culturales también son muy diversos. Todos los terapeutas de orígenes alóctonos hablan sus lenguas maternas y el francés, siendo en algunos casos esta su lengua materna. El etnopsiquiatra ha nacido en Bélgica si bien es de origen polaco. Los terapeutas proceden de países diversos como Bélgica, Congo, Uganda, Ruanda, Senegal, Turquía, Marruecos, Túnez, Italia, España, Francia, Holanda, Chile, etc. El mestizaje del grupo de terapeutas tiene objetivos variados, como veremos después, entre otros el de la *materialización de la alteridad* y su transformación en *catalizador terapéutico*.

A su vez con el paciente si es necesario puede acudir un intérprete, algunos familiares o acompañantes (si lo requiere la situación y el paciente, y los mismos, están de acuerdo) y los terapeutas o asistentes sociales exteriores a la consulta. En este último caso podrá suceder que algunos continúen acudiendo a la consulta por su cuenta, pasando a ser parte del grupo de terapeutas, como observadores y/o intervinientes.

Los canales de llegada de los terapeutas son muy diversos. Por lo general una gran parte hacen prácticas en el último año de su carrera o de posgrado y son enviados por la Universidad Libre de Bruselas u otras. Otros (como fue mi caso) son investigadores o estudiantes de doctorado. También los hay, el grupo (de unas cinco o seis personas) que acude desde años atrás habitualmente, profesionales de la salud mental, educadores o trabajadores sociales ejerciendo. Estos últimos colaboran por su propia motivación ya que ninguno de los terapeutas, a excepción del psiquiatra (y de los traductores en algunos casos), son retribuidos económicamente.

Un elemento a destacar con respecto a la interacción de los terapeutas en la consulta es el relativo a las intervenciones. Estas no están programadas con anterioridad surgiendo de la espontaneidad, y buen criterio, de los terapeutas¹. No obstante, pese a que la colaboración e intervenciones de los coterapeutas son por lo general frecuentes el papel principal en las

¹ Las implicaciones de las mismas y los condicionantes a la hora de mostrar un tipo de opinión u otro no son los mismos en los terapeutas que acuden, como en mi caso, por motivos diversos sin una vinculación académica con la ULB y el etnopsiquiatra. Que los que realizan sus prácticas de fin de carrera o posgrado allí y deben ser evaluados por el etnopsiquiatra.

mismas lo tiene el psiquiatra. Esto ha sido así en todas las consultas a las que he acudido en el hospital Brugmann y, por lo que he podido saber, sucede de igual forma en las demás sesiones de etnopsiquiatría existentes en Bélgica. Es esta una línea metodológica común a toda praxis etnopsiquiátrica. Como dice Moro (1998(2)) las intervenciones terapéuticas del grupo serán siempre centralizadas por el terapeuta principal.

2.2 Los pacientes.

Por lo que respecta a la llegada de los pacientes a dicha consulta esto sucede por diversos cauces.

En su mayor parte hay pacientes que son enviados por psiquiatras de otros hospitales o consultas (en el propio Brugmann). Otros llegan a su vez derivados de centros de asistencia social estatales (como los centros de acogida de menores...) u ONGs que conocen el trabajo y posibilidades de este tipo de aproximación. Así también los hay que acuden por el «boca oreja», esto sucede principalmente al conocer a alguien en su comunidad que fue tratado en dicha consulta¹.

Con respecto a los perfiles socio/culturales de los pacientes estos son muy diversos. Por lo general el perfil socio/económico suele ser de clase media y media/baja, sin embargo hay también casos de personas que provienen de clases media/alta e incluso alta. Las procedencias culturales son a su vez muy heterogéneas. Existe un tanto por ciento elevado de población del Magreb (Marruecos principalmente y también Túnez), turca y del África subsahariana (África central (Ruanda y Congo) y occidental (Senegal)). Así también hay pacientes que provienen de países de Europa del este y Latinoamérica. En algunos casos el paciente es de Europa occidental.

Las edades son muy variadas comprendiendo desde bebés hasta hombres y mujeres ancianos. Por lo que respecta al tiempo de residencia en Bélgica de igual manera es muy diverso dándose el caso de pacientes que acaban de llegar (de sus países de origen o de residencia) y otros que nacieron en Bélgica o llevan casi toda su vida viviendo en este país.

¹ En ocasiones si hay alguna persona de su comunidad que participa en la consulta, como los traductores, se dirigen a ella y concertan una cita previa con el etnopsiquiatra antes de ser tratados por el grupo en la consulta.

Por lo general los pacientes a los que no conoce el psiquiatra y es la primera vez que acuden a la consulta suelen tener una entrevista previa a solas antes de ser tratados por el grupo.

Se puede decir que de entre los diversos motivos por los que son enviados, o acuden, a dicha consulta están las especificidades culturales o los síntomas atípicos atribuibles a cuestiones culturales¹. Como ya dije, y comento más adelante, hay desde personas derivadas por otros hospitales o centros sociales tras un amplio bagaje terapéutico hasta aquellas que han oído hablar de esta consulta y acuden por iniciativa propia.

Por lo que se refiere al pago de la sesión la modalidad es la misma que en el resto de las consultas. Esto es por mutualidad, CPAS (Centro Público de Asistencia Social), etc. dependiendo de la situación del paciente². En esta consulta se admite a todas las personas independientemente de cual sea su estatus jurídico/administrativo.

2.3 Causalidades, síntomas y motivos por los que los pacientes acuden a dicha consulta.

La consulta es un lugar de encuentro entre diferentes culturas con distintas representaciones de la enfermedad, así como atribuciones causales, expresiones sintomatológicas y concepciones de la curación.

Por un lado se encuentra la cultura biomédica occidental encarnada en la formación y las lentes con las que observan y actúan los terapeutas y el psiquiatra. Por otro lado la de los pacientes alóctonos, o autóctonos en algunos casos, en cuyas culturas de origen existen otro tipo de entidades nosológicas, representaciones, principios de causalidad y modelos interpretativos.

Esto no es homogéneo ni en los pacientes (y sus acompañantes) ni en el grupo de terapeutas debido principalmente a que tanto unos como otros proceden de itinerarios y culturas muy

¹ Si bien las especificidades culturales no intervienen siempre, ni son de manera obligada un objetivo a problematizar o un factor etiológico prioritario, en la dinámica terapéutica dándose otras, como las psico/sociales o mediadoras (de pareja o socio/laborales por ejemplo) con frecuencia.

² En el caso de los traductores estos son retribuidos en ocasiones por los propios pacientes o por el CPAS.

diversas y a que, ya sea por interés personal o por otros motivos, a lo largo de su vida han tenido contacto con variados tipos de representaciones. Es el caso del psiquiatra y terapeutas, desde sus culturas de formación, biomédicas o no, y su posterior interés por otras aproximaciones transculturales; y el de los pacientes, algunos de los cuales poseen un amplio bagaje nosológico e interpretativo (como el de, por ejemplo, sus culturas de origen no biomédicas o sincretizadas y las de destino).

Sin embargo, tanto en el caso de los pacientes como en el de los terapeutas existen excepciones. Los hay, independientemente de sus orígenes, que se mantienen fieles a unas representaciones y causalidades biomédicas no mostrando más que un interés de tipo anecdótico por otras, y viceversa.

De este modo ocurre que la cultura de origen en este sentido no influye de manera determinante en un tipo u otro de representaciones ya que ni estas son fijas e inmutables, sino relacionales, ni la ubicación geográfica incide necesariamente en unas u otras. Hay que recordar que en Europa occidental existen muchas personas que, por diferentes razones, no participan del sistema nosológico/representacional de la ciencia biomédica¹ y sí de sistemas en los que actúan agentes etiológicos tales como espíritus, posesiones, magia, trances, etc. (Un ejemplo de ello es el dado por Ernesto de Martino en su libro "La tierra del remordimiento" (1999)).

Mientras que, por ejemplo, en África negra hay muchas personas que dan un sentido a la salud, a la curación y a la enfermedad desde el ámbito biomédico o desde otros que no reenvían, forzosamente, a nosologías en las que intervienen los ancestros, espíritus o a la cultura o sociedad en su conjunto:

"(En África Occidental) muchas de las entidades nosológicas toman el relevo de un registro prosaico y no reenvían ni a la Cultura, ni a la Sociedad, ni al Sentido, ni al Cosmos... y sí a un conjunto restringido de representaciones relativamente circunscrito y autónomo..."

(Jaffre y Sardan. 1999).

¹ Es interesante destacar la incongruencia que supone no tener en cuenta la pretensión universalista de ciertas medicinas, como las llamadas complementarias, así como de las terapias tradicionales de origen no occidental como las practicadas por los marabús en Bruselas o Madrid. En este sentido los marabús, acupuntores, chamanes, ciberterapeutas o médicos occidentales tienen como pretensión curar a quien padezca una enfermedad con su saber hacer específico, sea cual sea su procedencia.

No obstante no creo que se deba relativizar en exceso ya que cada enclave geográfico, cada país, cada cultura, cuenta con una historia y trayectorias que aunque heterogéneas poseen paradigmas diversos, algunos de los cuales, estructurados y estructurantes, contribuyen a dar forma a los discursos, contextos y marcadores cognitivos de sus actores y campos sociales. Así la influencia y la capacidad de persuasión y legitimidad del discurso biomédico en algunos contextos no se puede equiparar, al ser mayor, a las de inspiración no biomédica (ver Berta Mendiguren de la Vega, 2008).

Por lo general, como ya vengo hablando anteriormente, medicina tradicional y medicina occidental, no se encuentran en posiciones fijas y aisladas frente a frente, sino que se entrecruzan e interactúan mutuamente tomando conocimientos, prácticas y fragmentos la una de la otra¹ con mayor o menor simetría.

La aproximación en la consulta es de tipo psicoanalítica/grupo de palabra. En este sentido el enfoque tiende a ser siempre relacional, esto quiere decir que parte de la idea, como la psiquiatría social, de que el paciente no es un sujeto aislado al que se deba tratar separadamente sino que su bienestar, así como el origen y la solución de su sufrimiento, se encuentra ligado a su entorno y a sus relaciones con los otros.

Ateniéndome a lo observado en la consulta me apoyo, a continuación, en la medida de los instrumentos clasificatorios de la psicología occidental, y con el riesgo y la cautela de este tipo de ejercicios, que sirven para la clasificación y análisis pero que no tienen porque coincidir siempre con la realidad del sujeto dinámica y relacional, distingo entre varios tipos de pacientes:

a/ Personas que no presentan ningún tipo de trastorno o este es de tipo leve y en las que no existe un discurso relativo a la enfermedad.

b/ Personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos predomina el universo biomédico.

¹ En este sentido es de destacar, por ejemplo, que el psicoanálisis habiendo sido inspirado fundamentalmente por las terapias tradicionales no haya vuelto la mirada a ellas, en su praxis, hasta ahora tras muchos años de su «fundación».

c/ Personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos no predomina el universo biomédico y sí el de otras representaciones y nosologías.

A su vez cabe hacer una subclasificación aplicable a cada apartado anterior con respecto a la aproximación predominante por parte de los terapeutas y psiquiatra:

a/ Por un lado las personas que no necesitan de una terapia, desde la (etno)psiquiatría clínica, como tal sino de un trabajo del tipo de la mediación familiar (con relación a su pareja, hijos, etc.).

b/ Personas que precisan de la terapia de la consulta de etnopsiquiatría.

c/ Personas que además de la terapia en la consulta de etnopsiquiatría requieren de una terapia complementaria (por ejemplo personas víctimas de torturas, violaciones...).

A excepción de los pacientes belgas (un tanto por ciento muy pequeño) en el resto las causas de sus dolencias reenvían casi siempre, de una forma mayor o menor, a su trayectoria migratoria¹ (proyectos, relación con sus dos mundos y entornos (los de origen y destino), etc.).

En el cuadro del ejercicio "de mediación"² (motivado o no por el factor migratorio) hay pacientes cuyas dolencias, que no revisten la gravedad de desembocar en una psicopatología ni se inscriben necesariamente en el área preventiva de la salud mental, remiten a conflictos con sus parejas y familias.

En el terapéutico se pueden encontrar desde sintomatologías propias del llamado *Mal de Ulises* (Achotegui 2004) (trastornos de estrés reactivo, ansiedad, depresión...) con un carácter leve, moderado o agudo. Hasta dolencias postraumáticas, al haber sido víctimas de la

¹ Principalmente por parte del grupo de terapeutas y el etnopsiquiatra que problematizan dicha dimensión, pero también de algunos pacientes que la atribuyen, directa o indirectamente, a su malestar.

² Si realizo esta distinción es para entender el modelo de la intervención. En el marco de intencionalidad terapéutica en el que se realiza, aunque ponga su peso, por ejemplo, en un ejercicio casi exclusivo de mediación familiar, no dejará de ser terapéutico ni clínico.

violencia organizada (torturas...), con sintomatologías pertenecientes por ejemplo a los trastornos del comportamiento. Por otra parte hay casos de mayor gravedad, derivados de las etiologías anteriores o de otras, como las psicosis paranoicas y/o esquizofrénicas (con episodios alucinatorios). En todos ellos a menudo el paciente posee un modelo explicativo sobre su dolencia que puede remitir en mayor o menor medida a universos simbólico/culturales de origen (como la magia o la brujería).

Así también acuden pacientes que han sido víctimas de sectas y de psicoterapias. Por otra parte existe algún caso de pacientes con sintomatologías nunca vistas con anterioridad. Un ejemplo de esto lo describo más adelante en los estudios de caso.

Con respecto a la duración de la terapia esta varía según el paciente. Algunos son derivados a otras consultas para llevar a cabo terapias concretas con relación a su dolencia y después volver, o no, a la consulta de etnopsiquiatría. Otros acuden por un periodo corto o llevan varios años asistiendo de forma constante, y otros lo hicieron en el pasado y reaparecen al cabo del tiempo.

Aunque, tal y como he comentado con anterioridad, muchos de los pacientes acuden a la consulta debido a motivos que poco o nada tienen que ver con los síntomas o trastornos llamados "culturales" es cierto que una proporción considerable si lo hace.

En este sentido si bien la *eficacia simbólica* no es el único mecanismo implicado en la escena terapéutica etnopsiquiátrica, existiendo otros como por ejemplo el concepto de *maná* de Mauss (1902), se revela necesario traerla a colación. Levi-Strauss señala que en el caso de la magia, las primeras reflexiones se centran sobre el problema de la *eficacia simbólica* y la importancia de atribuir un sentido a las distintas experiencias que atentan contra la estructura del grupo en cuestión. A diferencia de la ciencia, que busca el sentido de un problema en la realidad objetiva y sus cadenas causales, la magia opera articulando las experiencias al sistema estructural de la sociedad en cuestión. En casos de integridad física (enfermedades, dolores intensos), crisis del desarrollo humano (partos, puerperios), violaciones de normas o códigos, comportamientos extraños, o bien catástrofes naturales, el hechicero o "shamán" ofrece una interpretación que permite la absorción del acontecimiento en la estructura, que codifica y significa la realidad social en cuestión. De esa manera las prácticas "shamánicas"

significan aquellos estados que de otro modo se ofrecerían confusos y desorganizados para la conciencia:

"Pensamiento patológico y pensamiento normal no se oponen, sino que se complementan. En presencia de un mundo que ávidamente quiere comprender, pero cuyos mecanismos no alcanza a dominar, el pensamiento normal exige a las cosas que le entreguen su sentido, y éstas rehúsan; el pensamiento llamado patológico, por el contrario, desborda de interpretaciones y resonancias afectivas, con las que está siempre dispuesto a sobrecargar una realidad que de otro modo resultaría deficitaria... La colaboración colectiva en la cura shamanística establece un arbitraje en estas dos situaciones complementarias... es preciso que, por una colaboración entre la tradición colectiva y la invención individual, se elabore y se modifique continuamente una estructura, es decir, un sistema de oposiciones y correlaciones que integra todos los elementos de una situación total donde hechicero, enfermo y público, representaciones y procedimientos, hallan cada uno su lugar."

(Levi-Strauss. 1987).

La "cura" tendría sus bases en la *eficacia simbólica* del esquema en cuestión, independientemente de su correspondencia con las causalidades objetivas o científicas (eficacia sobre lo real). Consistiría principalmente en volver inteligible una situación problemática, haciéndola soportable al espíritu y por lo tanto tolerable, mediante un sistema coherente que vectoriza las diferentes experiencias que de otro modo se ofrecerían caóticas e insoportables.

De esta forma a la hora de abordar la etiología de sintomatologías y dolencias que remiten a referentes culturales no biomédicos se trata, desde la postura del psiquiatra, de no caer ni en la *trampa médica* (Yannick Jaffre y Olivier de Sardan 1999)), la cual consiste en reducir sistemáticamente a categorías biomédicas, por ejemplo, las representaciones de la enfermedad¹. Ni en la *trampa de sentido* haciendo hincapié en el hecho de que la sociedad, y la cultura, entera esté implicada detrás de la enfermedad². Poniendo el peso en excesos holísticos y de simbolismo en este caso relacionados con el desorden socio/cultural de los universos y pasajes migratorios del paciente.

¹ En esta trampa cabe incluir algunos casos en el reciente desarrollo de una antropología médica (principalmente en los países anglosajones) que aíslan los hechos de la enfermedad constituyéndolos como un objeto antropológico autónomo.

² Como en el caso de atribuir con exceso que el desorden del cuerpo será el revelador de un desorden social. Y que toda curación pone siempre en juego a la comunidad, comprendiendo su relación simbólica con el cosmos.

3. La consulta: estudios de caso

A continuación, describo varios estudios de caso relatados desde mi posición como observador en el transcurso de dichas consultas. Antes de comenzar debo decir que mi papel ni ha sido ni ha pretendido ser neutro. Aunque he tratado de actuar con la máxima cautela posible, imprescindible sobretodo cuando no conozco el contexto y a los pacientes lo suficiente y las acciones, palabras y su uso están dotadas de una fuerte significación como es el caso del cuadro de una consulta médica desde la posición de experto y/o terapeuta.

Pese a que lo que yo considero participar en la consulta, las palabras, probablemente no sea más que una mínima parte de la verdadera participación, (el cuerpo (los gestos, movimientos, etc.)) más por precaución¹ que por timidez, mis comentarios o preguntas al paciente o a los otros terapeutas fueron muy puntuales.

De este modo al principio me motivó la tentación, de las etnografías anteriores a los años 50, de no querer influir en el transcurso de los acontecimientos, tanto con el paciente como en las reuniones con los terapeutas o el psiquiatra, y limitarme a observar, casi invisibilizarme, con la interacción necesaria para no interrumpir la “naturalidad habitual” de la acción. Rápidamente abandoné esta ilusión. Con lo que mi presencia, ausencia y opiniones a lo largo de las sesiones ciertamente influyeron tanto en los pacientes como en los terapeutas. ¿Hasta que punto o de que forma? quiero creer que, al menos, estimulante pero es algo, por suerte o por desgracia, difícil de saber. En este sentido con respecto a las implicaciones de la intrusión del antropólogo en el campo que observa Devereux dice:

"Con la toma de consciencia de las resistencias tales como las contratransferencias, los mecanismos de defensa, etc. (las cuales, sin ser conscientes serían una fuente de error), el investigador podrá obtener datos de dichos procesos que se revelarán como una fuente importante de creación científica... así en la observación participante la intrusión destructiva en las reglas cotidianas de la vida por la llegada del antropólogo puede ser tanto una fuente de nuevas verdades como de graves errores... es fuente de errores si pensamos que la sociedad que describimos es la sociedad real... ya que se trata de hecho de una sociedad perturbada (por nuestra intrusión)" (Devereux. 1977. Traducción propia.)

¹ Al no conocer los historiales médicos de todos los pacientes o tener constancia tan solo de una parte de los mismos.

Por otro lado factores como el de mi formación o procedencia, conocidas por muchos de los pacientes ya que, como comento después, muy a menudo nos presentábamos al inicio de la consulta, influyeron en el transcurso de la acción. Como también lo hizo el hecho de ser hombre, en un grupo en el que la mayoría eran mujeres. Esto tuvo una serie de efectos entre los cuales, por ejemplo, en algunos pacientes pudieron ser de una mayor empatía o confidencialidad (tanto en el caso de pacientes mujeres como de hombres) y en otros al contrario¹.

Las consultas se llevan a cabo todos los jueves. El horario comienza a la 13:30 y termina sobre las 19:00. La duración aproximada de cada una puede ser desde una hora hasta dos variando según el caso. En ocasiones el periodo de tiempo entre consulta y consulta es de varios minutos, incluso más dependiendo de si ya espera, o todavía no, el próximo paciente.

Estudios de caso:

Siguiendo las tipologías descritas con anterioridad, relativas al tipo de tratamiento y a la representación nosológica del paciente, relato seguidamente varios estudios de caso adecuándome a, de lo que he podido observar, más se aproxima a las mismas.

Recordando dichas tipologías estas son:

a/ Personas que no presentan ningún tipo de trastorno o este es de tipo leve y en las que no existe un discurso relativo a la enfermedad.

b/ Personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos predomina el universo biomédico.

¹ En este último caso recuerdo al marido de una paciente, de mi misma edad, que en el transcurso de una consulta (donde, además del psiquiatra, yo era el único hombre) en la que su mujer, a la que acompañaba, comentaba cosas íntimas de su relación con él, situado en una posición de vulnerabilidad frente a un grupo y contexto que no conocía, me miraba con bastante animadversión (por llamarlo de alguna manera...).

c/ Personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos no predomina el universo biomédico y sí el de otras representaciones y nosologías.

A su vez la subclasificación aplicable a cada apartado anterior con respecto a la aproximación predominante por parte de los terapeutas y psiquiatra:

a/ Por un lado las personas que no necesitan de una terapia, clínica, como tal sino de un trabajo de mediación familiar (en relación con su pareja, hijos, etc.).

b/ Personas que precisan de la terapia de la consulta de etnopsiquiatría.

c/ Personas que además de la terapia etnopsiquiátrica requieren de una terapia complementaria (por ejemplo personas víctimas de torturas, violaciones...).

3.1 Cuando prevalece un ejercicio de mediación a la etnopsiquiatría clínica

(Caso 1) S. Paciente de Uzbekistán, mujer (40 años)

S. puede encontrarse dentro de la tipología concerniente a las personas con trastornos moderados, en los que predomina un discurso de tipo biomédico u occidental.

En su caso los síntomas están referidos principalmente a la ansiedad (desembocantes y originarios de trastornos de tipo leve como los del sueño).

Llega a la consulta hace casi un año por medio de un conocido. De formación ingeniero vive desde hace diez años aproximadamente en Bruselas. En la actualidad está inscrita al CPAS cobrando la renta de inserción mínima (700 Euros). Se niega a trabajar en los tipos de trabajo que la ofrecen (principalmente limpiando casas). Es una mujer con un nivel cultural alto.

Con anterioridad vivió en Alemania donde reside su ex marido y a donde está pensando volver a vivir próximamente.

Ha seguido, de manera puntual, algún tratamiento con ansiolíticos así como con medicamentos contra el insomnio (con el fin de que dicho insomnio no descompensase lo logrado hasta el momento en lo referente al control de la ansiedad), supervisado por el psiquiatra.

En la consulta su actitud es desenvuelta. Habla de forma desenfadada, domina el francés con bastante soltura, y no parece, al menos en las consultas, manifestar ningún tipo de trastorno (su discurso, su interacción, la conciencia de las problemáticas que en ella desencadena la ansiedad y de las formas de actuar al respecto son claras y están muy bien estructuradas).

En la consulta hablamos de algunos de sus problemas recientes tales como la decisión de ir a vivir o no a Alemania y las connotaciones que eso tiene (además de las personales referentes a su ex marido, para ella las personas en Alemania son frías y distantes y en ocasiones la atmósfera le recuerda a la guerra y al fascismo). En lo relativo a sus decisiones vitales ir a Alemania tal vez le proporcionaría la posibilidad de un trabajo, lo cual le resulta poco accesible en Bélgica (aunque por otra parte allí no tendría la cobertura social en el caso de quedarse desempleada que tiene en Bélgica). Así también se debate entre volver o no a su vida anterior con su ex marido.

S. piensa que ha nacido por segunda vez en Bélgica. Dice que en Alemania la gente es más fría (ella ha vivido una larga temporada en Alemania antes de venir a Bélgica (allí tiene a su familia)). Hay una energía allí que no la permite respirar de la misma forma. Quizás un muro, puede que sea por la guerra. En Alemania siente miedo.

A menudo hablamos de sueños que suele tener. En ocasiones se los cuenta, antes de entrar a la consulta, a una de las terapeutas con quien coincide en la sala de espera.

Así también solemos hablar de aspectos socio/políticos de la vida en Bélgica de los emigrantes.

En una ocasión tratamos el tema del discurso en torno a los emigrantes de origen ruso. Ella estaba de acuerdo con los estereotipos y representaciones que se tienen de la comunidad rusa en Europa. Con respecto a la asociación que actualmente se suele hacer sobre los rusos de que o bien son nuevos ricos o son mafiosos decía que muchas veces estaba unido. A su vez comentaron, el psiquiatra y ella, aspectos sobre el cambio que se había producido desde la

caída del muro de Berlín. Cómo antes se hablaba de la ciencia y de la cultura en Rusia y los países del bloque soviético mientras que ahora los temas más recurrentes eran estos de los nuevos ricos y la mafia.

Por otro parte habló de como ella en Ucrania era tratada de forma excluyente al venir de Uzbekistán mientras que en Rusia se la tomaba por ucraniana y a su vez la excluían por ello.

Comentaba que no podía volver a Uzbekistán. Además de no tener ningún tipo de posibilidad de trabajo hablaba de la inseguridad de su país (hasta tal punto que incluso es, según ella, conocido que se recomienda, entre las personas de dicho país, ir siempre acompañados y nunca solos a la embajada uzbeka).

Otra de las anécdotas relativas a la situación en su país fue la siguiente. Nos contó que solía llamar a su madre a menudo a Uzbekistán. Las primeras veces que la había llamado, mientras conversaban, en alguna ocasión había escuchado ruidos extraños, como si alguien les estuviese escuchando. Poco después no solo fueron ruidos de fondo, que no pertenecían a ninguna de las situaciones a un lado y a otro de la línea telefónica, sino que incluso una voz de mujer, con tono aburrido, surgió de repente y les empezó a hablar y a preguntar que cómo era la vida en Bélgica, si se vivía bien, si el clima era bueno... Esto se repitió en varias ocasiones. A veces era un hombre otras una mujer. Ironizó sobre el hecho de que estos "espías", además de aburrirse y faltar al código profesional de discreción, solo conocían las cosas positivas que les solían contar los migrantes a sus familias. Lo cual les daba una visión bastante particular de los países a los que solían migrar sus "conciudadanos".

La relación existente entre dicha paciente y el grupo de terapeutas es la de un grupo de palabra. En ocasiones parece (a mí y a algún terapeuta) que dicha paciente acude a la consulta como si fuese a ver a un grupo de amigos o conocidos y a charlar, de igual a igual, un rato. No obstante, aparte de las aclaraciones de algunos términos que pide la paciente a los terapeutas (relativos a ciertos aspectos de sus estados de ansiedad que no llega a comprender) no hará ninguna otra referencia a síntomas, nominaciones, causalidades u otras temáticas relativas a la enfermedad.

En una de las últimas consultas a las que acudí dijo que había decidido dejar de tomar químicos (para malestares como los dolores de espalda y de cabeza) y que prefería tomar

vitaminas y practicar ejercicios contra el dolor como el Reiki. Es este sentido el psiquiatra, según comenta, es siempre partidario de enseñar a los pacientes a automedicarse cuando lo necesiten en lugar de depender del médico.

S. a veces demanda consejos relativos a los trámites de tipo administrativo para su naturalización. En una ocasión le pidió una carta de recomendación al psiquiatra que necesitaba para un litigio con la propietaria de su apartamento.

Desde mi punto de vista y atendiendo a las categorías analíticas antes citadas en su caso se puede hablar, con respecto a la necesidad terapéutica, de un trabajo de grupo de palabra¹.

(Caso 2) L. Mujer turca (35 años) y traductor

Acude a la consulta por medio de un conocido en el seno de la comunidad turca, en Bruselas, que ya había ido con anterioridad. Antes acudía a un psicólogo turco pero, según dice, prefiere esta consulta. Hay que destacar que en ocasiones los pacientes van a la consulta al tener un conocido que o bien ha acudido o ha oído hablar de la misma. En el caso de los pacientes turcos, tanto por parte de la difusión de algunos traductores (de origen turco) como por el de otros pacientes de esta comunidad, existe un porcentaje elevado de los mismos que responde a este efecto.

L. lleva varios meses (seis consultas) viniendo. Su vestimenta (me parece) de tipo "occidental" mezclado con algunos elementos, como las camisas, de "origen" turco. El motivo de la consulta está relacionado con conflictos con su pareja. No presenta ningún tipo de sintomatología que deba ser tratada por medio de la terapia. La categoría a la que corresponde su consulta es la relativa al trabajo de mediación familiar.

En ocasiones acude también acompañada por su marido. Él siempre acepta venir ya que ambos consideran la consulta como un lugar de discusión sobre la pareja.

¹ Pertenece más a la tipología "a" (del tipo mediación) que a la "b" (terapia etnopsiquiátrica).

Ella no habla nada de francés (pero si lo entiende) y durante la consulta está siempre presente el traductor. Su marido habla muy bien francés y no necesita traductor.

En una de las sesiones el traductor turco, músico de profesión, trajo una flauta típica de la región de donde es originaria la paciente y tocó varias canciones. Esto, a decir de ella, motivó que en la sesión siguiente la paciente trajese una poesía que había escrito y la leyese.

En las primeras consultas con esta paciente hubo algún malentendido con las traducciones y algún pequeño conflicto relacionado con el rol a desempeñar por el traductor. En este sentido, el problema tiene que ver con las aportaciones e interpretaciones que el traductor hace de lo dicho por los terapeutas. A medida que se suceden las consultas parece que cada vez se van definiendo más y más los papeles y él (consultará con anterioridad con el grupo si es conveniente o no un tipo de actuación por su parte) se ceñirá al trabajo de traducción. Hay que decir que casi ningún traductor que acude a la consulta, aunque tenga experiencia en la traducción, ha seguido una formación específica de traducción en un marco psicoterapéutico. Lo cual conlleva siempre ciertos riesgos como son los de la implicación personal con el paciente tras la consulta y el choque emocional al trabajar en un contexto que puede resultar, para alguien no acostumbrado, traumatizante (además de los procesos perturbadores, para su función, de contratransferencia, al compartir itinerarios o vivencias migratorias similares con el paciente). En este caso el traductor, que posteriormente acude a algunas sesiones como espectador en el grupo de terapeutas, era conocido por su profesionalidad en lo relativo a aspectos como el código deontológico de privacidad, la separación de esferas personales y profesionales y su conocimiento y experiencia como traductor.

