

TESIS DOCTORAL

SERENA BRIGIDI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
MENTAL Y MIGRACIÓN *LATINA* EN
BARCELONA Y GÉNOVA**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN LATINA EN BARCELONA Y GÉNOVA

Serena Brigidi

ISBN:978-84-692-7927-4/DL:T-2071-2009

Serena Brigidi

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y
MIGRACIÓN *LATINA* EN
BARCELONA Y GÉNOVA**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Josep M. Comelles
y por la Dra. Marta Allué

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona
2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN LATINA EN BARCELONA Y GÉNOVA

Serena Brigidi

ISBN:978-84-692-7927-4/DL:T-2071-2009

ÍNDICE.

AGRADECIMIENTOS.	9
«SALTAI LA SIEPE». LO STATO IRREVERSIBILE DEL CAMBIAMENTO.	12
ZENA Y BARCELONA.	19
INTRODUCCIÓN.	25
1. ANTHROPOS CAMALEONTICUS.	31
MIS YOS.	32
DEBERES Y POSICIONES.	37
DE LA DESMEDICALIZACIÓN A LAS POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.	43
LOCATION I. SENTARSE A LADO DEL PSIQUIATRA.	47
<i>Entre lo sagrado y lo profano.</i>	58
LOCATION II. DE LAS ETNOGRAFÍAS DE AMBULATORIO A LAS HOSPITALARIAS.	61
OBSERVATION I. NI PSIQUIATRA NI PACIENTE. PARTICIPACIÓN INACTIVA.	66
OBSERVATION II. OBSERVACIÓN ABSORBENTE. EXOTOPIA.	73
OBSERVATION III. DISFRAZARME CON BATA BLANCA.	81
2. SUBJECTS.	91
GÉNOVA Y BARCELONA EN EL ESPEJO.	92
<i>El éxodo ecuatoriano.</i>	97
SUBJECT I. LOCOS MIGRANTES.	104
<i>Migrantes: los “falsos mitos” de la migración.</i>	111
Follia.	122
SUBJECT II. LOS LOCOS OFICIALES: LOS PROFESIONALES.	128

3. POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS.	131
LA SALUD COMO PRODUCTO.	132
POLÍTICAS PÚBLICAS Y MIGRACIONES.	136
<i>Leyes de extranjería y derecho a la salud en España.</i>	141
<i>El marco legislativo y la asistencia sanitaria pública en Italia.</i>	152
<i>Cómo la cultura responde al sufrimiento humano: el origen de una conciencia acerca la alteridad en psiquiatría.</i>	162
MODELOS ORGANIZATIVOS EN SALUD MENTAL.	167
<i>Atención psiquiátrica y cambios en la asistencia.</i>	
<i>El manejo de la alteridad en Barcelona.</i>	169
<i>Reforma psiquiátrica en Italia. Los servicios territoriales en Génova.</i>	172
<i>Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes.</i>	176
4. ETNOGRAFÍAS PSIQUIÁTRICAS.	185
EXPERIENCIA (POST)MANICOMIAL. LA CLINICA PSICHIATRICA DEL A. O. SAN MARTINO DE GÉNOVA.	186
<i>«No tengo ningunas llaves» de acceso.</i>	
<i>Entrada al campo.</i>	192
<i>El búnker-blanco.</i>	197
<i>Las inadecuadas.</i>	206
<i>Azeide de dendê, cachaça y Tegretol.</i>	212
EL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA E D'ACCETTAZIONE DEL E.O. OSPEDALI GALLIERA DE GÉNOVA.	223
<i>El despecho de los Codici Bianchi.</i>	232
<i>Una antropóloga multifuncional.</i>	237
<i>Desigualdades en salud. Los códigos colores y los usuarios Latinos indocumentados.</i>	240
<i>La muestra procedente de Ecuador en el DEeA.</i>	244
<i>El santo lunes.</i>	246

EL SERVEI D'ATENCIÓ TRASTORNO MIGRANTE.	251
<i>3x4 metros.</i>	266
LA AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 "GENOVESE" DE SALUD MENTAL.	268
<i>Sentada en el sillón.</i>	272
VISITAS Y DERIVACIONES. SATMI Y ASL.	274
LOS PACIENTES-INFORMANTES MIGRANTES.	280
LOS CENTROS INVISIBLES DE SALUD EN GÉNOVA.	282
MUJERES AL BORDE DE UN ATAQUE DE NERVIOS.	291
EL CULTURAL BUSINESS. ¿DÓNDE COLOCAMOS LA DIVERSIDAD?	298
CONCLUSIONES.	309
ANEXOS.	319
ANEXO I. «SALTÉ LA ESPESURA». LO STATO IRREVERSIBILE DEL CAMBIAMENTO.	320
ANEXO II. LISTADO. PROFESIONALES Y EXTERNOS.	325
ANEXO III. LISTADO. INFORMANTES Y PACIENTES.	330
ANEXO IV. CATALUNYA Y LIGURIA, BARCELONA Y GÉNOVA.	334
ANEXO V. EL BARRIO DE "LA MINA".	338
ANEXO VI. PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN INMIGRADA EN AL CIUDAD DE BARCELONA Y GÉNOVA EN 2005.	340
ANEXO VII. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIFRAS OFICIALES EL 1 ENERO DE 2007 EN BARCELONA.	341
ANEXO VIII. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIFRAS OFICIALES EL 31 DE DICIEMBRE 2007 EN GÉNOVA.	343
ANEXO IX. LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA E ITALIANA EN MATERIA DE INMIGRACIÓN.	346
ANEXO X. MODELO CUESTIONARIO.	351
ANEXO XI. HIERBAS, ANIMALES E INFUSIONES CON FUNCIONES SANADORAS SEGÚN LOS INFORMANTES ENTREVISTADOS.	354

BIBLIOGRAFÍA.	359
<i>Filmografía.</i>	380
<i>Exhibiciones.</i>	381

AGRADECIMIENTOS.

«Good friends we have. Oh, good friends we have lost along the way
In this great future, you can't forget your past
So dry your tears, I seh»
BOB MARLEY¹

No sé, no había pensado agradecer esto a quienes quiero por escrito. No lo había pensado porque esas cosas siempre me parecen poco auténticas, que se hacen como deber académico. Un poco resbaladizas. Tampoco sé hacerlo en castellano formal. Pensaba decir «*grazie*» en privado, mediante una cena, una *Estrella*, un libro, un correo, una mirada..., pero el *Llibre d'estil de les tesis de la URV* me coloca en una situación ambigua con sus «*agraïments (opcional)*». Sin duda, tengo mucho que agradecer y muchas personas a las que manifestarlo, sobre todo por la *presencia* constante, el acompañamiento emotivo, el apoyo recibido...

He vivido períodos muy importantes y cambié de vida notablemente. Llegué a Barcelona sin dinero para pagarme un ticket del metro. Pensaba quedarme sólo seis meses, no hablaba castellano y sólo conocía una Barcelona *fiestera*. Llevo seis años *acá* y, sin duda alguna, el éxito de este *asentamiento* ha sido, por una parte, de Fe que consiguió que me quedase un tiempo en el mismo sitio; por la otra, de la matriculación en el Doctorado y la posibilidad de gozar de una beca predoctoral. Por ello, ante todo, debo agradecerse a la *Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca - AGAUR* - que me financió la investigación doctoral y me permitió disfrutar de dos estancias en el "extranjero". El apoyo económico ha sido fundamental tanto a nivel de independencia como de gratificación personal. Por lo tanto aprovecho también para incluir en los recuerdos a las personas que me facilitaron - cada año - la entrega de los documentos necesarios para las renovaciones, recordándome sus plazos, ayudándome en la compilación y facilitándome materiales e impresiones en el controvertido mecanismo del *papeleo*: Zoe Magí Miró y sus compañeras; Núria Martorell Vidal y a las otras administrativas del *Departament*

¹ Marley, Bob (1974), «No woman no cry», en *Natty Dread*, Universal, 3:46.

d'Antropologia, Filosofia i Treball Social y Pedro Marta. Pero, sobre todo, mis sentimientos de reconocimiento son para Marta y Commie a los que debería llamar, por ser *mis directores de tesis*, el Dr. y la Dra.... Pues, *in culo* los formalismos, que decía Danny Boodmann T.D. Lemon Novecento en el monólogo de Baricco.² Marta y Commie han sido simplemente Marta y Commie. Al dejar Italia buscaba un *maestro* y encontré a estas dos *personas* que me sorprendieron constantemente. Fueron animadores en estos años y de esta tesis, me acompañaron en todos sus pasos y especialmente lo hicieron a nivel humano. Aprendí mucho con y de ellos. Me cuidaron e incitaron, me apoyaron increíblemente y facilitaron todo lo que era posible para que yo, con mi inmensa barriga, continuara escribiendo...sin sentirme acabada por la elección de ser madre, sin sentirme culpable porque necesitaba de una siesta más... Gracias por las correcciones, por haber aprendido el *itañol*, por entender y respetar los tiempos de mi nueva realidad. Gracias por tranquilizarme y compartir conmigo la felicidad de su existencia: Dídac y Gaia. Y si, gracias a mis *mostriciattoli* por todas las veces que les obligué a ritmos frenéticos porque debería acabar la tesis antes de su "salida" y ahora por todas las veces que toman *teta&bibe* junto al ordenador... sin quejarse. A Fe, por todos los fines de semanas y fiestas pasados conmigo para «*estudiar*» cuando todo el mundo estaba de vacaciones...

A mi familia y mis amigos de *acá* y *allá* por el soporte emocional y, cuando hacía falta, económico. Sobre todo, a mis padres *silenciosamente* presentes. ¡Pensar que si no fuera por ellos jamás me habría inscrito en la Universidad! Y a Sista por las infinitas revisiones estilísticas en inglés antes de cada congreso, jornada o publicación y *l'esserci sempre e comunque*. A Ángela que compartió conmigo ideas, intercambió reflexiones y leyó todo lo que escribí en estos años. Presente en cada etapa.

Y claro, a mis informantes que por deber de *privacy* no puedo nombrar. Los *locos* migrantes y los *locos* profesionales por rebelarse, contarme, permitirme la observación, participar, enseñarme y desvelarme el mundo de la locura.

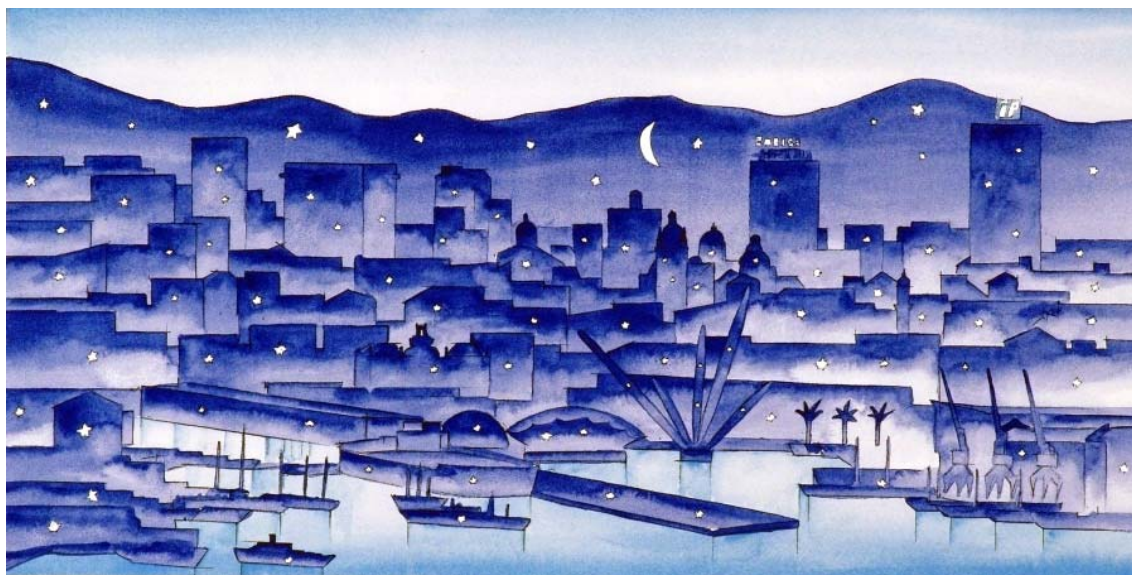
Pues, *grazie*...

² Alessandro, Baricco (2000), *Novecento. Un monologo*, Feltrinelli, Milán.

DED TO...

«...Vengo da Amburgo, vengo da Francoforte. Vengo dalla Sardegna, ma vengo soprattutto da Genova...
Genova che ci nasci, ci vivi fino a vent'anni, poi a vent'anni cerchi di trovare lavoro, e
soprattutto quando il tuo lavoro non quello di fare il giovane di studio da un avvocato oppure da un
ingegnere, ti rendi conto che è difficile lavorarci. Allora te ne vai e quando te ne sei andato inizi a
rimpiangere...»

FABRIZIO DE ANDRÈ³



SERGIO, FEDRIANI 2004, *Genova di Notte*.

³ Fragmento audio de una entrevista en TV a Fabrizio De Andrè (1982) emitida en el programa *Mixer su Retedue* (hoy *Rai Due*). Los autores del programma eran Aldo Bruno, Giovanni Minoli y Giorgio Montefoschi. «Vengo de Hamburgo, vengo de Frankfurt. Vengo de Cerdeña, pero vengo sobre todo de Génova...Génova donde naces, donde vives hasta los veinte años, pues a los veinte años buscas trabajo, y sobretodo cuando tu trabajo no es lo que hace un joven abogado o un ingeniero, te das cuenta que es difícil trabajar allí. Entonces te vas y cuando te has ido empiezas a añorar...».

«SALTAI LA SIEPE». LO STATO IRREVERSIBILE DEL CAMBIAMENTO.⁴

«Sempre caro mi fu quest'ermo colle, /e questa siepe, che da tanta parte
dell'ultimo orizzonte il guardo esclude.
Ma sedendo e mirando, interminati/ spazi di là da quella, e sovrumani
silenzi, e profondissima quiete/ io nel pensier mi fingo, ove per poco
il cor non si spaura. E come il vento/ odo stormir tra queste piante, io quello
infinito silenzio a questa voce/ vo comparando: e mi sovvien l'eterno,
e le morte stagioni, e la presente/ e viva, e il suon di lei. Così tra questa
immensità s'annega il pensier mio:/ e il naufragar m'è dolce in questo mare»
LEOPARDI GIACOMO⁵

Intro

Da bambina mia zia Adriana parlava sempre della *sua* Roma e, nonostante alcune foto provassero la mia presenza nella terra natale di mio padre e di tutta la sua famiglia, all'epoca non sapevo dove fosse questa "cosa sua". Con gl'anni, le elementari nozioni di geografia prevalsero sulla mia infinita ma innocente ignoranza, collocando Roma e le mie fotografie in una ben precisa posizione: sotto Genova. A questo punto, però, l'espressione tanto cara a mia zia si scontrava con le fugaci nozioni di grammatica italiana: o zia Adriana aveva comprato Roma, oppure avevano sbagliato ad insegnarmi gli aggettivi possessivi. La questione che mi allarmava maggiormente era che nessuno faceva obiezioni sulla *sua* Roma aumentando atroci dubbi con i quali sono cresciuta.

Anni più tardi, presi il coraggio e le chiesi, prima di tutto, sempre con quella innocenza che alle volte è micidiale nei bambini, il perché aveva quello strano rigonfiamento sul collo simile ad una pallina e poi perché Roma era sua. Non rispose alla prima domanda ne alla seguente giacché le lacrime le colmarono gli occhi vecchi e lividi. «*Roma è mia e basta* – osservó – *Roma...*».

⁴ La versión en castellano está en el Anexo I. "«Salté a la espesura». El estado irreversible del cambio".

⁵ Leopardi, Giacomo (1979), «L'Infinito», in Pazzaglia, M. *Letteratura italiana: testi e critica con lineamenti di storia letteraria*, vol. 3, Zanichelli, Bologna.

Mio padre, consapevole dei limiti di sua figlia, mi spiegò che della nostra famiglia solamente zio Luciano è rimasto a Roma e zia Adriana soffriva per la distanza, la gente e la «*vita di prima*». Nonostante la sua delucidazione non capì molto. Erano anni in cui credevo ancora al “per sempre”. Non avrei mai pensato di lasciare Genova. Cosicché, semplicemente, chiesi: «Perché non ci torna?» «*Perché non ha motivi per tornarci, la sua famiglia è qui ormai*» mi ripose mio padre. Ciò rimase un mistero, svelato anni più tardi, ad osservare dall’alto la *mia Genova* allontanarsi.

Mi sono sempre chiesta perché diavolo non c’è tornata prima in quella bella casa tra il Monte ed il Papa, prima di colorare di livido anche i suoi pensieri, i suoi gesti e amalgamare quel rigonfiamento su tutto il suo corpo.

Essere a Roma o Santa Maria Rossa,⁶ dove ha vissuto anni, non le faceva più nessuna differenza quando ritornò definitivamente nella capitale. La differenza è nostra: qualcosa in meno a cui pensare, scandalizzati da una natura crudele che ci invecchia e rimbecillisce. E Roma è ritornata ad essere un luogo più o meno sotto Genova.

First part

Anni fa una psicologa mi ha chiesto se volessi scrivere qualcosa per un congresso sul cambiamento con una prospettiva antropologica. Il tema era piuttosto vasto e l’idea poteva essere, e probabilmente con ragione di causa essendo il mio argomento “di battaglia”, parlare del cambiamento durante il viaggio e del viaggiatore.⁷ Ma l’ingombranza *in honorem* di Arnold Van Gennep e di Eric Leed nella mia testa mi avrebbero un’altra volta costretto a citare il già detto.

Poi ci sarebbe stata la migrazione, ma ho la casa piena di migrati, per giunta con trastorni vari, da collocare da qualche parte in previsione di un altro *impotente* congresso e poi, cosa peggiore, mi sarei dovuta arrabbiare con me stessa per essere o troppo accademica o così presuntuosa da non guardare in

⁶ Garbagnate milanese, Milano.

⁷ Ho discusso la tesi su “L’Ermeneutica del viaggio e la formazione dell’*homo viator*” (BRIGIDI, 2001).

faccia a nessuno e permettermi di sostenere che di definire ne ho piene le palle: *fiore e amore* sono o non sono le rime più antiche e difficili del mondo?

Così scarabocchiando su un foglio ho *disegnato* con ordine sparso: attitudine e stato, fisico e mentale, irreversibile e reversibile. Poi però mi sono concentrata sull'attitudine, perché mi sono auto-chiamata in causa. L'attitudine al cambiamento: la paura folle all'abitudine. Per questo ho cercato di andarmene il prima possibile, fossi cresciuta nell'epoca del Grand Tour ne avrei fatto un'arte quella dello andarmene, un secolo dopo mi avrebbero condannato come *aliénés voyageurs* (TISSIE, 1887) perché donna con reazioni «antisocial» (BENON-FROISSART, 1908: 289). Oggi vago, ho vagato e ho perso Genova. Questo è o non è irreversibile?

E' da tempo ormai che cerco di collocare questi poveri migrati in un discorso sensato che possa rendere felice i miei professori e non farmi vergognare per la mia banalità. Da questa mia guerra interiore tra l'essere «sobria e rigorosa» [Prof. G.]⁸ o permettermi di considerare la follia *estrema saggezza* (DICKINSON, 1997) ne è emerso un dolore per le terre lontane e definitivamente morte, i ricordi avvolti dalla commozione e le lacrime per le canzoni che citano la patria. Io che italiana non mi ci sono mai sentita, mi scopro a piangere, al capodanno Buddista a Barcellona, su un "O sole mio" disarmando il povero cantante lirico tibetano. Ogni Fratelli d'Italia - qui ammetto che c'è anche una carriera olimpica mancata - mi faceva «tremare il cuore e smettere di respirare» (VASCO, 1993):⁹ la patria, la casa, la *mia* Genova e i *miei* pazzi migranti.

⁸ La mia tesi di laurea durò tre lunghissimi anni. Il direttore era un personaggio peculiare e molto eccentrico della mia università. A lezione o nei colloqui potevamo interagire con lui solo dandogli del *voi*. Per poter dar la tesi in pedagogia, la sua materia, ho dovuto sottopormi a una serie di prove culturali per dimostrargli che ero all'altezza di condurre una ricerca. Probabilmente decisi di concentrarmi nella sua disciplina solo ed esclusivamente per la grande sfida che questo rappresentava. Un uomo duro, estermamente formale, preciso e distaccato. Di notevole cultura. I tre anni seguenti furono caratterizzati da attacchi di diarrea ad ogni revisione e lezioni su come avrei dovuto comportarmi («non appoggiare le mani sulla *mia* scrivania»; «stai dritta con la schiena», etc.) parlare («non chiamarmi mai *tuo* professore, non sono *tuo*») e vestirmi («non metterti profumo»; «non usare questi colori sgargianti»; «Brigidi: devi essere sobria e rigorosa!»).

⁹ Rossi, Vasco (1993), «Gabri», in *Gli Spari Sopra*, Emi, 4:33.

Abbiamo collocato qualche scatto in bianco e nero sulle pareti, ma Genova sembra lontana. Perfino Pegli,¹⁰ così odiata e maledetta, è quel posto incantevole dove c'è sempre qualche grado in più rispetto a Genova.¹¹ Difficile ammettere che quando sto male ricorro alla meditazione yogica permettendomi notturne camminate nei vicoli, assaporando la vista da Spianata e impregnandomi di salsedine a Boccadasse. Beato te che la siepe l'hai solo guardata, vecchio *storpio* amico.¹²

E poi come lo spieghi all'emerito psichiatra che noi stranieri abbiamo chiaramente dei disturbi, anche mentali, forse soffriamo d'ansie ed insonnie, ma non per questo abbiamo bisogno e soprattutto accettiamo di essere definiti affetti da Sindrome di Ulisse.

Non oserei neanche chiamarla nostalgia, malinconia o «*melanconioia*» (MASINI, 1991),¹³ è qualcosa che si avvicina molto di più alla consapevolezza di una mancata appartenenza. E credo che qui gl'anni dell'esperienza giochino un ruolo determinante. Io non ci avrei mai creduto, ma mi sto convincendo sempre più che Genova non è più mia. O meglio, nel pensiero esiste ancora, ma nella realtà ti respinge lontano uccidendo ogni ragione di *nostos*. Lasciandoti sospeso a fluttuare.

Mi sono chiesta ancora poco tempo fa perché Sepulveda, avendo terminato il suo esilio, non tornasse in Cile. Poi, mentre camminavo nelle mie zone, dove però non trovavo più le mie impronte, ho forse intuito che ha paura del cambiamento, ha il terrore di non trovare ciò per cui è andato avanti lottando e per cui ha sopportato le violenze, i soprusi e le umiliazioni *hasta el exilio*. E se poi torni e scopri che la tua rugosa terra si è sottoposta ad un *lifting*?

¹⁰ Pegli è il quartiere sulla costa di ponente dove sono cresciuta e dove ancor oggi vivono i miei genitori.

¹¹ Le persone che vivono nei quartieri centrali di Genova considerano Pegli come periferia cittadina. Esistono diversi battibecchi locali su questo. Le persone che vivono in queste zone hanno sviluppato vere e proprie teorie sulle qualità del ponente genovese, una di queste consiste nel clima mite e temperato di Pegli rispetto al centro.

¹² La mia professoressa di italiano, Giovanna Maistrello, si arrabbiava moltissimo quando leggeva o ascoltava che Leopardi elaborò il suo prezioso materiale solo perchè era *storpio* e malato.

¹³ Masini, Marco (1991), «Malinconioia», in *Malinconia*, Ricordi, 4:45. La parola malinconia, formata da *malinconia* e *paranoia*, è entrata ufficialmente nella lingua italiana. Consultare il Vocabolario della lingua italiana di Devoto, G. e Oli, G. C. (2002), Le Monnier, Firenze.

Ma ancora di più, non è il nuovo ristorante stelline effervescenti del Gambero Rosso aperto in un luogo dove solo chi era veramente audace si inoltrava, e neanche gli amici accasati, ingrassati con il pacchetto “macchina-figli-mutuo”, ma perché è proprio lei, Genova, quella vecchia bella signora, si è stancata di aspettarti sull’uscio di casa.

Infondo, tornassi indietro, cambierei solo il giorno della mia laurea e forse il mio direttore di tesi, null’altro.

Non perché non t’amassi, mia Genova, ma dovevo *buscarme la vida*. Forse è vero che «*sei bella solo da ricordare*» (DE ANDRÉ Y BACCINI, 1990)¹⁴ e semplicemente troppo voluminosa da portarsi dietro.

Second part

O sarà il ricordo il soggetto al cambiamento?

Questa mi sembra un’altra buona osservazione, lo sanno tutti infondo, che il ricordo storpia e tutto può essere storpiato.

La questione poi è solo questa: ti senti straniero anche a casa tu. Ecco perché zia Adriana è tornata nella *sua* Roma solo da rincoglionita, perché mio padre ci va ai funerali e Sepulveda se ne resta tra le sue belle frontiere immaginarie: abusando di un’Europa meschina e insensibile.

Il fatto è questo: hai finito la colla, o hai bisogno di fare due fotocopie, a Genova andresti a colpo sicuro, sai anche quando ti costerebbe, ma a Barcellona ti ritrovi a girare a vuoto tra cemento sciolto dal caldo e qualche *cucarachas* boccheggianti invano: chiaramente non sai dove andare. Poi, un mese dopo, ti ritrovi a Genova, saltando i lavori ancora in corso per *Genova2004* e schivando i topi nostrani alla ricerca di un qualcosa che non sai più dov’è o forse non te lo ricordi più. Le idee si chiariscono, ti osservi tra una massa che non vuole più sapere chi sei, il fascino dell’esotico finisce presto, gli amici stanno investendo per il futuro, cerchi di tornare a casa ma i treni hanno aumentato il loro ritardo medio, e ti ritrovi a visualizzare la tua città anche quando ci sei immerso.

¹⁴ De Andrè, Fabrizio e Baccini, Francesco (1990), «Genova blues», in *Il pianoforte non è il mio forte*, CGD, 3:44.

Che cosa sta cambiato?

Ti aspetti che il mondo si fermi quando torni, ti aspetti di raccontare ed essere ascoltato ed, anche, qualche festa in tuo onore. Sicuro di trovare un piatto di spaghetti come prima garanzia dell'essere a casa sottostai ad una timida insalata e della frutta *Made in Spain*. Perfino la tua pizzeria preferita è in ferie e il proprietario è morto. Chiedi, con faccia da dispersa, dove si trova la fermata del 17 a persone che a malapena riconoscono il tuo adorato, tranne quando parli l'inglese, accento *zeinese* e non ti guardano in faccia, appostando strategicamente la borsetta dietro la schiena. Allora, per eccesso di scrupolo, chiedi anche se il 17 arriva sempre all'Ospedale San Martino ottenendo solo un movimento del capo.

Loro vanno avanti, tu spesso resti fermo ad immaginare quel modo senza di te e non lo vedi poi così bene. Ma alla fine è la stessa cosa senza di te *acá e allá*, ed è lungo 'sto viaggio caro Arnold, il passaggio tra i due mondi tu lo definivi *marge*, io ci sto affogando come unica realtà - scelta - d'esistenza.

The end

I *miei* migranti se la ridono, osservandomi quasi con pena: «*te la sei scelta veramente tu?*» Chiedono. «*Spiegaci - aggiungono - noi ci infiliamo in stive di precarie imbarcazioni affrontando scarafaggi, odori nauseanti e il rischio di due calci in culo arrivati a casa tua*». Ho preso un aereo - penso in silenzio - offerte ryanair: 25 euro andata e ritorno Barcellona - Torino. Mi giustifico sottolineando che sono in cerca di esperienze, sono una viaggiatrice, ancor meglio, sono un'antropologa, forse nata in un secolo sbagliato mi suggerisce un implacabile e noiosissimo Goethe ricordandomi sempre che *Bildung ist immer Umbildung*¹⁵ (avrei anch'io raccolte farfalle esotiche o percorse le strade sacre del Tibet come Alexandra David Néel)

Loro continuano ad osservarmi, occhi intensi, innate danze nei loro gesti «*ma perché non te ne torni a casa tua*». Azzittisco Goethe e con le lacrime agli occhi dico che non so dov'è casa mia.

¹⁵ "La formazione è sempre una trasformazione", Johann Wolfgang von Goethe.

Maternamente mi sorridono: «*capirai, cambierai e tornerai. Sempre si torna.
Come i salmoni, almeno da morti*».

Mia, speremü¹⁶ di trovare la strada.

Barcelona, 2005.



ZIA ADRIANA (1918-2005).

Roma, 18 de agosto 1935. Archivo fotográfico de Giancarlo Brigidi.

*«Amai trite parole che non uno
osava. M'incantò la rima fiore
amore,
la più antica difficile del mondo.
Amai la verità che giace al fondo,
quasi un sogno obliato, che il dolore
riscopre amica. Con paura il cuore
le si accosta, che più non l'abbandona.
Amo te che mi ascolti e la mia buona
carta lasciata al fine del mio gioco»
SABA UMBERTO¹⁷*

¹⁶ Espressione in genovese: “Guarda, speriamo”.

¹⁷ Saba, Umberto (1961), «Amai», in *Il Canzoniere (1900-1954)*, Einaudi, Torino.

ZENA Y BARCELONA.

«La malinconia ha le onde come il mare ti fa andare e poi tornare (...)
la malinconia si balla come un lento la puoi stringere in silenzio e sentire tutto dentro è sentirsi vicini e
anche lontani è viaggiare stando fermi
è vivere altre vite (...)
sembra quasi la felicità, sembra quasi l'anima che va
il sogno che si mischia alla realtà puoi scambiarla per tristezza ma e' solo l'anima che sa (...)
e sentire che tutto si può perdonare, che tutto è sempre uguale
cioè che tutto può cambiare è stare in silenzio ad ascoltare e sentire che può essere dolce
un giorno anche morire (...).»
LUCA CARBONI¹⁸

Zena¹⁹ è la mia città natale. El objeto y la causa de un trastorno obsesivo. En gran medida esto depende de mi sentimiento de culpa por *dejarla* y de los recuerdos atormentadores del por qué - ¿para qué? - me voy. Constantemente necesito volver, si bien busco la distancia como único elemento “sano” para tener una relación con ella. Génova personifica la causa para irse y el motivo del retorno. Siempre.²⁰

Génova es mi ciudad.

Me duele pensar que mis hijos no han nacido allí. Me alegra saber que allí no crecerán. Génova es mi vida, mi contradicción constante, mi elemento característico, mi linfa vital. Es el espejo para encontrarme, dormir profundamente, sentarme y respirar. Es mi patria,²¹ mi nación, mi casa.

¹⁸ Luca, Carboni (2006), «Malinconia», en *Le band si sciolgono*, 4:42.

¹⁹ Zena es el nombre de Génova en dialecto ligur. “Génova es mi ciudad natal”.

²⁰ El tema del *volver* está elaborado en muchos poemas y canciones de migrantes. A lo largo del texto algunas serán referidas. La siguiente cita es de la canción de Cappello Mario y Margutti Attilio del 1925 “Los migrantes genoveses” comúnmente conocida como “*Ma se ghe pensu*” que trata la historia de un migrante genovés transferido a Latino América. «*Ma o figgio o ghe dixeiua: "No ghe pensâ a Zena cöse ti ghe vèu tornâ?!" (...) o figgio o l'inscisteiva: "Stemmo ben, dove ti vèu andâ, papà?.. pensiamo doppo, o viägio, o mâ, t'è vègio, no conven!" - "Oh no, oh no! me sento ancon in gamba, son stüffo e no ne posso pròprio ciû, son stanco de sentí señor caramba, mi vèggio ritornamene ancon in zû...Ti t'è nasciûo e t'æ parlou spagnollo, mi son nasciûo zeneize e... no me mollo!"*»

²¹ Recordando las palabras de Schopenhauer, Roberto, migrante italiano «*desde Roma hasta Sitges*», declara en su entrevista que la «*Patria [es] patrimonio de los ignorantes*» (entrevista del 1 de diciembre, 2008. Disponible en <http://espatriati.wordpress.com> [consulta el 1 de diciembre, 2008]). No puedo negar que una parte de mí está perfectamente de acuerdo con la expresión; la otra, la que se percibe como auto-exiliada, ha tomado aquella clase de coraje consigo misma para apreciar el concepto de patria, nación e identidad y aquí declararlo liberalmente.

Me conmuevo cuando regreso y lloro cuando me voy. A veces, también lloro cuando pienso en ella, tan voluminosa en mis pensamientos. Se involucra deslumbrante en mi presente y difícilmente perdona las ausencias. Supuestamente, Génova es mujer; a menudo incomprensible en su extraño equilibrio de maternidad, sensualidad y crueldad. Si tuviera que describirla en tres palabras diría: vieja, quisquillosa y puta. Génova es una de aquellas ciudades que para dejarse admirar te pide una regla: vivir lo cotidiano *con, dentro, y por* ella, al contrario de Barcelona que muestra con entusiasmo su rostro de “apariencia” y jamás presta atención a quién eres. Aunque esto no pueda parecer un cumplido, es uno de los atributos que más amo de la capital catalana: pasota indiferencia y anonimato. Barcelona no te necesita, Génova te involucra. Claro, esto ocurre al principio. La capital catalana te acoge espléndidamente casi mareándote con todos sus “brillos”: el clima, la libertad, la multitud de personas, la diversidad presente, la sensación placentera de divertimento que se respira en las calles, los gastos reducidos y una infinidad de oportunidades. El paraíso a 900 Km. de *casa*.

Barna es «poderosa»,²² mutante y, al igual que Génova, supuestamente puta. Al cabo de seis meses Barcelona reivindica un intercambio y se pone drásticamente dura, difícil y feroz. Si quieres vivir en la ciudad tienes que contribuir. De otra manera queda como una bella muñeca imperturbable a tu presencia y te consume las energías y todos los bienes. Justamente, la *Ciutat Comtal* empieza a pedir seriedad alejándose de la imagen de “país de juguete” con el que se había presentado. De repente se revela cara, selectiva y discriminadora, se descubren nuevas realidades que van más allá de las Ramblas, las *Estrellas* consumidas en las calles y las tiendas. Brotan las dificultades lingüísticas,²³ logísticas, laborales. La veneración por el turista

²² «*Barcelona es poderosa, Barcelona tiene el poder*» son letras de la canción de Pere Pubill Calaf, en arte Peret, «*Gitana Hechicera*», en *Gitana Hechicera*, PDI, 1992, cantada a la apertura de los XXV Juegos Olímpicos celebrados en la capital, 4:25.

²³ Para la mayoría de los extranjeros entrevistados el catalán representa un obstáculo para la integración y «sentirse completamente bien» [Alex, 2008]. La falta de información sobre la cuestión idiomática (se piensa siempre en un bilingüismo) y su importancia en la definición (y defensa) de la identidad catalana. Por otra parte, la lengua fue prohibida en la escuela, en el gobierno y en las editoriales en 1714 por Felipe V a causa de la posición elegida por la

desaparece, tu pasaporte europeo vale lo mismo del de un *extracomunitario*,²⁴ y sin recursos no encuentras ni piso ni trabajo. Aquí nunca te admiran por proceder del *bel paese* como lo hacen – ahora –²⁵ en EE.UU. o en el Reino Unido ni tu titulación tiene un valor añadido. En Barcelona las cosas hay que demostrarlas cada día. Ninguno se espera ni se imagina *quan «covarda, i cruel i grollera»* (MARAGALL, 1981) *pot ser aquesta ciutat*: te pide algo y te regala el anonimato.²⁶ Parece un juego perverso. Y debo ser honesta: a mi me encanta y, por absurdo que parezca, me relaja. A veces no tener rostro ni pasado es una gran ventaja. Me amalgamo con el flujo de gente que cruza la “ciudad del ensanche” y este privilegio, claramente, lo pago muy caro. *Barna* para mí es eso. Una ciudad adoptiva que me devuelve infinitas posibilidades de huída y aquella cara de la libertad representada por el anonimato.

Barcelona es mi otra casa. Y, evidentemente, hablar de mis dos ciudades significa también incluir a sus *extrañas* gentes. Los *barcelonins* siguen siendo, en muchos aspectos, un misterio no resuelto. Defienden su espacio, su territorio; son gente orgullosa,²⁷ personas que no te hablan ni consideran sino no es necesario (y casi nunca lo es). Dicen de ellos mismos «*somos prudentes*» [Pep],²⁸

comunidad durante la guerra de sucesión. En el 1939 Francisco Franco reiteró la interdicción sin mucha eficacia hasta que en el año 1966 la lengua fue vetada oficialmente (obligando a cambiar los nombres de las calles, tiendas, etc. en español) (HUGHES, 2004).

²⁴ Se que la expresión resulta políticamente incorrecta. He querido llevar al extremo una sensación que recogí a lo largo de los años entre migrantes europeos y mis experiencias personales. Una percepción de desprotección y sobre todo de engaño por parte de la Unión Europea que si nos permite viajar libremente entre un estado miembro y el otro, parece no haber abolido las fronteras burocráticas entre ellos. Nos encontramos con situaciones administrativas paradójicas: según qué ente público necesitamos o el pasaporte o la *carta d'identità* o el NIE (Numero de Identificación Extranjero, es decir un vulgar y poco práctico papel A4), sin hablar de la titulación de estudios universitarios que a pesar del tiempo y de los costes elevados (personalmente tardó 2 años y pagué unos 120 euros en traducciones oficiales) es necesario homologar entre Italia y España.

²⁵ Claro, *ahora*. Precedentemente los italianos migrados eran los *black olagoas* para los estadounidenses, *dinos* (perros selváticos) para los australianos. «*Bel paese, brutta gente*» decía el escritor Gatterer Claus (STELLA, 2007).

²⁶ «*Tal com ets, tal te vull, ciutat mala:/és com un mal donat, de tu s'exhala:/que ets vana i coquina i traïdora i grollera,/que ens fa abaixar el rostre/Barcelona! i amb tos pecats, nostra! nostra! Barcelona nostra! la gran encisera!*» (MARAGALL, 1981).

²⁷ «*Meravellat d'haver nasciut aquí*» (MARAGALL, 1981).

²⁸ Chico catalán. Forma parte del Grupo Informantes Informales. Conversación informal en el 2007.

hacen del *seny* su principal característica nacional (HUGHES, 2004),²⁹ aunque a la mayoría de los extranjeros les parecen «fríos» [Filippo].³⁰ Pero representan el ingrediente especial de esta ciudad y sin ellos, Barcelona no sería *la gran encisera* (MARAGALL, 1981). Muchos viven una guerra contra todo los demás, reivindicando un pasado cruel y aún poco conocido en el exterior. Otros simplemente te piden «*respeto*» [Laia]³¹ ya que Barcelona no es los Erasmus «*para aprender español*» [Filippo], ni el turismo de paella y flamenco, no es los ríos de alcohol, droga y meadas que por la noche repintan su hermosísimo casco antiguo. Te obligan a una conciencia política: «*Catalonia is not Spain*»³²; «*Som una nació i tenim el dret de decidir*».³³ Como lo genoveses, los barceloneses son gente sencillas al igual que difíciles. Diría que son más bien personas de montaña que de mar. Mientras que los *zeneixi*³⁴ son esencialmente pesqueros,³⁵ «*gente di mare*»,³⁶ esquivos, «*pien d'ogne magagna*»³⁷ (DANTE, 1956: canto XXXIII

²⁹ El autor analiza los significados de este término, traducible como «sensatez, sentido del orden instintivo y fiable (...) una virtud agreste (...). Imagen volcada del donquijotismo castellano» (HUGHES, 2004: 27).

³⁰ Estudiante italiano en Erasmus a Barcelona forma parte del Grupo Informantes Informales. Conversación informal en el 2004.

³¹ Mujer catalana. Forma parte del Grupo Informantes Informales. Conversación informal en el 2003.

³² Lema muy utilizado por las campañas nacionalistas del JNC (*Juventut Nacionalista de Catalunya*). Ahora es más común encontrarse papel informativo en diferentes idiomas sobre la “cuestión catalana”. El 4 de agosto de 2008 la opinión pública volvió a interesarse al tema en consecuencia de la exposición del manifiesto de 30 metros «*Catalonia is not Spain*» en el Terminal de las Llegadas del aeropuerto de Reus (Tarragona).

³³ Manifestación celebrada el 29 de noviembre, 2008 en Barcelona, organizada por *Plataforma pel Dret de Decidir*. Véase <http://www.tenimeldretdedecidir.org/> [consulta el 1 de diciembre, 2008].

³⁴ Genovese en la forma dialectal.

³⁵ Lo de mar y montaña se ve bien reflejado en los platos tradicionales de las dos ciudades. La genovesa además de platos de pasta típica (trofie, pansotti, etc.) y tarta de verduras, tiene *orata alla ligure* (dorada al horno con piñones, olivas negras y aceite), *burrída* (moluscos en salsa con verduras), frito de pescados y *stoccafisso accomodato* (bacalao con tomate, olivas negras, piñones, ajo en salsa). La catalana está impregnada de carne a la brasa, butifarra, *peus i galtes de porc* y verduras de temporadas estofadas (*trinxat*) o a la brasa (*calçots*).

³⁶ «*Gente di mare che se ne va/ Dove gli pare, dove non sa/ Gente che muore di nostalgia / Ma quando torna dopo un giorno muore / Per la voglia di andare via*» letras de la canción “Gente di Mare” de Umberto Tozzi (1999), en *Bagaglio a mano*, lyrics, 3:53.

³⁷ Literalmente: «lentos de cada imperfección». Aunque el término “*magagna*” en el caso específico usado de Dante creo que se pueda hacer derivar de la palabra genovesa “*mugugnare*” entrada de uso corriente en italiano con el sentido de murmurar y refunfuñar, y conocida como característica identitaria de la gente di Génova. Véase también el interesante artículo de De Vito Anthony (1951) «Dante's Attitude toward the Italian Cities in "The Divine Comedy"», en *Studies in Philology*, Vol. 48, No. 1, pp. 1-14.

v. 151- 153), ellos viven – vivimos – una relación de odio y amor, rechazo y acogida, ganas de irse y de nunca salir de la ciudad que se transmite también en el trato con el extranjero. El genovés está menos acostumbrado al turismo y al caos y por lo tanto – aún – se presenta con una actitud más abierta a los demás. No obstante, odia visceralmente los cambios si bien estos aportarían mejoras.³⁸ Curiosamente, ambos gozan de la mala fama de ser tacaños.³⁹ *L'avara povertà...*

Génova y Barcelona son ciudades que se llevan tatuadas en el alma. Son centros voluminosos y de mucho poder emotivo. Por eso representan algo más que un escenario del trabajo de campo. En plena regla *Zena* y *Barna* se convierten en sujetos “vivientes”, participantes, dinámicos y activos en la realidad del *terrain*.

**...a Genova
y mi gente...**

³⁸ Según Hughes (2004), otra característica del *seny* catalana es también el rechazo a las novedades, algo que genoveses y barceloneses tienen en común.

³⁹ Existen hermosos chiste sobre la actitud avara de genoveses y barceloneses. Véase por ejemplo: http://spazioinwind.libero.it/paolore/cult_tradiz/barzelle.html [consulta el 12 de diciembre, 2008] y <http://www.rincondeschistes.com/nacionalidades/catalanes.html> [consulta el 12 de diciembre, 2008].

INTRODUCCIÓN.⁴⁰

«Puedo yo dudar si esa cosa que veo delante de mí exista, hay posibilidad de un engaño, por lo que debo eliminarla la afirmación de la existencia, no hacer ningún uso de ella; pero lo que no puedo eliminar, lo que no está sujeto a ninguna duda, es mi experiencia de las cosas (la aprehensión que percibe, que recuerda o de otra clase), junto con su correlato, el completo “fenómeno de las cosas”»

EDITH STEIN⁴¹

En esta tesis doctoral me propongo de mostrar el *significado* del trabajo etnográfico en diversos dispositivos de atención a la salud mental en dos contextos: Barcelona y Génova. La investigación se centra en los pacientes migrantes procedente de América del Sur y los profesionales socio-sanitarios que trabajan en dicho centros. Inicialmente mi objetivo consistía en una etnografía de los centros de salud donde llevé a cabo el *terrain*, cuidando tanto los sujetos principales del estudio - migrantes y profesionales - y las instituciones, su funcionamiento y la legislación específica que regula el acceso a los sistemas públicos de salud en España e Italia. A pesar de la relevancia de aspectos como la relación médico-paciente, las *illness narratives* recogidas, el *idiom of distress* (o su ausencia) en la elaboración del diagnóstico, el significado de la *diversidad cultural* en salud y la observación de las barreras en el acceso y en el desarrollo del sistema de atención, enfermedad y cuidado me enfrenté a numerosas dificultades técnicas y éticas que, como etnógrafa, no pude omitir en la redacción de este elaborado. Estas se convirtieron en *el otro objetivo*, inicialmente no previsto, de esta tesis. Las investigaciones precedentes en materia de migración y salud habían prescindido de los problemas del antropólogo *in and out* del campo, reduciéndolos a un nivel puramente burocrático o al de la indiferencia con la que el sistema médico *acogía* la figura del antropólogo. Pero quedaban otras cuestiones para describir y analizar.

⁴⁰ Este párrafo ha sido escrito en un segundo tiempo a la elaboración de la tesis y representa la versión oficial de la introducción, la más académica. La *oficiosa* está en el apartado “Mis yos”, página 32.

⁴¹ Stein, Edith (1995), *Sobre el problema de la empatía*, Universidad Iberoamericana, Lomas de Santa Fe.

El contexto sanitario es incluyente, *absorbente*, al mismo tiempo que inactivo, a-terapéutico y, por ende, puede ser frustrante, generar angustia y prejuizar la investigación. Esas dificultades representaban un reto para llevar a cabo la investigación. Me observé vacilando, cometiendo errores de procedimiento (GUBER, 2004) y sufriendo. Me sentí exhausta, en vilo entre la etiqueta local del psiquiatra y la del paciente-informante. Y las dos no coincidían entre ellas ni con mi propio protocolo. Estuve siempre en un precario equilibrio entre lo *sagrado* y lo *profano*. ¿Con qué estrategias se enfrenta el antropólogo a su propio sufrimiento y al de los demás? ¿Cómo consigue mantener un papel de observador estático cuando todo lo que necesitaría el paciente-informante es un abrazo, una palabra o una *presencia*? Esas y otras cuestiones acerca de las estrategias de acercamiento al campo y de las metodologías utilizadas para elaborar las entrevistas me llevaron a desarrollar una reflexión sobre mi profesión, sobre el *terrain*: la antropóloga en el medio sanitario. Antropóloga con y sin *bata*, persiguiendo informantes, desmayándose frente a las “enfermedades contagiosas”, exponiendo cuerpo y alma a la *locura*, a la sangre, al dolor extremo, a la muerte. ¿Cómo *debe* y *puede* comportarse una antropóloga? La estaticidad de mi posición – a lado del psiquiatra – las reglas bien definidas del escenario ambulatorial o del contexto hospitalario, donde es el médico quien ocupa un rol activo, mientras que el antropólogo – invisible – observa sin responder ni confirmar las dudas del paciente-informante, le obligan a reflexionar sobre *cómo* observar, *qué* y también sus *por qué*.

Además de la propia etnografía en migración y salud mental, la tesis se articula sobre dos niveles vinculados intrínsecamente el uno con el otro: un ámbito *práctico* y otro *timico*.⁴² El primero incluye reflexiones sobre el *cómo sobrevivir* en el mundo jerarquizado de los médicos, *ajeno* y *exótico* para una “humanista”. Las metodologías adoptadas para desenredar los juegos de rol y de poder entre profesionales, compañeros, tutores, mediadores, pacientes, informantes y la interacción con los familiares durante las consultas, en las

⁴² Del griego *timòs*, alma, espíritu. La palabra tímico, utilizada por Leopardi, tiene relación con los sentimientos y las expresividades afectivas.

waiting rooms o en su propio domicilio, están recogidas en el primer capítulo. Igualmente, en ese apartado, intentaré establecer los *deberes* y las *posiciones* de un antropólogo en el contexto de campo, incluso sus límites. Mi(s) identidad(es) de migrante e investigadora. La conciencia de *In-der-Welt-sein*,⁴³ de una *presencia* y también su *pérdida* no solo a causa del auto-exilio sino de las dificultades encontradas en la sociedad *acogedora*⁴⁴ y, en general, las que la misma vida implica e impone, me hacían sentir terriblemente próxima a unos pacientes e informantes que eran, naturalmente, también migrantes. Mi rol resultaba a veces mutable, inestable, en constatación de redefinición en acuerdo y desacuerdo con las reglas proxémicas del espacio donde elaboraba las observaciones. Otras veces estaba tutelado, protegido de la institución médica o del *disfraz*. Esto me permitió reconocer el poder de la *bata* e incluso de los espacios donde me encontraba y de cómo *ser sin hacer* me hacía vacilar. La ausencia de movimientos, del quehacer clínico, de praxis, de gestos y de palabras médicas me indujo a elaborar el concepto de *Anthropos Camaleonticus*, título del primer capítulo. *Anthropos* del latino *hombre*, revela la *persona*, la *subjetividad* presente y la implicación con el objeto de estudio. El segundo término, latinizado, reenvía al cambio, a la transformación que sufrimos, actuamos, gestionamos durante el trabajo. *Anthropos Camaleonticus* encierra la idea de la adaptabilidad, de la capacidad de mutación del antropólogo. Nos describe como si fuésemos “especies raras”. Cosa que sí, por cierto, somos.

El otro ámbito consiste en la experiencia psiquiátrica, la vivencia personal del antropólogo.⁴⁵ Esa *inners erleben*, experiencia interior, ubica la atención en el concepto de *expresión, narración, escucha y comprensión*. Las “experiencias psiquiátricas” son un encuentro con los sujetos durante el *terrain*.

⁴³ *Estar-en-el-Mundo*, Heidegger (1927) definía así el carácter ontológico-existencial fundamental por el *Dasein*.

⁴⁴ En todo el texto, el concepto *acogedor* (indicado siempre en cursiva), será utilizado en términos irónicos. Ninguna sociedad eurooccidental puede definirse como *acogedora* en relación a los migrantes, Véase Dal Lago, 1999.

⁴⁵ El filósofo historiador americano Eric Leed evidencia como es posible revisar en la raíz indoeuropea de la palabra “experiencia” - *Per - los significados de tentar, poner a prueba, arriesgar. El contenido semántico de esas palabras es todavía reconducible al término “peligro” (LEED, 1992).

Y en esta línea transcurren los otros capítulos. Así, el segundo apartado está dedicado a los *subjects*. Oficialmente son los *locos* migrantes y los profesionales de la *locura*, principalmente psiquiatras y enfermeros, incluso algún médico pediatra, neurólogo o ginecólogo con quien *tropecé* durante el campo. Aunque abrí un espacio a la *folllia*, la protagonista silenciosa de este texto. Omnipresente, aleatoria, engañosa, controvertida, mística *locura*. Lo mismo hice con los contextos donde se llevó a cabo el campo: Génova, *la mia Genova*, y la *ciutat comtal*, la poderosa y *adoptiva* Barcelona a las cuales dedico un espacio.

En el tercer capítulo me ocupé de las políticas y de la legislación que regulan la entrada de extranjeros en el territorio de España e Italia y el acceso a los sistemas públicos de salud. Es decir, la diferencia en la organización y en la prestación de servicios; las leyes de extranjería que regulan y vinculan el derecho a la salud en ambos los contextos y luego, más detalladamente, los modelos organizativos en higiene mental en la realidad local de los centros examinados. Este capítulo es propedéutico a la presentación etnográfica de los escenarios de campo. La conciencia del grado de diversidad presente en los centros y el proceso de mestización consiguiente a las migraciones transnacionales y presente en el proceso de atención/enfermedad/cuidado precisa, cómo observa Martínez-Hernández (2006) la formulación de políticas de cohesiones sociales y convivencia. Esa contextualización del trabajo de campo tiene el sentido de contemplar la realidad nacional o transnacional y no sólo la local. El desconocimiento de esos aspectos por parte de los informantes – médicos y pacientes – originó situaciones complejas, produjo equívocos culturales y confirmó estereotipos (BRIGIDI, 2009_a), propagó barreras en el acceso y en el proceso de atención.

Finalmente, el último capítulo está dedicado a la etnografía psiquiátrica. Serán descritos minuciosamente los espacios donde llevé a cabo mis experiencias, las personas encontradas, entrevistadas, las dificultades y las reflexiones originadas a partir de los encuentros. Esos pensamientos – en algunos apartados – serán transcripciones fieles de la memoria de campo: breves fragmentos utilizados para introducir, contextualizar o describir los

ambientes con la inmediatez que la escritura diarística conserva. Además, he querido profundizar unos temas o cuestiones que, por razones diferentes, fueron particularmente significativos durante la investigación y completan la etnografía con ejemplos concretos. En la *clínica psiquiátrica* me detuve en la vivencia de una de las *inadecuadas* ⁴⁶ ingresada en el Hospital Universitario de Génova. La visión tradicional y la biomédica con la que Silvia explicaba su trastorno, construía integralmente su existencia alternando ingresos en la clínica y permanencias en *centros espirituales* e, incluso, el archivo del caso como «*algo folklórico*» por parte de los profesionales, la negación de la experiencia tradicional de Silvia y de una posible participación de esa entre todos los profesionales me indujo a dedicarle una fragmento. En el *Dipartimento d’Emergenza e d’Accettazione* del Hospital Galliera profundicé el aspecto del etilismo, *el Santo Lunes*, incluyendo entrevistas y observaciones procedentes también de otros contexto sanitario. Mientras que en dos ambulatorios, *SATMI* y *ASL*, además de llevar a cabo un análisis profundo de los datos estadísticos de los pacientes tratados de ambos los servicios, elaboré una reflexión acerca de los *Ataques de Nervios*, un ejemplo de cómo las emociones de duelo y de sufrimiento por un cambio imprevisto en el propio orden social, son representadas corporalmente por las mujeres.

⁴⁶ *Inadecuada* era un término con lo cual los psiquiatras de la clínica nombraban a las pacientes ingresada. Véase el párrafo “Experiencias (post)manicomial. La *clínica psiquiátrica* del A.O. San Martino de Génova”.

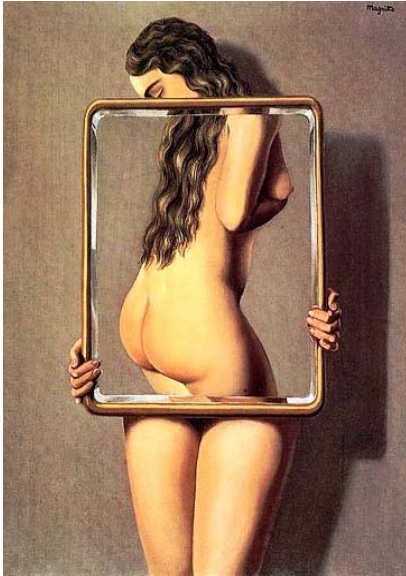
CAPÍTULO PRIMERO

ANTHROPOS CAMALEONTICUS



RENÉ, MAGRITTE 1966, *Decalcomania*.

MIS YOS.⁴⁷



RENE, MAGRITTE 1926, *The Dangerous Liaison*.

«Es difícil hablar de lo hablado».
JALEO REAL⁴⁸

Es difícil transformar en palabras escritas historias de vida sin caer en excesivos sentimentalismos. Percibo diversas responsabilidades en la redacción de esta tesis. Desde la AGAUR⁴⁹, que me permitió vivir investigando durante un tiempo, atenuando las dificultades económicas de un trabajo social y políticamente poco reconocido o, mejor dicho, “olvidado” como lo es el de investigador, hasta la de mis directores de tesis, Josep M^a Comelles y Marta Allué, pero también las de otros profesores que, con modalidades diferentes, me acompañaron durante las alegrías y los dolores de este oficio. Pero, sobre todo, mi deuda es con los migrantes⁵⁰ y los profesionales encontrados⁵¹, deuda

⁴⁷ Este párrafo consiste en una segunda versión introductiva a la tesis menos académica y formal respecto a la oficial a página 25.

⁴⁸ Jaleo Real (2004), «Eiefaraisiei», en *Pichica*, Ventilador, Barcelona, 4:13.

⁴⁹ *Departament d' Universitats , Recerca i Societat de la Informació* de la Generalitat de Catalunya.

⁵⁰ La aclaración del término migrante en el párrafo “Migrantes: los falsos mitos de la migración”.

que siempre definí como “responsabilidad social”. Creo que la investigación debe ser aplicada (e implicada) y, por tanto, debe ser eficaz, producir cambio, mejorar un servicio; hacer conscientes a las personas involucradas en los procesos de salud, atención y enfermedad; representar un testimonio y, evidentemente, extraer significados del material empírico adquirido (DAL LAGO-QUADRELLI, 2003). Es decir, debe hacer evidente un “para qué” (ALLUÉ, A., 2002; 2008).

Esta tesis, por el valor que atribuyo a la experiencia, contempla diálogos abiertos y reflexiones caracterizadas por miedos, dudas, dificultades y auto ironías. Recogí relatos de vida, como se suelen llamar en Antropología, pero al mismo tiempo, escribí y documenté mi historia y la de mi familia, la de mis amigos *acá, migrantes de clase media pluri graduados* que aún no son sujeto de interés científico y político, y de los *allá, abandonados* por una Serena «*que siempre se va*» [Sista].⁵² La tarea de recoger, anotar, documentar, observar, interpretar y traducir se desarrolló en mis dos ciudades, *mi* Génova natal y la adoptiva Barcelona, los contextos sociales que mejor conozco.

La forma de la tesis será dinámica y enriquecida con referencias “externas” al arte, la música, la poesía y el cine, las grandes excluidas de la escritura académica hegemónica y también con algunas partes *vírgenes* del diario de campo para resaltar el proceso de escritura instintivo característico de la libreta de un antropólogo.⁵³ Esto es, y ha sido, también un diario personal. Describí y narré los sufrimientos de los otros a través de mis angustias, mis palabras, las sensaciones, los matices y las frustraciones que me generaron los escenarios psiquiátricos.

En esta premisa estructural quisiera subrayar algunos temas importantes. En este texto está presente mi experiencia, mi identidad como investigadora, un

⁵¹ Aquí hago voluntariamente una distinción entre “migrantes locos” entrevistados y personal socio-sanitario porque en las tesis sobre migración y salud, a menudo, el trabajo de campo está concentrado erróneamente y de forma exclusiva en los usuarios de la sanidad. Más adelante con la palabra informante me referiré siempre a ambos sujetos.

⁵² Sista es una amiga italiana. Está incluida en el *Grupo de Informantes Informales*. La afirmación es de 2005. Véase el Anexo II. “*Listado. Profesionales y Externos*”. Todos los nombres de los informantes son figurados.

⁵³ Al inicio de algunos párrafos del Capítulo tercero he decidido recurrir a fragmentos del diario de campo que serán fácilmente reconocibles porque aparecen con otro carácter.

“yo” que toma distancia, se aleja y se refugia en una situación protegida y tutelada por un rol estructurado.⁵⁴ Pero, al mismo tiempo, un “yo” doliente y melancólico - migrante - lejano voluntariamente de todo lo que es patria (que demasiadas veces se concibe en términos de lengua, cultura y tradiciones y no de tierra, colores, olores y sabores). Estos *mis yoes* están presentes en el texto. Es decir, mis diferencias y mis cercanías con el campo de estudio. Una identidad elaborada, reconocida y definida irónicamente entre amigos como de “auto-exiliada”, con la que afronté el mundo de la migración y de la salud mental en un juego casi psicótico del *in and out*, del *otros* y *nosotros*.

La forma abierta con la que he construido la tesis es también una manera de agradecer a los profesores que durante la formación doctoral me enseñaron la importancia de liberar la escritura. Me liberé (¡Me liberé!), con dificultad y muy lentamente de todos los formalismos italianos,⁵⁵ primero en las palabras y poco a poco en la escritura. Durante la tesis de licenciatura ya creí que el academicismo era aburrido y bloqueaba la creatividad individual, pero me sometí a la regla, fiel a una tradición que da más importancia a una sabiduría citada que a la experiencial. En aquel entonces escribí quinientas páginas plagadas de referencias entre comillas (BRIGIDI, 2001). Pasaron siete años. Hoy quiero asumir la responsabilidad y revelarme, contar mi experiencia: mis experiencias psiquiátricas. Por esta razón no pienso en un trabajo destinado a un grupo restringido de eruditos vinculados a una disciplina y a sus hermanas consanguíneas. No escribo para eso ni trabajé para eso. La responsabilidad social consiste también en el poder llegar a “los demás”. Así que las definiciones serán explicadas y los errores y las faltas evidenciados. La tentativa es reevaluar la belleza de las palabras y de la lectura aunque ésta se defina “científica”; poner la subjetividad en primer plano mostrando las contradicciones humanas que conlleva un trabajo de esta envergadura.

⁵⁴ En ocasiones, tuve que alejarme porque la pertenencia a la institución universitaria asustaba a algunos informantes. Véase el párrafo “Los centros *invisibles* de salud en Génova”. Con el tiempo y la experiencia del trabajo de campo, aprendí a “jugar” con esa característica de cercanía y lejanía, pertenencia y no pertenencia a la universidad o a los centros sanitarios.

⁵⁵ El lenguaje académico en Italia es rígido en las reglas y deja escaso espacio a la espontaneidad y a la originalidad.

Sabemos, aunque el miedo a los escenarios académicos nos bloquee, que la profesionalidad no es el fruto de un marco teórico ni de citas debidamente consignadas en la bibliografía. La profesionalidad en Antropología no puede ni debe dejar de lado lo personal ni lo emotivo ni la experiencia en sí del antropólogo.

No soy un “pata negra” de la Antropología ni tampoco médico ni psiquiatra (ya me ocupé de la Psiquiatría y ¡no soy psiquiatra!), así que me acerqué a mi trabajo de campo como una persona con su pasado, sus demonios y sus miedos. Llegué al campo con una idea romántica de la locura. Nadie me habló del dolor. Lo descubrí, lo viví y, de algún modo, lo toqué. Y me cambió.

Comprendí el valor⁵⁶ de la Antropología y de la Etnografía en el campo, equivocándome, llorando, necesitando una copa cada vez que salía de una consulta, añorando mis mudos y secos cadáveres (BRIGIDI, 2008_a),⁵⁷ hablando, confrontándome conmigo misma y aceptando que trabajar con el dolor de los demás es inmensamente difícil. A partir de esto, mi cuerpo y mi presencia se habituaron al campo y el campo a mí. Aprendí poco a poco a adentrarme en el mundo de la locura y a gestionar mis espacios (y conmigo también mi pareja y mis amigos). Muchas veces me sentí inútil y la falta de una practicidad directa en la terapia me llevó a pensar en abandonar el *terrain*. La frustración llegó a niveles muy altos. Sentarse al lado de un psiquiatra y escuchar horas y horas de *delirium*, sueños destruidos, nostalgias desarmantes, hijos abandonados, madres lejanas, terrores, desilusiones sin decir ni una palabra ni tocar al paciente-informante⁵⁸ o sencillamente enfadarme o expresar solidaridad, me pareció demasiado cruel, me hizo sentirme sádica. Mi posición en la sala, incluso la presencia de la *bata blanca* (cuando la llevaba) y mi maldita apariencia de “inglesa” desahogada, me colocaban en seguida en una posición respecto a *los otros* que no coincidía con mi experiencia de vida ni con mis sentimientos. Experimenté que en el mundo psiquiátrico los *otros* y *nosotros* producían aún

⁵⁶ También auto-terapéutico.

⁵⁷ Para el DEA, Diploma de Estudios Avanzados, elaboré una etnografía sobre la donación del cuerpo *entero* a la ciencia en la ciudad de Barcelona.

⁵⁸ En la parte etnográfica explicaré porqué, no siendo médico, utilizo a menudo la expresión paciente/informante en lugar de sólo informante.

formas claramente definidas y yo resultaba tener un rol cambiante, adaptable, a veces encubierto. Aunque, dentro de mí misma, siempre me sentí más cercana a “los locos” que al personal sanitario (y no porque no encontrase médicos, psicólogos y enfermeros que profesionalmente no estimara, al contrario). Es que, yo también, volvía a casa y «*hacía frío*» [Mabel]⁵⁹ y extrañaba siempre «*a alguien*» [Ángela].⁶⁰ Tampoco entendía el catalán y fue tan difícil conseguir un piso donde vivir que «*casi me vuelvo loca*» [Cecilia].⁶¹ Fue igual encontrar trabajo, entender a dónde ir para solicitar un documento, no tener dinero para tomar una *Estrella* o enojarme desesperada porque la cabina telefónica no me devolvía el euro. Sé qué sentido tiene desaparecer de tu gente de *allá* porque el simple «*pronto*»⁶² de tu madre al teléfono te hace llorar y no la quieres preocupar. Lo viví en París, en York y acá, con edades y con energías y recursos diferentes. Todo eso fue parte de la cercanía con los migrantes. Sin embargo, para ellos, la *bata*, mi posición en la consulta, mi acceso a los espacios, mi imagen, mi ropa, las experiencias adquiridas como migrante y tal vez mi postura me hacían más cercana a los terapeutas. Con el tiempo también aprendí a gestionar mi dolor y mis frustraciones vinculadas a la ausencia de una intervención terapéutica. Aprendí el valor de una sonrisa, de una mirada; aprendí a no dejarme aniquilar por el sufrimiento y a contarlo, escribirlo y representarlo.

Elaboré la tesis como una carta abierta, sobreponiendo las reflexiones personales a las vidas de los informantes, los migrantes, los médicos, los enfermeros, los psiquiatras, las historias callejeras y las observaciones constantes.⁶³ La inmersión ha sido y es total, nunca se deja de elaborar o pensar cuando se trabaja directamente con las personas, todo es estímulo y fuente de inspiración. La subjetividad está presente. Altera la verticidad de los hechos de la misma manera que mi presencia alteraba la eficacia terapéutica en la consulta médica. No sobrepuse mi experiencia con la de mis informantes, simplemente

⁵⁹ Mabel es una mujer salvadoreña conocida en Génova en la ASL. Véase el Anexo III. “*Listado. Informantes y Pacientes*”.

⁶⁰ Mujer chilena. Hace parte del grupo informantes informales. Anexo II. “*Listado. Profesionales y Externos*”.

⁶¹ Cecilia es una informante chilena conocida en el SATMI.

⁶² En Italia, las llamadas respondemos diciendo “pronto”.

⁶³ Esa es también otra razón por la que decidí introducir partes vírgenes del diario de campo.

elaboré sus historias de vida manteniendo siempre alta la conciencia de que muchas eran cercanas a la mía, de mi pueblo o de lo español. Es decir que no olvidé, ni por un instante, que somos migrantes. Antes o después lo somos todos. Las migraciones pertenecen a la historia del hombre de la misma forma que el amor, la muerte y la locura. ¿Por qué volver a patologizarla?

«(...) Mi testimonio no el de un observador neutral e ingenuo (...).
¿En qué medida ha influido mi fantasía y mi angustia en este discurso escuchado, absorbido y puesto por escrito?

Lo ignoro, pero puedo afirmar que nunca me sentí ajeno a lo que ocurría. No estaba ausente. Mi presencia, mi experiencia me introducían en el interioridad de los demás: no sé hasta qué punto me adentraba y, por consiguiente, no sé quién observaba a quién».

TAHAR BEN JELLOUN⁶⁴

DEBERES Y POSICIONES

No pudiendo negarme a la lógica académica que exige la presencia de discusiones sobre el referente empírico y sus porqués, por lo menos en los primeros apartados, me encuentro en la difícilísima situación de *explicar* la construcción de este escrito. Como lectora - debo ser honesta - omito frecuentemente esas partes ya que las encuentro a menudo redundantes y soporíferas, y aportan poco a mi experiencia. De un apartado metodológico espero siempre un cúmulo de cuestiones, reflexiones y dudas y, evidentemente, las soluciones adoptadas del investigador durante su *terrain* (y por qué no, sus límites y riesgos) y no un listado de prácticas estérilmente expuestas, más cercanas a la manualística que a una lectura placentera.

Esa inquietud metodológica se concentra esencialmente en algunos puntos. En primer lugar, la cuestión de un cambio “no homogéneo” en las investigaciones que tienen como esencia el estudio de las personas. Si por una parte se ha otorgado “permiso” al investigador para *acercarse* al campo, esa indulgencia resulta ficticia a la hora de difundir/presentar el trabajo⁶⁵ a un público heterogéneo abriendo el debate al problema de la objetividad en

⁶⁴ Ben Jelloun, Tahar (1999), *L'estrema solitudine*, Bompiani, Milán, p.17.

⁶⁵ Véase la primera parte del trabajo de Cozzi, (2004) sobre su tesis de doctorado.

relación a la familiaridad del objeto de estudio. En esos términos, las diferencias en la producción científica entre países son aún evidentes, especialmente cuando a un investigador se le *aconseja* elegir su objeto de estudio entre los temas definidos como “clásicos” de la Antropología y reforzar el estudio con comparaciones de *otros* contextos culturales y no desarrollarlo en el propio. Parece que aún el oficio antropológico debe tener un contexto geográfico y social *ajeno*. El cliché del antropólogo *viajero* y solitario, para muchos, aún no *dans le métro* de casa. Creo que numerosas producciones españolas o latinoamericanas harían temblar los departamentos italianos clasicistas por los excesos de originalidad y subjetividad que han conseguido fatigosamente con un preciso rigor metodológico.

La segunda cuestión concierne el campo disciplinar elegido: la Psiquiatría. La presencia de un investigador procedente de la *Geisteswissenschaften*⁶⁶ es a menudo percibida como una intromisión en un campo del saber que se cree no le concierne.⁶⁷ Además, en la disciplina psiquiátrica, la subjetividad se concibe como algo nocivo para un análisis o intervención; *a priori* se niega el contacto humano o se pauta rígidamente, sin hablar de una proximidad al contexto domiciliario del paciente, algo peligroso para la deontología profesional.⁶⁸ Los resultados obtenidos por el antropólogo en el campo psiquiátrico son considerados por muchos profesionales no *científicos*⁶⁹ y de poca utilidad en comparación con los estudios epistemológicos y clínicos. Por muchas razones, la Psiquiatría no se plantea la diversidad y rechaza lo que la hace evidente, prefiriendo su sumisión mediante apelativos de “filiación cultural” con el fin de transformar la cultura en una categoría

⁶⁶ *Geisteswissenschaften*, las ciencias del espíritu y las *Naturwissenschaften*, ciencias de la naturaleza. Una interesante introducción a la aplicación de las ciencias de la naturaleza en psiquiatría es de Roca i Sebastià, (2006).

⁶⁷ Las intensas relaciones históricas y metodológicas que vinculan antropología y psiquiatría serán tratadas a lo largo todo el texto.

⁶⁸ «Yo nunca iría a casa de un paciente» me comentó disgustada una psiquiatra cuando se enteró de mis entrevistas a domicilio.

⁶⁹ Se piensa erróneamente que “lo científico” pertenece a las ciencias de la naturaleza y no a aquella del espíritu, cuando esa atribución de valor se deriva de la fiabilidad del investigador y de sus métodos, independientemente de la disciplina de procedencia. Hablando de etnografía, Marta Allué (2002: 63) escribe: «su método es científico a partir del momento en que se elige una imagen (situación), se busca un plano y se encuadra (se delimita la situación)».

diagnóstica omnicomprensiva y rígida.⁷⁰ A lo subjetivo y a lo particular se prefieren las categorías; al individuo, las muestras estadísticamente significativas. Sobre todo, si observamos la producción del otro lado del océano. Esta es la tercera cuestión. La abundante producción estadounidense surgida del filón *medicine, culture and psychiatry* coleccionan (o más bien someten a cuestionario) una muestra de 1,892 (GUARNACCIA Y OTROS, 2005) o 912 (GUARNACCIA Y OTROS, 2003) personas,⁷¹ permitiéndose incluso en algún caso retribuir económicamente a los informantes (CINTRÓN Y OTROS, 2006). Casi no hay comparación con nuestros quince o treinta informantes fatigosamente conquistados durante años de trabajo, diálogos abiertos y observaciones en primera persona. Nuestras *pequeñas*⁷² investigaciones llevadas a cabo más bien por amor a la ciencia que por las retribuciones financieras, elaboradas en lenguas *minores* de poca tirada (italiano y sus dialectos, portugués, catalán, gallego y, en menor medida, el francés y tal vez el español), asumen un aspecto decisivamente *local*. Una *fiebreza* identitaria que no siempre es productiva al conocimiento.

Probablemente, mi irreverencia personal hacia lo metodológico está correlacionada con una fase de “ingenuidad intelectual” pero puedo asegurar que con el tiempo será más considerada. Además, cuando empecé a trabajar con migrantes, rechazaba por completo la idea de estar en la obligación de definirlos. Contener en una definición un fenómeno como la migración me parecía algo absurdo. Luego pasé a otra etapa profesional que me llevó a la necesidad – propio en una tesis – de una formulación sobre *quién son los migrantes*: de quiénes estaba hablando y a quiénes me estaba refiriendo en ese espacio.⁷³ Por tanto, a pesar de mis resistencias personales a “explicarme”, soy perfectamente consciente de que la construcción de los resultados del *terrain* debe estar presente, visible y colocada al principio para guiar al lector, porque

⁷⁰ Véase el párrafo “El *cultural business*. ¿Dónde colocamos la diversidad?”

⁷¹ Hay muchos ejemplos de “muestras cualitativas”: el estudio de 127 personas de Interan y otro (2005), los 156 informantes de Liebowitz (1994), los 114 de Pavlik y otros (2004).

⁷² Hago un llamamiento a las “*piccole cose*” del poeta italiano Giovanni Pascoli.

⁷³ Véase el párrafo “Migrantes: los falsos mitos de la migración”.

permite introducir el *campo* y, asimismo, revelar *la(s) posición(es)* del antropólogo en referencia al objeto de estudio propuesto.

El campo, como dice Guber (2004), no es un espacio (sólo) geográfico, sino que es parte de la decisión del investigador e incluye ámbitos y actores, una realidad social constituida por diversos escenarios (GUASCH, 2002). Para mí esa realidad está constituida, pero también se ha constituido,⁷⁴ a partir de distintos ámbitos psiquiátricos de la red sanitaria pública en Barcelona y Génova. Allí observé tanto *personas migradas*, procedentes del continente americano, cuya característica distintiva inicial⁷⁵ fue tener cómo lengua materna el castellano,⁷⁶ como *profesionales* que en dichos dispositivos ejercitaban especialmente la profesión de psiquiatras y enfermeros (pero también psicólogos y asistentes sociales) para el cuidado y la atención a migrantes.⁷⁷

Como *posición(es)* del antropólogo me refiero a una condición ocupada físicamente por el investigador, a nivel pròxemico y relacional con los sujetos de estudio principales (migrantes y profesionales) y secundarios (administrativos, responsables y jefes de estructuras, familiares, etc.), así como a una identidad política e ideológica. La idea de posición del antropólogo, concepto que será discutido en esta tesis, es importante porque concibo la etnografía como una práctica orientada al compromiso social, en un sentido más hipocrático (COMELLES, 1998).

El último tema que actualmente me perturba es la falta de una total honestidad con los lectores. