

SOBRE LOCURA Y EMIGRACIÓN EN EL MUNDO GLOBALIZADO ()**

FEDRA CUESTAS (*)

Universidad de París VIII, Vincennes – Saint Denis, Francia

RESUMEN Este artículo presenta una discusión en torno a los desarrollos teóricos que sustentan la descripción de un nuevo Síndrome - el Síndrome de Ulises, también llamado Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple - detectado en inmigrantes de origen extra-comunitario. Los criterios diagnósticos, que conducen al reconocimiento de este síndrome, han sido difundidos con el apoyo del Parlamento Europeo. La importancia dada por este Parlamento, a una problemática que afecta a ciudadanos no europeos, plantea una indagación sobre los fines que ella persigue.

PALABRAS CLAVE migración; enfermedad mental; discriminación; Síndrome de Ulises.

ABOUT MADNESS AND MIGRATION IN THE GLOBAL WORLD

ABSTRACT This article discusses the theoretical developments supporting the description of a new syndrome - the Ulysses Syndrome, also known as Immigrant Syndrome with *Chronic and Multiple Stress* - detected In Non-EU Immigrants. The diagnostic criteria that lead to the recognition of this syndrome have been disseminated with the support of the European Parliament. The importance given by Parliament, to a problem that affects non-EU citizens poses an inquiry into the aims it pursues.

KEYWORDS migration; mental illness; discrimination; Ulysses Syndrome.

RECIBIDO CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

06 Junio 2010 Cuestas, F. (2011). Sobre locura y emigración en el mundo globalizado. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 21-45. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

ACEPTADO

15 Agosto 2010

*** AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**

Psicóloga Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, becaria Conicyt realizando Doctorado en Filosofía en la Universidad de París VIII, Vincennes – Saint Denis, Francia. Correo de contacto: fedracuestas@hotmail.com

(**)Este artículo se desprende de una investigación más amplia, que ahonda respecto a las representaciones sociales del inmigrante y las migraciones actuales, surgidas en el contexto de la globalización. Las reflexiones que se intentan compartir a través de esta publicación, han sido desarrolladas en el marco de un **Proyecto Ecos – Conicyt** de investigación conjunta, realizada entre el *Programa de Magíster en Etnopsicología* de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y el *Laboratorio de Antropología de las Organizaciones y las Instituciones Sociales (LAIOS)*, de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de París (EHESS).

DOI:10.2225/PSICOPERSPECTIVAS-VOL10-ISSUE1-FULLTEXT-2

ISSN 0717-7798

ISSNe 0718-6924

1. Algunos Antecedentes Históricos

1.1. Del vagabundo al inmigrante

Si buscamos un antecedente a la situación social en la cual los inmigrantes calificados como “ilegales”, suelen ser representados por diversas instancias de poder, podemos encontrarla en el estatuto que el vagabundo ha conservado durante siglos. Robert Castel (1995) profundiza sobre este último personaje, a quien considera el equivalente, en las sociedades preindustriales, de los inmigrantes actuales. Inmigrantes y vagabundos coinciden en su condición de extranjeros, y en la búsqueda de posibilidades de sobrevivencia fuera de su “país”.

El autor explica que, durante el siglo XIV, en toda Europa, diversas ordenanzas reales condenaban a quienes deambulaban en búsqueda de trabajo, con el fin de reprimir la movilidad de los trabajadores. Sin embargo, existían otros viajeros, cuyos traslados eran bien tolerados, por el hecho de estar controladas por medio de rituales (cruzas, peregrinaje, etc.). Podemos encontrar un ejemplo de lo mencionado, en la ordenanza emitida en 1388, por Ricardo II. Esta ordenanza, exigía certificaciones a diversas categorías de personas, que se movilizaban de su lugar de origen: los estudiantes debían obtener una certificación del rector de la última universidad donde habían permanecido. Quienes decían ser peregrinos, se comprometían a certificar su condición. En el caso de la servidumbre, si dejaban su lugar de trabajo, estaban obligados a llevar una certificación de las autoridades del distrito. Los trabajadores que erraban sin este “pasaporte”, eran condenados al encierro, hasta tanto retomaban su empleo anterior. En ese contexto, los indigentes que no estaban incapacitados para trabajar, eran condenados por no ganarse su sustento mediante su propia faena, al mismo tiempo que eran forzados a no poder moverse en búsqueda de mejores condiciones laborales.

La categoría de vagabundo correspondía a trabajadores ocasionales, no adecuadamente calificados para conservar un oficio, quienes se trasladaban en búsqueda de un quehacer. Los criterios para distinguirlos como vagabundos eran: la ausencia de ocupación y la falta de pertenencia comunitaria. Esta figura era estigmatizada, asociada a los trabajos de mala fama, la criminalidad, la inseguridad de la ciudad, etc. Si bien, el

discurso del poder creaba una imagen negativa del vagabundo; entre el pueblo la representación de este personaje era ambivalente, aunque más bien positiva.

La estigmatización del vagabundo, autorizaba un tratamiento policial, que castigaba la indigencia como un crimen. De este modo, una pequeña proporción de vagabundos, que eran verdaderamente peligrosos, fueron controlados por medio de la represión. Pero también, una importante franja de esta población, fue encerrada en distintas instituciones (Depósitos, Hospital general, etc.), destinadas a imponerles trabajos forzados. Estas instituciones eran sitios insalubres, sin higiene, ni cuidados médicos, donde morían gran parte de los vagabundos allí reclusos.

1.2. Miserables, vagabundos, desocupados confundidos en la locura

En “La historia de la locura en la época clásica”, Foucault (1972) relata que cuando la lepra, se alejó de Europa y dejó de llenar de enfermos los leprosarios, estos no quedaron vacíos. Poco a poco, estos espacios que se fueron desocupando de leprosos y fueron dejando lugar para excluir a nuevos personajes. Se fue haciendo un vacío, que dejó amplios sitios, para que importantes cantidades de personas fueran encerradas gracias a medidas arbitrarias en el siglo XVII. El Hospital General, se hizo cargo de los vagabundos, pero esto implicó un costo para ellos, que limitó su libertad individual. Esta institución, que encerró juntos a indigentes, vagabundos, desocupados, jóvenes en corrección, enfermos mentales, etc.; se planteaba como tarea impedir el ocio y la mendicidad, consideradas fuentes de todos los desordenes. Allí se realizaban funciones a la vez de asistencia y represión, no siendo su objetivo cumplir funciones médicas.

La dificultad que presenta el enfermo mental para integrarse al trabajo, hacía que fuera confundido con todas las formas observables de pobreza y vagancia. La locura era percibida a través de un prisma que solo permitía considerar la condena al ocio. Entonces, se fue precisando una definición de locura vinculada a carencias en la capacidad de producción económica. Los muros de los internados, guardaron un sistema de exclusión en relación al trabajo, donde locura y ausencia de trabajo fueron reclusas conjuntamente hasta llegar a encarnarse recíprocamente.

Pasaron muchos años hasta que la locura fue distinguida en la enfermedad mental. El siglo XIX, encontró en el internado la alineación mental. Los locos fueron reconocidos por Pinel, quien los halló encerrados en *Bicêtre* y la *Salpêtrière*, dispersos entre medio de mendigos, vagabundos y desocupados. Entonces los “liberó”, dejándolos en el mismo lugar. En ese entonces, los asilos, quedaran destinados solo a la locura. Todos los otros personajes que acompañaron durante siglos el encierro de la locura, pudieron retornar a las calles, donde eran requeridos como reserva laboral.

La representación del vagabundo vinculada a la locura, aún sigue vigente. El inmigrante “irregular”, tomando el relevo en el espacio social asignado al vagabundo, también es asociado a la enfermedad mental. Este nuevo “vagabundo” del mundo globalizado, no es sancionado por ser relacionado con el ocio, ya que trabaja en condiciones de explotación. La condena que pesa sobre él, al igual que en el siglo XIV, busca impedir la movilidad social.

2. Migración y Enfermedad Mental en el Contexto de la Globalización

2.1. Un síndrome que solo afecta a inmigrantes extracomunitarios

Un nuevo cuadro clínico es descrito por la psiquiatría. No se trata de una patología susceptible de afectar a todos los seres humanos. Se considera que ella surge en el contexto de la globalización, en los países de acogida de inmigrantes. Según ha sido descrito, este cuadro clínico, solo afecta a inmigrantes de origen extracomunitario, y entre ellos específicamente a algunos. Se trata del denominado “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple” o “Síndrome de Ulises” (Achotegui, 2004).

Joseba Achotegui, psiquiatra y profesor de la Universidad de Barcelona, considera que emigrar hoy, confronta a niveles de estrés tan intensos, que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Por este motivo, cree, que quienes están sometidos a esos niveles de estrés, son candidatos a padecer el síndrome anteriormente nombrado. El autor postula la aparición de un cuadro reactivo, que responde a situaciones calificadas como “extremas”. Sostiene que este cuadro aparece frente a un “estrés límite”, consecuencia de un tipo particular de proceso migratorio. A partir de las descripciones de este psiquiatra, se puede ver que estas situaciones “extremas”, afectarían a los inmigrantes extracomunitarios llamados por el autor “sin papeles”,

aunque no de manera exclusiva... en estas situaciones “extremas”, también estarían concernidos, aquellos inmigrantes que no pueden obtener una reagrupación familiar, dado que no cuentan con los requisitos económicos básicos. Esta última aseveración sugiere que los inmigrantes “en riesgo” de ser afectados por este síndrome, son específicamente aquellos cuya migración está originada bajo condiciones económicas precarias.

El psiquiatra anteriormente mencionado, ha presentado este cuadro clínico, el 5 de noviembre del 2003, en una reunión internacional celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo; obteniendo el acuerdo de los representantes de este parlamento para dirigir un proyecto que difunda el reconocimiento del Síndrome presentado.

2.2. Descripción del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple

El nuevo cuadro clínico detectado entre inmigrantes extracomunitarios y denominando por Achotegui, “Síndrome de Ulises”, o “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple”; ha sido descrito por este autor, con el fin de favorecer el diagnóstico del mismo (Achotegui, 2004; Achotegui, 2002). En la exposición del cuadro, se pueden observar una serie de confusiones conceptuales, que conducen a reiterar las sucesivas descalificaciones de las cuales son objeto los inmigrantes susceptibles de ser diagnosticados con este Síndrome. De manera adjunta, estas confusiones dan cuenta de la particular perspectiva, desde la cual el inmigrante es observado.

El autor se restringe a realizar la descripción del síndrome, sin incluir referencias a un tratamiento posible. Explica que, frente a pacientes provenientes de culturas diferentes a las del terapeuta, este último debe ser capaz de descentrarse, a fin de poder realizar una intervención psicológica. Ahora bien, esta aclaración va dirigida solamente a favorecer la exploración, en los sujetos a diagnosticar, de posibles interpretaciones mágicas de la sintomatología. La ausencia de propósitos destinados a intentar una cura, puede explicarse a partir de la calificación de cronicidad dada al síndrome. Sin embargo, tampoco propone acciones destinadas al alivio de los síntomas. El objetivo del psiquiatra parece estar centrado solo en el reconocimiento de los problemas psicológicos que encuentra en los inmigrantes.

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, trastorno incurable del inmigrante sin derechos, requiere de un análisis minucioso. La importancia dada por el Parlamento Europeo a esta categoría diagnóstica, hace necesaria una reflexión sobre los fines que ella persigue.

En una primer instancia, revisaremos algunas de las confusiones señaladas anteriormente, buscando indagar el alcance de la calificación de patologizante asignada a la experiencia de la migración realizada sin autorización del Estado de destino. Posteriormente, se pretende ahondar en las implicancias políticas de la detección del "Síndrome de Ulises".

3. Sobre los Límites del Estrés: ¿Duelo o Estrés?

Cuando el autor realiza la descripción de la patología que quiere dar a conocer, señala que la denominación de síndrome, con la cual ha designado este cuadro clínico, es meramente descriptiva. Tal como el nombre de Síndrome lo indica, el cuadro se caracteriza por un conjunto de síntomas. Sin embargo, estos últimos no son suficientes para poder diagnosticar este cuadro clínico. El autor afirma la necesidad, de que los síntomas que conforman este Síndrome, estén acompañados por una serie de "estresores o duelos".

Duelo y estrés son definidos por este psiquiatra como conceptos diferentes. Luego de distinguir estos conceptos, el autor establece una correlación entre ambos, a partir de la cual comienza a tratarlos como si fueran sinónimos. Es aquí donde aparece la primera confusión. El estrés es entendido por él como "un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y las capacidades de respuesta del sujeto" (Achotegui, 2004, p. 40). El duelo es explicado como "el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto" (Achotegui, 2004, p. 40). A partir de allí, plantea una correlación según la cual enuncia que "el duelo es un estrés prolongado e intenso" (Achotegui, 2004, p. 40). Aún sí, siguiendo a este autor, considerásemos al duelo como un tipo particular de estrés; no por ello, sería posible, equiparar todo estrés al duelo. El estrés puede tener múltiples causas. Ellas no implican necesariamente una pérdida. El curso más frecuente del estrés, no tiene relación alguna con el duelo.

A pesar de que el duelo es comprendido por Achotegui (2004) como consecuencia de una pérdida significativa, y siendo que, entre esas pérdidas nombra la separación de seres queridos, o el fracaso de un proyecto; afirma que el Síndrome descrito por él no es un cuadro de duelo, “porque no tiene que ver con la elaboración de la muerte de un ser querido” (Achotegui, 2004, p. 48).

Por otra parte, observando el texto que describe este síndrome, también se hace necesario distinguir el duelo del miedo. Entendiendo a este último como la reacción ante un peligro real, no puede ser confundido con el duelo. El miedo no es causado por una pérdida. Es posible sentir miedo ante la amenaza de que se produzca una pérdida. Si esa amenaza se hace efectiva, las razones que ocasionaban el miedo, dejan de existir. La ocasión de la pérdida, requerirá iniciar un proceso de duelo.

Achotegui (2004) establece un listado de los estresores y duelos, que considera afectan la salud mental de los inmigrantes en situación extrema, así como de los factores que cree que los potencian. En el primer listado enumera como estresores:

1. Soledad, explicada como duelo por la separación de los seres queridos.
2. Duelo por el fracaso del proyecto migratorio
3. Lucha por la supervivencia, distinguida en dos áreas: alimentación y vivienda.
4. Miedo, ante los peligros físicos experimentados durante viajes clandestinos en pateras, camiones, etc. (entendido como duelo), así como a la detención y expulsión.

Como se puede observar, hay términos que son utilizadas como si tuvieran el mismo significado: duelos, estresores, miedo, etc.

Las explicaciones que acompañan este listado, generalizando situaciones alarmantes, dan una imagen del inmigrante cargada de una serie de prejuicios. Un ejemplo de ello, es el hecho que el autor dedique varios párrafos a resaltar el miedo sufrido por los inmigrantes durante los viajes en pateras, o a las muertes que se producen en el Estrecho de Gibraltar. Finalmente, aclara en una sola frase, que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías; pero en la frase siguiente, insiste sobre las muertes en pateras. Otros ejemplos citados directamente del texto son: “los inmigrantes son un

colectivo que se alimenta mal” (Achotegui, 2004, p. 41), “se hacían muchos inmigrantes a precios abusivos” (Achotegui, 2004, p. 41). Estos prejuicios, provenientes de una representación ampliamente divulgada sobre los inmigrantes, son apuntalados al ser sostenidos por un académico.

4. Importancia del Duelo en los Procesos Migratorios

Freud define al duelo de la siguiente manera: “Reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, p. 241). Se trata de una reacción normal, que aparece de manera reactiva frente a una pérdida, y se espera sea superada luego de haber pasado un tiempo. En un primer momento, frente a la realidad que impone la ausencia del objeto perdido, no se produce modificación en la posición libidinal. Pero finalmente la realidad se impone, y la libido se retira del objeto perdido, desplazándose hacia un nuevo objeto. El afecto normal antes esclarecido, debe ser distinguido de un estado mórbido denominado melancolía. El duelo y la melancolía pueden ser comparados, dado que ambas aparecen como reacción frente a una pérdida, y presentan un cuadro clínico similar. Sin embargo, en el caso de la melancolía, la pérdida no es conciente.

La separación de los seres queridos, la distancia respecto a la comunidad de origen, así como todo lo dejado atrás: costumbres habituales, espacios frecuentados, etc.; son pérdidas concientes que conducen a la mayor parte de los inmigrantes a un proceso de duelo. Se trata de un proceso normal, que finaliza con el transcurso del tiempo. La elaboración del duelo, permitirá que el inmigrante pueda libidinizar el lugar donde reside, encontrando allí nuevos objetos.

De ningún modo, el duelo puede ser entendido como causante de patología. Más bien, el duelo consecuencia de una migración, debería ser reconocido como un proceso que favorece la integración del inmigrante. Así lo muestran, algunos casos, que se observan en otro transcurso migratorio, el cual claramente podría ser calificado de “extremo”, por el hecho de ser no elegido, forzado por violencia extrema. El exilio político, suele ser percibido por quienes lo padecen, como una situación transitoria. En el relato de historias de exilio, es frecuente la imagen de maletas que no se des-

hacen durante años, es recurrente la idea de estar de paso. Estos relatos, evocan un período que quedó en suspenso, un tiempo que no corre, un reloj sin agujas... En esos casos, la pérdida no es reconocida; razón por la cual el duelo no puede ser elaborado. La integración se hace difícil, dado que los objetos perdidos, no son abandonados; no siendo posible entonces dejar lugar a la búsqueda de nuevos objetos. León y Rebeca Grinberg observan que, en ocasiones, entre los exiliados aparece un rechazo ante todo aquello que es asociado al país de recepción. En relación a ello, señalan que:

Este rechazo enmascara la culpa por los que quedaron, como el rencor y el odio contra el propio país que los ha expulsado; odio que, por absurdo que resulte, se proyecta sobre el país nuevo, el país que acoge. Y así, a veces en vez de ser vivido como sitio "salvador", es sentido como el causante de los males que sufre el exiliado, mientras se idealiza el hogar, con nostalgia sin fin. (Grimberg y Grinberg, 1996, p. 151)

Vemos aquí un afecto que se estanca, que queda atado al pasado y no permite establecer nuevos vínculos. Estos casos, dan cuenta de la importancia de los procesos de elaboración de duelos, como factor que posibilita la integración de inmigrantes. Una adecuada elaboración del duelo necesario ante la pérdida del contexto afectivo dejado en el país de origen, va a permitir integrar pasado y presente, cultura de origen y cultura de recepción.

Una situación opuesta suele darse en el origen de las migraciones que se producen en búsqueda de mejor calidad de vida. Antes de partir, el país de destino suele ser idealizado. Después de la llegada y luego de un primer tiempo de instalación; durante la inserción en ese país, la realidad cotidiana obligará a enfrentar otro duelo: el duelo por la pérdida de la idealización del país receptor. La elaboración de ese duelo, llevará comprender con un adecuado criterio de realidad, el contexto en el cual se encuentran. Esto posibilitará establecer vínculos durables, basados en la tolerancia y el respeto.

La elaboración de duelos forma parte del desarrollo normal del ser humano. El transcurso de la vida requiere de procesos de duelo que permiten pasar de una etapa a

otra, de una situación a otra. Igualmente, este proceso interviene, cuando se pasa de un país a otro, para establecerse allí durante un período.

El fracaso de cualquier proyecto requerirá de un proceso de duelo, al final del cual se hará posible comenzar un nuevo proyecto. En los casos en que el proyecto migratorio fracasa, el reconocimiento del fracaso, y el posterior procesamiento de un duelo, darán lugar a un proyecto diferente (retorno, intentos alternativos de integración, etc.).

5. Estrés Crónico, Múltiple e Intenso

Achotegui (2004) entiende que el efecto de los estresores, es potenciado por variados factores, entre los cuales destaca:

1. La multiplicidad (en referencia al listado de cuatro estresores por él enumerados)
2. La cronicidad (dado que se considera que esos estresores afectan la vida de los inmigrantes).
3. La intensidad y relevancia (con que califica los estresores considerados por él como "límite")

La cronicidad y multiplicidad, que según el autor, califican el estrés padecido por los inmigrantes extracomunitarios, son las características que dan nombre a este Síndrome. Si del listado de estresores enumerados por Achotegui, dejamos de lado aquellos que son definidos como duelos, encontramos que solo queda uno: la lucha por la supervivencia. Ahora bien, dado que hemos distinguido el miedo del duelo, entonces podríamos agregar, al listado de multiples estresores, el segundo y último de ellos: el miedo. Estos estresores son considerados crónicos. Ninguna referencia del psiquiatra indica la comprobación de esa cronicidad. A partir de la valoración de "límite", adjudicada por este académico, a los "múltiples y crónicos" estresores que detalla, deduce que ellos deben ser percibidos de manera excesivamente intensa. Este exceso de intensidad, es pensado por él, como capaz de poner en cuestionamiento la capacidad de adaptación del ser humano.

6. Adaptación a situaciones extremas y enfermedad mental

En este punto, se hace necesario revisar el concepto de adaptación. Ruth Benedict (1934) considera que el comportamiento humano no está orgánicamente determinado. Para ella el desarrollo del ser humano, es posible gracias a su plasticidad y adaptabilidad. A diferencia de los animales, cuyo comportamiento es instintivo; la capacidad de adaptación en el hombre, permite que su conducta se constituya de respuestas condicionadas por la cultura. De ese modo, para esta antropóloga, no existe oposición entre individuo y sociedad. Ella sostiene que el comportamiento humano puede ser medido en relación a la cultura donde se produce. La normalidad entraría determinada por la adaptación a la cultura, en tanto que, lo anormal serían excepciones, en las cuales la adaptación no se produce (Benedict, 1934).

George Devereux (1977) plantea un debate en relación a la teoría de la adaptación anteriormente expuesta. Por un lado, demuestra que esta teoría cuestiona la noción de patología. Dada la variabilidad de la cultura, si ella dictamina los límites de la salud mental, lo patológico variaría de una cultura a otra. Ubicar lo anormal en una posición de relatividad a la cultura, implica considerar que la patología no existe en sí misma. Por otra parte, hace notar que esta teoría no considera la existencia de sociedades patológicas. Basándose en Fromm, distingue la adaptación sana, de la adaptación sadomasoquista. Además distingue una adaptación interior, de una adaptación exterior (manifiesta), la cual en cierto grado es necesaria para sobrevivir en toda sociedad. Adaptarse a una sociedad patológica, solo puede conducir a la enfermedad. En una sociedad sana es posible interiorizar normas. Sin embargo, en una sociedad patológica; suele darse una conformación forzada a las normas que crea malestar, o una adaptación externa sin incorporación de normas que produce conflictos, o bien, rebelión que en ciertas circunstancias puede ser una conducta autodestructiva. Finalmente demuestra que es posible encontrar seres humanos sumamente adaptados a su cultura, cuyo estado debe ser calificado de patológico (por ejemplo, el chamán; véase Devereux, 1977). En base a lo anteriormente señalado, es posible afirmar que la adaptación no puede ser considerada índice de salud mental.

Solo la concepción de adaptación sadomasoquista, proporciona una explicación a la idea de una posible adaptación a niveles excesivos de estrés. Achotegui (2004) en-

tiende que la adaptación de la cual habla, no es posible. Incluso expresa que valora como más normal en circunstancias difíciles, estar mal que ser insensible. Sin embargo, considera a quienes no se adaptan al estrés que llama extremo, como candidatos a padecer el síndrome descrito por él. Las consecuencias de esta no adaptación, deben ser pensadas por sí mismas (no solo en comparación con una reacción menos sana). Es claro, que esta no adaptación, es índice de criterio de realidad y reconocimiento del malestar propio. Además, en caso de que esa adaptación se realizase, nada conduciría a modificar las condiciones estresantes. La adaptación mantendría estable la situación que causa el estrés. Por el contrario, la sensación de displacer emanada de altos niveles de estrés, es capaz de impulsar cambios. Entonces una incapacidad de adaptación a un malestar emanado de situaciones extremas, debería ser pensada como potencial de salud.

Para finalizar este punto, es necesario aclarar que la adaptación a una situación puntual (violencia a causa del rechazo del permiso de residencia) no debe ser equiparada con la adaptación a una cultura. Tampoco la capacidad de adaptación a una situación determinada, debe ser confundida con la capacidad de adaptabilidad a situaciones nuevas. Es posible para un inmigrante, adaptarse a una cultura nueva, sin por ello adaptarse a circunstancias específicas que enfrenta al interactuar en ella.

7. El estrés en situaciones culturales

Retomando la reflexión acerca del estrés, es preciso entender la manera en que éste es capaz de afectar a un inmigrante. Para ello, asentados en los desarrollos de Devereux (1977), requerimos distinguir estrés de traumatismo. El estrés son las fuerzas nocivas que pueden alcanzar a un ser humano. El impacto nocivo de esas fuerzas tiene como resultado el traumatismo. Devereux (1977) critica en el pensamiento psiquiátrico, la tendencia a considerar la intensidad absoluta del impacto que produce el estrés, olvidando que el sujeto puede disponer de recursos que le permitan resistirlo, o superarlo. En ese sentido, sostiene que la principal tarea diagnóstica es evaluar los recursos del paciente.

El etnopsicoanálisis muestra que las consecuencias traumáticas del estrés son relativas a la posibilidad, individual y cultural, de implementación de mecanismos de defensa

adecuados. Diferentes mecanismos de defensa pueden ser utilizados según la estructura psíquica del sujeto que los emplea, y el conflicto que requiere la intervención de estos mecanismos. Además, Devereux (1977) explica que cada cultura impone una jerarquía preferencial de mecanismos de defensa; en base a la cual se da, o se niega, preferencia al empleo de los mismos, siendo posible desistir de la utilización de algunos de ellos. Para él, un estrés puede ser traumático en las siguientes situaciones:

1. Cuando es atípico: No es esperable al interior de una cultura determinada, por lo tanto, en esa cultura, los mecanismos de defensa necesarios para atenuar el impacto no se encuentran disponibles.
2. Cuando es típico, pero prematuro: El impacto se produce antes de que el sujeto llegue a contar con los mecanismos de defensa que requiere.
3. Cuando reviste una intensidad particular: En ese caso, la intensidad depende de la manera en que el impacto es significado por el sujeto.

Para todo inmigrante un estrés será traumático, cuando desde su cultura de origen no trae los mecanismos de defensa necesarios para enfrentar una situación nueva, y aún no ha logrado adquirir los mecanismos de defensa útiles para su nuevo ambiente. Un estrés prematuro no solo afecta en función del desarrollo psicoafectivo. Es característico del inmigrante, que no habiendo incorporado aún los mecanismos de defensa requeridos en su nueva cultura, sea afectado por esta forma que toma el estrés prematuro (Devereux, 1977). Para que un inmigrante pueda incorporar mecanismos de defensa de la cultura en la cual habita, se requiere de un período de tiempo, así como de un proceso de identificación. Ese proceso de identificación está presente inclusive como mecanismo de defensa frente a la violencia de la sociedad receptora (identificación con el agresor). La cronicidad de algunos inmigrantes en situaciones desfavorecidas, puede ser explicada por el paso del tiempo sin que un extranjero logre adquirir los mecanismos de defensa requeridos en la cultura donde se ha instalado.

Un estrés puede ser distinguido como factor patológico, solo si es valorado en función del individuo afectado; considerando la significación particular que ese estrés adquiere para él, y de los mecanismos de defensa con los cuales cuenta, en base a su historia particular y al grado de integración alcanzado en las culturas de las cuales participa.

No todos los humanos, y por ello no todos los inmigrantes, pueden percibir iguales montos de estrés ante los mismos estímulos.

Volviendo al cuadro clínico descrito por Achotegui, podemos observar una ausencia de fundamento en las razones que llevan, a que este autor, adjudique una idéntica percepción de intensidad ante ciertos estresores, a un grupo de inmigrantes con orígenes culturales diversos, e historias individuales diferentes. Separando en su descripción, duelos de estresores, podemos limitar el listado de estos últimos a miedo y lucha por la supervivencia. Ellos solo pueden producir un estrés cuya intensidad debe ser medida considerando cada caso particularmente.

En inmigrantes con estadía no autorizada por el país de permanencia, el miedo a la deportación, a ser denunciado, a las instituciones que podrían detectar este tipo de residencia; alcanzará una intensidad individual variable para cada sujeto, de acuerdo con como ese temor sea significado, a causa de experiencias particulares previas que dejaron huellas. Ese miedo, por razones distintas de su intensidad, puede favorecer la presencia de problemas de salud mental. Ese temor amenazante, dificulta la participación social, impide establecer vínculos de confianza con la sociedad receptora; por lo tanto obstaculiza la integración.

Haber dejado orígenes desfavorecidos, en muchos casos no es parte de la biografía de los inmigrantes extracomunitarios sin permiso de residencia. Tampoco todos ellos deben pasar durante su estadía sin autorización, por situaciones en las cuales este puesta en juego la supervivencia. Sin embargo, teniendo en cuenta que se da a entender, que la población afectada por este síndrome, proviene de situaciones precarias, sería posible pensar que, en múltiples casos, la lucha por la supervivencia sea un estrés conocido, el cual puede ser enfrentado con mecanismos de defensa adecuados. Tal vez, la capacidad de estos inmigrantes para enfrentar situaciones de injusticia social, en las cuales se hace necesario luchar por la sobrevivencia; es la que inició el proyecto de migración, y también es la que sostiene la continuidad y el progreso del mismo.

8. Un Problema de Límites

Antes de finalizar la revisión de los estresores que caracterizan el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, es ineludible observar que:

1. La multiplicidad de estresores, no es tan amplia como se da a entender en la descripción del Síndrome.

2. Siendo que, los recursos defensivos que cada ser humano puede emplear frente a cada situación estresante, solo pueden ser conocidos de manera individual y considerando los aportes de su cultura; no es posible postular la existencia de estresores, cuya intensidad sea similar para un grupo muy numeroso de inmigrantes, que provienen de diversos orígenes culturales.

3.1. El Síndrome es calificado como un cuadro reactivo, frente a situaciones “extremas” acaecidas en determinadas circunstancias migratorias. Ahora bien, los inmigrantes llegan, en ocasiones regresan, en otras ocasiones trasladan su proyecto a otro sitio, y en muchas ocasiones se establecen. Los inmigrantes denominados sin papeles, a veces no logran transformar su situación, pero otras veces consiguen la tarjeta de residencia, y otras tantas consiguen la nacionalidad del país de acogida. La reagrupación familiar no siempre se logra en los tiempos deseados, algunos inmigrantes deben pasar largo tiempo alejados de sus parientes, otros hacen una “reagrupación” progresiva (trayendo primero a la pareja, luego a los hijos uno a uno, a veces a hermanos, padres, etc.). Las condiciones estresantes que generan este cuadro reactivo son cambiantes. ¿Cuándo esas condiciones se modifican, es posible justificar un estrés crónico que designa a un Síndrome reactivo?

3.2. Achotegui señala que la evolución del cuadro presenta variabilidad temporal: mejorías y recaídas. Esto es relacionado por él con el contexto en el cual están insertos los inmigrantes, así como con las defensas que utilizan. Si bien reconoce la acción de los mecanismos de defensa en la evolución del cuadro, no indaga respecto a la posibilidad de que estos realicen una intervención que permita superar el estrés. Aún suponiendo que el contexto permaneciese por siempre inalterable; dada la ausencia de evaluación respecto a recursos defensivos, no es viable realizar una hipótesis sobre la evolución del estrés, por lo tanto la cronicidad postulada no puede ser fundamentada.

Achotegui (2004) dice referirse a estresores “límite”, los cuales son calificados de esa manera, en base a las cuestionables características de multiplicidad, cronicidad e intensidad. En este punto cabe preguntarse: ¿Son los límites del estrés los que discriminan la situación de los inmigrantes extracomunitarios respecto de otros inmigrantes?

9. Los Síntomas que Componen el Síndrome

9.1. Un cuadro clínico inclasificable

Siendo que el Síndrome es descrito como compuesto de “estresores o duelos” y de un conjunto de síntomas, estos últimos deben ser precisados. Ellos, son clasificados por el psiquiatra, en relación a variadas áreas de la psicopatología:

1. Sintomatología del área depresiva:

- 1.1. Tristeza (a causa de duelos)
- 1.2. Llanto
- 1.3. Culpa¹
- 1.4. Ideas de muerte: se declara que no son frecuentes en estos inmigrantes.

2. Sintomatología del área de la ansiedad:

- 2.1. Tensión, nerviosismo: muy frecuente
- 2.2. Preocupaciones excesivas y recurrentes
- 2.3. Irritabilidad: no frecuente
- 2.4. Insomnio

3. Sintomatología del área de la somatización:

¹ El sentimiento de culpa es explicado como variable según la cultura. Se señala que en las culturas tradicionales se presentaría una culpa paranoide, sin embargo no se fundamentan las razones de esa especificidad cultural.

3.1. Cefalea: distinguida como uno de los síntomas más característicos del síndrome.²

3.2. Fatiga

4. Sintomatología del área confusional:

4.1. Sensación de fallos en la memoria

4.2. Fallos de la atención

4.3. Sentirse perdido y perderse físicamente

4.4. Hallarse desorientados a nivel temporal

Según el autor la catalogación de síntomas antes expuesto no permite calificar el cuadro en ninguna de las siguientes categorías:

1. Trastornos por estrés agudo: el cuadro es definido como crónico.
2. Trastorno depresivo: ausencia de suficiente sintomatología característica.
3. Trastornos adaptativos: se habla de síndrome A-adaptativo, dado que se consideran escasas las posibilidades de adaptación.
4. Trastorno por estrés post-traumático: ausencia de suficiente sintomatología característica.

Aparentemente se trata de una entidad autónoma, distinta de aquellas que puede sufrir el resto de la humanidad, exclusiva de inmigrantes (de origen extracomunitario y sin recursos económicos). Hablamos entonces de un Síndrome, que deja a estos inmigrantes, fuera de toda categoría pensada para entender el psiquismo humano.

10. Héroes no Humanos

10.1. Ulises y su odisea en las fronteras de lo humano

El cuadro clínico anteriormente descrito, posee dos denominaciones. La primera de ellas le da, el ya analizado nombre, de Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. La segunda, evocando un mítico extravío, lo designa como Síndrome de Uli-

² Otro error conceptual aparece en relación a este síntoma, ya que es explicado, apoyándose en la teoría psicoanalítica, como mecanismo de defensa, vinculado a la negación.

ses. Achotegui (2004) compara a los inmigrantes de la actualidad con Ulises. En ese sentido, escribe:

Malos tiempos aquellos en que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un Semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan solo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea (Achotegui, 2004, p. 39).

Ulises es el nombre latino dado a Odiseo. La mitología griega cuenta que Odiseo era un hombre, rey de Ítaca y héroe de la guerra de Troya. Al terminar esta guerra, emprende el regreso a su hogar, pero deben pasar diez años antes de que logre arribar a Ítaca. Las andanzas de este héroe, fueron relatadas por Homero, en sus celebres poemas épicos. La Odisea cuenta que, al final del viaje de retorno del celebre héroe mítico, una tormenta desvía su nave, conduciéndolo a las fronteras del mundo humano. Ulises era un hombre, que fue transportado a un mundo habitado por seres opuestos a la humanidad normal. La comparación entre la odisea de Ulises y la travesía de los inmigrantes que arriban las fronteras de Europa, deja entender al espacio transitado por los inmigrantes, el espacio desde el cual ellos provienen, como ocupado por seres infrahumanos. El paralelo establecido, cuestiona la categoría de humano de los inmigrantes a los cuales se refiere.

10.2. Síndrome confusional o confusión de síntomas

Cuando Achotegui (2004) explica la clínica del Síndrome de Ulises, recurre a la Odisea, a fin de explicar los síntomas catalogados dentro del área confusional. En esta área son mencionados como síntomas confusionales, el hecho de perderse y desorientarse en el tiempo; hechos que determinan las peripecias enfrentadas por Ulises. Estas situaciones suelen suceder en todo tipo de viajes (migración, turismo, etc.), siendo normales en tales circunstancias.

El foráneo que recorre un ámbito desconocido, o una ciudad que le es extraña; no maneja las referencias que le permiten ubicarse allí. Las referencias espaciales cotidiana-

nas (plaza central, catedral, arco, río, cordillera, etc.), útiles en un sitio determinado, no son aplicables a un contexto diferente. Perderse en esas circunstancias es un hecho frecuente y normal, hasta tanto se incorporen nuevos códigos de referencia. Sentirse perdido, perderse físicamente no puede ser entendido como síntoma confusional en inmigrantes. A quien haya dormido en una habitación diferente de la propia, posiblemente alguna vez le haya sucedido, que al despertar, durante unos segundos, no consiga reconocer el lugar donde se encuentre. Un espacio distinto del propio, no puede ser reconocido en primer instancia. El inmigrante logrará reconocer el lugar donde habita, y entonces le será posible orientarse en él; solo a condición de hacerlo propio. Para ello es necesario haber libidinizado sitios, hacerlos puntos de referencia que se insertan en una historia personal (la entrada del metro donde se encuentra con nuevos amigos, el parque donde lleva a jugar a sus hijos, el locutorio desde donde se comunica con sus familiares, la institución en la cual aprende la lengua del país que lo acoge, etc.). Perderse en un espacio percibido como ajeno, es síntoma de no integración.

En relación al tiempo, sucede algo similar; hay confusiones que no son síntoma de enfermedad. Por ejemplo, es frecuente confundir el día siguiente de un feriado con el primer día laborable de la semana. Ahora bien, siendo que las referencias del tiempo varían con la cultura, es esperable entre inmigrantes, la afluencia de confusiones similares. Dependiendo de la religión que se profese, el día de la semana destinado a no trabajar puede ser sábado, domingo, lunes, etc. Los días feriados son diferentes en cada país. Cuando los días que exceptúan lo habitual cambian, se pierden las referencias. Las estaciones se invierten al pasar de un hemisferio a otro, entonces los hitos que marcan el tiempo se trastocan (el brindis de año nuevo, que antes sucedía bajo las estrellas de una noche calurosa, después del traslado se realiza bajo la nieve; el cumpleaños que antes coincidía con el comienzo del otoño, luego de la migración coincide con el comienzo de la primavera; el fin del año escolar que en un hemisferio coincide con el fin de año calendárico, en el otro sucede en la mitad de este último).

Los síntomas que acaban de ser descritos, expresan una confusión: la del autor al no distinguir síntomas de patología, de síntomas de una integración no acabada (tal vez en proceso de realización).

10.3. Sobre la pérdida de identidad

Pero no es en relación al hecho de perderse en un espacio desconocido, que se apela a Ulises para designar una patología de inmigrantes. Continuando el parangón entre Ulises y los inmigrantes, Achotegui cita: “preguntas cíclope cómo me llamo...voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos” (Odisea Canto IX)” (Achotegui, 2004, p. 39). Y a continuación comenta: “Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental” (Achotegui, 2004, p. 39). La misma cita de La Odisea es retomada para explicar la presencia de “síntomas confusionales”:

La confusión podría estar ligada a con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados (en definitiva el famoso episodio de la Odisea en que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie). Así no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. ¿Cuál es el verdadero? (Achotegui, 2004, p. 47)

El ejemplo tomado de casos de menores, revela una nueva confusión, que no es protagonizada por menores, ni por inmigrantes; sino por quien diagnostica el Síndrome: Achotegui hace representante de todos los inmigrantes extracomunitarios, a los niños de la calle que emigran a España desde el norte de África. El encubrimiento de nombres que estos menores realizan, no es propio siquiera de todos los menores inmigrantes, pero se observa con frecuencia en menores transgresores de diferentes lugares del mundo. Se trata de lo que en Chile muchos niños denominan “la chapa”, niños que aunque recorren las calles, muchas veces no conocen más que algunos sectores de la ciudad en la cual nacieron.

Es necesario detenerse ante esta confusión del psiquiatra, pues ella no puede ser tomada a la ligera; ya que la asociación entre transgresión y migración nos remite a los conceptos de “irregular”, “clandestino”, “ilegal”. Estos conceptos y la representación que conllevan de manera adjunta, están presentes al equiparar inmigrantes con transgresores, o al adjudicar como causa de la “confusión”, considerada patognomó-

nica en inmigrantes, el hecho de “tener que esconderse, hacerse invisibles” (Achotegui, 2004, p. 47). Los inmigrantes considerados candidatos a adquirir el Síndrome, son discriminados por los calificativos antes enunciados. Su significado es asociado a lo oculto, lo anormal, lo criminal. Las representaciones que generan estas nociones, hacen susceptibles a quienes nombran, de ser condenados, encerrados, excluidos.

Pero la sesgada cita de la Odisea, apunta específicamente a un cuestionamiento de la identidad de los inmigrantes. Ella se manifiesta cuando se resalta el nombre “Nadie” que se da Odiseo, también cuando se duda del nombre verdadero de los inmigrantes: “un nombre diferente en cada lugar. ¿Cuál es el verdadero?” (Achotegui, 2004, p. 47) Los conceptos de “sin papeles”, “indocumentados”, que niegan reconocimiento a los documentos de identidad portados por los ciudadanos extracomunitarios, aparecen claramente reflejados en el discurso que sustenta la descripción de este Síndrome.

Denominaciones como “ilegal”, “clandestino”, “irregular”, “indocumentado”, “sin papeles”; desconocen, descalifican, niegan derechos, cuestionan la identidad. Todas ellas, antepuestas por prefijos i, in, o la preposición sin; niegan valor a quienes denominan, les sustraen reconocimiento en tanto humanos. De este modo, se inicia un camino que lleva a consentir, privarlos de sus derechos.

El discurso psiquiátrico, con excesiva facilidad asocia a los inmigrantes con una su-puesta “pérdida de identidad”. No se especifica si se hace referencia a la identidad cultural de origen (la cual más que perderse se transforma de variadas maneras según cada historia de migración); o si se trata de la identidad psíquica. Sin duda generalizar una asociación entre trastornos identitarios e inmigrantes, es un absurdo que solo puede ser afirmado sin considerar lo que se está formulando. Achotegui va más allá, relaciona el síndrome descrito por él, con síntomas característicos de trastorno por despersonalización, trastornos de identidad disociativos, etc. (Achotegui, 2002). Pero aún no se detiene allí, considera que los inmigrantes que él describe, quisieran conseguir adaptarse, pero que ellos no pueden hacerlo. Las razones que esgrime para explicarlo, es que coloca a estos hombres, fuera del sistema. Sin embargo, se trata de extranjeros que trabajan, estudian, se enamoran, tienen hijos, etc.; en un país que no reconoce su presencia. Ubicarlos fuera del sistema, es una manera de no reconocer su presencia, y con ello negar su existencia. No es extraño entonces que, los inmigrantes

cuya existencia no es reconocida al interior de la Unión Europea, no puedan ser incluidos en categoría diagnóstica alguna, dado que son tratados como inexistentes.

Achotegui, identificando a los inmigrantes que él diagnostica, con quien él cree que se denomina a sí mismo “nadie”, no hace más que reiterar, replicar y reforzar, las representaciones expresadas en los apelativos que descalifican a los inmigrantes extracomunitarios. El diagnóstico de Síndrome de Ulises repite un discurso, que niega identidad, sustrae derechos y pretende hasta llegar a negar la existencia.

10.4. Identidad y resistencia

Es necesario aclarar que Odiseo significa enojado. La palabra Ulises formada por *oulos* (muslo) e *isches* (herida), hace referencia al episodio en el cual, la marca dejada por una herida causada por el colmillo de un jabalí en el muslo del rey permite que su nodriza pueda reconocerlo después de largos años de ausencia.

La cita tomada por Achotegui (2002) para ser referida a los inmigrantes, debe ser considerada teniendo en cuenta el relato en el cual está inserta. Ulises intentando evitar ser devorado por Polifemo, lo engaña haciéndole creer que su nombre es *Outis*, lo cual significa nadie. Se trata de un juego de palabras, ya que las sílabas *ou-tis* se pueden reemplazar por *mè-tis*. Pero *mètis* significa astucia. La astucia hace parte de las características más sobresalientes de este hombre. La respuesta de Ulises es una de sus astucias, es un ardid que le permitirá escapar de la furia de los cíclopes. Luego de hacerlo, no duda de gritar su nombre, de exaltar su identidad; aún si ello implicará que Poseidón pueda identificarlo y condenarlo a terribles pruebas antes de que logre regresar a su tierra. A pesar de ellas, Ulises no admite ser tratado como nadie.

Son escasos los inmigrantes que se ven obligados a esconder su identidad, a fin de cegar el ojo del control europeo, para evitar ser deportados. En esos casos, no se trata de una ausencia de identidad, más bien se trata de una estrategia de resistencia que busca evitar ser clasificado de manera descalificante, ser tratado como sin derechos, ser tratado como nadie. No enseñar una identidad desacreditada, no mostrar una identidad que no será reconocida, es un intento de conservarla sin permitir que sea cuestionada en base a prejuicios raciales.

11. Globalización y Segregación

11.1. La demarcación de fronteras simbólicas

En la actualidad, una sensación de pertenencia a un mundo global parece desdibujar las fronteras tradicionales; al mismo tiempo las fronteras simbólicas se fortalecen. La circulación a través de límites, adquiere nuevas dimensiones. La libertad de circulación, es considerada por Bauman (1999) el principal factor de estratificación social de la edad moderna y postmoderna. Este autor muestra que los controles de identidad se refuerzan, en la medida en que se suprimen las visas de entrada (Bauman, 1999). La importante significación simbólica evidenciada por este hecho, ubica al pasaporte como frontera que permite discriminar accesos desiguales a la movilidad mundial. Los documentos se han convertido en un símbolo que encadena a un estrato social. Una categoría selecta, ha adquirido la libertad de transitar *sans papiers*. Pero, no poseer los documentos que son exceptuados de control, puede condenar a la exclusión. Hay quienes dependen de “papeles” para que les sea autorizado seguir permaneciendo en el lugar donde crecieron, estudiaron, trabajaron, formaron una familia, etc.

Las barreras establecidas para detener, a aquellos que no pueden obtener los documentos que dan acceso al “libre” tránsito, no impiden que día a día aumenten los desplazamientos geográficos. Los controles de identidad, no logran evitar la llegada de nuevos inmigrantes; pero dejan una huella que marca una discriminación entre distintos modos de haber atravesado una serie interminable de dificultades que limitan la permanencia en un territorio. Sobre bases claramente racistas se va cimentando un “apartheid” (Balibar, 1999), destinado a segregar a quienes no pueden heredar una nacionalidad determinada, o acceder por razones económicas a obtener un visa que permita la permanencia. El estigma que señala los no admitidos, no solo se estampa en quienes realizaron un ingreso no permitido; también apunta (en la mayor parte de los casos) hacia quienes fueron admitidos al interior de un territorio y permanecen allí más tiempo del permitido (sin poder renovar el permiso de residencia).

La frontera en el mundo globalizado ya no busca delimitar un exterior de un interior; su función es distinguir estatutos sociales. Las fronteras hoy, más que impedir el tránsito de personas, impiden la movilidad social. La realidad de la globalización, construye

nuevas fronteras materiales y simbólicas, que crean barreras al interior de la sociedad. Hay violentas fronteras materiales que segregan, como los campos de refugiados. También hay violentas fronteras simbólicas que repudian. Ellas pueden ser demarcadas con la emisión de una sola palabra (sudaca, chicana, moro, ilegal, etc.).

En este contexto, las fronteras creadas por discursos, se vuelven más significativas. Entre ellas los relatos sobre las dificultades que entraña cierto tipo de inmigración, pueden cumplir funciones preventivas, disuasivas, amenazantes (Sossi, 2009). La psiquiatría siendo portavoz de este tipo de discursos, puede operar en la cimentación de justificaciones a las travas impuestas a algunos estatutos de inmigrantes.

11.2. Implicancias de la detección de problemas psicológicos causados por la migración

Achotegui afirma que “Los problemas psicológicos de los sectores marginados y las minorías son sistemáticamente desvalorizados” (Achotegui, 2004, p. 51). Resulta curioso que sostenga esta declaración, durante el año posterior a haber obtenido el apoyo de los representantes del parlamento Europeo, para difundir el reconocimiento del síndrome por él detectado. El interés del Parlamento Europeo en esta “problemática de los inmigrantes”, parece contradecir la afirmación anterior. Este interés interroga en cuanto a los objetivos que lo motivan.

La descripción de un cuadro psicopatológico anunciando una enfermedad mental producto de las migraciones realizadas sin autorización del estado receptor, lo que es llamado “en condiciones extremas”, implica un claro mensaje: esta migración conduce a la locura. Este mensaje puede arribar a dos destinos. Por un lado, por medio de una difusión pública previene “problemas de las minorías”, inhibiendo proyectos migratorios. Por otro lado, si pretendemos que emigrar en ciertas condiciones es causa de problemas psicológicos; como consecuencia de ello podremos justificar el control y las restricciones a este tipo de migraciones. Entonces el acento puesto en promulgar índices que permitan detectar potenciales problemas de los inmigrantes, contribuye a implementar nuevas acciones destinadas a detenerlos y/o controlarlos. Tal vez, la tesis sobre una adaptación imposible, así como la ausencia de desarrollos teóricos sobre el tratamiento del Síndrome; esconden la intención de una indicación no formulada de

retorno. Detrás de la idea de patologías originadas por las migraciones, se escabullen alegatos respaldando una “repatriación sanitaria”. De este modo, se aportan supuestas razones de “salud mental” que pueden apoyar las deportaciones. La política de inmigración de la Unión Europea queda plenamente justificada por desarrollos teóricos confusos.

Con un supuesto llamado destinado a estimular la “sensibilidad ante las realidades sociales” (Achotegui, 2004, p. 51) de las minorías, desde la psiquiatría se contribuye a controlar y evitar la inmigración no aceptada por los estados que componen la Unión Europea. Buscando denunciar la hostilidad expresada por obstáculos legales impuestos a los inmigrantes no europeos en los últimos años, Achotegui finaliza por respaldarla.

Referencias

- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Balibar, E. (1999). Le droit de cité ou l'apartheid? En M. Chemillier-Gendreau, J. Costa-Lascoux y E. Terry (Eds.), *Sans-papiers: l'archaïsme fatal*. Paris : La découverte.
- Bauman, Z. (1999). *Le coût humain de la mondialisation*. Paris : Hachette.
- Benedict, R. (1934). *Patterns of culture*. New York: Houghton Mifflin.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. France: Fayard.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. France: Gallimard.
- Foucault, M (1972). *La historia de la locura en la época clásica*. Argentina : FCE.
- Freud, S. (1975). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Grimberg, L. y Grimberg, R. (1996). *Migración y exilio*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sossi, F. (2009). Histoires aux frontières. En C. Kobelinsky y C. Makaremi (Eds.), *Enfermés dehors*. France: Editions du croquant.