En alguna ocasión se mantiene una discusión acerca de términos y maneras de entender los mismos. A decir del psiquiatra, este es un trabajo importante que se debe efectuar siempre que se pueda. Por ejemplo en una ocasión pasamos un buen rato discutiendo acerca del significado lingüístico en la traducción, pero también cultural, del amor en Turquía.

Con respecto a los conflictos que tienen en la pareja estos son, como dice L. y su marido, problemas de entendimiento.

El marido (también de unos 35 años, nacido en Turquía pero de padres de origen latinoamericano) comenta que él no suele estar muy a menudo en casa porque trabaja mucho.

Además de su trabajo de taxista también hace pequeños trabajos que le ocupan la mayor parte del día. Ella piensa que sus actividades no son solo el trabajo sino también divertirse.

Según comenta el marido parece que una de las fuentes de conflictos es el hecho de que ella no hable francés, y no se pueda relacionar, mientras él sí. En el discurso de L. está muy presente el tema de los celos.

Con el marido hablaremos a solas en una ocasión, además de aspectos relativos a su vida en pareja trataremos temas que tienen que ver con como viven otras personas de la comunidad turca en Bruselas. La conversación se desarrolla en francés y el traductor interviene para dar opiniones sobre el tema (ya que él es una figura conocida dentro de la comunidad turca en Bruselas).

Tras un rato L. entra en la consulta y no interviene con respecto a esto.

El marido dice que en su trabajo como taxista ve a muchas personas con problemas de pareja... y que en la comunidad turca de Bruselas a muchas mujeres las pegan sus maridos. (En su relación no parece que exista la violencia, si acaso es la mujer (por lo que ella misma cuenta) la que parece responder en ocasiones con agresividad física (comenta que gracias a la consulta llega a canalizar la violencia y a saber pararse a tiempo)).

En los barrios turcos en Bruselas los niños no aprenden prácticamente francés puesto que todo el mundo habla turco (desde que van a las guarderías...).

Según explica el traductor los conciertos, las discotecas, los restaurantes turcos no duran mucho, cierran ya que el 80 % de la comunidad turca en Bruselas viene de la montaña y no se interesa por esas cosas... tampoco suelen tener contacto con belgas.

En una de las sesiones L. trae unos dulces típicos de Turquía (en mi opinión algo parecidos en la textura al algodón dulce que se vende en España en las ferias) y los reparte entre el grupo.

3.2 Casos que precisan de la etnopsiquiatría y de una terapia complementaria

(Caso 3) R. Paciente marroquí, mujer (15 años)

Llega a través de una institución de acogida de menores acompañada por sus asistentes sociales (dos chicas de unos 25 años). La causa de que sea derivada del centro de menores a este tratamiento, según explican sus asistentes, es debida a que los problemas que tiene remiten a su cultura y a su historia personal. Es la primera vez que viene a la consulta.

Vive en dicho centro de acogida de menores. Al principio parece tímida pero luego progresivamente se va distendiendo. Muestra un grado de madurez en sus reflexiones y comentarios que se corresponden más con los de un adulto que con su edad. El francés es su lengua materna (junto con el árabe). Su forma de vestir también es la de una mujer adulta.

Durante la sesión las asistentes sociales intervienen en la conversación con el grupo terapéutico. En alguna ocasión R. discute con las asistentes al no estar de acuerdo con la explicación que dan de lo que la sucede o, sobre todo, con las interpretaciones de lo que piensa (por ejemplo una de estas discusiones es en relación con la idea que ella tiene de su padre).

En principio parece que el motivo de que acuda a dicha consulta es su apatía y falta de concentración en clase.

Según explica R. está distraída en clase porque se siente como perdida, como si no supiese dónde estuviese ni quien es y eso la preocupa. Además dice que está harta de que no la escuchen, que los otros cuenten las cosas por ella o no entiendan lo que ella dice. Es en ese momento cuando no puede pensar y se queda en su mundo.

También piensa mucho en su madre (quien en la actualidad pasa periodos internada en un pabellón psiquiátrico y cuando está fuera no tiene la custodia de su hija y casi no la ve).

Explica que tiene miedo de que le pase lo que le sucedió a su madre, ya que fue embrujada. Cuenta que cuando era muy pequeña recordaba que su madre le explicó que en alguna ocasión oyó una voz a su lado cuando la abrazaba. Dicha brujería la asocia con el sentimiento de un

rechazo a abrazarla o algo extraño, que no sabe bien explicar, sucedido cuando era pequeña. Dice que puede ser debido a los celos de alguien. Ella prefiere no pensar que es esto sin embargo admite que es algo que está bastante presente.

Hace dos años, cuando tenía trece y aun vivía con su madre R. organizó un viaje a Marruecos y se fueron las dos juntas. R. la llevó de norte a sur buscando terapeutas tradicionales que la pudiesen ayudar (algunos utilizaron agua con sal y la lectura del Corán como remedios). A su vez, en dicho viaje, se pusieron en contacto con gente de la familia. Esto repercutió en una cierta mejoría de su madre.

En este sentido se puede decir que R. pertenece al tipo de pacientes en los que predomina un universo nosológico no occidental.

R. habla de los sueños repetitivos que más la obsesionan. En ellos se encuentran elementos como el agua sucia en las alcantarillas, caballos descuartizados y verse comiéndose su propio pelo. Según interpreta una terapeuta de origen árabe esto está relacionado con la pérdida y ganancia de energía y con aspectos relativos a la relación de la paciente con las prohibiciones islámicas.

El psiquiatra le manda un ejercicio, para el próximo día, que consiste en que piense en 10 personas que han sido positivas en su vida y las escriba en un papel.

En la última sesión R., por petición expresa del psiquiatra, es acompañada por su madre. A su vez ambas son acompañadas por otras dos nuevas personas: una psicoterapeuta y una asistente social. Una de las trabajadoras sociales que vinieron al principio con R. se coloca en el semicírculo formado por los terapeutas (y no junto a las pacientes). Dicha trabajadora social se quedará a su vez con nosotros durante el transcurso de otras consultas.

R. permanece ensimismada en sus pensamientos, apenas se mueve (está como dormida). La madre casi no mueve su cuerpo y por la posición parece estar encogida (la espalda encorvada, las manos entrecruzadas...), habla con un hilo discursivo muy entrecortado y algo incoherente al principio, después poco a poco lo irá conectando mejor, transmite una sensación de estar muy cansada (explica que así es), cuando se va apenas puede levantarse del asiento.

Al comienzo, durante unos minutos, están madre e hija en la consulta. Después el psiquiatra pide a R. que salga y nos deje a solas con su madre.

El francés es la lengua materna de la madre (junto con el árabe). Explica que envió a la niña a la casa de acogida porque no quería proyectar sus angustias.

La madre llegó a Bélgica cuando era adolescente. Al principio estuvo viviendo con unos tíos suyos, después con sus padres. Dice que cuando era joven y veía que las otras chicas hablaban con los belgas se preguntaba porque ella no podía hacerlo. Si lo hacía, si hablaba con los chicos en los cafés, sentía que traicionaba a los padres (se puede entender "ancestros")... y si no lo hacía... a Bélgica (dirá el psiquiatra). Después se empezó a sentir perdida.

Llega un momento en el que estalla la tensión acumulada y comienza a llorar explicando, algo que no había contado nunca, que a los 14 años fue víctima de violaciones por parte de su tío. Él la amenazó con matar a su padre, o que su padre lo matase a él o a ella si contaba algo. Desde entonces siente el cuerpo muerto como si no fuese suyo.

Por lo que hemos podido inferir de lo que ha dicho su hija en las anteriores sesiones, la niña también ha sido víctima de abusos sexuales (al parecer a su vez por parte de un tío suyo con el que la madre la dejó la primera vez que la ingresaron en el hospital psiquiátrico).

El psiquiatra propone a la madre que vaya al centro de Etterbeek (el otro centro (ONG) donde trabaja) con el fin de llevar a cabo técnicas terapéuticas específicas para este tipo de casos de traumatismos provocados por abusos sexuales. Mientras que la niña continuará acudiendo a las sesiones de etnopsiquiatría.

Aquí encontramos una disociación terapéutica: por una parte del tipo "b" (sesión de etnopsiquiatría) para la hija, y "c" (terapia complementaria a la sesión etnopsiquiátrica) para la madre. La cual, además de acudir posteriormente, si se estima necesario, a las sesiones de etnopsiquiatría, será enviada a realizar una terapia específica para paliar una de las causas principales de su malestar.

3.3 Intervenciones focalizadas en el modelo etnopsiquiátrico

- Pasajes migratorios y contextos socio/culturales. El abordaje de una patología nunca vista con anterioridad

(Caso 4) K. Hombre turco (de origen kurdo) (40 años) y traductor

Ha sido derivado por otros psiquiatras a la consulta de etnopsiquiatría. Es su segunda sesión acudiendo a esta consulta. Pese a manifestar, en algún momento, tensión y nerviosismo mantiene un comportamiento en la consulta empático y afable. Su vestimenta es europea. En ella no hay ningún elemento visible de pertenencia religiosa o a un colectivo cultural de origen (al menos que yo conozca).

Su patología, de tipo psicossomático, consiste en que no puede estar en un sitio en el que no haya retrete ya que comienza a angustiarse y a ponerse nervioso hasta que se hace sus necesidades encima. Quedarse en un lugar, esperar una fila o andar por la calle sin la posibilidad de que haya un retrete cercano le genera este problema. Por lo demás, aparte de la angustia y las limitaciones ligadas a este síntoma, no manifiesta otra dolencia visible.

No parece que existan casos clínicos, documentados, de este tipo. Durante una de las sesiones el psiquiatra supo que en Francia se había conocido recientemente otro caso semejante. A K. le llegaron a realizar una intervención quirúrgica por esto, sin resultado alguno.

Al parecer, según se comenta a lo largo de la consulta, es una persona a la que no le "iba mal" en Turquía y al emigrar se arruinó por diferentes motivos. Entre otros, como explica K., una mafia le estafó todo su dinero prometiéndole que también harían llegar a Bélgica a su familia. Después la mujer a la que quería, y a la que ayudó (y fue su motivo principal para emigrar), le dejó. Por otro lado sus hermanos, a quienes había dejado a cargo sus propiedades, le engañaron y se quedaron con todo. Entre otras las primeras conclusiones que se van sacando, junto con el paciente, tienen que ver con que parece ligado a la humillación el, como así lo empezó a llamar K., "problema técnico" del retrete.

K. es una persona muy afable pero que a menudo mantiene un grado de susceptibilidad alto (en este sentido le ofende cuando algún terapeuta se ríe, aunque la risa no tenga nada que ver con él).

Este paciente, en principio, no se refiere a las representaciones y sentidos que le pueda dar a su sintomatología (además de lo relativo a lo traumático de su pasaje migratorio). Antes de que comencemos a profundizar en temas concernientes a sus representaciones de la enfermedad y de lo que le sucede, durante mi segunda sesión con él, el psiquiatra saca de un bolsillo una piedra (redonda, un poco más pequeña que una moneda de 50 céntimos, pulida y atravesada por unas líneas de colores), le explica que viene de África, que allí la consiguió, pero que en realidad proviene de los países del este ya que antiguamente se utilizaba como moneda. Se la ofrece y le dice que la guarde cerca de él, que duerma con ella (por ejemplo puede ponérsela en un colgante alrededor del cuello o guardarla bajo la almohada).

K. dice que se vuelve sensible cuando le regalan algo. Comenta que se siente cansado, que no tiene energía y que no vale para nada.

Aquí el objeto pretende actuar, además de en la transferencia, como desencadenante de pensamientos. Según explicará el psiquiatra, después de la consulta, es interesante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. Como dirá funciona o existe un riesgo menor de caer en una transferencia mala porque estamos nosotros aquí (en lugar de estar él solo con el paciente). En este sentido también desempeña un papel importante cuando da una receta a un paciente y le explica con dibujos como funciona, le proporciona información sobre los medicamentos. Comenta que se trata de ser honesto, que el paciente tenga confianza en él y así cargarlos energéticamente.

En la siguiente sesión hablamos de como se sentía en Turquía, si allí era querido a lo que él dice que sí. A su vez habla de las condiciones laborales, con las que no se siente bien ya que trabaja mucho y gana muy poco (es sastre en la industria textil).

Después veremos que ha habido un malentendido con la traducción en cuanto al término “humillación”. En la traducción el paciente creyó que el término humillación se refería al problema de tener que ir al cuarto de baño pero no a las cosas traumáticas del pasado, por eso eludió hablar del tema.

Con respecto a la piedra dice no haber sentido nada en especial (ha transcurrido una semana desde que W. (el psiquiatra) se la dio). Si bien comenta que le gusta hablar con el psiquiatra porque recibe moral y siente emoción dentro.

Explica que básicamente es el problema del cuarto de baño el que le descuadra todo.

W. le propone que imagine un objeto que representa los problemas. Cuando piensa en la piedra, piensa en lo que ocurre aquí, la piedra representa el hecho de intentar ayudar, algo positivo. Si pone la piedra en su mano le hará pensar en eso (transferencia). Pero también pueden hacerlo a la inversa. Él puede encontrar un objeto que podría traer a la consulta, dejarlo aquí y que representara su “problema técnico”.

W. le comenta al paciente que él trabaja con los objetos porque aquí nos encontramos con muchas historias de sortilegios, con gente de todas partes. El paciente, con un renovado interés, le pregunta si eso existe.

El psiquiatra contesta que cuando alguien piensa que le han echado un maleficio va a ver al médico que cura esto (brujo)... entonces el paciente comienza a hablar de los djines en Turquía y de los terapeutas que curan el espíritu.

K. afirma no saber que trabajábamos con estas cuestiones. (Al decir esto me chocó el hecho de que un par de sesiones atrás en un comentario sobre la función de W. le llamase médico del espíritu. Lo cual no implica sin embargo que conociese este aspecto de la consulta etnopsiquiátrica, ya que se puede haber referido de forma genérica a los psiquiatras, en contraposición a los demás médicos, como médicos del espíritu). No obstante parece mostrar un gran interés en este tema que hasta el momento no había surgido con anterioridad.

A continuación K. hace algunos comentarios sobre la protección de los terapeutas contra los espíritus. Explica que escuchó el caso de un médico que murió al salvar a alguien de un djinn.

Nos habla, con entusiasmo, del caso de su hermana la cual no podía salir sola de su casa porque sentía que algo la golpeaba. Un día en el que se acostó antes que ellos, comenzó a hablar con otra voz... la despertaron, y era alguien que decía portar un viejo cucharón, por lo

que decía ella no sabía volver a “casa” (a su persona) y el médico no sabía que hacer. Entonces la llevaron a un sufi que elaboró un talismán escribiendo en un papel unas palabras, (creo que probablemente del Corán tal y como suelen hacer lo sufis en este tipo de rituales terapéuticos), con lo que el espíritu desapareció y ella volvió a su persona.

K. ha consultado a un boya (marabú turco) y este le dijo que le habían echado un mal de ojo. Sin embargo no tuvo efecto.

Al final de la sesión W. le pide que elija un huevo, lo meta en una caja y lo traiga a la próxima consulta. Le da un papel, de los que acostumbra a utilizar para recetar, con la prescripción (del huevo).

W., cuyos padres son de origen polaco (su padre) y sueco (su madre), comenta que cuando su padre vino a Bélgica fue bien acogido por la población pero que sin embargo el gobierno le quería echar. Hablaremos de algunos casos similares como paralelismo, político, con el tema de la migración y la humillación del paciente.

Tras la sesión nos reunimos para delinear hipótesis como la de que probablemente su síntoma venga de atrás y de como, poco a poco, ha ido asociando temas hasta que salió lo de su hermana.

En la siguiente sesión el psiquiatra le sugiere que quizás la causa de su síntoma es... como si tuviese un hechizo. El paciente responde que no.

W. comienza a decir que en ocasiones, cuando se trata de eso, puede ser alguien próximo, que fue próximo o que quería ser próximo.

Tras comentar K. que no, que él se lleva bien con todo el mundo... comienza a recordar el caso de una persona en Bruselas, al poco de llegar, con la que rompió la relación porque no le gustaba y esta se vengó acusándole de robar dinero (pues había otro hombre al que le robaron). Entonces dice que se arrepiente de haber venido a Bruselas y que sin embargo no ha podido regresar a Turquía porque allí lo verían como un fracaso.

En este momento la traducción se “enrarea” ya que los comentarios generales que hace W. para el grupo o realiza alguno de los coterapeutas, al ser traducidos por el traductor se cargan de una connotación enfática para K. (que no tenían en la primera enunciación en francés). Esto da lugar a situaciones en las que aparecen malentendidos en la interacción (Por la expresión de lo que yo creo pueda ser cierta confusión del paciente... sin embargo es muy difícil de valorar el efecto de tales malentendidos en el proceso terapéutico ya que, imagino, el paciente es consciente de tal posibilidad y, aunque no siempre pregunte o pida aclaraciones (a veces si lo hace) actúa ante ella y no es un sujeto pasivo de la misma).

El psiquiatra ha traído unos pasteles y los reparte. Creo que el tema de los dulces, además de ser un elemento que (siendo el psiquiatra quien los trae) puede formar parte de la contratransferencia y de que esta sea efectiva, distiende la situación y estimula el ámbito relacional horizontal (al "flexibilizar" (debido al efecto de la intrusión de un elemento físico, compartido y objetivable, de deseo y placer) por un momento la posición que se ocupa).

Varios días antes habían ejecutado, y televisado la ejecución, a Sadam Hussein. Sobre este tema discutimos el grupo y el paciente. El hecho de que la ejecución haya sido televisada a K. le ha encolerizado. Dice que desde que vio como le colgaban salvajemente y lo grababan, se siente mucho peor. Concluye que prefiere hablar de otra cosa y que le genera un profundo malestar (aquí hay que recordar que él es de origen kurdo lo que quizás no signifique nada a la hora de sentir aversión por un hecho de tales características, sin embargo cabe señalar que uno de los crímenes por los que fue condenado Sadam Hussein a muerte fue el genocidio cometido contra la población kurda de Iraq (en Turquía (el gobierno turco) a su vez ha cometido diversos genocidios contra su población kurda)).

El paciente habla del choque que sufrió, hace años, cuando fue a llevar a su mujer al hospital porque sentía molestias en el estómago (la dijeron que si no la operaban podría morir (por falta de circulación de la sangre)). Dejó a su hijo con su tía (el niño tenía 4 años) y recuerda que en aquel momento sintió verdadero terror por la suerte que podría correr su hijo si le pasaba algo a su mujer.

K. habla después del taller en el que trabaja, hace paralelismos entre las prisiones y Bélgica; dice que Bélgica es una prisión.

Nos cuenta que hay gente que sale de la cárcel e intenta hacer lo posible para volver a ella. Pone el ejemplo del caso de un hombre, en Schaerbeek (donde se encuentra el barrio turco), que mató a una mujer de un disparo al tratar de robarle una cadena de oro, pero cuyo verdadero objetivo era entrar de nuevo en prisión.

W. dice que Bélgica le ha adoptado a él (al darle la nacionalidad) pero que él a Bélgica no.

Tras esto el paciente discute con uno de los terapeutas (un chico de origen congolés que trabaja en otro hospital de Bruselas como psicólogo), ya que K. dice que no es lo mismo llegar como estudiante a Bélgica, refiriéndose a los terapeutas, que como él ha llegado. Es entonces cuando el terapeuta le cuenta que él estuvo en un centro de internamiento cuando llegó a Bélgica sin papeles y que precisamente no fue un camino de rosas lo que pasó. El paciente responde que él no está acostumbrado a sufrir y que tampoco ha sabido estudiar para asegurarse el futuro.

Transcurridas dos consultas, tras decirnos que no se le ocurría con que podía envolver el huevo, el paciente trae un envoltorio, bastante elaborado, que él mismo hizo con plásticos y cartón.

La cuestión del huevo y el envoltorio tiene que ver con, tal y como comenté antes, la materialización simbólica de su malestar del cual se puede deshacer al entregárnoslo y encargarnos todo el grupo de él. Además el envoltorio está relacionado con la significación de una cobertura, un continente que pueda, valga la redundancia, contener al contenido. Este puede ser por ejemplo la cultura de destino belga (junto con la suya de origen).

· Brujería y posesión: el dispositivo etnopsiquiátrico grupal y los objetos activos

(Caso 5) E. Paciente marroquí (mujer de unos 35 años)

Este es uno de los casos, de entre los que he podido observar, que ejemplifica con mayor definición el tipo de discurso del paciente relativo a su sintomatología desde un modelo explicativo no biomédico.

El francés, junto al árabe, es su lengua materna. E. lleva una ropa de tipo europeo, ningún elemento visible de pertenencia religiosa. Hace 10 años que no viene a la consulta. Llegó a la misma derivada del hospital Erasme por problemas de depresión, sueño, pesadillas y trastornos con componentes culturales (denominación esta última, que se repite en muchos pacientes que son derivados desde otros centros y que describe la especificidad de la consulta de etnopsiquiatría vista desde otros lugares del ámbito terapéutico institucional).

Los trastornos que sufre la paciente están relacionados con la visita de un djinn durante la noche que la posee sexualmente.

Hace diez años cuando el psiquiatra trató a esta paciente él ya trabajaba con dos o tres coterapeutas en la consulta (en aquella época ninguno de los terapeutas actuales estaba):

Por aquel entonces, durante un tiempo, en la consulta no se conseguía ningún resultado con ella. Un día, al poco de regresar W. de una estancia en Senegal, mientras E. hablaba de un sueño con un caballero negro en unas montañas, (que al parecer puede ser la representación de un genio) casualmente se abre la puerta de la sala de la consulta y entra uno de los coterapeutas (negro). E. se queda sorprendida por la coincidencia y W. (según explica por intuición y de forma fortuita) se saca una moneda que tenía en el bolsillo, un franco de Senegal, y explicándole que es una moneda que viene de África se la da. A partir de ese momento ocurre una transferencia: la paciente dejará de sufrir la visita nocturna del djinn la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves).

Al cabo de unos días encontrará debajo de su colchón el objeto causa de su maleficio (un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales en su interior...), al parecer fue su madre la que le hizo el maleficio como venganza por no quererse casar con alguien en Marruecos.

(Según ha comentado W. en otras ocasiones existe una especie de principio, del cual desconoce sus causas (tal vez asociaciones de ideas) por el que cada vez que se da un objeto y se realiza una transferencia el paciente, a los pocos días, encuentra (en sitios inverosímiles a veces) el objeto/hechizo).

Ahora esta dolencia ha desaparecido, sin embargo tras haber estado, tres o cuatro veces, con un chico al que quiere el espíritu parece haber vuelto vengándose y haciendo cosas contra él (por medio de la aparición en sueños).

Surge el tema de que en Marruecos hace unos años había un especialista de los sueños al que se acudía para contárselos y que sin embargo, según dice W., ahora esa función la monopolizan los psiquiatras.

El motivo por el que dejó de venir a la consulta diez años atrás nadie lo conocía. De un día al otro dejó de acudir sin saberse más de ella. Ahora explicará que fué debido a que tuvo un sueño con W. En el sueño aparecía por un lado esa persona/espíritu que quería hacerla daño y por otro W. protegiéndola. Entonces ese hombre/espíritu peligroso (que no guarda parecido con nadie que conozca) y W. se pelean y acaba venciendo el hombre/espíritu. Este la amenaza diciéndola que si vuelve a ir a la consulta matará al psiquiatra. Entonces ella acude a la siguiente consulta pero se asusta mucho cuando ve que W. estaba ausente ya que había enfermado (según W. estuvo tres semanas enfermo), y decide no volver a ir hasta ahora.

Ella ha regresado porque dice que cuando mantiene relaciones con un hombre sueña con él y con el espíritu y teme que este (o ella misma (según dice)) le haga daño.

En la construcción de esta lógica parecen haber influido ciertos acontecimientos que ella ha interpretado desde este punto de vista como, por ejemplo, el hecho de haber estado saliendo con un hombre mucho tiempo y cuando dejó de hablarle al tiempo vio que había cerrado el negocio (el cual iba bastante bien) y se había mudado (él la explicó que fué debido a que se encontraba cansado y había muchos problemas).

Sobre su historia personal explica que a los 16 años quería haber estudiado para ser enfermera y sin embargo no la dejaron seguir con los estudios e intentaron casarla con un hombre de 35 años. Ella no quería, se negó. La dijeron que o bien aceptaba el matrimonio o se quedaba en

Tánger para siempre. Volvió a negarse y la encerraron en una habitación pegándola hasta que se le cayó el pelo.

Esto sucedió en 1980, después su familia y ella fueron a vivir a Bruselas. Sin embargo E. se puso a trabajar desde joven y casi no mantiene relaciones con ellos (desde que se negó a casarse con aquel hombre la rechazan y consideran la oveja negra). Con su madre mantiene contacto de vez en cuando sin embargo su relación es más bien distante y problemática. El hombre con el cual querían obligarla a casarse todavía la ve, va detrás de ella y la amenaza... pese a que actualmente está casado.

Unos años atrás un amigo suyo quería casarse con ella pero se negó. En el momento de darle la negativa se disponía a cerrar la puerta de su casa, mientras él entraba en su furgoneta, cuando al ponerla en marcha y dar la vuelta a la carretera pasó un camión y le mató.

Dice que cree que envejecerá sola.

Ya desde pequeña la decían que era distinta, porque se negaba a aceptar lo que la imponían. Era muy buena en el colegio pero para que se pudiese quedar en casa limpiando su madre la hizo un certificado médico. El mismo médico (marroquí) que firmó el certificado por aquel entonces ahora se da cuenta de que fue un error y le ha aconsejado que vuelva a la consulta de etnopsiquiatría.

Ahora siente como si le subiesen unas bolas por la garganta y fuese a morir.

Es muy intuitiva y dice tener algunas visiones clarividentes. En una ocasión tuvo una experiencia en la que intuyó que le estaban robando en casa. Al ir a su casa alertada por la premonición se encontró con el ladrón dentro (un tipo que anteriormente le había robado el bolso y cumplió prisión por ello).

Ha soñado con un conocido y al poco falleció. Dice que su madre se protege de ella, en cierto modo la atribuye poderes brujos, acudiendo a los imanes. (En muchas ocasiones su madre y ella han tenido sueños simultáneos).

El psiquiatra comenta que en la otra consulta de Etterbeck no funciona porque están solos. Aquí nosotros le protegemos (a él) y podemos luchar contra su enemigo en el sueño, y que sea

eficaz la terapia. Afirma que al principio, en las consultas en 1995, funcionó porque también había más gente en la consulta.

E. comenta que en su anterior trabajo alguien intentó matarla metiéndola algo en la coca-cola.

W. propone que venga su madre a la consulta pero ella se niega. Él argumenta que no es para ayudarla a ella (razón por la que se niega (ya que, según nos dice, no lo haría)), sino para proporcionarnos información sobre su infancia.

W. insiste y la explica que es bueno tener un apoyo de fuera aquí dentro. Quedamos en la posibilidad de que venga una prima suya (con la que tiene confianza y a la que le suele contar sus sueños).

E. comenta que una de las cosas que más la han marcado han sido los imanes en Marruecos a los que acudió para que intentaran curarla. La pegaron (reproduciendo los traumatismos de cuando le pegó su familia).

Dice tener un problema relacionado con todo lo que sea avanzar (conducir, aprender (tiembla al hablar de esto)).

Cinco años atrás estuvo enamorada de un chico sirio con el que se quiso casar. Su madre envió a su hermano para que amenazara de muerte al chico si lo hacía.

· Entre la nominación biomédica y la etiología mágico/religiosa

(Caso 6) A . Paciente de origen marroquí, mujer (de unos cincuenta años), acompañada por su hijo (de once años).

Este es un caso en el que, al igual que en el anterior, la paciente mantiene un discurso con respecto a su enfermedad de tipo no biomédico (ligado sobre todo a los principios de causalidad punitivos/religiosos al haber cometido una falta que es sancionada por "Alá").

Sin embargo a diferencia del anterior ella plantea la necesidad de encontrarle un nombre, y un sentido, que pertenezca a las categorías biomédicas (tales como depresión, neurosis, etc.). Por lo que hemos podido comentar después, entre los terapeutas, su caso puede ser considerado (desde la cultura médica occidental, se entiende) como una psicosis/esquizofrénica con episodios moderados o agudos paranoides y alucinatorios.

Se desenvuelve muy bien en francés. Fue derivada por otro hospital, ya ha acudido en tres ocasiones a la consulta de etnopsiquiatría con anterioridad. Va vestida con ropa tradicional marroquí. Lleva un hijab que la cubre el cabello (su hijo porta ropa de tipo occidental). Parece estar asustada y se mantiene en todo momento en tensión.

Al principio habla de la necesidad de un tratamiento médico para evitar la angustia.

Tiene miedo a morir de muerte natural, súbitamente sobretodo. Siente que pierde el cuerpo y a continuación no siente nada... como si fuese una hoja, y se angustia incluso más al dejar de sentir su cuerpo. Gracias a los medicamentos dice que vuelve a sentirlo.

Entre otras cosas explica que al atardecer comienza a ver con más fuerza las cosas que son más oscuras con relación a las luminosas que pierden intensidad.

A. le pide a su hijo que salga de la sala, pero él no quiere salir. Comenta que estas cosas no las conoce nadie (y W. dice que ahora sí, su hijo (y el hijo sonrío)). El chico, a la pregunta de la madre, dice no tener miedo. Durante toda la consulta juega con el teléfono móvil.

Ella explica que hizo algo que a dios no le ha gustado y la está castigando. Suele soñar con plomo que sale de su vientre (una coterapeuta comenta que al parecer esto en Marruecos está relacionado con la brujería y la curación).

Dice que en un momento ha dejado lo que era antes y ha salido alguien como lo que es ahora. Siente una pérdida de la personalidad. Le gustaría ser como antes.

Una de las coterapeutas árabes debate sobre el tema de la brujería y la posesión en Marruecos. Según explica alguien puede ser objeto de la brujería simplemente porque pasa por algún sitio y esta le coge. La posesión por un djinn puede estar más relacionada con el destino.

A. explica que todo comenzó una tarde en la que bajó al sótano, en la casa en la que vivía en Amberes, acompañando a su madre (los sótanos pueden ser lugares, como otros sitios húmedos, grutas o subsuelos, habitados por djines). Estaba anocheciendo (este es un momento también característico para este tipo de acontecimientos de posesión en Marruecos), mientras bajaba por las escaleras, cuando ya casi habían llegado, perdió el conocimiento y se despertó en el hospital. La persona que se despertó, y que es ahora, será totalmente distinta de la que era antes. Fue desde entonces que comenzó a tener este tipo de percepciones extrasensoriales (las voces, las visiones al atardecer, la sensación de muerte...).

Una de las coterapeutas musulmanas C. (la cual es profesora de Islam en un colegio y porta un velo que cubre todo su cuerpo) y W. discuten sobre aspectos de la consideración de la brujería en el islam y en Marruecos.

La coterapeuta C. le explica a la paciente que no es un problema el hecho de parar de rezar (ya que la paciente había expresado su inquietud al no poder rezar ahora tantas veces, y en los momentos adecuados, como hacía antes), puesto que dios sabrá adaptarse a cuando ella pueda, ya que así es como está escrito... (creo que se refiere a la interrupción de ciertos preceptos y normas (como el ayuno en el Ramadán o el rezo) en el caso de enfermedad). La paciente la escucha con atención y asiente a lo que dice.

A. dice que siente la muerte cada día, la huele, y le da pánico.

Tiene miedo de no ser perfecta ya que antes (de la enfermedad) era muy creyente e intentaba serlo.

Siente estar en un túnel negro, oír voces y no poder salir.

W. comenta que tal vez debería volver al sótano y recuperar el vestido que tenía y se quedó allí. Ella responde que volver a la casa en Amberes le da miedo. No se queda nunca despierta por la noche... escucha voces.

Desde hace 11 años que pasa por todos los médicos y psiquiatras de Bruselas (y toma distintos tipos de medicamentos) sin resultado.

W. le explica que se trata de que ella encuentre el manual de instrucciones para saber que hacer con esas voces y percepciones. Que tal vez ella podría volverse una curandera y hacer el bien (afirma que le gustaría hacer el bien a través del islam) y ayudar a los otros.

Se comenta en el grupo que en Marruecos los terapeutas tradicionales no son mal vistos pero aquí en Bruselas si (luego sabré que esto es debido a que los imanes monopolizan la función terapéutica).

A. habla de la necesidad de un viaje a la Meca.

A. expresa en sucesivas ocasiones la necesidad que tiene de darle un nombre a su enfermedad (melancolía, depresión...). W. comenta que él pertenece a una cultura médica que es justamente eso, una cultura, ni más ni menos. A. señala que el motivo principal por el que vino a la consulta fue que creía que W. le iba a dar medicamentos.

A. tuvo un hijo poco después de que la empezara a pasar esto (a raíz del desmayo al bajar al sótano). En la actualidad tiene diez años y es invidente. Vive en una familia de acogida (por orden judicial). Su familia dice que el niño es ciego debido a lo que ella tiene. Una de las coterapeutas comenta que en el islam la invidencia es un síntoma, que se considera afortunado, de lo contrario: la videncia.

A la paciente le retiraron la custodia del niño en una de las crisis que le suelen dar en las cuales, por la noche, necesita imperiosamente salir a la calle y, sin casi darse cuenta, lo hace y se dirige al hospital.

Fue el niño, con 11 años, el que de orden del juez pudo decidir con cuanta frecuencia vería a su madre (una vez al mes). En este sentido W. propone una medida, de tipo social, que consiste en escribir una carta al juez recomendando la necesidad de que su madre pueda ver a su hijo más a menudo.

W. decide que en la próxima sesión el chico, que ahora la acompaña, se quedará fuera unos minutos.

3.4 Entre consultas

El tiempo entre consulta y consulta suele depender de lo que se haya alargado la misma y de si el siguiente paciente está ya esperando fuera o no. A veces no existe y otras, al faltar un paciente, es de una hora.

Este momento es el único en el que se encuentran el psiquiatra y todos los coterapeutas. Esto sucede también al principio, antes de que llegue el primer paciente, o en algunas ocasiones al final cuando las sesiones concluyen antes de lo previsto¹. Dicho espacio entre consultas se dedica a comentar diversas temáticas que pueden incluir aspectos socio/políticos de la actualidad, reflexiones entorno a la metodología y epistemología en la consulta o a la evolución de un paciente, contraste de opiniones con relación a un hecho acaecido en el transcurso de la misma, etc.

La importancia de este momento es relevante a su vez para el descanso y reajuste, por medio de procesos informales como ir a tomar un café, o compartir algo de comida, de los vínculos con los compañeros del grupo y el etnopsiquiatra. En ocasiones se debaten cuestiones controvertidas como los choques entre diferentes puntos de vista de los terapeutas con relación al desarrollo de las consultas anteriores. Sin embargo la mayor parte de las veces

¹ Las reuniones de coordinación o las actividades de formación que se realizan con el etnopsiquiatra reagrupan, por lo general, a algunos de los terapeutas que forman parte del grupo "habitual" (que más tiempo llevan en la consulta), y aquellos que están en su periodo de prácticas y formación universitaria.

dichas prácticas ritualizadas a diario, pero dependientes de la eventualidad, sirven para distender la tensión acumulada en la consulta y cohesionar al grupo¹.

Por otro lado en la sala de espera los pacientes, antes de entrar, charlan con alguno de los terapeutas o traductores que han salido a fumar un cigarro a la puerta de la calle (a pocos metros de la sala de espera), o a comprar un café o algo de beber en una máquina junto a la misma. Sucede también que algunos de los pacientes en ocasiones, debido al alargamiento de las consultas u otros motivos, coinciden en la sala de espera. Esto desencadena consecuencias diversas que pueden ir desde la indiferencia, el intercambio y la comunicación, o las situaciones embarazosas (por ejemplo al provenir del mismo entorno y conocerse).

A continuación expongo, a modo ilustrativo, ejemplos de algunas de las cuestiones que se suelen tratar entre consulta y consulta.

En varias ocasiones, tras la consulta, W. (el etnopsiquiatra) dice que no le gusta mucho el tema de la especulación analítica con los síntomas (que ese trabajo muy a menudo no sirve tanto como las cosas constatables).

Así también en una ocasión comenta, por un lado, que no hay terapeutas con una ideología (Freud, Lacan...) sino pacientes lacanianos, freudianos (ya que así hablan ellos), y por otro que para evitar el tema de caer en la ideología es bueno trabajar en grupo (así se tienen más opiniones).

En dos ocasiones W. ha abordado la cuestión de que no entiende por qué en una consulta de psicoanálisis no hay testigos (lo llama la farsa de la confidencialidad). Confiesa que a él le parece más justo estar expuesto a que se pueda equivocar y a que pueda ser contado fuera de la consulta. Así hay que arriesgarse más. Esta afirmación es de carácter general tanto en su discurso como en los enunciados de la etnopsiquiatría nathaniana.

Un día, mientras esperábamos a un paciente que tardaba más de lo habitual, comenzamos a tratar la cuestión de la transferencia con los objetos activos, y hablamos del caso, unos años atrás, de un niño pequeño (diagnosticado psicótico) que lloraba angustiado y W. le dió una

¹ Por ejemplo en el caso de algunos terapeutas y del psiquiatra cumple en ocasiones la función de terapia, en el sentido de *feedback* o reequilibrios y compensaciones, para ellos mismos.

pedra y se calmó. El acto y la posesión de la piedra provocaron en él un efecto ansiolítico, no solo en aquel momento sino también después. El problema surgió cuando, unos días más tarde, la piedra se le perdió al bañarse, entonces se puso a llorar desconsoladamente de nuevo. Le intentaron dar muchas cosas parecidas pero nada funcionó. Los enfermeros terminaron llamando a W. para que le diese otra, lo cual hizo... con los efectos esperados.

En otra ocasión, entre consultas, W. relató el caso de un hombre senegalés que apareció en las urgencias del hospital medio muerto (debido al hambre y al cansancio). W. decide decirle, sin saber de que procedencia era, dos palabras que conocía en wolof y él le contesta, pudiendo constatar así que es senegalés. Entonces llamó a una compañera senegalesa que consiguió hablar con él. El hombre le explica la importancia que para él tiene un cinto que llevaba atado y le habían quitado. Una vez recuperado al volver a ponérselo, sumado al efecto de conseguir comunicar, da muestras de mejoría. Seguidamente W. detalló en el parte médico lo sucedido con el fin de que no se lo volviesen a quitar. Con escepticismo acerca de que es lo que pensarán, y harán, al leerlo los otros médicos y enfermeros descubre al cabo del tiempo, sorprendido, que le han hecho caso.

Este mismo día en otra de las pausas entre sesión y sesión un coterapeuta muestra un recorte de periódico en el que se decía que un brujo filipino le había echado un fuerte maleficio a G. Bush, quien se disponía a visitar su país, amenazándole con que si pisaba ese país le iban a suceder mil tragedias. Hablamos también de que Chirac suele frecuentar un marabú senegalés en Francia.

En cuanto a la opinión de W. sobre los traductores, repetida en sucesivas ocasiones entre consultas y al finalizar las mismas, prefiere que haya uno o que esté por aquí, aunque los pacientes hablen perfectamente el francés. En una ocasión se refiere al caso de una mujer marroquí, que vino con su familia, en el que estaban presentes cuatro traductores. La familia pasó un cuarto de hora para expresar la palabra justa sobre tristeza. Comenta que la traducción es material terapéutico, no es un lujo, es necesaria. Incluso con el propio francés se debería hacer hincapié sobre las palabras. En este sentido Nathan (1998) afirma que discutir abiertamente la traducción de las palabras del usuario y de su familia convierte al mismo enfermo en aliado y experto en la exploración de la etiología del trastorno psicológico.

3.4.1 Un espacio de descanso y de visibilización de divergencias y convergencias en el grupo.

Como expliqué antes las dinámicas y relaciones entre terapeutas y psiquiatra se reajustan y regulan en diferentes situaciones que van desde las clases que dan con él los que hacen sus prácticas de psicología, o deciden acudir de oyentes, hasta dichos momentos entre consultas o al finalizarlas y volver a casa. Con relación a estas dinámicas pude apreciar a su vez, en los debates y discusiones entre consultas, que en este grupo de etnopsiquiatría predomina tanto el respeto a la divergencia y diversidad de opiniones como una cierta convergencia, tácita, de carácter operativo condicionada por ciertos liderazgos y posiciones dialécticas informales, como la que ejerce el etnopsiquiatra frente al grupo¹.

La intensidad de esto es algo que no depende de un consenso anterior sino que se modela con las dinámicas que se instauran condicionadas por las personalidades y caracteres de los miembros del grupo de terapeutas y, principalmente, del etnopsiquiatra.

En el transcurso de la consulta, en este sentido, he podido observar en contadas ocasiones alguna diferencia de opiniones o discusión, de carácter conflictivo, sobre un tema en particular entre el psiquiatra y uno de los coterapeutas. Cuando esto ha sucedido la posibilidad de divergencia de opiniones o el predominio, e imposición, del discurso del psiquiatra se ha decantado, variablemente, en uno y otro lado. Solo en una ocasión, de las que presencié, fui testigo de una actitud de condena abierta a una terapeuta, al terminar las sesiones y salir el grupo del hospital, por el etnopsiquiatra. En este caso la discusión guardaba relación con una interpretación casuística de la sintomatología de una paciente, y con cómo había sido gestionada la diferencia de opiniones frente a la misma. Como en todo juicio de valor la frontera entre la argumentación objetiva, la defensa de la operatividad del dispositivo, y las apreciaciones personales se entremezclaban.

Entre consultas el debate, aunque también centrado alrededor del discurso e intervenciones predominantes del psiquiatra, se desarrolla de un modo más participativo y divergente que en la propia consulta.

¹ En especial frente a sus alumnos que están en prácticas y a los que debe evaluar.

4. Una práctica intercultural etnopsiquiátrica. Mecanismos y especificidades de la consulta a la luz de los estudios de caso

Con respecto a la epistemología y metodología de la práctica etnopsiquiátrica en Brugmann cabe mencionar que esta es análoga a la realizada en las consultas del centro Georges Devereux por Tobie Nathan¹.

La práctica etnopsiquiátrica, como se ha visto con anterioridad, parte de una reformulación del psicoanálisis por medio de la antropología y de la mediación, e imbricación, con modelos terapéuticos no occidentales de los países de origen de los pacientes. Para ello, desde una perspectiva complementarista, trata de considerar por un lado el factor relevante al psiquismo y por otro el socio/cultural. De esta forma, el complementarismo no excluye ningún método o teoría sino que más bien los coordina (G. Devereux. 1998).

Como campo de mediación entre los diferentes universos y modelos explicativos de terapeutas y pacientes la etnopsiquiatría trata de prestar atención principalmente a los mecanismos que intervienen en la curación, creando una suerte de ciencia de la "influenciología"². La teoría que elabora constituye un proceso reflexivo en construcción que busca asentar las bases heurísticas para un trabajo práctico, e interpretativo, en el campo de la salud mental y la migración que no descalifique las psicopatologías locales; revalorice los fundamentos teóricos implícitos en las prácticas terapéuticas tradicionales y demuestre que estas prácticas pueden, de igual forma que los modos de curar hegemónicos, proveer soluciones a los problemas técnicos en todo lugar y por cualquier terapeuta (Nathan. 2000).

¹ Existirán sin embargo diferencias como por ejemplo la prudencia en la consideración, como ya se comentó antes, de la aplicación de ciertas técnicas como las de tipo adivinatorio. Así como ciertas dinámicas que se establecen vinculadas al carácter del terapeuta principal.

² A su vez esto guarda relación con un problemático sentido de crítica y contradicción en la ambivalente necesidad de intento de aproximación a las ciencias duras. Un ejemplo de ello lo da la controvertida diferenciación entre sugestión y análisis de la transferencia. La sugestión entendida como equivalente a manipulación llevada a cabo por el psicoanalista y análisis de la transferencia desde el punto de vista del rigor científico (con las actitudes implícitas de distanciamiento emocional, rechazo a implicarse en la conversación, etc. propias del terapeuta). De este modo frente a la posibilidad de manipulación por parte del terapeuta al paciente surge la posibilidad de que el sujeto se revele recalcitrante. Es así que según Nathan (2001) frente a la pregunta de ¿cómo transformar a un ser humano en sujeto recalcitrante y no en un zombi al servicio de la teoría de su terapeuta?, existe la respuesta de: incluyéndolo en un colectivo del cual él puede, en todo momento, declararse el representante" (para ello se basará en experimentos en psicología social como el de Stanley Milgram (1974), o "Pour la récalcitrance de l'électron", (Bruno Latour. 1996).

En la hibridación de especificidades y métodos de curación locales, pero de tendencia universal, con la pretensión de encontrar una eficacia terapéutica con personas de diverso origen y trayectoria cultural en cualquier lugar, es de resaltar el carácter universalizante de la aproximación etnopsiquiátrica. Es así que lo importante, desde este punto de vista, será la eficacia que se desprenda de un mecanismo terapéutico adaptado al universo del paciente, más allá de si se fundamenta en el razonamiento científico o específico de una religión o etnia determinada.

Es interesante destacar que la consulta además de una dimensión clínica tiene un carácter de seminario en el que, con el papel moderador y central del psiquiatra, se reflexiona en torno a temas que van surgiendo como, por ejemplo, la metodología o la epistemología etnopsiquiátrica. De esta manera busca ser un espacio de constante investigación y reflexión con el objetivo de crear pensamiento.

Con el fin de desarrollar una metodología adaptada a la diversidad de itinerarios socio/culturales de sus pacientes la etnopsiquiatría relativiza ciertos principios occidentales y se inspira en algunas prácticas de culturas no occidentales, incorporando elementos característicos como por ejemplo *el discurso sobre el paciente, el grupo intercultural de terapeutas* (y el carácter público de la sesión clínica) y el uso de *objetos activos*.

Con respecto al *discurso sobre el paciente* cabe decir que si las diversas psicoterapias de inspiración psicoanalítica están centradas sobre el discurso del paciente, en etnopsiquiatría la sesión se organiza entorno al discurso sobre el paciente (Nathan. 2001(1):113). A quien se da la palabra al principio es a los acompañantes, después, si ellos quieren, a los familiares. Muy a menudo las preguntas se centran en las palabras de los otros a propósito de la enfermedad del paciente.

Así se puede interpretar esta última forma de actuar como a medio camino entre la actitud de escucha del psicoanalista occidental, receptivo para una posterior interpretación del mito individual sacado de los elementos del pasado del paciente¹, a la de habla del chamán, el cual le proporciona el mito social.

¹ Es de destacar en este sentido algunas de las problemáticas que en ocasiones ha comportado un sistema terapéutico como el psicoanálisis basado en la palabra del paciente. En los últimos años cada vez son más las personas que se alzan contra la obligación de la palabra, del paciente, en dichos cuadros terapéuticos. Lo que en

En este sentido dos de los elementos que ejemplifican esta aproximación en la consulta del hospital Brugmann son la tendencia, problemática como se ve más adelante, de los terapeutas y etnopsiquiatra a tratar de no centrarse en interpretar el discurso del paciente. Así como abordar siempre todo lo concerniente a él en su presencia, debatiendo sobre las cuestiones, que se relacionan directa o indirectamente con el paciente, entre el grupo, los acompañantes y el mismo.

Con relación al *grupo intercultural de terapeutas* y a los *objetos activos* hablo en los apartados a continuación.

4.1 Un grupo intercultural de terapeutas

El equipo terapéutico se compone de terapeutas originarios de distintos países, procedentes de universos simbólico/culturales diferentes, conocedores de diversas lenguas y de trayectoria disciplinar diversa (psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales, mediadores lingüístico/culturales, etc.). Además tienen conocimientos clínicos y sus intervenciones son centralizadas por un terapeuta principal (Nathan 1998 (2)).

Tal y como se comentó más arriba su número, en la consulta del hospital Brugmann, es variable en cada sesión encontrándose siempre entre los 10 y 20 integrantes. En ningún caso está planificado de antemano, pudiendo acudir quien así lo desee y haya hablado previamente con el etnopsiquiatra acerca de su presencia¹. La única excepción la constituyen los alumnos que realizan sus prácticas de fin de carrera o posgrado, aproximadamente un, variable según el caso, 50% de los componentes del grupo, quienes están obligados a acudir. De este modo la presencia o ausencia de los miembros habituales², o la incorporación o continuación en el

su día fue defendido en el nombre de la transgresión de las imposiciones y leyes del silencio, instauradas en nuestras sociedades occidentales, ahora se critica como propiciador de relaciones de dependencia, de lucro económico y de abuso de poder. En este sentido, implicando problemáticas como su infalsabilidad, metodología o su eficacia se ha pronunciado Karl Popper, en sus obras sobre la filosofía de la ciencia, o Isabelle Stengers (2005).

¹ En este caso el etnopsiquiatra, por lo que he podido observar, mantiene una actitud de apertura accediendo por lo general a las solicitudes de los candidatos a formar parte del grupo. En otras consultas de etnopsiquiatría en Bélgica, como las que se desarrollan en ciertas ONGs, el acceso es más restringido.

² Como se mencionó antes un grupo de aproximadamente media docena de personas que acuden asiduamente desde varios años atrás.

grupo de un nuevo miembro, es producto de las apetencias y circunstancias personales de cada uno y no de contratos o compromisos de antemano.

De igual manera sucede con las actividades formativas como los seminarios siendo estas obligatorias para aquellos alumnos en prácticas y abiertas a quienes formen parte del grupo de terapeutas y quieran acudir. Solo algunas consultas son programadas de antemano con relación al número de terapeutas en las mismas. Estas son consultas de presentación, en la primera cita, o específicas para la intervención con algún paciente en particular. En este caso el grupo es más reducido pudiendo encontrarse solo uno o dos terapeutas con el etnopsiquiatra, que habrá elegido de antemano. La función de dicho acompañamiento es, como en el grupo, la ayuda en la mediación cultural terapéutica, así como el apoyo de tipo emocional para el buen desarrollo de la transferencia y contratransferencia.

Un ejemplo de los estudios de caso, relatados con anterioridad, que escenifica la relevancia del dispositivo técnico grupal en la eficacia terapéutica es el de la paciente, de origen marroquí, E. (Caso 5) que acude a la consulta tras diez años de ausencia.

Como se comentó E. aquejada de la visita de un espíritu, que abusaba sexualmente de ella, durante la noche dejó de acudir a la consulta ya que tuvo un sueño en el que este, encarnado en la figura de un hombre, la perseguía y se peleaba con el etnopsiquiatra consiguiendo vencerlo. En el mismo sueño la amenazó diciéndola que si continuaba acudiendo a la consulta le mataría. Coincidió que en la siguiente consulta a la que estaba citada se presentó y descubrió, con gran sobresalto, que el psiquiatra había enfermado y estaba de baja. Esto la asustó tanto, pues según decía no era la primera vez que dicho espíritu causaba desgracias a personas alrededor suya, que dejó de ir. Por aquel entonces, en los inicios de la consulta etnopsiquiátrica, el psiquiatra era acompañado en las sesiones por dos o tres coterapeutas más. En este caso cuando trató a la paciente en una consulta diádica no funcionó. Retraducido al universo representativo de la paciente, como se hace en las sesiones con ella, se puede decir que únicamente el grupo conseguía tener la fuerza suficiente (plano transferencial y contratransferencial) para lograr librar una batalla contra el espíritu y vencerle.

4.1.1 La organización terapéutica del espacio

En la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann la cuestión del espacio desempeña un papel principal. Para entender cual es su relevancia cabe comentar que la práctica etnopsiquiátrica se revela fundamentalmente como acción más que como interpretación.

De esta manera pertenece más al campo de la pragmática que al de la hermenéutica. La fuerza específica, de naturaleza lógica, de la acción que contiene una terapéutica y lleva al paciente al cambio guarda una íntima relación con la configuración del espacio y la disposición que en él adoptan sus protagonistas.

Para entender esto cabe remitirse al dispositivo psicoanalítico el cual, por su sola organización, desencadena procesos regidos por la analogía. Dichos procesos incumben, en el caso de la diada, a los dos protagonistas por la sola situación. En este sentido la disposición del diván, del psicoanalista con respecto al paciente, el hecho de tumbarse, etc. instaura al paciente en una experiencia no ordinaria. Es así que uno de los mecanismos que operan consiste, según Nathan (2001(1):106), en el sistema de comparación término a término. El psicoanalista, gracias al dispositivo espacial, provoca una inducción. Al mismo tiempo la actividad psicoanalítica se refiere a una teoría en la cual el discurso asociativo del paciente (el material bruto) no es comprensible más que a la luz de los mecanismos inconscientes situados metafóricamente debajo o detrás (teoría de la intencionalidad inconsciente). Con lo que la verdad inconsciente susceptible de ser desvelada por la interpretación es al discurso del paciente lo que, en el espacio, la posición del sofá es a la del diván.

De este modo no solo se da un desarrollo del discurso asociativo (e interpretativo) a lo largo de la consulta sino que también se impone una inducción del razonamiento analógico en “el acto”. Esta inducción es tan activa que las interpretaciones de la transferencia retoman seguidamente el mismo tipo de analogía.

Un ejemplo de dicha analogía a través de la configuración de los actores en el espacio es el hecho de, en la consulta del hospital Brugmann, estar dispuestos en un círculo en el que ninguna posición se distingue en relación con las otras. Lo cual indica, entre otras cosas, que todos comparten una característica común: esto es pertenecer a su vez cada uno a otro círculo, metafórico, de su grupo cultural de pertenencia. La inferencia analógica y el desarrollo

técnico de la sesión están íntimamente ligados al proceso de desapego del continente de los enunciados. De este modo el paciente deja de hablar como un ser universal para hablar como alguien procedente, y representante, de su cultura de origen.

Es así como, por otro lado, la formulación terapéutica principal viene ahora a atribuirse un sentido común aceptable. Antes de la terapia el enfermo sufría de una enfermedad situada en un mundo ordinario en el cual el sentido, aunque escondido, le es en principio accesible: mientras que después él adquirirá la convicción de que el sentido de su mal está situado fuera en un lugar no ordinario (mundo de los djinnes, espíritus del bosque, etc.), al cual no puede acceder por sus propios medios (Nathan 2001(1):114). Por el efecto de la influencia analógica, motivada por el espacio cerrado estructurado, como el *medio maná* de Mauss, alrededor de analogías formales, el paciente sale de su aislamiento patológico y se reintroduce en un proceso de mediación con otros seres humanos situados, como él, cada uno en su círculo cultural.

Por otro lado enlazando con la idea de E. Goffman de que la enfermedad mental provendría de la ruptura del proceso situacional/comunicativo (Goffman. 1976) del actor, estas dinámicas, preestablecidas a través de la composición de una escena en la que los actores ocupan un espacio técnico intercomunicativo determinado, requerirán de la reactivación de una serie de habilidades cognitivas/interaccionales por parte del paciente que tienen como objetivo el proceso resocializador.

Es así que la importancia del espacio en el dispositivo técnico parte del hecho de que si se considera que un síntoma es un texto sin contexto, la puesta en relación de un continente con un contenido desencadena, por una nueva comparación, la atribución del texto a un contexto.

4.1.2 Funciones del grupo de terapeutas en el dispositivo técnico/espacial

Con respecto a las funciones que cumplen dicho grupo de terapeutas estas son:

a/ Individualmente y en conjunto, la propia como terapeuta o coterapeuta. Esto es actor especializado que posee unos conocimientos técnicos y un saber hacer que, aplicados en dicho contexto, son dotados de un sentido y legitimidad por el paciente, y los demás participantes, ejerciendo un efecto curativo.

b/ Así también cumple la función de representar la dotación de un carácter público a la consulta. Público que actúa de grupo de control, testimonial, que supervisa y somete a la observación tanto la relación de poder y el saber hacer del psiquiatra con el paciente como el suyo mismo.

c/ Actuar como un cortafuegos ayudando a disipar o diluir los posibles efectos adversos que la constante exposición a experiencias de traumático contenido puede tener para el terapeuta. Dotando de una mayor consistencia emocional al grupo, así como coherencia a su práctica clínica.

d/ A efectos terapéuticos tanto en relación con los pacientes procedentes de países en los que la diada terapeuta/paciente, a solas en un gabinete, puede ser inoperante, como con otros¹, el grupo sirve de actor resocializador movilizando recursos y habilidades cognitivo/comunicativas. Y ayuda a que la transferencia y contratransferencia sean de mayor eficacia terapéutica.

e/ Ser un referente heteróclito como grupo participante en las instituciones y perteneciente al país de acogida, compuesto por personas originarias de culturas alóctonas y autóctonas. Esto permite que el paciente pueda pasar de ser un individuo universal (descontextualizado) a ser un representante del grupo cultural del cual es originario (Nathan. 2001(1):114) (y, se entiende, se identifica).

¹ Esto, en teoría, sucede tanto en los casos de pacientes originarios de culturas en las que la terapia tradicional en un ámbito privado es inconcebible, como con otros, por ejemplo de origen europeo, con los que esta misma diada no sea operativa.

f/ Así también ser un potencial de enfoques y aproximaciones desde las distintas formaciones académicas, trayectorias vitales y representaciones culturales. Por otro lado en el plano lingüístico poder supervisar la tarea del traductor, en el caso de haberlo, y aclarar términos o reflexionar en torno a sus significados en la lengua materna del paciente.

g/ El grupo cumple a su vez la función de conformar un seminario. Esto es recrea un espacio de creación de pensamiento. Un lugar de reflexión e investigación.

4.2 El uso de los objetos activos

Con respecto a la cuestión del uso de los llamados *objetos activos* en las consultas de etnopsiquiatría, del hospital Brugmann, cabe comentar que estos son utilizados con frecuencia, si bien no en todas las intervenciones. Como ya se dijo al principio del apartado en esta consulta actualmente no se hace uso de técnicas adivinatorias, de corte "tradicional no occidental", como en el caso del centro George Devereux de París. Sin embargo sí existe una predisposición de apertura con respecto a la incorporación de técnicas o herramientas, de procedencias culturales diversas, que puedan ser eficaces en el manejo de las dinámicas desencadenantes de la abreación. Si bien no pertenece al universo de los *objetos activos* este es el caso por ejemplo del uso de la flauta tradicional turca, procedente de la región de origen de la paciente L., por parte del traductor lingüístico/cultural¹. Esta situación da lugar a una transferencia que tiene como consecuencia la activación de recursos olvidados por la paciente, como una afición recobrada por la poesía de la cual nos hará partícipes, operadores efectivos en el proceso de resolución de la problemática que la lleva a la consulta.

En las praxis de las terapéuticas occidentales interculturales, en salud mental, que se desarrollan actualmente en el medio institucional el uso de los *objetos activos* es particular y único a la etnopsiquiatría.

Sobre el uso e importancia de los objetos técnicos en la acción sanadora, en culturas no

¹ En el caso de este traductor la labor que realiza es muy próxima a la de la mediación intercultural.

occidentales, existen múltiples y diversos ejemplos en el mundo¹. Es interesante mencionar el caso de Congo, arquetípico por el habitual uso de los llamados fetiches², con respecto a la relevancia de este tipo de objetos en acciones de tipo curativas, protectoras o de agresión.

Según J. Tonda existen dos tipos de brujería (Tonda. 2002): Por un lado está el *Kundu* (*witch*) que corresponde con la llamada *posesión del órgano de brujería*³.

Por otro está la *Brujería* (sorcery)⁴, es el equivalente del fetichismo que consiste en la utilización de objetos materiales para provocar el malestar o el bienestar.

Resulta interesante que muchos responsables de la curación en el seno de las iglesias protestantes (y católicas) niegan el kundu y acepten la brujería.

"Esto tiene que ver, aparentemente, con el horror que representa a los ojos de la conciencia cristiana, los escenarios de la manducación antropofágica imaginaria característicos de la brujería del vientre o el kundu.

Por el contrario echar la suerte consiste en manipular fuerzas y objetos, cuya existencia está testada por las escrituras". (J. Tonda . 2002. Traducción propia)

En el caso de los fetiches en Congo, estos están formados por diversas sustancias entre las que se encuentran las de origen humano. De este modo no tienen únicamente por función actuar sobre la persona sino que básicamente se encarnan en persona y hablan (y actúan). Así no solo los fetiches adquieren propiedades de "ser vivo" sino que la mejor tendencia de los

¹ La psicoterapia es clásicamente definida como la terapéutica de la persona (de su ser), por medio del tratamiento de su alma, según métodos que excluyen el uso de la quimioterapia, y de toda forma de procesos en los que esté implícita la acción de la materia sobre el espíritu. En este sentido su definición, desde el punto de vista de Nathan (2001), entra en pugna contra toda otra forma de terapéutica ya que todas las demás existentes en el planeta tratan a los humanos a partir de la acción sobre la materia. De este modo las psicoterapias se definen con relación a los objetos que no utilizan y es en relación a estos objetos ausentes que ellas construyen la realidad.

² Además de ser uno de los países de origen de numerosos pacientes que acuden a la consulta etnopsiquiátrica.

³ Este sería un órgano que actúa sobre el individuo, pero que puede ser puesto en movimiento por el mismo. En este caso se trataría de la brujería del tipo: el que come a las gentes, desdoblándose por la noche y dejando en su cama la apariencia de su cuerpo. La brujería se corresponde con una energía o disposición heredada o adquirida, sosteniendo el conocimiento, la acción y la vida, que se distribuye de manera desigual entre los hombres y las mujeres. Así existe la posibilidad de reforzarla absorbiendo la de los otros o utilizando medicamentos apropiados para ponerla a la disposición de la comunidad por la intermediación de hombres excepcionales: guerreros, cazadores, nganga, etc. (Tonda 2002).

⁴ En este sentido dicha práctica estaría próxima a la denominada como magia. Esto es necesita de una acción consciente en la manipulación de objetos y de fuerzas invisibles con la intención de producir efectos precisos.

seres humanos sería la de, al terminar su vida, llegar a ser fetiches (y ser venerados) (Nathan, 2001).

Con respecto a las particularidades del fetiche si el operador quiere llevar a cabo con éxito el proceso de transferencia de las características de los objetos al de los pensamientos le hará falta encontrar un objeto virgen de connotaciones conceptuales. De esta manera deberá hallar un objeto sin nombre, al cual sea imposible encontrarle un lugar y función en un sistema clasificatorio, con la excepción de su clase, el de los *objetos activos*.

«Los sistemas que han encontrado una solución a este enigma utilizan objetos compuestos, (como los platos cocinados o los objetos industriales, pero de los cuales no podemos percibir la función asociando elementos provenientes de universos heterogéneos (mundo animal, vegetal y mineral...)). Estos elementos o bien no tienen una función en la cultura considerada (malas hierbas, excrementos...), o bien son utilizados en funciones anticulturales (letras del alfabeto consideradas como cosas y no como signos), y que, en todo caso, lo cual es crucial, se encuentran contenidos en un mismo sobre. En un sentido estos objetos son una especie de «antiobjetos» ya que poseen una especie de valencia negativa, por otro lado son considerados como objeto/objetos, objetos perfectos ya que se encuentran privados de lo que podría provenir del mundo del pensamiento. A su vez palabras, frases o grafismos pueden ser objetos perfectos si poseen estas características.» (Nathan. 2001(1):103. Traducción propia)

En la práctica etnopsiquiátrica este es uno de los ejemplos paradigmáticos de lo que anunció antaño Freud (y Levi-Strauss en *La eficacia simbólica* (1987)) sobre la posibilidad de que un día el psicoanálisis, tan utilizado para estudiar a las culturas «primitivas» (y cuya fuente de inspiración paradójicamente habían sido las terapias tradicionales), volvería su mirada hacia estas terapias llamadas tradicionales para mejorar y aprender de ellas.

La teoría etnopsicoanalítica retoma aspectos del uso de estos objetos incorporándolos a su cuerpo teórico, y práctico, desde el punto de vista del efecto mecánico transformador del espacio “cotidiano” en el que se mueve la intersubjetividad del paciente, y su banalidad o rutina incapaz de modificar su estado, en espacio técnico capaz de actuar sobre el mundo y transformarlo.

En este sentido los objetos son entendidos como objetos del mundo sensible. Es así que si los terapeutas viven en un pensamiento teórico y los enfermos experimentan sobre su cuerpo, los

objetos se encontrarían en algún sitio entre ambos. La función principal del objeto es entonces la de demostrar el pensamiento teórico de los terapeutas (Nathan. 2001)

4.2.1 Donación y recepción. El objeto activo fruto del azar y el prescrito en forma de receta.

En relación con el uso de los *objetos activos*, retomando los estudios de caso, menciono dos ejemplos que corresponden con las dos maneras de hacer más recurrentes que he podido observar en la consulta del hospital Brugmann. Estas se encuentran vectorizadas por dos tipos de movimientos en la relación entre los terapeutas y el paciente: la donación de *objetos activos* o su recepción. De este modo el objeto puede ser donado por el grupo de terapeutas al paciente o, fruto de una demanda anterior, recibido por el grupo de este¹. En ambos casos la acción puede estar constituida a su vez por dos particularidades. Por un lado, como se ve en el ejemplo a continuación, que la acción no sea premeditada y se elabore en la espontaneidad de una situación, considerada propicia para que tal vez ejerza alguno de los efectos deseados. Por otra parte puede o bien ser elaborado y ofrecido por el grupo. O, como veremos en el segundo ejemplo, pedido por los terapeutas al paciente con el objetivo de que lo construya y done al grupo.

- El objeto activo fruto del azar

La aparición fortuita del *objeto activo* en una cadena de acontecimientos de tipo extraordinario capaz de modificar el pensamiento cotidiano y efectuar, por medio del dispositivo técnico, la transferencia sucede en el caso de la paciente de origen marroquí E. (Caso 5).

Como expliqué anteriormente E. acudía a la consulta diez años atrás. Por aquel entonces durante un tiempo, en las consultas, no se conseguía ninguna mejora con ella. Su sintomatología no variaba y cada noche seguía acudiendo un djinn, o espíritu, a su cama mientras dormía para atormentarla. Un día, al poco de regresar el psiquiatra de una estancia en

¹ En este particular me refiero únicamente a los objetos activos como tales. Quedan excluidas las acciones de donación del paciente al grupo en forma de objetos "normales" o alimentos, que a su vez puedan incidir beneficiosamente en el proceso terapéutico.

Senegal, mientras ella hablaba de un sueño con un caballero negro en unas montañas, (que al parecer, en la cosmovisión del Magreb, puede remitir a la representación de un genio) casualmente se abrió la puerta de la consulta y entró uno de los coterapeutas (negro). En ese instante ella se queda sorprendida por la coincidencia del color de la piel, y el psiquiatra, según relata por intuición y de forma fortuita, se saca una moneda que tenía en el bolsillo (un franco de Senegal) y explicándola que es una moneda que viene de África se la da. En ese momento ocurre una transferencia, su resultado es que la paciente deja de sufrir la visita nocturna del djinn la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves). Al cabo de unos días encuentra debajo de su colchón el objeto/suerte causa de su maleficio: un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales en su interior. Al parecer fue su madre quien le hizo el maleficio como venganza por no quererse casar con un hombre en Marruecos.

En este caso el *objeto activo* no ha sido elaborado por el psiquiatra ni los coterapeutas. Las coincidencias han producido una circunstancia no ordinaria en la cual, hábilmente, el psiquiatra ha sabido actuar con certeza entregándole un objeto, un franco de Senegal, perteneciente a otro universo cultural y funcional. Cabe señalar que antes de entregárselo lo habrá pasado, como es la norma, por todo el grupo para que pueda tocarlo y *cargarlo energéticamente*.

" El objeto pretende actuar, además de en la transferencia, como desencadenante de pensamientos. Es interesante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. (...) al igual que cuando explico detalladamente los pros y contras de los medicamentos (con el fin de que sea el paciente el que valore y aprenda a usarlos), se trata de actuar con honestidad para que el paciente tenga confianza en ellos y así poderle "cargar energéticamente".

(Woitchik, etnopsiquiatra en Brugmann, entrevista personal, 2006. Traducción propia)

Este proceso ha provocado la transferencia con los resultados, en este caso, de dejar de sufrir la visita del djinn la noche anterior a la consulta. Por otro lado el desencadenamiento de este proceso no ordinario la lleva a encontrar al cabo de los pocos días dicho objeto suerte.

Se desconocen cuáles son los principios de causalidad que operan en esta última mecánica (¿probablemente la asociación de ideas?). Sin embargo parece que:

" existe una especie de desencadenante por el que cada vez que se da un objeto, y se produce la consiguiente transferencia, el paciente a los pocos días encuentra (a veces en sitios inverosímiles) el objeto/hechizo".

(Woitchik, etnopsiquiatra en Brugmann, entrevista personal, 2006. Traducción propia)

- El objeto activo predeterminado: el caso de la prescripción en forma de receta

La petición de la elaboración de un *objeto activo* es otro de los procesos comunes que se suelen utilizar en la consulta de Brugmann. Puede ser por medio únicamente de una petición oral o más frecuentemente, como en este caso, acompañado de una prescripción. La prescripción en forma de receta es una manera de explicar, con un acto simbólico cotidiano y dotado de la legítima tecnicidad de la escritura (en este caso dispensadora de cuidados del médico), al paciente que, aunque parezca "extraño", es una demanda que deberá tomar en consideración de igual forma que lo haría con otro tipo de prescripciones¹.

Si se trata de un objeto confeccionado a petición del psiquiatra puede ser de la siguiente manera:

En el caso del paciente llamado K. (caso 4) tras un intento de transferencia "fallido" con el ofrecimiento por parte del grupo de terapeutas de una piedra, que antiguamente se utilizaba como moneda en algunas regiones del África subsahariana occidental, el etnopsiquiatra le propone a K. que encuentre un objeto, el cual represente su "problema técnico", que pueda traer a la consulta y dejarlo allí. Al no ocurrírsele ninguno aquel le sugiere que traiga un huevo envuelto en una caja. A la pregunta del paciente sobre cómo tiene que ser la caja, el etnopsiquiatra responde que como quiera, que tampoco tiene por qué ser una caja sino algo que envuelva y contenga al huevo. Le hace una prescripción, en forma de receta, con la cuestión del huevo y el envoltorio.

¹ Según comenta Wolchick es importante que, en la relación que se establece en el consulta, el proceso no solo sea de recepción sino que el paciente también pueda realizar esta acción de ofrecimiento. Cuando esto es espontáneo, como sucede en alguna ocasión, suele ser un objeto que para él entraña una carga emocional positiva (como un recuerdo de su país o un dulce típico). Este es el caso de L. (caso 2) y su ofrecimiento de dulces típicos de Turquía en una de las sesiones. Sin embargo dicha acción, aunque puede albergar efectos beneficiosos en la terapéutica intercultural, no corresponde con los *objetos activos*.

Transcurridas dos consultas sin volver a hablar del tema K. nos dice que ha tardado ya que no se le ocurría con que podía envolver el huevo y entonces nos entrega un envoltorio (con el huevo en el interior), muy elaborado, que él mismo hizo con plásticos y cartón.

En este ejemplo la cuestión del huevo y el envoltorio tiene que ver con la materialización simbólica de su malestar del cual se puede deshacer al entregárnoslo y encargarnos todo el grupo de él.

"Puesto que la enfermedad mental es una ruptura entre texto y contexto en este caso además el envoltorio estará relacionado con la significación de una cobertura, un continente que pueda, valga la redundancia, contener al contenido. Este podría ser por ejemplo la cultura de destino belga (junto con la suya de origen)".

(Woitchik, consulta de etnopsiquiatría Brugmann, 2006. Traducción propia)

4.2.2 Los objetos activos vistos desde la noción de "Maná" enunciada por Mauss.

Los *objetos activos*, a condición de que sean contruidos de una manera adecuada, contienen un cierto número de características intrínsecas que desencadenan tres tipos de procesos lógicos: Analogía, mediaciones e inversiones.

Sin embargo, el objeto solo puede intervenir eficazmente si retoma las características inscritas en el dispositivo concreto de la sesión. Con esta condición, el objeto contribuye a desencadenar el despegue del contenido y autoriza la expulsión del sujeto fuera del universo ordinario. En resumen, instaura lo que, como ya comenté antes, en psicoanálisis se define como "transferencia" y vuelve este proceso profesionalmente manejable.

Por otro lado las analogías, concomitantes al proceso de transferencia, que aparecen en numerosas interpretaciones psicoanalíticas solo adquieren una fuerza de convicción si ellas son enunciadas en un espacio cerrado, comparable al *medio maná* de Mauss, estructurado alrededor de analogías formales. Esto a su vez tiene una función de mediación intercalando un universo teórico entre el universo espacial y el emocional. (Nathan 2001(1):106)

En este sentido aunque se trata a su vez de inducir una transformación orgánica, por medio de símbolos, consistiendo en una reorganización estructural (en el inconsciente) no se puede

hablar de eficacia simbólica como tal. Para explicar esto hay que recurrir al análisis del *maná* que hace Mauss (retomando las teorías melanesianas (1902/1903)). En la utilización de los *objetos manás* no se trata de una forma de hablar, ni de un pensamiento pretendidamente simbólico, ni de una actividad intuitiva necesitando interpretaciones psicológicas. Según los melanesianos el *maná* es una fuerza separada, actuando en virtud de una energía propia.

Cabe decir que este tipo de consideración y práctica no se da solo en Melanesia sino que está muy extendida por todo el mundo (en las culturas precolombinas de Latinoamérica, en África, etc.). Tanto es así que, como dice Levi-Strauss en su “Introducción a la obra de Marcel Mauss” (Mauss, 1966), podríamos preguntarnos si no estamos en presencia de una forma de pensamiento universal y permanente que, lejos de caracterizar a ciertas civilizaciones o pretendidos estados “arcaicos” o “medio arcaicos” del espíritu humano, sería la función de una cierta situación del espíritu en presencia de las cosas, debiendo aparecérsenos cada vez que se da esta situación.

“El maná es una acción de un cierto tipo, una acción espiritual a distancia que se produce entre dos seres simpáticos... es una función en un medio que es maná. Es una especie de mundo interno y especial, donde todo ocurre como si el maná solo estuviese en juego”

(M. Mauss y H. Hubert (1902), en Mauss (1966)).

Es así que una técnica terapéutica, como los *objetos activos*, contiene una fuerza específica (de naturaleza lógica) que obliga al paciente al cambio. De este modo esta técnica es creada en un medio en el cual es exclusivamente la acción, más que la interpretación, la que resulta eficaz.

5. Crítica a la aproximación etnopsiquiátrica en Brugmann

Para el abordaje de la crítica a los elementos problemáticos de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann divido este apartado en dos bloques. Por un lado el relativo a las críticas clásicas que desde unos años atrás se vienen haciendo a la corriente etnopsiquiátrica, notablemente en París. Y por otro, ampliando el punto de vista de estos estudios, en su mayoría sin un trabajo de campo detrás que les confiera rigurosidad y profundidad de análisis, me refiero a la crítica de ciertos elementos e implicaciones de la práctica etnopsiquiátrica en el caso concreto del hospital Brugmann.

5.1 Voces que se alzan contra los dispositivos de inspiración nathaniana

La etnopsiquiatría ha gozado, a partir de los años 90, de un gran apogeo principalmente en las áreas de influencia cultural francófona en Europa. Esto ha sido debido a diferentes cuestiones de entre las cuales cabe destacar, en opinión de sus defensores, el éxito terapéutico de la misma en el tratamiento de pacientes de origen extranjero, que otras aproximaciones monoculturales occidentales no lograban abordar con resultado. Autores como Didier Fassin (1999) señalan que su éxito reside sin embargo en que se han implantado en un espacio favorable dejado de lado por los poderes públicos y obviado por las instituciones sanitarias y sociales.

En este sentido una de las críticas más comunes que se han hecho a los denominados centros especializados en el tratamiento de "patologías exóticas" de los inmigrantes, como el "Centre George Devereux" de Tobie Nathan en París, es la segregación de la población de origen extranjero, bajo una folclorización esencialista de la alteridad, evitando incorporarles en el sistema de cuidados de derecho común público.

Con respecto a la necesidad de separación cultural de la población inmigrante y de énfasis contra la integración/asimilación al sistema francés cabe recordar los polémicos enunciados de Nathan:

«Yo lo afirmo alto y fuerte, los niños Soninkes, Bambaras, Peuls, Dwalas... ¿que se yo todavía? pertenecen a sus ancestros. Lavarles el cerebro para hacer blancos, republicanos, racionalistas y ateos, es simplemente un acto de

guerra (...) En las sociedades de fuerte emigración, hay que favorecer los guetos con el fin de no obligar a una familia a abandonar su sistema cultural” (Nathan. 2001(1). Traducción propia)

Según Jaffre (1996) estos argumentos de “buen corazón” peligran de desalojar de sus vidas a los objetos mismos de una solicitud tal. La historia de estos actores testimonia otras opciones, y otra vitalidad. No se trata de nostalgia cultural sino de dinámicas sociales.

De esta forma, una posición romántica culturalista como la enunciada lleva a la reducción esencialista del concepto de cultura, a una visión de no relacionalidad y de clausura y homogeneización intragrupal. En este sentido Rechtman (1995) critica el relativismo cultural extremo que subyace en sus tesis principales rechazando la validez universal de la psiquiatría, en defensa de una multitud de sistemas etiológico/terapéuticos culturales compartidos por los miembros de cada sociedad y diferenciados unos de otros. Así como la noción de alteridad cultural, y de identidad, como sinónimo de irreductibilidad sin concebir su dimensión relacional y variable.

Cabe comentar a su vez que la llamada a la guetización como forma de preservar la identidad cultural recuerda bastante, tal y como señala Fassin ((1)2000), al uso de una experiencia clínica como base para erigir un modelo de gobierno del tipo propuesto por Carothers con la *villagisation* en el caso de los Mau Mau (o de los bantustanes del Apartheid: separar para pacificar). En este caso Carothers diagnosticaba el movimiento social de protesta de los Mau Mau patologizándolo por una parte desde un perfil psicológico propio a sus personalidades culturales (disociación de la personalidad, propensión a la duplicidad criminal...) y por otra una patología derivada del contacto, y conflicto consiguiente (en la crisis de sus valores tradicionales, etc.), con el mundo europeo.

Dicho autor proponía como forma de reintegración de los kikuyu un programa, ya utilizado con frecuencia por el imperio británico contra las revueltas, de *villagisation* en el cual se favoreciese su reagrupamiento en unidades espaciales de tamaño modesto lejos de las ciudades y de sus efectos desestructurantes, pudiendo encontrar formas de vida ancestrales y un clima moral de inspiración cristiana.

Así la etnopsiquiatría utilizada por Nathan en los barrios periféricos de París y su gran éxito podría ser (como comenta Fassin), al igual que lo fue la de Carothers en el periodo colonial,

un instrumento oficial de gestión de las poblaciones migradas en el caso actual patologizando el mestizaje cultural y la migración, al insistir en la incompatibilidad entre los universos simbólico/culturales de origen y los del país de destino.

En este sentido, pese a que los contextos son muy diferentes las lógicas de reproducción y gestión de un orden sociopolítico tanto en la llamada de las autoridades inglesas a la interpretación del movimiento anticolonial como en la delegación de competencias de los servicios públicos, no solo sanitarios sino también sociales¹, hacia las consultas de etnopsiquiatría podrían, desde esta óptica, ser muy similares.

Otras críticas guardan relación con la racionalidad exótica y diferenciada que se le atribuye al inmigrante al pensar únicamente en categorías propias a "su" universo cultural (djines, rabs, etc.). Así como al hecho de que esta perspectiva culturalista invisibilice las condiciones sociales, económicas y jurídicas en las que se desenvuelve día a día (Fassin 1999). A este respecto cabe destacar lo señalado por Chantal Crenn (2000) en su descripción de la problemática toma en consideración de la etnicidad por parte de las instituciones sanitarias. En este caso la autora analiza el ejemplo de un paciente que, derivado a una consulta de etnopsiquiatría en Francia, rechaza las categorías culturales y étnicas que los terapeutas le atribuyen, por connotar significados desvalorizantes y segregadores, y reivindica un modelo explicativo basado en la clase social de pertenencia y las relaciones de poder².

Por otro lado, cuestiones del orden operativo relacionadas con el dispositivo terapéutico son criticadas por diversos autores.

Jaffre (1996) cuestiona ciertos elementos problemáticos en la interpretación lingüística y psicoanalítica llevada a cabo por los terapeutas y etnopsiquiatra. Estos abarcan los procesos de contextualización y ajustamiento de la traducción, así como la comparación entre términos o la sustitución de lo real por la metáfora.

¹ Cabe recordar que a las consultas de etnopsiquiatría, tanto en París como en Bélgica, acuden a menudo personas derivadas de los servicios sociales. Lo cual en algunos casos puede ser interpretado como una forma de psiquiatrización culturalista de lo social y del migrante.

² El paciente interioriza la nominación negativa hecha por la sociedad dominante en lo que se refiere a los inmigrantes desde el punto de vista de que solo son tolerados cuando permanecen instalados en la posición que se les atribuye: la de fuerza de trabajo (Crenn 2000: 45, Sayad 1999))

En este último sentido cabe mencionar el peligro de que toda catacresis de las expresiones de la dolencia del paciente sea tomada al pie de la letra. Este es el ejemplo de la expresión " hacerse mala sangre", en donde no se puede inferir por extensión que la persona se adhiera a las ideas que las palabras vehiculan. Aunque se acuerde con la teoría antigua de los fluidos no quiere decir que los actores atribuyan a esta causa su malestar.

Del mismo modo, hay que señalar que uno de los problemas que se ha cuestionado en la etnopsiquiatría es el hecho de que no existe una carencia de códigos culturales de interpretación sino que quizás hay demasiados.

Así también que los códigos de interpretación no son lo suficientemente adecuados en muchos de los casos, pues entre otras cosas pueden tender a generalizar y unificar bajo un mismo término¹.

Por otra parte, está el hecho de la dificultad de la puesta en relación de una lengua natural, la de los pacientes, con un código interpretativo artificial (el de los terapeutas). Un ejemplo de ello es la consideración de la comparación como equivalencia, como si los campos semánticos fuesen isomórficos y no se hiciese necesario evaluar el valor de concepciones y prácticas (la posesión, por ejemplo) en diferentes contextos precisos antes de compararlas.

Falto de precauciones metodológicas, la relación con el otro peligra de presentarse bajo los trazos, como señala Jaffre (1996), de una "interpretación salvaje", interpretación que no resulta de la coherencia de los datos sino de lo arbitrario del intérprete, aunque esta arbitrariedad se disimule bajo una aparente coherencia retórica.

¹ Esto ocurrirá, por ejemplo, cuando no se define el contexto social del paciente más que por medio de algunas creencias que se supone unánimemente compartidas (como la cosmogonía según la cual, en África, el mundo se creó a partir de una pareja de gemelos, etc.).

5.2 Crítica a la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann.

En mi trabajo de campo en la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann he podido contrastar varias de las problemáticas relatadas anteriormente corroborándolas, matizando algunas de sus afirmaciones o simplemente rechazándolas al considerarlas poco adecuadas a la realidad de la práctica y más vinculadas a la mera lectura de los textos, principalmente de T. Nathan. Sin embargo, antes de empezar debo resaltar varios factores que impiden una completa extrapolación de las conclusiones de estos autores al caso específico de Brugmann en Bruselas. El primero de ellos es el relativo a las diferentes implicaciones que se desprenden de la ubicación de la consulta. Las críticas enunciadas antes se refieren principalmente a la práctica etnopsiquiátrica desde un dispositivo que se encuentra en un centro, de carácter privado, especializado en el tratamiento de pacientes de origen extranjero¹. El caso de la consulta en Brugmann es, en este sentido, bastante diferente ya que se halla emplazada en un hospital público.

De esta manera, algunas conclusiones con respecto, por ejemplo, a la segregación de los inmigrantes a dispositivos exteriores al derecho común de atención sanitaria, así como las relativas al carácter público del espacio en el que se desarrolla y los mecanismos de entrada y salida de los terapeutas², de supervisión del desarrollo de la consulta, de derivación de los pacientes, etc. no pueden ser, en muchos casos, validadas en este particular.

Otros aspectos como los relativos a la aplicación de la teoría del etnopsicoanálisis complementario, de Devereux, y la práctica etnopsiquiátrica, enunciada por Nathan, son llevados a cabo de la misma manera tanto en Brugmann como en otras consultas de etnopsiquiatría. Existen empero algunos cambios relevantes que guardan relación con una serie de variables intervinientes como son el saber hacer, carácter y profesionalidad del etnopsiquiatra; el espacio, y connotaciones del mismo, en el que se desarrolla la consulta; las relaciones que se establezcan entre los diferentes miembros del grupo de terapeutas, las que se desarrollan en el exterior de la consulta con los otros profesionales del hospital o centro, etc.

¹ El centro "George Devereux" al que principalmente se refieren estas críticas conoce, últimamente, una mayor diversificación que incluye a minorías socio/culturales autóctonas.

² Esto guarda relación tanto con el carácter del etnopsiquiatra como con el espacio en el que se desarrolla la consulta. En Brugmann y en el centro "G. Devereux" los pasajes de entrada son diferentes. Mientras en este último se necesita, por lo general salvo en algunas excepciones, inscribirse a un máster o grado de formación. En Brugmann puede acudir quien así lo desee.

De ello y, principalmente, de los elementos cuestionables del dispositivo etnopsiquiátrico en Brugmann hablo a continuación.

5.2.1 Una terapéutica no siempre adecuada para todo tipo de pacientes

Con respecto a la decisión de tratar o no a los pacientes en este tipo de consulta existe algún filtro de control, desde la derivación a la admisión por parte del etnopsiquiatra, como es la reunión personal introductoria con el paciente.

Pese a esto parece que no en todos los casos la consulta está adaptada a los pacientes que llegan. Algunos de los factores que intervienen en dicha inadecuación pueden ser los siguientes:

- El discurso basado en el paciente.

El enfoque de tipo chamánico en el cual se ofrece un discurso al paciente proporcionándole un mito social, en contraposición al que en el psicoanálisis él mismo aporta en forma de mito individual, vehiculado por sus acompañantes y el grupo de terapeutas puede tener algunos efectos no deseados en ciertas personas.

Remitiéndome a un ejemplo concreto de los estudios de caso, este es el particular de la paciente de origen marroquí R. (caso 3). En su primera consulta la sesión comienza con la explicación de qué es lo que la ocurre y cuales pueden ser las causas de su malestar y sintomatología por parte de las asistentes sociales que la acompañan. Esta actitud, continuada durante la primera mitad de la sesión, provoca un visible retraimiento y malestar de la paciente. Sobre todo cuando las asistentes sociales entran a opinar, siempre delante de ella, acerca de cuales son las relaciones y representaciones que tiene de sus padres. Es entonces cuando R. (de 15 años de edad) critica que nunca la ha escuchado nadie y que siempre (refiriéndose a las asistentes sociales y a los miembros del centro de acogida) han puesto palabras y opiniones, que no eran suyas, en su boca. A partir de entonces la estrategia cambiará tratando de basarse en la búsqueda activa de interacción con la paciente y el desplazamiento a segundo plano de la voz de sus acompañantes.

Cabe mencionar que esta técnica no es, ni puede ser en un contexto como este, utilizada con exclusividad combinándose, en Brugmann al menos, con el análisis de la información proporcionada por el paciente y los acompañantes. En este caso el enfoque discursivo basado en el paciente no funcionaba en su presencia más allá de la información que proveía sobre la percepción de los profesionales escolares y sociales de la casuística de su dolencia¹. En otros casos me consta que uno de los motivos por los que algunos pacientes han dejado de acudir a la consulta es este, en ocasiones, exceso de discursos e interpretaciones sobre ellos.

· El carácter grupal y público de la consulta

El sentimiento de intimidación por parte del grupo es algo frecuente en los pacientes al llegar a su primera consulta. En muchos casos superarán este miedo y adquirirán confianza con el transcurso del tiempo. En otros sin embargo esto no es así, manifestando una mala transferencia procedente del dispositivo grupal que les llevará a no volver a acudir a la consulta. Entre las causas que se pueden encontrar en este rechazo pueden estar las relacionadas con la contradicción entre el derecho a sentir respeto a la privacidad y su carácter público y grupal. Así como otras relativas a la propia demanda, no formulada explícitamente por el paciente, de un dispositivo diádico.

En ocasiones no se trata tanto de la necesidad o percepción del paciente como de la de alguno de sus acompañantes. Un ejemplo de esto es el de una paciente de origen francés/marroquí T. que viene acompañada por su marido². En palabras del marido la acompaña, en su tercera consulta, para saber *'que es lo que ella dice sobre él y su relación frente a personas que no conocen'*. Añade ofendido que *'no son animales exóticos a los que estudiar'*, refiriéndose al grupo etnopsiquiátrico como si fuese el público de un circo.

En otros casos existen elementos interfirientes relacionados con el carácter público como la posible coincidencia de alguno de los coterapeutas con el entorno cercano de los pacientes. O

¹ Información que por otro lado se puede, y suele, obtener en sesiones separadas sin la presencia de la paciente.

² No aparece en los estudios de caso.

la percepción como perjuicio del, denominado por Nathan (2001(1):114), paso de *ser universal* a erigirse como *representante de su cultura de origen*.

En este sentido la identidad no está cerrada herméticamente ni se construye reificando la etnia o cultura de origen del paciente. Es un híbrido, una construcción relacional de expresiones y materiales heterogéneos, que no se manifiesta por igual en todas las personas ni circunstancias.

Del mismo modo sucede con la cuestión de una consulta en forma de diada o de grupo. En muchos casos este dispositivo grupal busca como objetivo defender al paciente de lo que perjudicialmente se puede derivar como respuesta de la contratransferencia vivida por el terapeuta. Así como, frente a la llamada *farsa de la privacidad*¹, supervisar los posibles abusos en el diferencial de poder de la relación terapeuta/paciente. Esto no implica sin embargo que algunos pacientes, por el hecho de que en sus países de origen las terapias tradicionales sean públicas, demanden la presencia de un grupo y no prefieran la privacidad de una consulta diádica².

En mi opinión es necesario el perfeccionamiento de los mecanismos de información y escucha del paciente³, con el fin de poder proporcionarle exhaustivamente los detalles del funcionamiento de la consulta y saber si, en el proceso de la misma (más allá de esperar a ver resultados o no), estas se ajustan a sus demandas o qué se podría mejorar en ellas. En resumen una democratización del dispositivo etnopsiquiátrico para que el paciente decida con toda la información posible.

¹ Mencionada por Woltchick y otros defensores y practicantes de la etnopsiquiatría.

² Muchos de los pacientes ya han pasado por consultas diádicas sin ningún resultado o con un empeoramiento de sus dolencias. Otros sin embargo llegan derivados desde servicios diversos siendo la primera vez que acuden a una consulta psiquiátrica. En estos casos no siempre saben en qué va a consistir la consulta etnopsiquiátrica.

³ Antes de que sea tarde y decida no volver, o vuelva pese a que la consulta le esté perjudicando.

· Una cultura etnopsiquiátrica en un espacio biomédico

El nacimiento y desarrollo de la consulta etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann tuvo lugar, en los años 90, gracias a un clima de sensibilización con la atención sanitaria en la diversidad cultural, promovido por un grupo de psiquiatras entre los que se encuentra el actual etnopsiquiatra. En ese sentido se barajó la posibilidad de crear un centro etnopsiquiátrico independiente del hospital que al final se desterró, entre otras cosas, al considerar que se podía evitar cierta segregación del circuito de cuidados público manteniendo a los pacientes en el seno del hospital.

Si bien es cierto que esta decisión, en mi opinión, es acertada al apostarse desde una institución pública por la creación de espacios adecuados a la atención en la diversidad cultural desde el derecho común, no se pueden evitar otras consecuencias derivadas no solo del espacio sino también del propio marco ontológico que domina en la cultura del etnopsiquiatra. Esto es un cierto enfoque organicista/farmacológico que en ocasiones puede aliarse, erróneamente, con nociones culturales poco acertadas. El caso más arriba mencionado es un ejemplo de esta coyuntura (pág. 440).

La paciente de origen francés/marroquí T.¹ vivía en Francia y tuvo un accidente de coche cuando viajaba a Bruselas. Fue hospitalizada en Bruselas con diversos politraumatismos y, por cuestiones relacionadas al seguimiento del tratamiento, tuvo que quedarse a vivir una temporada en la ciudad. Cuando mejora físicamente continúa con el tratamiento sin embargo no se procede a su "derivación" a un hospital de su región en Francia², manteniéndola, aun cuando ya puede viajar y hacer vida normal, bajo supervisión médica en un hospital de Bruselas. El hecho de estar lejos de su familia y entorno, y de deber, por motivos ajenos a su voluntad, instalarse en Bruselas incide notablemente en el desencadenamiento de una serie de problemáticas que afectan a su vida en pareja y a su salud mental. De este modo es derivada a la consulta de etnopsiquiatría por sintomatologías del tipo trastorno de ansiedad, vinculadas a variables etiológicas de tipo cultural.

¹ Como se menciona más arriba no aparece en los estudios de caso.

² El motivo parece deberse en un principio a un proceso médico en el que prima, como es lógico, salvar la vida de la paciente y su rehabilitación. Sin embargo, al recuperarse y ganar autonomía para poder regresar no lo hará presionada por diversas variables entre otras un cierto condicionamiento tanto burocrático/administrativo como desde el punto de vista del seguimiento terapéutico y del tratamiento.

Durante la consulta de etnopsiquiatría las causas que se barajan acerca de su sintomatología remiten a su relación con su marido, y a la cuestión migratoria y expresión de la dolencia en su cultura de origen marroquí. Este modelo interpretativo prevalece frente a la exploración en los mecanismos de la cultura biomédica/burocrática/organizativa que la mantiene atada a Bélgica, en contra de su voluntad, bajo la argumentación del tratamiento. Huelga decir que a los medicamentos necesarios para su tratamiento rehabilitador somático se le suman los ahora nuevos prescritos por el etnopsiquiatra.

Siendo sin embargo este un ejemplo poco frecuente muestra cuales pueden ser los efectos de la alianza entre culturalización y biomedicalización cuando no solo se destierra abordar etiologías que reenvían a los campos sociales en los que la paciente se desenvuelve cotidianamente, haciendo abstracciones exotizantes sobre su cultura de origen y aportando herramientas químicas de contención/adaptación, sino que se evita el debate sobre los posibles errores o asimétricas negociaciones de la cultura biomédica en la gestión del proceso enfermedad/curación.

5.3 Algunas matizaciones, a la luz del trabajo de campo, a la crítica general del dispositivo etnopsiquiátrico.

Como se ha comentado en las críticas expuestas con anterioridad la especificidad de la consulta etnopsiquiátrica suele estar vinculada muy a menudo con problematizaciones de los pasajes migratorios y de las vivencias entre mestizajes culturales. De este modo se tiende a identificar las prácticas etnopsiquiátricas con el tratamiento de la alteridad, desde un punto de vista especializado en las invariabilidades culturales y que basa preferentemente su discurso en torno a ellas. A esto se le puede sumar, como acabamos de ver, una ineluctable manifestación de la cultura biomédica en la que tanto su espacio de práctica como la formación principal del etnopsiquiatra está inscrita.

Sin embargo, como se ha visto en los estudios de caso, esto no es siempre así. En la consulta de Brugmann también se abordan, con mayor o menor frecuencia, a su vez cuestiones que remiten a actuaciones en el campo de lo social. Esto puede comprender diversos ámbitos como por ejemplo: La movilización de los agentes sociales del entorno del paciente (familia, amigos...); la actuación de defensa del paciente por medio de cartas de recomendación a

ámbitos judiciales o laborales; o el asesoramiento con respecto a temas relativos a su situación legal (trámite de papeles, etc.) y/o de su vivienda o trabajo.

Remitiéndome a los estudios de caso el primer ámbito es el de la paciente de origen marroquí E. (Caso 5) En la consulta se intenta que acuda su madre o alguien de la familia con el fin, por una parte, de conocer más de ella y de su infancia, y por otra para movilizar (o saber si es posible o no hacerlo) su red de entreayuda familiar. Finalmente la acompaña una prima suya a una de las sesiones.

El segundo ámbito es el caso de la paciente de origen marroquí A. (Caso 6) Tiene un hijo invidente que fue entregado por orden judicial, a raíz de una de sus crisis, a una familia de acogida. El niño tiene 11 años y el juez dictaminó el tiempo que podría verle su madre, una vez al mes, basándose, de forma arbitraria, en la opinión puntual del hijo. El psiquiatra propone en este caso una medida de tipo social que consiste en la redacción y el envío de una carta al juez recomendando, bajo criterios de orden terapéutico, que la madre pueda ver a su hijo en más ocasiones.

El tercer ámbito corresponde con el caso de la paciente de origen uzbeko S. (Caso 1) En su caso es asesorada sobre cuestiones relativas a sus papeles, ya que ella se plantea la posibilidad de irse a vivir por un tiempo a Alemania, así como de la legislación y sus derechos como inquilina puesto que ha tenido problemas con la propietaria de su casa (que han desembocado en el retorno de ciertos síntomas de ansiedad).

Con respecto a lo manifestado por Yaffre en *La interpretación salvaje* (1996) coincido en las descontextualizaciones, generalizaciones y sustituciones de lo real por la metáfora que puedan hacerse en el transcurrir de la traducción o interpretación en la consulta etnopsiquiátrica, en este caso, de Brugmann. Sin embargo, pienso que aunque no se pueden desdeñar cuestiones como los contextos y trayectorias etnolingüísticas, ya que es un preciado material terapéutico, la eficacia de la acción del dispositivo está compuesta muy a menudo de un material más profano y, si se quiere, burdo.

Los procesos de transferencia y abreación no siempre necesitan que el terapeuta deba conocer el material semiótico y lingüístico, o los modelos interpretativos de la enfermedad/curación, más comunes de la región específica del país de donde viene el paciente. Sin pretender hacer una apología de dicha interpretación salvaje, ocultando la posible invalibilidad de los datos

interpretados bajo la retórica, creo que los procesos terapéuticos pueden ser desencadenados por registros semánticos, simbólicos o lingüísticos, así como niveles identitarios de empatía y pertenencia más generales y dinámicos; como el hecho de ser inmigrante, y compartir una trayectoria de vida, u otros relativos, por ejemplo, a prácticas, hábitos, expresiones o creencias comunes.

Sin dejar de lado todos los esfuerzos posibles para una obtención de datos interpretados de calidad, basta recordar el caso (comentado en el apartado "Entre consultas") de la discusión durante un cuarto de hora con tres traductores, la paciente y su familia para encontrar la palabra justa que definiese tristeza, hay que mencionar que la concepción global del mecanismo terapéutico desde la pragmática puede evitar reificaciones, culturales e identitarias, esta vez en el nombre de un exceso de particularismo en la interpretación.

Con relación a otras críticas, como la enunciada por Fassin (1999) con respecto a la atribución de una racionalidad exótica y diferenciada al inmigrante al pensar únicamente en categorías propias a su universo cultural (djines, rabs, etc.), en los estudios de caso descritos aquí se puede observar que, con mayor o menor habilidad según el momento, se tiende a considerar a la propia psiquiatría como una cultura y al paciente como un actor portador de una diversidad de representaciones y modelos, entre otros el biomédico.

"Yo no me suelo basar demasiado en lo cultural ya que los pacientes también poseen, y se remiten a ello, un amplio conocimiento del diagnóstico occidental"

(Woitchik, etnopsiquiatra en Brugmann, entrevista personal, 2006. Traducción propia)

Con algunos pacientes la cuestión de la cultura de origen no aparece prácticamente (caso 1 y caso 2) y con otros se tantea la temática en un momento determinado para tratar de obtener pistas, de la misma manera que se habla del pasaje migratorio o de las condiciones socio/económicas en las que se realiza; o los procesos macropolíticos, por ejemplo la ejecución televisada de Sadam Hussein, que afectan al paciente (caso 4).

A esto hay que añadir que a su vez acuden a esta consulta personas de origen belga lo cual, frente al habitual pasaje "iniciático de tipo evolutivo" de modelos interpretativos y representaciones de la salud/enfermedad/curación de tipo profano, del paciente, al experto del profesional, aporta una lectura algo distinta al ser ciertas concepciones no occidentales

incorporadas en el contacto intercultural las que ofrecen eficacias mejoradas en la curación de la dolencia, expresada culturalmente, también del autóctono.

6. La consulta etnopsiquiátrica de Brugmann en la problemática de la investigación

En lo que se refiere al emplazamiento de la consulta etnopsiquiátrica en el espacio comprendido entre los ejes de, por un lado, el universalismo biomédico y, por otro, el relativismo cultural hay que comentar que este tipo de terapia intercultural se sitúa de la siguiente forma:

Se ubica en el área del eje del universalismo biomédico por lo que respecta a la sistematización de ciertos elementos de su plantilla cultural predominante, como es el caso del preferente uso del DSM IV, por parte del etnopsiquiatra, con relación a la clasificación de las sintomatologías y formulación de enfermedades mentales. Así también en lo relativo al lugar donde se desarrolla, una consulta en el área de psiquiatría de un hospital, y a la habitual prescripción de psicofármacos.

Por otro lado entra en la relativización de dicho enfoque universalista, aproximándolo al de otras culturas no occidentales, al cuestionar elementos fundadores de la praxis psicoterapéutica clínica manifiestos en la incorporación de la esfera pública, del grupo de terapeutas y acompañantes (y a su vez de círculos culturales de pertenencia y adscripción), en el campo de la privacidad de la diada terapeuta/paciente.

La cuestión de una co-construcción del saber terapéutico con el paciente y el grupo de coterapeutas, así como la democratización del proceso de curación a través de la supervisión de los diferenciales de poder entre terapeuta y paciente, son factores que inciden en dicha relativización y, en algunos casos, proximidad a ciertas cosmovisiones y metodologías no occidentales¹.

¹ Si bien el terapeuta tradicional, en muchos contextos, está dotado de un carisma y legitimidad monopolizados por corporativismos de pertenencia profesional (marabús, boyas, nganga, etc.), el carácter público de las sesiones implica a la comunidad en el proceso curativo, haciéndoles partícipes, pero también jueces, de la honestidad y buen saber hacer del terapeuta.

De igual forma otra de las características más emblemáticas con relación a la relativización cultural de la mirada biomédica es la concerniente a los *objetos activos*. La entrada en escena del uso de los objetos incorpora elementos hasta el momento sancionados por la aproximación interpretativa y simbolista de las psicoterapias "clásicas". La importancia que en este sentido adquiere la fuerza intrínseca y pragmática de los llamados *objetos activos* es la de priorizar clínicamente los procesos de la transferencia y la contratransferencia volviéndolos manejables al mismo tiempo que sujetos de reflexión y verificación empírica.

En este sentido reivindica, por medio de una reinspiración en las técnicas de curación en este caso no occidentales, la importancia del valor heurístico pero también práctico de ciertas nociones, reformuladas, de carácter universal enunciadas por el psicoanálisis, alejándose de los modelos reduccionistas, hoy en día en boga, de las aproximaciones predominantemente psicofarmacológicas y organicistas biomédicas.

De este modo los objetos activos tratan de conferir una eficacia clínica a cosmovisiones como la de la *fuerza y medio maná* retomada por Mauss (1966), a través del ejercicio de una acción específica de naturaleza lógica, vehiculizada por los objetos en un espacio apropiado, que se desprende de una pragmática compartida por la mayoría de las concepciones curativas, con excepción de los modelos hegemónicos en occidente, existentes en el mundo.

Con lo cual, de todas las diferentes terapias interculturales que he tratado en esta tesis, la etnopsiquiatría, y su práctica en el hospital Brugmann, es la única que puede situarse en un lugar intermedio entre los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural. No tan cerca del universalismo biomédico, en sus aproximaciones teóricas y prácticas, como las terapéuticas del *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*. Ni del relativismo cultural, en su crítica radical al papel de la psiquiatría institucional y su aproximación, en algunos aspectos como el profano, a ciertos universos nosológicos/representativos no occidentales, de la antipsiquiatría en la asociación "L'autre lieu".

De esta forma con relación a la implicación política de dicha ubicación paradigmática con respecto al derecho a una igualdad de acceso y disfrute de los medios sanitarios de todas las personas, comprendida en *Alma Ata*, la *Carta Social Europa* y *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹, se puede afirmar que la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann coadyuva a una búsqueda activa de acceso y eficacia terapéutica a través de la adopción de una mirada intercultural. Así como de la incorporación de dispositivos específicos de mediación entre modelos interpretativos y de una sensibilidad hacia la atención sanitaria universal en la diversidad cultural. De este modo mejora tanto el proceso de atención/curación como el propio acceso a los medios sanitarios públicos de aquellas personas que por sus itinerarios socio/culturales o sus situaciones administrativas se ven excluidas a una atención adecuada².

¹ Reflejada en los artículos desarrollados en la pág. 43.

² O al simple derecho a acceder a un tratamiento para su dolencia como en el caso de los "sin papeles" que son rechazados sistemáticamente por no ajustarse al cuadro de la Ayuda Médica Urgente, o no funcionar los mecanismos de pago de la consulta al profesional por parte del Centro Público de Asistencia Social.

Parte V: Consideraciones finales y propuestas.

Capítulo XIV: Consideraciones finales

1. Apuntando hacia algunas conclusiones finales, preguntas y propuestas.

Si la investigación realizada en esta tesis ofrece aportaciones y propuestas individuales del autor, su elaboración, proceso y resultados, son fruto de las valiosas contribuciones que actores ubicados en diversos espacios y lugares, desde la interculturalidad, realizan en ambos países. Reflejar y analizar las prácticas de algunos de estos, en los contextos europeos de Bélgica y España, ha sido una de las motivaciones principales que me han movido a realizar esta investigación de carácter aplicado. En mi opinión creo que las contribuciones no se pueden entender desde una perspectiva reificadora individual, ni meramente como fruto de un itinerario inconsciente personal si no, sobretodo, como un proceso colectivo, un juicio en un contexto relacional y compartido. Lo mismo sucede con dicha motivación y con la esclarecedora perturbación que ofrece la presencia del investigador en el texto. Mas allá de una idea privilegiadamente consciente o iluminada, en los claroscuros que merodean a la reflexión, pertenecen a un itinerario personal pero también grupal. A un (in)consciente individual pero también colectivo. A un esfuerzo solitario y a su vez acompañado, y (co)construido, por el compromiso y trabajo de muchas personas, con trayectorias socio/culturales y personales diversas, en la búsqueda de una idea, no solo teórica sino eminentemente de facto, de justicia social como es el derecho a una asistencia sanitaria garantista e igualitaria para todos.

La diversidad cultural en la atención sanitaria occidental lejos de ser un fenómeno novedoso, actual o con varias décadas de presencia según el país, existe desde su nacimiento. Es a partir de la llegada de un otro, denominado como alteridad por provenir de un origen externo a la delimitación del estado/nación, que se comienza a problematizar, en este caso desde el discurso de la antropología médica, la propia idiosincrasia de la mirada biomédica

hegemónica en sus dispositivos sanitarios y prácticas de cuidados. Esto sucede por diversos motivos.

Por una parte están los relativos a su carácter universal y al derecho común que rige, en este caso, la atención sanitaria pública en los estados de bienestar europeos. El sistema universal de cuidados de salud aboga por una atención de carácter universal sin selecciones ni filtros de acceso o calidad de disfrute de los cuidados por razones relativas a la procedencia étnica, nacional, socio/cultural, de género o al poder adquisitivo de la persona. Desde esta óptica los criterios en el caso de Bélgica y España son de carácter general y aseguran, con especificidades diversas en cada país, la atención sanitaria a todas las personas que se encuentren en su territorio. En concordancia con este espíritu, y con un carácter internacional, fueron fundados los artículos específicos, a los que me remito en la investigación¹, de *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, *la Carta Social Europea* y el tratado de *Alma Ata*, con respecto a la igualdad de acceso y disfrute de los medios sanitarios.

La presencia, novedosa en España pero ya antigua en Bélgica, de personas de origen extranjero manifiesta una serie de procesos concomitantes a la puesta en práctica de dicho derecho común, y a las problemáticas que una mirada universal, no solo en el acceso sino también en la concepción de la triada salud/enfermedad/curación, conlleva.

De este modo visibiliza los procesos socio/políticos que se articulan en la sociedad y que, en lo relativo a la salud, influyen tanto con relación a un disfrute de la misma como en la accesibilidad a los medios sanitarios de ciertas franjas de la población. Estas son, en lo que aquí se refiere, fundamentalmente las que comprenden a aquellas personas de origen extracomunitario que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, y exclusión social, como es el caso de los llamados "sin papeles". Así como de aquellas que no dominan la lengua local y/o poseen itinerarios socio/culturales diversos, y ven dificultado su acceso y disfrute debido a barreras excluyentes fruto de la ausencia de recursos adaptados, y sensibilidades, a la atención sanitaria en la diversidad cultural.

¹ Ver pág. 43.

La atención sanitaria en la diversidad cultural visibiliza una serie de contradicciones que guardan relación con la tendencia universalista, que prescinde de la asunción de su propia especificidad cultural, de la ciencia biomédica occidental, así como con las concepciones y prácticas monoculturales que se desarrollan en el seno de las instituciones de cuidados.

Tanto la diversidad de modelos interpretativos y representaciones del proceso salud/enfermedad/curación como las diferentes maneras de abordar en la práctica los cuidados, entre personal sanitario y pacientes de procedencias socio/culturales diversas, ponen de relieve la problemática cohabitación en un espacio ideológico/técnico dominado por, como denomina Jordan (Jordan, B. 1993), saberes autoritarios.

Es frente a la dificultad de acceso y la falta de adecuación de las prácticas sanitarias, en el ámbito público del derecho común, que comienzan a implementarse medidas promovidas, en su mayoría, por profesionales de la salud o por las administraciones públicas de tipo intercultural. Estas son fundamentalmente dos: las terapias interculturales en el ámbito de la salud mental y la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

La mediación intercultural sanitaria es la única medida específica de carácter intercultural, actualmente existente en ambos países, que compendia propuestas como la interpretación lingüística/cultural, la formación en salud y competencias culturales o la sensibilización a la diversidad cultural en contextos sanitarios. Y cuyo objetivo es el de un disfrute y acceso igualitario a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero. Por su parte, en busca de una misma finalidad, es en el ámbito de la salud mental donde se han dado los pasos más visibles, como cuerpo teórico y praxis organizada, hacia aproximaciones terapéuticas que incluyen posiciones, métodos y objetivos del orden intercultural.

Si desde ciertas miradas¹ la mediación intercultural plantea preguntas como las relativas al "peligro" de la creación de una figura de sustitución al esfuerzo del inmigrante en la integración. Y desde la concepción comunitaria de los cuidados sanitarios genera a menudo susceptibilidades por su hincapié en la problematización de la cultura, muchas de las terapias interculturales en salud mental existentes son a su vez fuente de controversias. Estas guardan relación con la especialización y reducción culturalista de la atención sanitaria universal a la

¹ Ver pág, 245.

alteridad. Así como, en algunos casos como el de la etnopsiquiatría, con la gestión biopolítica de los 'cuerpos extranjeros' desde la demonización del mestizaje cultural y la patologización del fenómeno migratorio.

Por otra parte, estas contradicciones en el seno de los estados de bienestar garantistas, con respecto al igualitario acceso y disfrute de los cuidados de salud, llevan a la aparición de dispositivos y prácticas creativas en el medio asociativo que den respuesta, desde una visión de los cuidados comunitaria, a la demanda de atención sanitaria con indiferencia de las situaciones jurídico/administrativas de los usuarios, así como adecuada a las particularidades de sus diversas trayectorias socio/culturales.

El objetivo principal de esta investigación con un componente aplicado ha sido el de describir las prácticas interculturales sanitarias de los actores del medio institucional y asociativo, de Bélgica y España, a la luz de las nociones inaugurales de universalismo biomédico y relativismo cultural actuando como hipotéticos ejes que delimitan espacios en los que estas se formulan y habitan. Y analizar como dicha ubicación influye en una implicación de tipo político cuya finalidad es la contribución al logro o fracaso de la idea de justicia social concerniente a lo propuesto en los artículos, señalados en la problemática principal (pág. 43), de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, así como en *Alma Ata* y la *Carta Social Europea* con respecto a las dimensiones que comprenden el acceso y disfrute igualitario a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

La diferente realidad en el acceso y disfrute a los medios sanitarios institucionales, vindicada por la presencia de dichas prácticas exteriores al circuito de cuidados público, en Bélgica y España encuentra su representativa, y macabra, fotografía en la aparición de grupos de población "outsiders", como es el caso de las personas en situación, de exclusión social, irregular. Estas personas por acumulación de factores excluyentes derivados principalmente del ámbito político, como su situación de exclusión jurídico/administrativa, pero también por extensión del socio/cultural (sus condiciones de alojamiento, trabajo, las dificultades lingüísticas, el desconocimiento del sistema sanitario, etc.) sufren por partida doble la exclusión a los cuidados sanitarios de derecho común, en ambos países.

Sin embargo, al igual que la de aquellas de origen extranjero en situación regular, su presencia no plantea nuevas problemáticas o retos que antes no existiesen. Más bien visibiliza

contradicciones y miradas ideológico/culturales de una cultura organizativa y una práctica biomédica en relación tanto con las alteridades nominadas, como los inmigrantes, como con las aparentemente inexistentes bajo el abrazo de la pertenencia étnica y nacional.

Como se verá a continuación los desajustes entre las reformas legislativas, de carácter universalizador, y las dificultades, o vacíos, burocrático/administrativas de su puesta en práctica implican un salto cualitativo diferenciador en la *universalidad de facto* de dicho acceso en Bélgica y en España.

2. Un marco legislativo universalista, una práctica segregadora.

El desigual acceso a los medios sanitarios públicos.

A la luz del trabajo realizado en esta investigación, y de las medidas y dispositivos de carácter intercultural que se han analizado, se puede concluir que el panorama actual con relación al acceso factual a los medios sanitarios públicos, tanto en Bélgica como en España, no es el de un universalismo indiferenciador de las posiciones estructurales e itinerarios socio/culturales de las personas, en este caso, de origen extranjero. Tanto la mediación intercultural en el ámbito sanitario como las diversas aproximaciones terapéuticas, aquí abordadas, llevadas a cabo en el medio institucional y asociativo atestiguan de la existencia de barreras que, con inspiraciones y prácticas creativas diversas, los actores implicados en su implementación y desarrollo tratan de sortear.

Huelga señalar que si bien la especificidad general de dichas prácticas, con algunas excepciones, es la de una cierta problematización de lo cultural, y de las diversas manifestaciones que lo comprenden, muchas de las causas a las que remiten los fenómenos de inequidad son del orden jurídico/administrativo y socio/económico. En este particular, sobretudo en lo referente a las causas económicas y jurídico/administrativas, esto no ocurre de la misma manera en los dos países siendo Bélgica el que, comparativamente en términos de universalidad de facto, sale peor parada.

En lo relativo a las causas de tipo económico, que reenvían a elementos ideológico/estructurales de la composición y articulación de los sistemas sanitarios, estas

tienen una presencia a destacar principalmente en Bélgica puesto que el sistema de mutualidades complementarias y copago insta una diversificación del disfrute de ciertos servicios sanitarios públicos en función del nivel adquisitivo y la posibilidad de pagarlos. Lo cual, por el momento, no sucede en España al disponer de una sola tarjeta sanitaria, igual para todos los servicios y usuarios, independientemente de su situación económica/administrativa.

Por otro lado, la situación jurídica/administrativa, y los factores excluyentes derivados de la misma, desempeña un rol principal en el acceso a los medios sanitarios públicos. Un ejemplo de ello son las implicaciones que se derivan de la aplicación de la Ayuda Médica Urgente, tras el Decreto Real de 1996, en Bélgica. Y el requisito de empadronamiento, establecido por la ley Orgánica de extranjería 4/2000, en España. A la luz de la presente investigación así como de diversos estudios señalados en el capítulo correspondiente (cap. V), entre los que se puede destacar el "Estudio europeo sobre el acceso a los medios de salud de las personas en situación irregular" (Médicos del Mundo 2007), cabe resaltar el desigual acceso a los medios sanitarios en Bélgica y España de las personas en situación irregular.

Sin embargo, ambos países ocupan una posición equidistante en este particular. En Bélgica, comparativamente, existe una clara segregación con respecto al acceso de esta población, mediada principalmente por la cultura organizativa de los Centros Públicos de Ayuda Social y las manifiestas dificultades burocráticas para hacer uso de la Ayuda Médica Urgente. El caso de España, pese a existir problemáticas derivadas del requisito de empadronamiento para la adquisición de la tarjeta sanitaria, parece ser sustancialmente distinto desempeñando un papel más universalista en cuanto al acceso 'de facto' a los medios sanitarios públicos de esta población.

Los factores excluyentes de tipo socio/cultural reenvían inevitablemente tanto al tratamiento de la nominación nosológica de la enfermedad, y la dotación de sentido de la misma, por parte de la cultura biomédica, como a los factores socio/estructurales, por ejemplo de tipo laboral, que atañen a los pacientes en su día a día. En este particular es interesante destacar la concepción evolucionista del discurso biomédico dominante que, como dice Kleinman (1995), apuesta por una concepción positivista de pretensiones intolerantes hacia otros modelos explicativos, con un carácter eminentemente reduccionista y biologicista donde lo psicológico, lo social y lo cultural son meros epifenómenos que ocultan la "verdadera realidad".

Desde esta óptica cualquier universo diferenciado de dicho modelo, por ejemplo los "no occidentales" o los "occidentales profanos", es tratado como un sujeto/objeto en transición susceptible de cambiar de un estadio natural, en el cual residen diversos peligros relativos a la enfermedad y, en cierto modo, a la ineficacia terapéutica, al civilizado que resolverá los problemas fruto del desconocimiento.

Uno de los mecanismos de legitimación de esta dinámica reside en que la eficacia del discurso biomédico está íntimamente ligada con la necesidad de comprender los hechos solo de una cierta manera. Es así que la pretensión de una observación primera, un punto de partida absoluto, desprovista de todo modelo interpretativo no es posible más que a través de un determinismo visible, y sostenido, en la preeminencia de un discurso médico. Este discurso, como señala Jean Clavreul (1978), es *eficaz puesto que funciona en el desconocimiento del discurso que le constituye*. De nuevo esto nos remite a la condición cultural del saber médico fundado.

En lo que se refiere a las barreras de las culturas sanitarias institucionales, que actúan de filtro selector de los pacientes con itinerarios socio/culturales diversos, podemos situar a Bélgica como portadora de una mayor variedad de experiencias que, desde la interculturalidad, tratan de buscar una mejora en la eficacia de los cuidados así como la universalidad de su acceso. Con el transcurrir del tiempo, estas prácticas se han ido consolidando, en el ámbito de la salud, también en España creciendo un incipiente interés por las mismas.

En lo que respecta al lugar de dichas prácticas estas vienen impulsadas por el medio asociativo, pero también surgen en el ámbito institucional, con una presencia diferenciada en ambos países, o de la articulación de espacios subsidiarios entre la atención privada y la pública.

El lugar que ocupan, y la manera de habitar en él, es denotativo de diversos procesos que visibilizan las fracturas, fruto de las condiciones históricas de creación y de las barreras de tipo "ideológico" de conformación de una cultura de cuidados universal y pública, relativas a las implicaciones de la apuesta estatal de asistencia sanitaria en un sistema de bienestar de carácter garantista.

La respuesta a una exclusión a los medios públicos sanitarios, o a una falta de adecuación de los mismos, es visible en la amplia emergencia de dispositivos en el medio asociativo no gubernamental. Su imbricación funcional hacia el sector público, a través de recursos como los servicios de traducción/interpretación y mediación intercultural (de ámbito municipal o regional) con sedes en el campo asociativo, suplen las carencias de las magras políticas públicas proporcionando servicios, en condiciones de escasez y a menudo con carácter de voluntariado, a diversos campos sanitarios institucionales. Un claro ejemplo de ello es, como se aborda a continuación, el relativo al desarrollo de la mediación intercultural sanitaria en España.

De esta manera, la importancia de los lugares en los que aparecen dichas prácticas es clave para entender los procesos y dinámicas en los que se insertan las modalidades de acceso. Al mismo tiempo que ofrecen una panorámica de otra serie de procesos a los que, en la metáfora de la atención especializada declinada a sectores externos a la red de cuidados pública, tiende el sistema sanitario estatal y el conjunto del estado de bienestar.

Dichas prácticas empero no deben ser vistas únicamente como una reducción subsidiaria de la descomposición, o la inacabada composición, de una atención igualitaria y universal, ya que también responden a la capacidad creadora de los sujetos en espacios fronterizos o heterogéneos a los ámbitos institucionales estatales. Aun así sin duda inevitablemente apuntan a diversas implicaciones entre otras las responsabilidades políticas de inspiración rousoniana sobre la base de las cuales se hacen los contratos sociales.

3. La apuesta por la mediación intercultural en el ámbito sanitario como práctica de inclusión y disfrute equitativo de los cuidados de salud.

El punto de partida epistemológico característico de la mediación intercultural en el ámbito sanitario es el de una problematización de lo cultural con el fin de identificar y abordar las variables que redundan en la exclusión al acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

Como resultado de esta investigación cabe mencionar que se debe profundizar en la delimitación heurística de la figura del mediador intercultural sanitario, y sus prácticas en los diversos ámbitos de la salud. De este modo lo que desde un análisis teórico de dicha figura puede plantear "per se" una serie de implicaciones en lo que se refiere a sus objetivos, medios y puntos de partida, la práctica proporciona una heteroclicidad de elementos a considerar que atraviesan campos y demarcaciones profesionales. Esta cierta distancia se manifiesta en diversos ámbitos y profesiones que comparten tareas teóricamente de carácter autónomo pero cuyas praxis son inseparables. Un ejemplo de ello es el trabajo realizado por E.Hsieh (2007) en el que se trata de la labor que realiza el intérprete, más allá de ser un portador vacío de la palabra del otro, con respecto al co/diagnóstico y la necesaria "transgresión" de roles en el desarrollo de su intervención en el ámbito sanitario.

De este modo algunas de las prácticas analizadas en esta investigación muestran como el punto de partida de lo lingüístico/cultural sirve en ocasiones para formular otra serie de cuestiones que guardan relación con una aproximación similar a, por ejemplo, la del llamado linkworker mediator o los community health workers. Enfatizando una concepción de las barreras a los cuidados sanitarios sensible a las posiciones socio/estructurales que ocupan las personas, y la percepción de los procesos salud/enfermedad/curación desde una apuesta de cuidados comunitaria. Este es el ejemplo de ciertas aproximaciones como la de la mediación intercultural en el centro de salud primaria "San Blas" de Parla (cap. VIII) y el acercamiento del medio sanitario al asociativo por medio de la pertenencia del mediador al mismo y de la articulación de ciertas demandas del paciente con asociaciones, recursos públicos, dispositivos colectivos, etc.

Una postura ecosistémica de la mediación intercultural, en la línea con el planteamiento multifactorial enunciado por Carlos Giménez (2002), permite reformular la plantilla organizativa en compartimentos estancos de la atención sanitaria actual. Así como proponer un abordaje de las barreras al acceso y disfrute de los medios sanitarios, en coherencia con una perspectiva no reduccionista, incluyendo desde los factores lingüístico/culturales hasta los jurídico/administrativos y sociales.

En este último sentido cabe destacar la diversidad de posiciones estructurales e itinerarios socio/culturales de los pacientes y como estas se encuentran confrontadas a una organización cultural de los cuidados de salud adecuada, como apunta Waitzkin (1991), a las clases medias autóctonas. Cuestiones como la movilización de capitales sociales, económicos y culturales, las ubicaciones en determinadas posiciones de la estructura socio/laboral o la capitalización de términos, códigos y representaciones médicas influyen tanto en la accesibilidad a los medios sanitarios como en la mayor o menor participación en los procesos curativos.

Con respecto a esto cabe mencionar el condicionamiento social de clase que favorece una competencia médica abordado por Boltanski (1971). Son las clases más favorecidas socio/económicamente las que interiorizan en mayor medida las categorías conceptuales del saber médico. Es así que uno de los factores explicativos de la mayor consulta a los médicos por parte de las clases favorecidas es la proximidad al origen social del médico, compartiendo su cosmovisión y códigos comunicativos.

En la práctica de la mediación intercultural sanitaria existen variables relativas a las condiciones materiales en las que se efectúa que son de un valor capital para entender algunas de sus principales implicaciones con respecto a su ubicación.

La mediación intercultural sanitaria a nivel institucional, esto es desde programas específicos de las administraciones públicas, se da principalmente en Bélgica. En este caso está enfocada fundamentalmente al ámbito hospitalario, general y psiquiátrico, teniendo como una de sus principales características la incorporación, a tiempo parcial o completo, del mediador en dicho campo.

En el caso de España no existe una política de estado en este sentido. Gran parte de las iniciativas parten principalmente de asociaciones, de actores individuales del campo

institucional (caso de Parla), y, en algunos casos desiguales, de la participación del ámbito regional o autonómico (caso del SEMSI o Castilla la Mancha).

Con la excepción de algunas prácticas como las mencionadas en el Hospital del Mar de Barcelona o en el centro de salud en Parla, en la actualidad el modelo predominante en España es el de la no adscripción del mediador intercultural al ámbito sanitario.

La diferencia sustancial radica en la limitación de las actuaciones del mediador intercultural debiendo ceñirse a intervenciones puntuales, en el caso de no pertenecer al ámbito sanitario, y acudir a la demanda. Mientras que la inserción del mediador intercultural en el mismo, como se ha visto en los casos estudiados, amplía el abanico de funciones del mediador llegando al personal del centro sanitario y al paciente en el día a día.

Esto en ocasiones es fundamental para el igualitario disfrute y acceso de personas que por cuestiones diversas como las idiomáticas o por ejemplo, como se vio en el caso de la Citadelle (pág. 204), debido a representaciones reduccionistas por parte de los profesionales de la salud se erigen muros cotidianos de acceso o se desencadenan conflictos fruto de un déficit en la comunicación. Su presencia en el centro de salud permite el desarrollo de funciones, imposibles de abordar con eficacia desde el exterior, como la sensibilización cotidiana a la atención sanitaria en la diversidad cultural, la mejora en el acceso sanitario y la prevención del conflicto por medio, entre otras cosas, de la formación diaria. A los usuarios en el funcionamiento del sistema de salud y a los profesionales de ciertas competencias prácticas socio/culturales. En este sentido, como dice H. Verrept (2008:199) la integración del mediador intercultural en el medio sanitario y la coordinación con los profesionales de salud se revela fundamental para el buen desempeño de su trabajo.

Por otro lado, a diferencia de Bélgica donde existe una política estatal que redundaba en una financiación regular de la mediación intercultural en los hospitales desde las administraciones públicas, la desigual financiación en España, con cierres de proyectos emblemáticos como el SEMSI en la Comunidad de Madrid, desencadena consecuencias diversas que se reflejan en la práctica y profesionalización de la mediación intercultural sanitaria. Frente a una creciente demanda del medio sanitario de intérpretes y mediadores culturales y una actitud de inmovilismo por parte de las administraciones públicas, se tiende a una dependencia del voluntariado y a una inestabilidad en los proyectos, vinculados en gran parte a la iniciativa

privada, que redundaría en la calidad y coordinación de las prácticas de mediación intercultural sanitaria.

En Bélgica esto sucede en algunos casos puesto que ciertas coyunturas, micropolíticas y económicas europeas, e implicaciones en las relaciones problemáticas con la cultura biomédica y organizativa de cuidados sanitarios son similares en ambos países. Sin embargo, como he podido comprobar en este particular, una consolidación de las figuras de los mediadores interculturales en el ámbito sanitario, por medio de políticas estatales, sortea algunos de los aspectos conflictivos en la práctica a los que los mediadores se confrontan. Este es el caso relativo a su bajo estatus y a su problemática profesionalización. Del mismo modo que coadyuva a la sistematización, más allá de aportaciones puntuales fruto de la caridad de los voluntarios o del buen hacer de profesionales que tratan de financiar los proyectos como pueden, de una universalidad factual en el acceso y disfrute de los medios sanitarios que comprenda a las personas, con itinerarios socio/culturales diversos, de origen extranjero.

3.1 La mediación intercultural sanitaria en la problemática de la investigación

En lo que se refiere a la ubicación de la mediación intercultural en los espacios cruzados por los hipotéticos ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico cabe mencionar que en la actualidad la praxis de la mediación intercultural sanitaria, en Bélgica y España, se halla situada fundamentalmente en este último eje.

La mediación intercultural sanitaria nace de la demanda, del ámbito médico, de creación de una figura capaz de solventar las diversas problemáticas que se dan en la atención sanitaria a la población de origen extranjero. Estas tienen que ver con las dificultades en el desarrollo del proceso diagnóstico y terapéutico, y la aparición del conflicto fruto de cuestiones relacionadas con el desencuentro comunicativo, el desconocimiento del sistema sanitario o, por ejemplo, la negociación entre representaciones relativas a la enfermedad/curación de profesional y paciente. En la búsqueda de puentes entre lenguajes y modelos interpretativos diversos, se hace necesario un ejercicio de relativización cultural con el fin de desarrollar herramientas, recursos y miradas adaptadas a tal propósito. No obstante las actuales condiciones de su metodología y práctica, y sobretudo las dinámicas, roles de poder e implicaciones

concomitantes al ejercicio de la mediación intercultural en el contexto sanitario, la sitúan fundamentalmente bajo la mirada hegemónica de la cultura biomédica y organizativa de cuidados institucional.

De esta forma hoy por hoy la mediación intercultural sanitaria no logra cuestionar la agenda biomédica, ni la cultura de formato de trabajo técnico/burocrático, desde la vehiculación en su ejercicio de propuestas, relativizadoras de etnocentrismos e igualitarias, de construcción intercultural. Es así que lejos de relativizar el discurso biomédico occidental, con el objetivo de conferir una igualdad en el valor de las diversas representaciones del proceso salud/enfermedad/curación, lo toma como referente operativo tratando de trasladar modelos interpretativos, dotaciones de sentido y vivencias singulares de la enfermedad, procedentes de variados itinerarios personales y plantillas culturales, a dicho universo hegemónico.

Cabe mencionar que en algunos casos sin embargo, como hemos visto en los casos de Titeca y Brugmann, las circunstancias permiten que la praxis de la mediación intercultural logre llevar a cabo propuestas conciliadoras de terapéuticas de distinto orden, con el fin de coadyuvar en la curación del paciente. Del mismo modo que promueve sensibilidades y traza líneas acordes a una cultura de cuidados comunitaria con una concepción no parcelaria ni reduccionista de los mismos.

Pese a tener ciertos condicionantes, como los explicados anteriormente, la mediación intercultural propicia principalmente una mejora en la comunicación que redundará en una mayor capacidad de los profesionales sanitarios para identificar y distinguir entre tipos distintos de diagnóstico, una optimización del tratamiento y su seguimiento, así como en una mayor satisfacción del paciente. A su vez la figura del mediador intercultural promueve una serie de transformaciones como es la provisión de una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural.

Se puede concluir que la medida de la creación de mediadores interculturales en el ámbito sanitario revierte positivamente en el sorteo de los condicionantes de tipo cultural, social o infraestructural que dificultan la operacionalización de términos comunes así como los diferentes procesos de intercambio de información entre el personal sanitario y el paciente.

En lo que se refiere a las implicaciones de orden político con relación al logro de la idea de justicia social recogida en las declaraciones y tratados a los que remite la problemática principal de esta investigación cabe decir que:

La mediación intercultural en el ámbito sanitario coadyuva a luchar contra la exclusión al disfrute de los medios de salud, y a un uso igualitario, de las personas de origen extranjero lo cual revierte en la materialización de valiosas aportaciones hacia la consecución de los objetivos de los artículos de la Declaración de los Derechos Universales del Hombre, la Carta Social Europea y Alma Ata relativos a dicho propósito¹.

4. Dispositivos clínicos adaptados y prácticas emergentes para una mejora del acceso y disfrute de los cuidados sanitarios: Las terapias interculturales en salud mental.

Las teorías y métodos de asistencia occidentales han venido siendo criticados desde hace años por su insensibilidad a la diversidad cultural así como por las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica frente a la aparición de pacientes que no pertenecen a la clase media y alta autóctona. Tal y como señala Gailly (2009) las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se han considerado, en salud mental, desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Del mismo modo se ha tendido a culpar al paciente pensando que carece de las habilidades y el nivel cultural, en términos evolutivos, necesarios y por tanto no estar preparado para la asistencia sanitaria occidental. La mirada hegemónica en el ámbito sanitario ha consistido, a lo largo de los años, en que los pacientes culturalmente diferentes tienen que adaptarse al sistema en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adecuados a sus trayectorias, valores y cosmogonías.

En este contexto ha operado una inflexión, con diversas intensidades y tiempos en ambos países, tratando de responder fundamentalmente a la falta de eficacia de la mirada monocultural de los modelos vigentes. Esta consiste en una progresiva apertura de las miradas terapéuticas institucionales a nuevas representaciones de la salud y la enfermedad, así como a

¹ pág. 43.

un interés por cuestiones relativas a la cultura de origen del paciente, como la familia o la religión, y las distintas prácticas terapéuticas existentes.

Su diversidad actual, como se ha expuesto en la investigación, abarca diferentes tipologías con unas implicaciones y problemáticas distintas, dependiendo del espacio que ocupan y de las modalidades de acceso sanitario que inauguran. Si su relación con la colaboración en la universalidad del acceso a los medios sanitarios cobra en esta investigación una importancia capital, es relevante para ello también elucidar sus vínculos con diversos campos, dinámicas y efectos, estructurados y estructurantes, relativos a las políticas de los cuerpos, o, como dice Foucault (1980), las microfísicas del poder.

En este sentido algunas prácticas terapéuticas interculturales, como es el caso de la etnopsiquiatría, identifican a una alteridad, la del extranjero, para tratarla de forma adaptada y específica a las características problematizadas de su mestizaje cultural y tránsito migratorio. Otras desarrollan recursos que permiten abordar dimensiones determinantes en el diagnóstico y el tratamiento de las personas con itinerarios socio/culturales diversos, como es el caso de la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* (FCCP, en el que he llamado *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, o la aproximación psicoterapéutica de EXIL). Mientras que en el *modelo antipsiquiátrico intercultural* de "L'autre lieu" es la convivencia con los valores, representaciones y cosmogonías vehiculizadas por las personas, exiliadas políticas, de origen peul la que coadyuva a la curación de aquellos, belgas o de procedencia extranjera, que sufren dolencias psíquicas.

Los tipos de prácticas y los lugares que ocupan marcan las tendencias y efectos de índole biopolítico, en la gobernabilidad o insurrección de los "cuerpos extranjeros", como también trazan líneas esclarecedoras con relación a las configuraciones de acceso y disfrute a los medios sanitarios.

Es así que la aparición de dichas prácticas interculturales parece orbitar entre las contradicciones de una concepción garantista del acceso a los medios sanitarios desde una óptica sociocéntrica y etnocéntrica que da lugar a una reubicación multicultural en compartimentos estancos. Y la idea de un universalismo equitativo y dinámico capaz de articularse sobre la heterogeneidad y la diversidad cultural transformando sus concepciones y prácticas desde el ejercicio de la interculturalidad.

Si la reaparición del orden cultural, en su visión extrema, puede tender a desplazar variables y dimensiones de gran relevancia explicativa y causal como la social y amenazar, con una forma de mirada colonial, las semejanzas por las diferencias, también puede aspirar a igualar universos con escalas de valor, poder y legitimidad desigual. Este es el caso de la biomedicina, al ser considerada como cultura, y el paciente y su dimensión biográfica y socio/cultural frente a sistemáticas reducciones monológicas organicistas.

4.1 Las terapias interculturales en los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural.

Desde posiciones metodológicas y plantillas teóricas diferentes, así como áreas de intervención diversas, las prácticas terapéuticas interculturales analizadas en esta investigación muestran un compartido interés por los procesos de construcción de la subjetividad, y por ende de la salud y la enfermedad, de su destinatarios.

Es este maridaje heurístico y práctico entre la antropología y las ciencias de la salud, y en el caso antipsiquiátrico las aproximaciones profanas, lo que las confiere un carácter no solo compatible e interdisciplinario sino también, en el espíritu diádico de la autocrítica y la aplicabilidad, capaz de exponerse a abordar los discursos que las constituyen. En este sentido, uno de los objetivos principales que ha movido la presente investigación es el deseo de reflejar las prácticas que, desde puntos de encuentro a veces problemáticos, plantean abordajes novedosos y aplicados, del orden intercultural, a las barreras de acceso y disfrute a los medios sanitarios.

De este modo los ejes, del universalismo biomédico y el relativismo cultural, de la investigación son un telescopio desde el que observar la constelación de praxis terapéuticas interculturales reunificadas aquí en tres modelos: *el modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero, el modelo etnopsiquiátrico y el antipsiquiátrico intercultural.*

Ubicadas diversamente en posiciones concretas del espacio delimitado por los ejes del relativismo cultural y el universalismo biomédico occidental no es por ello que albergan una

diferenciada escala de valor en la presente investigación. Sino más bien que desde planteamientos, espacios, metodologías y necesidades diversas los actores que articulan dichas prácticas tratan de buscar una solución a la falta de adecuación de los enfoques en salud mental predominantes. Así como diluir las barreras de disfrute igualitario y universal a los medios sanitarios (como sucede en la *Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos* (FCCP) o en la *etnopsiquiatría*), e incluir a poblaciones *outsiders*, con sintomatologías específicas, como es el caso de los sin papeles (en el SAPPPIR); los exiliados políticos e inmigrantes que han sufrido torturas y violencia de género (en EXIL). O aquellas personas que se encuentran en gran exclusión social y, como sujetos invisibilizados, sus dolencias pasan "desapercibidas" (como SMES y el ESMR).

4.1.1 La adaptación como búsqueda intercultural de mejora en la praxis terapéutica: *El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero.*

De los tres modelos operacionalizados en esta investigación el *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, mantiene, en lo que se refiere a la incorporación de herramientas metodológicas y epistémicas del orden intercultural para su práctica, una mayor connivencia con la ciencia biomédica occidental que los otros. De esta forma se abre a otras representaciones y modelos explicativos del trinomio salud/enfermedad/curación, explorando los suyos propios, y desarrolla, en algunos casos como el SAPPPIR o en el FCCP, escalas de diagnóstico o metodologías específicas. Así como a su vez negocia con las culturas profesionales diversas, como la social y la sanitaria, con el fin de adaptar los dispositivos terapéuticos, desde una óptica comunitaria, a las complejas circunstancias en las que se encuentran los destinatarios (como en SMES/Bélgica y el ESMR en Madrid).

No obstante la prevalencia de su plantilla cultural, teórica y práctica, de referencia, y el grado de incorporación de elementos interculturales en la configuración de su desarrollo, llevan a emplazar a las mismas a un lugar más próximo a los presupuestos nosológicos y explicativos de la ciencia biomédica, y las psicoterapias clínicas occidentales, que los otros dos modelos operacionalizados.

4.1.2 El modelo etnopsiquiátrico: La práctica etnopsiquiátrica, en el hospital Brugmann de Bruselas, y su apuesta intercultural por la mejora en la eficacia terapéutica.

La etnopsiquiatría (en el hospital Brugmann de Bruselas) ocupa comparativamente, desde esta tipología ideada para el análisis, un lugar intermedio entre los dos ejes de la problemática principal de la investigación.

Se ubica en el área del eje del universalismo biomédico por lo que respecta a la sistematización de ciertos elementos de su corpus cultural predominante, como es el caso del preferente uso del DSM IV, por parte del etnopsiquiatra, con relación a la clasificación de las sintomatologías y formulación de enfermedades mentales. Así también en lo relativo al lugar donde se desarrolla, una consulta en el área de psiquiatría de un hospital, y a la habitual prescripción de psicofármacos.

Por otro lado, emprende la relativización de dicho enfoque universalista, aproximándolo al de otras culturas no occidentales, al cuestionar elementos fundadores de la praxis psicoterapéutica clínica tales como el campo de privacidad en la diada terapeuta/paciente. Para ello incorpora la esfera pública a través de la construcción de un dispositivo para las consultas constituido por un grupo de terapeutas y acompañantes, y a su vez, como señala Nathan (2001 (1): 113), de círculos culturales de pertenencia y adscripción.

Otra de sus características más emblemáticas con relación a la relativización cultural de la mirada biomédica es la concerniente a los *objetos activos*. La entrada en escena del uso de los objetos incorpora elementos hasta el momento sancionados por la aproximación interpretativa y simbolista de las psicoterapias occidentales "clásicas". La importancia que en este sentido adquiere la fuerza intrínseca y pragmática de los llamados *objetos activos* es la de priorizar clínicamente los procesos de la transferencia y la contratransferencia volviéndolos manejables al mismo tiempo que sujetos de reflexión y verificación empírica. Para ello utiliza nociones que se desprenden de una acción específica de naturaleza lógica, compartidas por la mayoría de las concepciones curativas no occidentales en el mundo, como las del *medio y fuerza maná* descrito por Mauss (1966).

En este sentido esta práctica *etnopsiquiátrica* reivindica, por medio de una reinspiración en las técnicas y dispositivos de curación en este caso no occidentales, la importancia del valor heurístico pero también práctico de ciertas nociones, reformuladas, de carácter universal enunciadas por el psicoanálisis. Alejándose de los modelos reduccionistas de las aproximaciones predominantemente psicofarmacológicas y organicistas biomédicas.

4.1.3 *El modelo antipsiquiátrico intercultural de L'autre lieu. La emergencia de una práctica innovadora.*

El modelo antipsiquiátrico intercultural de "L'autre lieu", y su terapia intercultural profana, es de los tres existentes el que se sitúa, comparativamente, en mayor grado en un espacio desmarcado del universalismo biomédico occidental e influido, en esta escala de medición, por un cierto relativismo cultural.

Por un lado, esto sucede en el ejercicio de cuestionamiento y relativización del universo cultural de la psiquiatría y los postulados y prácticas dominantes a los que pertenece, no solo cuestionando la ortodoxia de la aproximación psiquiátrica sino oponiéndose radicalmente a los aspectos jerarquizantes y coercitivos de la misma. Así reniega de los elementos biomédicos organicistas tales como la focalización en la medicalización, la clasificación sintomatológica o la jerarquía y la desigualdad de poderes en la relación dicotómica: médico/paciente, profesional/profano, experto/lego. Como también de la remisión del malestar y su cura al individuo, exclusivizando su psique y organismo, frente al campo de lo social.

Por otro lado, este mismo ejercicio, en su corriente antipsiquiátrica intercultural, crea un lugar de unión, y reencuentro, entre las semejanzas de ciertas aproximaciones terapéuticas y preventivas de la enfermedad "europeas y africanas" tales como: la vida comunitaria, la integración social de los sujetos por igual, tanto los que adolecen de malestares psíquicos como los que no; la fuerza de la palabra, y el reencuentro horizontal y no jerarquizado de diferentes interpretaciones nosológicas de la enfermedad y representaciones de la salud. Por un lado las del acogido, de origen autóctono o en algunos casos extranjero, y por otro las del inquilino peul, generando una dinámica de intercambio de narraciones, producciones y reinterpretaciones de significados en la convivencia.

La originalidad de dicha práctica reside a su vez en el hecho de cruzar dos formas de exclusión, por una parte la de los exiliados políticos y por otra la de las personas con dolencias psíquicas. Apuntando a una dimensión política tanto de la psiquiatrización del malestar social (y su catalogación en trastornos psíquicos) como del exilio, los motivos del mismo, y las vulnerabilizadoras condiciones de residencia, a menudo "ilegal", de los exiliados en el país de acogida.

De este modo la creación de un lugar de convivencia entre trayectorias socio/culturales diversas propicia la emergencia de procesos de coparticipación en la vivencia, expresión y representación de la enfermedad promoviendo, de forma mediada por el universo intercultural pero (cuasi) espontánea en el tipo de intencionalidad profana, mejoras en el malestar psíquico de los acogidos. Al mismo tiempo que genera un lugar de referencia para la comunidad peul, no solo en Bélgica sino también en Europa, donde residir en condiciones dignas y poder ser asesorado en la tramitación del asilo político.

4.2 La ubicación axial de las prácticas terapéuticas y su aportación a la igualdad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios.

Las diversas configuraciones en el disfrute de la atención sanitaria y nuevas modalidades en el acceso que las terapias interculturales analizadas inauguran plantean una serie de problemáticas que, por lo que a esta investigación se refiere, se concretan en la implicación política de la hipótesis principal. Esto es en su vinculación con respecto a la participación en el cumplimiento de los artículos mencionados (pág. 43) de *La Carta Social Europea*, *Alma Ata* y *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* referentes a dicha garantía al disfrute y acceso universal a la atención sanitaria por la que cada estado debe velar.

Algunas de las terapias interculturales analizadas (SAPPIR, *etnopsiquiatría* en Brugmann y EXIL) proponen, desde la reivindicación del derecho común en las instituciones públicas o la red asociativa, prácticas novedosas dirigidas específicamente a ciertas personas de origen extracomunitario que por sus situaciones jurídico/administrativas y trayectorias socio/culturales se ven excluidas a un acceso y disfrute total o adecuado a sus demandas y dolencias.

En los otros casos (SMES/Bélgica, el ESMR en Madrid, "L'autre lieu" y la FCCP) las diversas características de sus prácticas terapéuticas no albergan un carácter especializado en la especificidad cultural, vinculada a un origen principalmente extranjero, de sus destinatarios. De tal modo que la procedencia de estos, relevante a la hora de considerar aspectos determinantes de la relación terapéutica, es una invariante para sus constructos metodológicos.

En todos los casos se concluye que la buena práctica de sus dispositivos y aproximaciones, y la prudencia frente a los peligros de la reducción culturalista de los cuerpos y subjetividades a epifenómenos patogénicos por su mestizaje cultural, su pasaje migratorio o su procedencia socio/cultural diversa, permite una mejora en el acceso, en este particular de las personas de origen extranjero, y la calidad de los medios sanitarios. Luchando proactivamente contra las barreras, de la cultura biomédica y organizativa de cuidados, excluyentes fruto de miradas monoculturales, etnocéntricas y sociocéntricas.

No obstante, hay que tener en cuenta que dichas prácticas provienen de la creatividad y esfuerzo de actores individuales, y colectivos particulares, y se sitúan en espacios institucionales, intermedios (como el SAPPPIR) o asociativos no gubernamentales. Más allá de la subsidiarización puntual para algunos de estos últimos (o de la creación ocasional de programas piloto como ESMR en Madrid), los estados belga y español, y las correspondientes regiones federales y comunidades autónomas, se desentienden de una búsqueda proactiva de adecuación de sus recursos terapéuticos a la población excluida. Así como a aquella cuyas trayectorias biográficas no tienen porque corresponder con las, aparentemente, mayoritarias en connivencia con el fondo socio/cultural de los cuidados sanitarios institucionales.

En este sentido, se concluye que las terapéuticas interculturales que apuestan por una universalidad factual de los cuidados de salud, así como por una *buena praxis* y democratización de los mismos, y que promueven una visión no parcializada ni reduccionista del proceso salud/enfermedad/curación por medio de miradas, dispositivos y sensibilidades a la atención sanitaria efectiva en la diversidad cultural, deben ser apoyadas por las administraciones públicas.

Del mismo modo que es la responsabilidad política de los estados luchar contra las condiciones de precarización que alientan unas malas prácticas, debido a factores como la

falta de tiempo (como se vio en la FCCP) y el cuasi monopolístico control de recursos capitales por parte de poderosos *lobbys*, como las empresas farmacéuticas, priorizándose diagnósticos y tratamientos basados exclusivamente en la medicalización. De esta forma, las buenas o malas prácticas no se pueden entender sin visibilizar el entramado de condiciones paradigmáticas materiales e ideológicas, manifiestas en múltiples niveles, que las conforman y autorizan.

Y si para entender las prácticas terapéuticas interculturales en la diversidad cultural debemos remitirnos a los contextos de la sociedad y cultura que las contienen y condicionan, ya que de otro modo peligraría un ejercicio de reificación de las mismas, en un mismo sentido la invención de abordajes novedosos, interculturales, democráticos y holísticos de co-construcción de la vivencia de la enfermedad y su curación, permiten y reflejan espacios y sensibilidades de emergente transformación social.

5. Hacia la mejora de la atención sanitaria en la diversidad cultural... y una pregunta

De la misma manera que la salud se deriva de factores vinculados a la posición social (Nettleton 1995, Whitehead 1992), el acceso y disfrute de los medios sanitarios está mediado, como se ha podido comprobar aquí, a su vez por posiciones estructurales y simbólicas que definen un mapa de las alteridades, del nosotros y el ellos, cartografiado en la adecuación o desviación de las normas y códigos socio/culturales dominantes.

Si el etnocentrismo es una tendencia a suponer el universo girando en torno al pueblo propio, como dice Kroeber (1948), considerando a los exogrupos cuyas conductas difieren de la del propio grupo como equivocados o incorrectos, pero que a su vez opera como un factor adaptativo individual y de integración social (Herskovitz 1969), su racionalización y presentación como base de acción en el paradigma médico/técnico conlleva una serie de tensiones, de mayor o menor visibilidad, intrínsecas a la relación entre su inmanencia y la necesidad científica/ideológica de su prevalencia en el universo sanitario.

La mayor heterogeneización de los pacientes, comprendiendo lenguas distintas y concepciones de la salud y la enfermedad también diversas, exige un esfuerzo a los profesionales de la salud que o bien no estaban acostumbrados a hacer o gestionaban como buenamente podían. Dicha presión será lo que lleve al profesional, por lo general aun más a aquel que se encuentra en especiales condiciones de escasez de tiempo y recursos, a preferir trabajar con pacientes más cercanos a su itinerario socio/cultural.

El encuentro con la persona culturalmente diferente tiene lugar en torno a dos polos, el etnocéntrico y el relativista cultural (G. Devereux. 1980). El primero plantea un punto de vista en el cual se acepta que las ideas propias son correctas y que es el "otro" el que debe adaptarse e integrarse. Esta actitud conlleva a menudo, en el contexto sanitario, una visión evolucionista que aborda a la persona de una cultura diferente en base a prejuicios y discriminaciones vinculadas, por ejemplo, a su desconocimiento de la cultura sanitaria; sus conductas diferentes, o solo comprensibles desde su demarcación como alteridad, a las hasta entonces acostumbradas; o sus representaciones diversas, y a veces no coincidentes, del proceso salud/enfermedad/curación. En este caso el encuentro mutuo, si además está mediado por barreras del tipo jurídico/administrativo (como los "sin papeles" que no acceden a la AMU o Tarjeta Sanitaria) o idiomáticas, se vuelve muy difícil cuando no casi imposible.

En el otro extremo de un relativismo cultural de largo alcance el diferencial de saberes y legitimidades, idiosincrásico a la eficacia del dispositivo terapéutico, se desactiva considerándose que todo acto o explicación es descartable por pertenecer a racionalidades y plantillas culturales distintas.

Algunos ejemplos de miradas y abordajes capaces de ofrecer puntos intermedios operativos, y heterodoxos, son los casos analizados en esta investigación. Como conclusión, creo que, a la luz de los valiosos aportes heurísticos y pragmáticos ofrecidos por los actores de dichas prácticas, es necesaria una consideración ecosistémica de los procesos salud/enfermedad/curación que comprenda, en la línea de un arte médico (Comelles 2004:19), una mirada sensible a los itinerarios y especificidades biográficas/étnicas/culturales/sociales y políticas de los pacientes.

En este sentido cabe recalcar la última de las dimensiones, la política, recordando por ejemplo a las personas exiliadas que han sido víctimas de la violencia organizada (en EXIL); a aquellas en situación irregular que frente a una situación de imposible adaptación sufren sintomatologías que derivan, por el alargamiento de su situación y la falta de recursos preventivos sanitarios, a menudo en psicopatologías de difícil curación (como en el SAPPPIR); o a los exiliados políticos peul que en la convivencia intercambian valores, representaciones y co-producciones del saber con aquellas personas, aisladas y vulnerables a una violencia institucional y social, que sufren dolencias psíquicas (en la aproximación antipsiquiátrica intercultural de *L'autre Lieu*).

Es con relación a la mirada predominante de esta investigación, una antropología política de la salud, que se hace necesaria una elucidación aplicada, y no solo demoledora en su crítica, de las variables y procesos materiales, culturales y políticos que componen los espacios, las prácticas, sus cuerpos teórico/ideológicos, como también las formaciones y ritos de pasaje de los profesionales de la salud. La relevancia que cobra su dimensión política no puede ser constreñida a un análisis de las constelaciones de discursos, representaciones e interpretaciones locales sin considerar los macrocontextos globales y las lógicas estructurales que los condicionan y posibilitan.

Para mí resulta problemático proponer una serie de "recetas" autónomas y bienintencionadas, cuando las dinámicas político/económicas dominantes de corte neoliberal en Europa repercuten seriamente en una precarización de la atención sanitaria pública. Mientras promueven, haciendo de la necesidad virtud, la privatización de los espacios de derecho común de atención, y la vuelta a la caridad para paliar las desigualdades sociales en el acceso y disfrute a los medios sanitarios. Suscribo lo señalado por López Piñero (2005):

"Las gravísimas deficiencias que hoy tiene nuestra asistencia médica pública son esgrimidas contra la colectivización por los que siguen oponiéndose a ella. A los argumentos tradicionales frente a la misma se han sumado los procedentes de quienes predicán el final próximo de la llamada sociedad del bienestar, basándose en las insuperables dificultades económicas que va a implicar el mantenimiento de los sistemas de seguridad social. En este contexto se está efectuando un gran lanzamiento publicitario de los seguros privados, como si se tratará de una novedad y no de una vieja fórmula de explotación comercial de significación inequívoca. Resulta chocante el uso de una retórica de carácter ético por parte de los que se empeñan en seguir desconociendo la decisiva conquista moral que es el derecho de cualquier ciudadano a ser asistido en caso de enfermedad". (José María López Piñero, 2005: 184)

Del mismo modo que, en mi opinión, no se debe reducir a una especie de *Deus ex machina*, aunque sí en buena parte explicar, la emergencia de transformaciones en las sensibilidades y prácticas socio/sanitarias a una cuestión de determinismo material o cultural. La apertura de espacios, los puntos de fuga, los puentes de encuentro y las miradas reivindicativas de una heterogeneidad en la organización y concepción de formas de hacer, de vivir diversamente aquello que sobre los cuerpos se manifiesta y de sentir y representar los fenómenos singulares que estos vehiculan... son desde la interculturalidad una muestra constructiva de dicha emergencia y dinamismo.

Ahora bien ¿hasta qué punto estos procesos y prácticas terapéuticas son coyunturales, funcionalmente indicadores de un fatídico reverso relativo a la desmantelación de los estados de bienestar, o articuladores de propuestas, saberes y sensibilidades capaces de revitalizar el tejido del derecho común?.

6. Algunas propuestas finales

Fruto de la presente investigación, de las prácticas y sensibilidades de los actores en ella recogidas y de los colectivos y particulares que trabajan, desde diversos ámbitos, en esta temática señalo, a continuación, algunas propuestas de interés¹ en la mejora del acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, pero también de aquellas autóctonas con trayectorias socio/culturales diversas.

· En el nivel estatal y legislativo:

a/ La modificación del Decreto Real de 1996 vigente, en Bélgica, planteando otras modalidades de acceso preventivo y curativo factibles para aquellas personas en situación irregular. Así como la reestructuración de los Centros Públicos de Asistencia Social reunificando, y adaptando, sus criterios y dotándoles de recursos con el fin de que puedan cumplir la función para la que han sido creados. En este caso la facilitación del reembolso de

¹ Para los profesionales del ámbito de la salud, así como del legislativo/administrativo, asociativo y académico.

la consulta al facultativo que ha atendido, en el cuadro de la Ayuda Médica Urgente, a una persona en situación irregular.

b/ La flexibilización del criterio de empadronamiento para la obtención de la Tarjeta Sanitaria en España, con el objetivo de que aquellas personas que no puedan inscribirse dispongan de la misma.

c/ El perfeccionamiento, por medio de las herramientas jurídico/legislativas, del marco de protección de los derechos del paciente, en ambos países, incluyendo cuestiones como el respeto y defensa de la diversidad lingüística y cultural.

d/ La implementación de una política de estado en España que de respuesta, a través de un programa/s y financiación, a las demandas por parte de los profesionales de la salud de mediadores interculturales y traductores en los ámbitos sanitarios públicos.

e/ La apuesta política, en ambos países, por un sistema de cuidados de salud público, universal y de calidad, comprometido con la lucha contra las tendencias a crear recursos "bajo mínimos" y de múltiples velocidades, privatizados o semiprivatizados, fomentadores de barreras de exclusión, y/o de propuestas altruistas compensatorias de tipo caritativo, al acceso a los medios sanitarios por motivos económicos, sociales o culturales.

f/ El compromiso con la financiación, por parte de las administraciones públicas belgas y españolas, de proyectos de atención sanitaria (sensibles a la diversidad socio/cultural) universalistas e incluyentes, con un carácter de integración a la red normalizada de cuidados y no de sustitución, que surgen en el medio asociativo.

g/ La implicación estatal en el apoyo, por medio de la dotación de recursos de I+D, de investigaciones médico/socio/culturales que permitan compensar las visiones marcadamente reduccionistas de los lobbys de la salud, dibujando líneas para una concepción del proceso salud/enfermedad/curación más holística y una práctica terapéutica más efectiva que la existente.

h/ La apuesta por la interculturalidad como modelo de facto en las prácticas cotidianas de cuidados sanitarios desde una política de estado migratoria y de salud. Una política de estado

que incentive normativamente el paso de una concepción de la multiculturalidad en compartimentos estancos a una política de la interculturalidad. Realizándose una transición desde una sensibilidad, y cultura de cuidados, en la que la alteridad, el paciente de origen extranjero, es llamada a asimilarse para tratar de ser curado. A una interculturalidad del reconocimiento de las identidades socio/culturales dinámicas de profesionales y pacientes. Que enfatice, por medio de propuestas político/normativas y recursos para su viabilidad, en la sensibilidad a los procesos y productos de las síntesis e intercambios culturales en el arte de la convivencia entre itinerarios vitales diversos. Ofreciendo marcos de reconocimiento e impulsión a saberes y prácticas de cuidados sanitarios que, desde una concepción intercultural, aumentan la accesibilidad a los cuidados y la eficacia del proceso terapéutico.

- En la práctica de cuidados de salud

- Identificar las barreras excluyentes a los cuidados sanitarios, explorando sus multifactoriales configuraciones y lógicas de reproducción, así como las diversas estrategias de inclusión y acceso.

- Promover la democratización de la relación personal sanitario/paciente y la co-construcción de saberes relativos a las vivencias de la enfermedad y a los procesos salud/enfermedad/curación desde las intersubjetividades.

- Sensibilizar a los profesionales de la salud, por medio de figuras como los mediadores interculturales u otras, a la atención sanitaria en la diversidad cultural y formarles en competencias socio/culturales, en la línea de las identidades culturales dinámicas de Apaddurai (2001), con dos objetivos: Mejorar la efectividad en su función y luchar contra las nociones, que cohabitan con los prejuicios, de tipo "general" fruto del desconocimiento y/o la presión adaptativa.

- Utilizar la mirada cultural, e intercultural, para practicar una "buena psiquiatría" desde una concepción de la relación entre los diversos itinerarios socio/culturales y biográficos de paciente y profesional horizontal e igualitaria. Que sea capaz de indagar, articulada a los procesos de construcción de las subjetividades, en la distinción entre los factores etiológicos de la enfermedad de tipo social, psicológico, cultural y orgánico. Pudiendo incluir, la adopción de esta mirada, la creación de recursos y la transformación de configuraciones y

usos de espacios para un abordaje efectivo, y compartido con el paciente, del proceso diagnóstico y curativo.

- En el panorama académico de la antropología médica actual.

Desde la mirada construccionista, al mismo tiempo crítica y de carácter aplicado, que he mantenido en la presente tesis, me gustaría reivindicar un acercamiento de la antropología, en este caso médica, a una orientación pública y pluridisciplinar:

- Propongo que el ámbito y profesionales académicos posibiliten el maridaje de los potenciales teóricos y prácticos de la antropología con el fin de promover actuaciones, junto con otras disciplinas y saberes expertos y profanos, de carácter crítico y comprometido.

- Así como impulsen acercamientos de tipo pluridisciplinar (e interdisciplinar) que reviertan en intercambios e investigaciones en común, en la búsqueda de respuestas a demandas socio/sanitarias y políticas como, en este caso, la mejora en el acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero.

BIBLIOGRAFÍA:

Achotegui, J.

(2000) "Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial". En "Medicina y cultura" Perdiguero E. y Comelles J.M. (comp.). Pág. 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona.

Achotegui, J.

(2004) "Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)" , versión ampliada y actualizada del artículo publicado en la Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. Volumen V, n.º 21. pág. 39-53.

Ackernecht E.H.

(1986) "La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)" P. Payot.

Adam, P. y Herzlich, C.

(1994) "Sociologie de la maladie et de la médecine", Paris, Nathan-Université.

Agamben, G.

(1997) " Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue" Paris, Seuil.

Álvaro, J. L. y Paez, D.

(1996) " Psicología social de la salud mental". En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (comps.). " Psicología social: aplicaciones". McGraw-Hill. P. 385-393.

Angelelli, C. V.

(2004). " Medical interpreting and cross-cultural communication". Cambridge, UK. Cambridge University Press.

Annandale, E.

(1998) "The sociology of health and medicine" Cambridge Polity Press.

Apaddurai, A.

(2001) "Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation", Paris: Payot.

Antonova, D. Bouzinab, M. y Musette V.

(2006) "Rapport d'activite Service de Médiation Interculturelle du CHU Brugmann Anne 2006". Bruxelles Laique. (www.bxllaique.be/docs/rsc/M%E9diation_Interculturelle_Rapport_2006.pdf -)

Arrizabalaga J. y co.

(1998) "La salud en la historia de Europa". Edicions Universitat Barcelona.

Auge, M.

(1994) "Ordre biologique, ordre sociale; la maladie, forme élémentaire de l'événement". En "Le sens du mal". Ed. Ordres Sociaux.

- Baró, M.
(1990) "Psicología social de la guerra: Trauma y terapia" Ed. Uca, El Salvador.
- Barton, R.
(1974) "La neurosis institucional". Madrid, Paz Montalvo.
- Barudy, J.
(1992) "Migración política, migración económica: una lectura sistemática del proceso de integración de las familias inmigrantes" en Sante mentale au Quebec, XVIII, n.º 2, pág. 47-70.
- Basaglia, F.
(1968) "La institución negada", editorial Barral. 1972.
- Basaglia y ots.
(1975) "Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial". (Edición de R. García) Barcelona, Barral.
- Bastide, R.
(1986) "Sociología de las enfermedades mentales", editorial S. XXI.
- Bateson, G. y Mead, M.
(1942) "Balinese Character" Ed. New York Academy of Sciences, (1985).
- Becker, H. " Becoming a marihuana user", American Journal of Sociology, 59. P. 41-58.
- Becker, H.
(1963) "Outsiders" Free Press Of Glencoe. (1983)
- Bibeau, G.
(1997) "Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda" Transcultural Psychiatry , n.º 1, p. 9- 41.
- Boltanski, L.
(1971) "Les usages sociaux du corps" Annales, économies, sociétés, civilisations, p. 205-231.
- Bourdieu, P.
(1993) "Comprendre" en " La misère du monde" Ed. Seuil.
- Bulent K. y Kamm M.
(2005) "Les employes migrants dans le domaine de la sante et leurs ressources potentielles: une recherche/action". Swiss Forum for migration and population studies, Rapport de recherche décembre 2005.
- Caballero, L.
(1999) "Psiquiatría cultural y globalización". Psiquiatría Cultural para clínicos. N.º 2.
- Caballero, L.
(2005) "Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-tr en la clínica". Monografías de psiquiatría, Vol. XVII, n.º 4.

Campos, J.G.

(2005) "Mediación intercultural y traducción interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a la población inmigrante de origen magrebí". Jornades de foment de la Investigació, Universitat Jaume I.

Canguilhem, G.

(1971) "Lo normal y lo patológico". Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. (1984)

Caramés García, M.

(2008) " Gestionando la diversidad en el ámbito sanitario", en "La diversidad frente al espejo" Gerardo F. Juárez, Abya Yala. P. 271-278.

Castel, R.

(1975) "Para una crítica de la institución psiquiátrica". En Basaglia y o.s. (Edición de R. García). "Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial". Barcelona, Barral, 1975. Págs. 99-154.

Castel, R.

(1976) "L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme". Paris, Editions de Minuit.

Clavreul, J.

(1978) "L'ordre medical". Seuil.

Collomb, H.

(1965) "Assistance psychiatrique en Afrique. Expérience Sénégalaise". Psychopathologie africaine. Vol. 1, n°.1. P. 11-84.

Collomb, H.

(1979) "De l'éthnopsychiatrie à la psychiatrie sociale" Revue Canadienne de Psychiatrie 24. P. 459-469.

Comelles, J.

(2004) "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el S XXI". En Salud e Interculturalidad en América Latina. (Gerardo Fernández Juárez, coord.), Ediciones Abya Yala. P. 17-30.

Crenn, Ch.

(2000) "Une consultation pour les migrants à l'hôpital" L'homme, n°. 1225, mai-juin 2000. P. 39-45.

Curtin, P.

(1985) "Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa, The American Historical Review", 90 (3). P. 594-613.

Cyrulnik, B.

(2003) "Los patitos feos". Ed.Gedisa.

Davis, M.

(2006) "Les petits sorcières de Kinshasa » Le monde diplomatique. Septembre 2006.

Deleuze, G. y Guattari, F.

(1998) *"El Anti-edipo"*, "Capitalismo y Esquizofrenia", Barcelona, Paidós.

De Martino, E.

(1999) "La tierra del remordimiento" Ed. Bellaterra

De Noronha, M.

(2005) "La aproximación de la psicología a la etnología: producto e historia", Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán , enero 2005. P. 15-22.

Devereux, G.

(1951) "Psychothérapie d'un Indien des Plaines", Fayard, 1998(2).

Devereux, G.

(1955) "A study of abortion in primitives societies", International Universities, 1976.

Devereux, G.

(1961) "Mohave ethnopsychiatry and Suicide" Scholarly P.

Devereux, G.

(1977) "Essais d'ethnopsychiatrie générale". Gallimard.

Devereux, G.

(1980) "De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement", Paris, Flammarion.

Devereux, G.

(1998) "Ethnopsychanalyse complémentariste". Flammarion. Paris.

Dia, Al Houssein.

(2008) "La psychiatrie au pays des marabouts" L'Harmattan.

Doi, Takeo

(1988) "Anatomy of dependence" Kodansha América.

Domic, Z.

(2004) "Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises". Congreso Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.

Doumont, D.

(2000) "L'exclusion de la santé: Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils?" UCL-RESO Unité d'Education pour la Santé.

Dubois, V.

"Les Peuls et l'accueil : Une démarche de solidarité transculturelle". Les cahiers de prospective jeunesse, 3ème trimestre. 2005

Dujardin, B.

(2003) «Politiques de santé et attentes des patients» Ed. Karthala.

- Duriez, M. Lequet Slama, D.
(1998) «Les systèmes de santé en Europe ». Ed. Presses Universitaires de France.
- Erlanson, D.A. y cols:
(1993) "Doing naturalistic inquiry" Ed. Sage.
- Esping-Andersen, G.
(1990) "The Three Worlds of Welfare Capitalism". Cambridge Polity Press.
- Fanon, F.
(1963) "Los condenados de la tierra" Fondo de Cultura Económica, México,
- Fassin, D.
(1999) " La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance". Joubert, M. eds. "Précarisation, risque et santé". Inserm.
- Fassin, D.
(2000) "Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises". Paris, Karthala.
- Fassin, D.
(1) 2000) "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes" L'homme. n° 153, p. 231-250.
- Fassin, D.
(2) 2000) " Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. " Boligny.
- Fassin, D.
(2001) " The biopolitics of otherness. Undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate". Anthropology today. Vol 17, n° 1. P. 3-7.
- Fassin, D.
(2005) " Faire de la santé publique." Rennes, Édition ENSP.
- Festinger, L.
(1957) "A theory of cognitive dissonance". Standford University Press,
- Fossi, A.
(2004) "Hopital Citadelle. Rapport d'activités de l'année 2004" Cahier Labiso n.° 65. (www.Labiso.be)
- Foucault, M.
(1961) "Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique" Paris, Plon.
- Foucault, M.
(1963) "Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical", Paris. Presses universitaires de France.

- Foucault, M.
(1976) "Histoire de la folie à l'âge classique " Gallimard.
- Foucault, M.
(1980) "Microfísica del poder" La piqueta.
- Foucault, M.
(1992) "Genealogía del racismo" Ed. Altamira.
- Foster, G.M.
(1976) "Disease Etiologies in Non Western Medical Systems", American Anthropologist, nº. 78, 4, december, pág 773-782.
- Frenkel S. y Western, J.
(1988) "Pretext or Prophylaxis? Racial Segregation and Malarial Mosquitoes in British Tropical Colony: Sierra Leona". Annals of the Association of American Geographers, V. 78, nº 2.
- Freud, S.
(1914) "Tótem y Tabú" Alianza Editorial. 2000
- Frizzera, A.
(2008) "La trayectoria residencial de la inmigración en Madrid y Barcelona" ACE nº 8, oct.
- Fromm, E.
(1971) "Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana", Fondo de Cultura Económica, México.
- Fromm, E.
(2003) "El miedo a la libertad" Paidós.
- Gailly, A.
(1991) "Symbolique de la plainte en la culture". Le Cahiers du Germ. II, nº. 17, páginas 4-19.
- Gailly, A. Gimenez, C. y Guest B. (eds.)
(2001) "Social linkworking and intercultural mediation in europe". PfMI.
- Gailly, A.
(2009) "La atención sensible a la cultura", documento en trámite de publicación.
- García González J. Espino Granado A. y Lara Palma L.
(1998) "La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental", Ediciones Díaz de Santos.
- Geertz, C.
(1973) "La interpretación de las culturas". Gedisa Editorial. Barcelona 2001.
- Giménez, C.
(1997) " La naturaleza de la mediación", Revista Migraciones, nº. 2, pág 125-160.

Giménez, C.

(2002) "Planteamiento multifactorial para la intervención y mediación en contextos multiculturales: una propuesta metodológica de superación del culturalismo" en García Castaño y C. Muriel Eds. " La inmigración en España, contextos y alternativas" Laboratorio de Estudios Interculturales.

Glasser, B. y Strauss, A.

(1967) "The discovery of Grounded Theory". Ed. Aldine.

Goffman, E.

(1970) "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Buenos Aires, Amorrortu.

Goffman, E.

(1998) "La presentación de la persona en la vida cotidiana" Ed. Amorrortu.

González López Valcárcel, B.

(2004) "La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social: Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas ". Gaceta sanitaria, nº.18 (Supl. 1).

Good, B. y Good, Marie Jo Delvecchio

(1994) "Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective". Cambridge University Press.

Guasch, O.

(1996) « Observación participante ». Cuadernos metodológicos.

Habermas, J.

(1982) "Conocimiento e interés". Ed. Taurus.

Hall, E.

(1976) "Beyond culture" Ed. Anchor Press.

Hall, E.

(1990) "The hidden dimension". Anchor books.

Hammersley y Atkinson

(1983) "Ethnography: Principles in Practice" Ed. Tavistok.

Hammersley y Atkinson

(1994) "Etnografía, métodos de investigación" Ed Paidós,

Hannerz, Ulf.

(1993) "Cultural complexity: Studies in the social organization of meaning" Columbia University Press.

Herzlich, C.

(1994) "Médecine moderne en quête de sens: La maladie signifiant social" en " Le sens du mal". Auge, M. y Herzlich, C. Ed . Ordres Sociaux. P.189-216.

Hernaez, A. M.

(2000) "Anatomía de una ilusión, el DSM IV y la biologización de la cultura" en Medicina y Cultura. Comelles y Perdiguero, ed. Bellaterra.

Hernandez, E.

(2008) "Diferentes perspectivas sobre el estudio de la familia en el norte urbano de Marruecos", CEIC, UNED.

Herskovitz, M.J.

(1969) "El hombre y sus obras" Fondo de Cultura Económica.

Hollifield, J. y Brettell, C.

(2000) " Migration theory: talking across the disciplines" Ed. Rutledge.

Hsieh, E.

(2007) "Interpreters as co-diagnostician: Overlapping roles and services between providers and interpreters" Social Science and Medicine 64. Págs. 924-937.

Huffschmitt, L.

(1992) "Kraepelin à Java". Synapse, n°. 86, pág. 69-75.

Iniesta, C. Ana Sancho y co.

(2008) "Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación en el hospital del mar de Barcelona". Medicina Clínica, n° 130, pág. 472-475.

Jaffre, Y.

(1996) "l'interprétation sauvage". Enquête, interpreter, surinterpreter, n° 3. P. 177-190.

Jaffre, Y. y Olivier de Sardan

(1999) "La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest ". Presses Universitaires de France - PUF.

Jahoda, M.

(1958) "Current concepts of positive mental health". Ayer Publishing, 1979.

Jamin, J.

(2003) "Migrants and ethnic minorities in Belgium" Centre d'études de l'ethnicité et des migrations - CEDEM.

Jordan, B.

(1993) "Birth in four cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States". Ed. Waveland Press.

Karsz, S.

(2004) "La exclusión concepto falso, problema verdadero" en "La exclusión : bordeando sus fronteras. Definiciones y matices" Ed. Gedisa.

Kaufert y Koolage

(1984) "Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters". Social Science and Medicine, V.18, pág. 283-286

- Klein, M.
(1955) "The Psycho-Analytic Play Technique: its History and Significance" Basic Books.
- Kleinman, A.
(1980) "Patients and Healers in the Context of Culture" Ed. University of California Press.
- Kleinman, A.
(1988) "The illness narratives. Sufering and Healing and the Human Condition" Basic Books.
- Kleinman, A.
(1995) "Writing at the marging. Discourse between Anthropology and Medicine", Berkley. University of California Press.
- Kroeber, A. L.
(1948) "Anthropology" Ed. Harcourt Brace.
- Kymlicka, W.
(1995) "The impact of Multiculturalism on the Integration of Immigrants Groups", Accommodating Ethnic Diversity in Canada. Canadian Heritage. Ottawa.
- Kymlicka, W.
(1996) "Ciudadania multicultural, una teoría liberal de los derechos de las minorías". Ed. Paidós.
- Laghrich, S.
(2006) "Mediación Intercultural en Valencia". Sociedad -, Revista Electrónica de Estudios Filológicos 04/12/2006.
- Lamas, S.
(2002) «A propósito de la era antidepresiva de David Healy, de la historia de la Psicofarmacología y de la industria farmacéutica», SISO-SAUDE, Boletín de Asociación Galega de Saude Mental, H.^a 36, p. 69-106.
- Laplantine, F.
(1973) "L'Ethnopsychiatrie", Éditions Universitaires, coll. Psychothèque, n° 19, Paris.
- Laplantine, F.
(1999) "Antropología de la enfermedad". Ediciones del sol.
- Latifa, S.
(1996) "Malades ici, venus d'ailleurs. Peut-on les comprendre?" Liège, Résonances édition, P. 3-45.
- Latifa, S.
(2001) "La médiation interculturelle dans les hopitaux ou comment retablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant, Cairn, n° 3. (www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm)
- Le Breton, D.
(1995) "Introduction à une reflexion commune sur l'interculturel". Migrations Sante, 85.

- Leman, J. y Gailly, A. (eds.)
(1992) "Les thérapies interculturelles. L'interaction soignant/soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire". Boeck Université. L'Homme, l'étranger.
- Lemelson R y Suryani L. K.
(2007) " The spirits, Ngeb, and the social supression of memory: a compex clinical case from Bali", Culture, Medicine and Psychiatry, Vol 31, nº 2 (incluido en anexo)
- Levinson, D. y Gallagher E.
(1971) "Sociología del enfermo mental". Buenos Aires, Amorrortu.
- Levi-Strauss C.
(1966) "Introducción de Levi-Strauss a la obra de Mauss", Mauss, M." Sociología y Antropología". Tecnos, Madrid.
- Littlewood, R. y Lipsedge, M.
(1997) " Aliens and alienists: ethnics minorities and psychiatry". Routledge.
- López Piñero, Jose María
(2005) " Historia de la medicina". Historia 16.
- López R, Laviana, M. y García-Cubillana, P.
(2006) "Los hospitales psiquiátricos en las reformas. Notas para orientar una investigación necesaria " en "Dos Decadas tras la reforma psiquiátrica". AEN, Pág. 239-273.
- López Sala, Ana María
(2005) "Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria". Ed. Anthropos.
- Lorenzo, M.
(2008) "Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población migrante" en " La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio" Gerardo F. Juárez, ed. Abya Yala. Quito. P. 305-320.
- Malgesini, G. y Giménez, C.
(2000) "Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad." Ed. Catarata.
- Malinowski, B.
(1953) " Argonauts of the Western Pacific" Ed. Routledge (1922)
- Malinowski, B.
(1982) "Estudios de Psicología Primitiva". Barcelona: Paidós.
- Malinowski, B.
(2001) (primera edición 1927) "Sex & Repression in Savage Society" Routledged.
- Marcuse, H.
(1981) "Eros y civilizacion", ed. Ariel.

- Martin, S.
(2002) "La médiation interculturelle à l'hôpital Erasme. Etude de cas", ULB.
- Martínez Veiga U.
(2007) "Historia de la Antropología , Praxis y Lugares de Estudio". UNED.
- Marxen, E.
(2003) "The benefits of Art Therapy in the immigrant field". Migra-salut-mental SAPPPIR-GASIR. (<http://www.fhspercclaver.org/migra%2Dsalut%2Dmental/>)
- Mauss M. y Hubert H.
(1966) "Esquisse d'une théorie générale de la magie" (1902) , en Mauss "Sociologie et Anthropologie".
- Moisseeff, M.
(1997) 'Subversive science, subversive practice'. Transcultural Psychiatry.
- More, I.
(2007) 'La vida en la frontera'. Ed. Marcial Pons.
- Moreno, Alonso
(2006) "Prevalencia de infección tuberculosa en las personas inmigrantes del área de salud de Toledo". Rev. Esp. Salud Pública, Madrid, v. 78, nº 5.
- Moreno, L. y Sarasa, S.
(1993) "Génesis y desarrollo del Estado del Bienestar en España". Revista internacional de Sociología nº 6, p. 27-69.
- Moreno Fuentes, L.
(2007) "Europa social, bienestar en España y la malla de seguridad". Publicado en Espina Álvaro (coord.), "Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea", p. 445-511. Madrid: Fundación Carolina/Siglo XIX.
- Moreno Fuentes, L.
(2007) "Inmigración y estado de bienestar en España". Política y Sociedad, vol 44, nº 2.
- Morniche, P.
(1993) "Les disparités de recours aux soins". Economie et Statistique, vol. 5, nº 45.
- Moro, Marie Rose.
(1998) "Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents". Ed. Dunot.
- Moro, Marie Rose.
(1998(2)) "Quelques définitions en ethnopsychiatrie" Federation française de psychiatrie, nº 17, p. 6-7.
- Moro, Marie Rose
(2002) "Enfants d'ici venus d'ailleurs, naitre et grandir en France . Paris. Ed. La découverte.

- Nathan, T.
(1998) "George Devereux et l'ethnopsychiatrie clinique" Nouvelle Revue d'Etnopsychiatrie, n°. 35-36. P. 7-18.
- Nathan, T.
(1998 (2)) " Ethnopsychiatrie : actualité, spécificité, définitions" Le carnet Psy 33, fevrier 1998.
- Nathan, T.
(2000) "Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie". Geneses, n.º 38. P. 136-159.
- Nathan, T.
(2001) "Fonctions de la chose et de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques". Etnopsy, Les mondes contemporains de la guérison. Les empêcheurs de penser en rond. Primera edición 1994.
- Nathan, T.
(2001(1)) " L'influence qui guérit" Odile Jacob.
- Nathan, T. y Stengers I.
(2004) "Médecins et sorciers" Les empêcheurs de penser en rond.
- Nettleton, S.
(1995) "The sociology of health and illness", London Polity Press.
- Niels, B.
(1999) "Causality and Complementarity", primera edición, 1937. Ox Bow Press.
- Nierkens, V. Krumeich y cols.
(2002) "The future of the intercultural mediation in Belgium". Patient Education and Counseling, n° 46, p. 253-259, abril 2002.
- Oneil, J.D.
(1989) "The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: a canadian Inuit study". Medical Anthropology Quarterly; pág. 325-344.
- Orsini, K.
(2004) "La défédéralisation des soins de santé: existe-il un consensus dans les revendications flamandes?". Entreprise sociale et volontariat. Tomo XLIII. Pág. 115-127.
- Pazos, A.
(2002) "Cuerpos que migran. Notas de antropología política de la salud" en Retóricas Sem Fronteira. Il Encontro de Antropólogos Ibericos. Evora, Septiembre 18/21/2002
- Pazos, A.
(2006) "Cuerpos, sujetos, sociedad. Los límites de la cultura" en Muñoz González, Beatriz y López García, Julián (coords.)," Cuerpo y medicina. Textos y contextos culturales", Ed. Cicon, Cáceres.

- Perdiguero, E.
(2006) "Una reflexión sobre el pluralismo médico". En "Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural". Abya-Yala.
- Pérez, M.
(2008) "Mediación sociosanitaria". En " La diversidad frente al espejo" Gerardo F. Juárez (Coord). Abya-Yala. 277-288.
- Pérez Sales, P.
(2001) "El narcisismo que nos a/cosa, reflexiones sobre un Culture Bound Trait", en Originales y Revisiones, nº. 35.
- Pierret, J.
(1994) "Les significations sociales de la santé", en " Les sens du mal" M. Augé et Claudine Herzlich. Collection des ordres sociaux. P. 217-256.
- Portes, A.
(1995) " The economic sociology of immigration" Ed. Rusell sage fundation. New york.
- Poveda, J.M.
(1997) "Chamanismo. El arte natural de curar". Ed. Temas de hoy.
- Pregno, G.
(1995) "De la violence politique á la violence familiale", Fondation Kannerschlass Suessem.
- Py y Jeanneret
(1989) "Minorisation linguistique et interaction", Genève.
- Raga Gimeno, F.
(2006) "Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario" Grupo Crit, Volumen monográfico, p. 217-219.
- Rassinfosse, C.
(2005) " La médiation interculturelle en milieu hospitalier", Ed. Echos, decembre.
- Rechtman, R.
(1995) "De l'éthnopsychiatrie á la a-psychiatrie culturelle" L'évolution psychiatrique, V. 60, nº 3, p. 637-649.
- Rechtman, R.
(1999) "Y a t-il un abord ethnopsychiatrique du desir?" L'évolution psychiatrique, nº 64, p.64-78.
- Rechtman, R.
(2000) "De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries" Hommes et migrations, nº. 1225, pag 46/61.
- Regidor, E.
(2008) "Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española", Fundación de Ciencias de la Salud.

Reich, W.

'La irrupción de la moral sexual' (1932), Buenos Aires. Editorial Homo Sapiens. 1973.

Rezkallah N. y A. Epelboin.

(1994) "Anthropo-épidémiologie du saturnisme en région parisienne : représentations et comportements de familles soninké vis-a-vis du *saturnisme*", Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé. Anthropologie, santé, maladie: autour d'études de cas.

Riu, E.

(2004) "Puentes de comunicación", El País, 09/05/2004.

Roheim, G.

(1982) "Magia y esquizofrenia", Barcelona. Paidós Ibérica.

Roosens, E.

(1989) "Creating ethnicity. The process of ethnogenesis". London. Sage Publications.

Rosenfeldt, M. y Hodaibi, S.

(2006) "La médiation interculturelle dans les hôpitaux". Centre Populaire d'éducation Andre Genot.

Rosenhan, D.L.

(1973). "On being sane in insane places". Science, nº 179, pág. 250-258.

Saez, C.

(2006) "¿Que le pasa qué?, los hospitales recurren a los mediadores para entender a los pacientes extranjeros" La vanguardia 1/10/2006.

Saillant F. y Genest S.

(2005) "Donner un genre á la anthropologie médicale". en "Anthropologie Médicale: ancrages locaux, défis globaux" Francine Saillant, Serge Genest. Presses Université Laval.P. 357-382.

Sales Salvador, D.

(2006) "Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la región valenciana y la comunidad de Murcia", Revista española de lingüística aplicada Vol. 1, págs. 85-110.

Sapir, E.

(1927), "L'influence des modèles inconscients sur le comportement social" Anthropologie, París, Minuit 1967.

Saura Sucar, M.

(2001) "La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros". Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. Nº 94, 1 de agosto 2001.

Sayad, A.

(1999) " La double absence". Paris. Ed. Seuil.

Scheff, T.

(1973) "El rol de enfermo mental". Buenos Aires, Amorrortu.

Serrano, J.M.

(2008) "El derecho a la salud y a la seguridad social de los inmigrantes" en " La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio" Universidad de Castilla la Mancha, (Gerardo F. Juárez ed.), Abya-Yala. P. 227-238.

Simmel, G.

(1986) "Sociología. Estudios sobre las formas de la socialización" Editorial Alianza Universidad.

Simmel, G.

(1908) "Les pauvres" Paris, PUF, (1998).

N. Sindzingre

(1994) "La nécessité du sens: l'explication de l'infortune chez les Senoufo" en "Les sens du mal" M. Auge et C. Herzlich. Collection des ordres sociaux. P. 93-122.

Singer, M.

(1991) "The semiotics of cities, selves and cultures" Mouton de Gruyter.

Skrabanek P. y McCormick J.

(1992) « Idées folles, idées fausses en médecine », Paris: Ediciones Odile Jacob.

Stengers I.

(2001) "Signal fort". En "Á la lumière des sans-papiers". Antoine Pickels. Editions complexe.

Sue, Ivey y Pederson

(1996) "A theory of multicultural counseling and therapy". Ed. Pacific Grove, pág. 23-29.

Tamayo, M. y Delgado, L.

(1998) " La definición del problema de la inmigración en España". Cuadernos de trabajo. Instituto Universitario Ortega y Gasset. Madrid.

Timothy, E. Whitehead y cols.

(2001) "Challenging Inequities in health; From ethic to action" Oxford University Press.

Tonda, J.

(2002) "La guérison divine en Afrique Central" Karthala.

Valles, M.

(1997) "Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional" Síntesis.

Vanpaeschen, L.

(1999) " En Belgique, un arsenal répressif contre les étrangers" Le monde diplomatique, enero 1999.

- Velasco H. y Rada D.
(2003) "La lógica de la investigación etnográfica" Ed. Trotta.
- Velasco H.
(2007) "Cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad de las culturas" Ed. Ramón Areces.
- Verrept H. y Louckx F.
(1997) "Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga", pág. 210-228. En "Inmigración: Salud y políticas sociales" Olga Solas Gaspar. Publicaciones Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Verrept H.
(2008) "Intercultural mediation", Chap. 9, en "Crossing Borders in Community Interpreting, definition and dilemmas". Ed. Carmen Valero, Universidad de Alcalá. P.187-201.
- Vigarello. G.
(1993) "Le sain et le malsain, santé et mieux être depuis le Moyen Age". Ed. Seuil.
- Villaseñor Bayardo, J.
(2004) "La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo" Salud Mental Vol. 17, 2 de Junio 2004. P. 16-20.
- Vincent Tomas, L.
(1980) "La terre africaine et ses religions: traditions et changements " L'Harmattan.
- Viñar, M. y Viñar, M.
(1989) " Exil et torture" , Ed. Denoel.
- Vygotsky, L.
(1962) "Thought and Language" ed. Cambridge, MIT Press.
- Waitzkin, H.
(1991) "The politics of medical encounters". Yale University Press.
- Whitehead, M., Townsend, P. and Davidson, N.
(1992) "Challenging inequities in health: the black report and the health divide". Penguin Books.
- Wieviorka, M,
(2001) "La difference". Paris. Ballard.
- Willaine, J.P.
(1999) "Les définitions sociologiques de la secte". Messner Francis(ed).
- Winnicott, D.W.
(1971) "Playing and reality". Basic Books.

Ying, R. K.

(2003) "Case study research" Sage Publications. Applied Social Research Methods Series, Vol. 5.

Young, A.

(1976) "Some implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology", American Anthropologist, nº 78, págs 5-24.

Young, A.

(1982) "The anthropologies of illness and sickness". Annual Review of Anthropology nº 11, pág. 257-285.

Young, R.

(1996) "Intercultural Communication Pragmatics, Genealogy, Deconstruction" Multilingual Matters.

Zanden, J.W.

(1994) "Manual de psicología social". Paidós Básica. Barcelona.

Zapata-Barrero, R.

(2004) "Multiculturalidad e inmigración". Ed. Síntesis.

Zempleni, A.

(1968) "L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou de Senegal" These. Sorbonne.

Otras fuentes bibliográficas:

- Antiracisme/Belgique (1998) "Direction et ampleur des flux migratoires (origine des 10 principaux groupes de réfugiés)". (www.antiracisme.be/fr/rapports/centre/2000)
- Biografías médicas: (<http://www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html>)
- CEAR (2007) "La situación de los refugiados en España" Informe 2007.
- Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (2008). Migratio: "Rapport Annuel Migration 2008". www.diversite.be
- Centre Georges Devereux, París : (www.ethnopsyquiatrie.net)
- CHU Brugmann "Médiation interculturelle". (<http://www.chu-brugmann.be/fr/admin/intercultur>)
- Cruz Roja Española: Servicio de Mediación Social Intercultural. (2006) (www.practicasinclusion.org)

- Declaración de Amsterdam, (2004) "Hacia unos hospitales amigos del inmigrante en una Europa etnoculturalmente diversa". "Migrant, friendly, hospitals". (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>)
- Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona (1999). Índex de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona II. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona (2000). Y epidemiológicas (Servei d'informació sanitària de l'IMSP.).
- Departament d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona (2006). Perfil de la població extranjera a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Desenvolupament Comunitari. (2006) "Mediación intercultural. Una propuesta para la formación. Andalucía acoge". Ed. Popular, Madrid.
- Documentos técnicos de salud pública "Inmigración, salud y servicios sanitarios" (2004) Ed. Instituto de salud pública de Madrid.
- Fédération internationale de l'action des chrétiens pour l'abolition de la torture (Fiacat) (2003) "Democratic Republic of Congo: Torture and death of an eighth-year-old child", Paris, octubre 2003.
- Laboratoire des innovations sociales. (2003) "Médiation interculturelle. Des métiers à inventer pour un espace des changements". Cahier n°. 14.
- Laboratoire des innovations sociales (2006) "Le service de médiation interculturelle du CHR de la Citadelle à Liège" Les passeuses de culture, cahier n°. 65. Diciembre 2006.
- La loi du 22 du août relative aux droits du patient: (<http://www.vbsgbs.org/legislation/2002022737.asp>)
- La Vigilante (2006) Dossier: "Médiation et nouvelles régulations sociales. Les métiers de la médiation." n°. 23 - novembre 2006, bimestriel de l'asbl l'Apef.
- Médecins Sans Frontières (2004), "Accès Refusé au Système de Santé Belge", Bruxelles, julio 2004. (<http://www.msf-azg.be/fr/main-menu/actualites/infos/news-detail/table/381.html>)
- Médecins Sans Frontières (2004), " Aide médicale urgente aux personnes en séjour illegal." Bruxelles. Rapport 2004.
- Médecins Sans Frontières (2008) "Acces aux soins à Bruxelles" Conferencia de Prensa, 9 Enero 2008.
- Médicos del Mundo Castilla la Mancha (2007) "Servicio de mediación sanitaria lingüística e intercultural Castilla la Mancha". (http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/home/mediacion_sociocultural.pdf)

- Médicos del Mundo. (2007) "Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular" Observatorio europeo de Médicos del Mundo sobre el acceso a los servicios de salud.
- Medimmigrant 12 Decembre (1996). "Arrêté royal relatif à aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume". (M.B. 31-12-1996)" (<http://www.medimmigrant.be>)
- Medimmigrant (2006) "Personas gravemente enfermas y derechos sociales". Resultado de grupos de trabajo, (www.medimmigrant.be)
- Medinmigrant (2007) "Aide Médicale Urgente pour personnes en séjour illégal. Manuel pour des collaborateurs de CPAS et prestataires de soins". (www.medinmigrant.be)
- Mighealthnet (2008) "Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale". (<http://mighealth.net/be>)
- Migrant Policy Institute (2009). (<http://www.migrationinformation.org/DataHub/countrydata/data.cfm>)
- Revue Pensee Plurielle "La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant". 2001, pág. 27. (<http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2001-1-page-27.htm>)
- SESCOAM noticias: (sescam.jccm.es)
- Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Agència de Salut Pública de Barcelona. (2005)
- Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Agència de Salut Pública de Barcelona. Informació sanitària dels districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, (2005). Barcelona.
- Servei d'informació sanitària de l'IMSP. Informació sanitària dels districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, (2000). Barcelona: IMAS.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Documentation. (2001) "Le droit à la protection à la santé", En dialogue, six ans après le rapport général sur la pauvreté, juin 2001. (www.luttepauvrete.be)
- Servicios Sociales de Madrid (y Universidad Autónoma de Madrid) : "El Servicio de Mediación Social Intercultural SEMSI" (2002).
- Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) (2005) "Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles: une recherche action" Rapport de recherche.
- Vzw Foyer (2008) "Service Médiation interculturelle en soins de santé". Rapport 2008. (pag 118).

ANEXO I

Praxis terapéuticas interculturales en salud mental: Estudios de caso situados en Bruselas (Bélgica)

<p>Caso 1 SMES/Bélgica:</p> <p>Dispositivo no gubernamental de atención médico/psico/social a personas en situación de gran exclusión social. Un gran porcentaje de ellas son de origen extranjero.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2006.</p> <p>Visitas puntuales durante un mes en 2006.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones buenas. Las propuestas de acceso a la sede, situada en Bruselas, son aceptadas. Gran relevancia informativa.</p> <p>Sin embargo el trabajo terapéutico se realiza habitualmente de forma itinerante en la calle. Dificil acceso. Escasa relevancia para la investigación.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos.</p> <p>Informes y memorias de la organización.</p> <p>Articulos relativos al trabajo que desempeñan.</p> <p>Información oral, conversaciones, recibida de los miembros de la asociación y de personas externas que conocen su funcionamiento.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación llevada a cabo en las visitas a la sede para contactar o conversar con profesionales del centro.</p> <p>Sala de espera y despacho principal.</p>	<p>Una entrevista en profundidad a un psicólogo de la asociación.</p> <p>Datos obtenidos en la observación participante fruto de las visitas.</p>
<p>Caso 2 EXIL/Bélgica</p> <p>Asociación adscrita a la red de cuidados sanitarios normalizada. Atención a exiliados e inmigrantes víctimas de la violencia organizada.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2006</p> <p>Visitas puntuales durante dos meses en 2006.</p> <p>Dos visitas posteriores en 2007.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>El acceso al centro EXIL, situado en Bruselas, fue excelente. Se facilitó en todo momento el trabajo de investigación. Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Informes y memorias de la asociación.</p> <p>Articulos y libros relativos a la metodología y aproximación llevada a cabo en EXIL.</p> <p>Información oral, conversaciones, recibida de los miembros de la asociación, de personas externas que conocen su funcionamiento y de un antiguo paciente.</p> <p>Entrevista en profundidad grupal con el coordinador y una psicoterapeuta.</p> <p>Datos obtenidos en la observación participante fruto de las visitas.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación realizada en las visitas a la sede para participar en alguna de sus actividades de coordinación. Así como para conocer a los profesionales que la integran.</p> <p>Tres despachos, que sirven para las consultas. Dos salas de reunión y juntas. Y sala de espera.</p>	<p>Datos obtenidos en la observación participante fruto de las visitas.</p>

<p>Caso 3</p> <p>Consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann.</p> <p>Grupo pluridisciplinar de terapeutas y etnopsiquiatra que ofrecen una consulta de etnopsiquiatría todos los jueves en el hospital público. Pacientes principalmente de origen extranjero (en su mayor parte extracomunitario).</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2006.</p> <p>Visitas sistemáticas todos los jueves, de 13:30 a 19.30, durante seis meses en 2006/2007.</p> <p>Dos visitas posteriores de control en 2008.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso excelentes. Desde un primer momento se accedí a mis propuestas de participación en la consulta y actividades. Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Informes clínicos de los pacientes participantes en la consulta.</p> <p>Documentos internos sobre la actividad clínica del hospital.</p> <p>Libros y artículos relativos a la práctica etnopsiquiátrica.</p> <p>Información oral, conversaciones, recibida de los terapeutas participantes en la consulta. De personas externas que conocen su funcionamiento o colaboraron en algún momento. Y de varios pacientes, los familiares de una paciente, y un traductor de esta consulta.</p> <p>Acudí a una organización no gubernamental (D'ici et d'ailleurs) que cuenta con una consulta etnopsicoanalítica. Tuve la oportunidad de conversar con otros terapeutas y etnopsiquiatra, así como con una paciente de la misma.</p> <p>Entrevista en profundidad con el etnopsiquiatra.</p> <p>Datos obtenidos en la participación en la consulta y actividades a través de la observación participante</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador. Rol de investigador y coterapeuta.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación llevada a cabo principalmente en la participación en las consultas de etnopsiquiatría. Así como también en varios seminarios y actividades organizadas en torno a la consulta y metodología etnopsiquiátrica.</p> <p>Los lugares de la recogida de datos fueron, en el pabellón de psiquiatría: la consulta etnopsiquiátrica. La sala de espera para los pacientes. Los pasillos y la entrada al pabellón (donde los terapeutas acuden en las pausas).</p> <p>En dos ocasiones visité una asociación en la que el etnopsiquiatra tiene otra consulta (no etnopsiquiátrica, enfocada en dolencias postraumáticas). Algunos pacientes eran derivados a la misma. Allí la observación tuvo lugar en el despacho principal y en la sala de espera.</p>	

<p>Caso 4</p> <p>L' autre lieu y las casas peul</p> <p>Asociación no gubernamental que se declara perteneciente a la línea antipsiquiátrica de Franco Basaglia. Dirigida a personas de origen belga, o extranjero, con dolencias psíquicas ofrece convivencia con personas pertenecientes a la etnia peul.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2006.</p> <p>Diversas visitas durante los cuatro primeros meses del año 2007.</p> <p>Cuatro visitas, de control, en 2008.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso excelentes. El personal de la asociación accedió a todas las propuestas del investigador. Facilidad para la participación en las actividades y reuniones en la sede. Así como para la observación en las casas peul. Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Memorias e informes internos de la asociación.</p> <p>Material recopilado en dos conferencias sobre antipsiquiatría a las que fui invitado.</p> <p>Libros y artículos sobre la aproximación antipsiquiátrica.</p> <p>Información oral obtenida en conversaciones con miembros de la asociación. Así como con inquilinos de las casas peul, y personas externas conocedoras del trabajo que la asociación lleva a cabo.</p> <p>Datos obtenidos en la observación participante en la sede y casas peul. Así como en la participación en actividades socio/culturales de la asociación.</p> <p>Entrevista en profundidad grupal a dos trabajadores de la asociación.</p> <p>Entrevista en profundidad a un inquilino de la casa peul el "Vivier".</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador/estudiante.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación y recogida de datos llevada a cabo en las visitas a la sede y a las casas peul. En el primer caso con el objetivo de encontrar a los trabajadores de la asociación y conversar con ellos o participar en alguna de las actividades. En el segundo caso para encontrar a los inquilinos de las casas peul y participar en sus reuniones cotidianas.</p> <p>La observación participante en la sede tuvo lugar en el salón de actividades comunes, en la cocina (lugar de encuentro y descanso de los trabajadores, y de acogida), y en dos despachos destinados a tareas administrativas y de organización.</p> <p>En las casas peul esta se dio principalmente en los salones comunes, y en menor medida en la cocina.</p>	

Praxis terapéuticas interculturales en salud mental: Estudios de caso situados en Barcelona y Madrid (España)

<p>Caso 1</p> <p>La FCCP en el hospital Puerta de Hierro (Madrid).</p> <p>Espacio de investigación en un hospital público, donde se trabaja la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos (FCCP) para aplicarla en la clínica. Destinado principalmente a pacientes de origen extranjero, sin embargo también tiene su aplicación con pacientes autóctonos de trayectorias socio/culturales diversas.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2007.</p> <p>Visitas sistemáticas al hospital, durante cuatro meses en 2008, en el marco de un curso de doctorado de psiquiatría cultural. Frecuencia: un día a la semana con una duración de 2:30.</p> <p>Una visita en 2009 al nuevo hospital Puerta de Hierro situado en Majadahonda (Madrid).</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Las condiciones de acceso fueron excelentes. En todo momento se facilitó la tarea del investigador. Así como su incorporación al seminario de investigación (en el formato de un curso de doctorado)</p> <p>Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Artículos relativos a la práctica de la Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos en su aplicación general y en la llevada a cabo por participantes del seminario.</p> <p>Libros y artículos sobre psiquiatría transcultural.</p> <p>Material relativo a las historias clínicas de los pacientes expuesto por los participantes en el seminario. Así como de su abordaje</p>
--	--	--	---

	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>La observación participante tuvo lugar fundamentalmente en torno a la actividad de formación e investigadora del seminario de investigación/curso de doctorado.</p> <p>El lugar de la recogida de datos fue principalmente la sala de reuniones en el área de psiquiatría del hospital (allí tenía lugar el curso). Así como también la sala de espera para entrar en dicho área de psiquiatría.</p>	<p>clínico, por medio de la FCCP, con pacientes pertenecientes a este hospital y otros de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Datos recogidos durante la observación participante en el curso/seminario, y en los lugares y espacios en torno al mismo.</p> <p>Entrevista en profundidad al psiquiatra que investiga y aplica esta metodología en el hospital.</p> <p>Información oral obtenida en las conversaciones con los participantes en el seminario.</p>
--	---	--	---

<p>Caso 2</p> <p>El programa de atención a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid (ESMR)</p> <p>Dispositivo gubernamental de atención médico/psico/social a personas en situación de gran exclusión social. Un gran porcentaje de ellas son de origen extranjero</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2007.</p> <p>Visitas puntuales al centro de salud mental donde tiene su sede el programa en diversos momentos, separados en el tiempo, del 2008.</p> <p>Varias visitas, en el 2008, a una fundación y un programa (RAIS y Paire).que trabajan en colaboración con profesionales del ESMR.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones buenas. Las propuestas de acceso al centro de salud mental, situado en Madrid, son aceptadas. Gran relevancia informativa.</p> <p>Sin embargo el trabajo terapéutico se realiza habitualmente de forma itinerante en la calle. Difícil acceso. Escasa relevancia para la investigación.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Informes y memorias internos del programa.</p> <p>Artículos relativos a la intervención psicoterapéutica con personas en gran exclusión social.</p> <p>Documentos y artículos de otras asociaciones que trabajan con población de origen extranjera en exclusión social.</p> <p>Un congreso y varias conferencias sobre la atención psicosocial a personas en gran exclusión social.</p> <p>Información oral recibida en las conversaciones con profesionales del ámbito de la atención socio/sanitaria a personas inmigrantes en exclusión social.</p> <p>Entrevista en profundidad a la coordinadora de ESMR.</p> <p>Entrevista grupal a la directora, la coordinadora y una psicoterapeuta del programa para personas inmigrantes en exclusión social PAIRE.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación llevada a cabo en las visitas al centro de salud mental, para contactar o conversar con profesionales del mismo.</p> <p>Sala de reuniones y sala de espera.</p>	

<p>Caso 3</p> <p>El SAPPiR en el Hospital Sant Pere Claver (Barcelona).</p> <p>Aproximación basada en los duelos migratorios y el Síndrome de Ulises con población de origen extranjero extracomunitaria.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2008.</p> <p>Una visita en 2009 al centro.</p> <p>Contacto telefónico, y por medio de internet, con los profesionales del centro.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Disposición excelente por parte del personal del centro a las propuestas del investigador. Gran relevancia informativa.</p> <p>Lejanía geográfica del lugar de residencia del investigador, Madrid, durante su trabajo de campo en España. Disponibilidad limitada de desplazamiento.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Artículos relativos a la aproximación terapéutica basada en el Síndrome de Ulises y la metodología aplicada en el SAPPiR.</p> <p>Artículos sobre migración en condiciones extremas y dolencias psico/somáticas asociadas.</p> <p>Información oral recibida de los profesionales del centro, así como de personas conocedoras del trabajo que allí se realiza.</p> <p>Datos recogidos, a través de la observación participante, en las visitas.</p> <p>Entrevista en profundidad al director del SAPPiR.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro con objeto de contactar con los profesionales y director del centro.</p> <p>Sala de espera y despacho en el que tiene lugar la consulta.</p>	

<p>Caso 4</p> <p>EXIL/Barcelona</p> <p>Asociación no gubernamental de atención a exiliados e inmigrantes víctimas de la violencia organizada y de género</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2008.</p> <p>Tres visitas en 2009 al centro.</p> <p>Contacto telefónico y via internet con los profesionales del centro.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Excelente disposición para aceptar las propuestas del investigador. Gran relevancia informativa.</p> <p>Lejanía geográfica del lugar de residencia habitual del investigador, Madrid, durante su trabajo de campo en España. Disponibilidad limitada de desplazamiento.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Informes internos y memorias de la asociación.</p> <p>Artículos relativos a la atención psico/social a personas víctimas de torturas y violencia de género.</p> <p>Información oral de profesionales del centro, Así como de otras personas, en España y Bélgica, conocedoras del trabajo que allí se realiza.</p> <p>Entrevista en profundidad a la coordinadora del centro.</p> <p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro para contactar con sus profesionales.</p> <p>Visita a todas sus salas e instalaciones con la posibilidad de observar el trabajo que allí se realiza (a excepción de las consultas en marcha).</p>	

Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Estudios de caso en el territorio belga.

<p>Caso 1</p> <p>M. I. en el hospital psiquiátrico, público, Titeca (Bruselas)</p> <p>La mediación intercultural se desarrolla en todo el hospital psiquiátrico. Los mediadores forman parte integrada de la plantilla del personal hospitalario.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto en 2007</p> <p>Cinco visitas puntuales al hospital en 2008 y 2009.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso al campo excelentes. Se facilita en todo momento el trabajo del investigador. Gran relevancia informativa.</p> <p>Centro psiquiátrico en regimen interno, con carácter penitenciario, que implica una serie de restricciones y limitaciones en las visitas.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Informes y memorias de actividades internas.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p> <p>Entrevista en profundidad a una mediadora intercultural (de formación psicóloga) de Titeca.</p> <p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Visitas cuyo objetivo es la propia observación participante en la interacción con profesionales y pacientes.</p> <p>Sala de espera principal. Despacho de los mediadores interculturales. Patio central, pasillos y salas de estar en el área de internamiento.</p>	

<p>Caso 2</p> <p>M. I. en el hospital general, público, Brugmann (Bruselas).</p> <p>Ubicado en dos espacios distintos la mediación intercultural tiene lugar tanto en Paul Brien (barrio Schaerbeek) como en Horta (barrio Laeken).</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto, con el servicio de mediación intercultural de Paul Brien, en 2007.</p> <p>Primer contacto con el servicio de mediación intercultural de Horta durante el periodo de observación participante en la consulta de etnopsiquiatría (2006).</p> <p>Visitas y observación en Horta durante el periodo en 2006 antes mencionado (seis meses).</p> <p>Varias visitas a Paul Brien durante dos meses en 2008.</p> <p>Una visita de control a Paul Brien en 2009.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso al campo excelentes. Se facilita en todo momento el trabajo del investigador. Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Memorias internas e informes sobre el funcionamiento y actividades del servicio de mediación intercultural en el hospital.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Artículos de las mediadoras interculturales del hospital.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p> <p>Entrevista en profundidad a una mediadora intercultural de Brugmann.</p>
---	--	--	---

	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador en el caso de Paul Brien, En Horta presentación como investigador y coterapeuta en la consulta de etnopsiquiatría.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>En Horta observación participante llevada a cabo en relación con la consulta de etnopsiquiatría y el área de psiquiatría.</p> <p>En Paul Brien observación al acudir al centro para conversar con los mediadores interculturales, y presenciar su práctica. Lugar: Despacho de los mediadores interculturales, pasillos, recepción y salas de espera de dos áreas sanitarias</p>	<p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p>
--	---	--	---

<p>Caso 3</p> <p>M.I. en el hospital general, público, Erasme (Bruselas).</p> <p>La mediación intercultural se desarrolla en todo el hospital Erasme.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto con el servicio de mediación intercultural en 2006.</p> <p>Dos visitas puntuales al servicio de mediación intercultural en 2006.</p> <p>Una visita al servicio de mediación intercultural en 2008.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones buenas. Se accede a las propuestas del investigador.</p> <p>Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Estudio de caso de M. Sandrine sobre la mediación intercultural en Erasme (2002).</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro para conversar con los mediadores interculturales.</p> <p>Principalmente los pasillos y sala de espera.</p>	<p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p>

<p>Caso 4</p> <p>M. I. en el hospital general, público, La Citadelle (Lieja).</p> <p>La mediación intercultural tiene lugar en todo el hospital La Citadelle.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto con el servicio de mediación intercultural en 2006.</p> <p>Dos visitas al servicio de mediación intercultural en 2008.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones medias. Por un lado se accede a las propuestas del investigador. Lo cual es de gran relevancia informativa. Sin embargo el lugar de residencia del investigador en Bélgica es Bruselas. Dificultad fruto de la lejanía geográfica.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Memorias internas e informes sobre el funcionamiento y actividades del servicio de mediación intercultural en el hospital.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro para conversar con los mediadores interculturales.</p> <p>Observación en pasillos y un despacho utilizado por los mediadores interculturales.</p>	<p>Artículos de las mediadoras interculturales del hospital.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p> <p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p>

Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Estudios de caso en el territorio español

<p>Caso 1</p> <p>M. I. en el centro de salud primaria, público, San Blas de Parla (Madrid)</p> <p>La mediación intercultural tiene lugar en todo el centro de atención primaria.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto con el servicio de mediación intercultural en 2008.</p> <p>Diversas visitas al centro sanitario durante 2008/2009.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso excelentes. En todo momento se colabora con el investigador.</p> <p>Gran relevancia informativa.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Consulta de datos sobre el funcionamiento del servicio de mediación intercultural.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro para conversar con los mediadores interculturales y participar en actividades.</p> <p>Observación en pasillos, salas de espera colindantes a las mesas de los mediadores interculturales y recepción. A su vez en el aula utilizada para las reuniones de coordinación.</p>	<p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p> <p>Asistencia a varias reuniones de coordinación del grupo de mediadores interculturales.</p> <p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p> <p>Entrevista en profundidad a la coordinadora de salud del ayuntamiento de Parla y directora del programa de mediación intercultural sanitaria.</p>

<p>Caso 2</p> <p>El Servicio de Mediación Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI)</p> <p>La mediación intercultural tiene lugar en el exterior de la sede del servicio.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>Toma de contacto con el servicio de mediación intercultural en 2008.</p> <p>Varias visitas al centro a lo largo del 2008.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Condiciones de acceso buenas. La observación del trabajo directo de los mediadores no tiene lugar en el propio centro. Posibilidad de conversar con ellos y observar la coordinación y preparación de su trabajo. Gran relevancia informativa.</p> <p>Desafortunadamente el centro es clausurado en 2009.</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Consulta de datos sobre el funcionamiento del servicio de mediación intercultural.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p>
	<p>Rol del investigador</p> <p>Presentación como investigador.</p>	<p>Modo y lugar de la observación</p> <p>Observación al acudir al centro para conversar con los mediadores interculturales de sus actividades. Imposibilidad de ver su práctica en la intervención al tener lugar de forma itinerante fuera del centro.</p> <p>Salas de reunión y sala de actividades.</p>	<p>Datos recogidos, por medio de la observación participante, en las visitas.</p> <p>Entrevista en profundidad a la coordinadora del SEMSI.</p>

<p>Caso 3</p> <p>M. I. en el hospital público de la Fe (Valencia)</p> <p>La mediación intercultural sanitaria se lleva a cabo en las diversas áreas del hospital.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>No se realiza ninguna visita al hospital. Contacto telefónico con la mediadora intercultural y el servicio de atención al paciente donde se ubica.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Dificultad relativa a la distancia geográfica con el lugar de residencia del investigador (Madrid).</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Consulta de datos e informes sobre el funcionamiento del servicio de mediación intercultural.</p> <p>Artículos y noticias de prensa relativos a la práctica de la mediación intercultural en el hospital.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o personas externas.</p> <p>Entrevista en profundidad a la mediadora intercultural del hospital.</p>
---	---	---	--

<p>Caso 4</p> <p>El servicio de Mediación intercultural de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo.</p> <p>Servicio de mediación intercultural itinerante que se desarrolla tanto en los hospitales como en los centros de atención primaria.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>No se realiza ninguna visita al servicio si bien se mantiene contacto por internet y telefónico con la coordinadora.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Dificultad relativa a la distancia geográfica con el lugar de residencia del investigador (Madrid).</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Consulta de datos e informes sobre el funcionamiento del servicio de mediación intercultural.</p> <p>Artículos y noticias de prensa relativos a la práctica de la mediación intercultural en el hospital.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o externas.</p> <p>Entrevista en profundidad a la coordinadora del servicio de Médicos del Mundo de Talavera.</p>
--	---	---	---

<p>Caso 5</p> <p>M.I en el hospital, público, del Mar (Barcelona)</p> <p>La mediación intercultural sanitaria se lleva a cabo en las diversas áreas del hospital.</p>	<p>Frecuencia y fecha de las visitas</p> <p>No se realiza ninguna visita al servicio.</p>	<p>Condiciones y relevancia del acceso al campo</p> <p>Dificultad relativa a la distancia geográfica con el lugar de residencia del investigador (Madrid).</p>	<p>Material utilizado en la triangulación de los datos</p> <p>Consulta de datos e informes sobre el funcionamiento del servicio de mediación intercultural.</p> <p>Artículos y noticias de prensa relativos a la práctica de la mediación intercultural en el hospital.</p> <p>Artículos sobre la mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario.</p> <p>Información oral recibida en conversaciones con trabajadores del centro, o personas externas.</p>
---	--	---	--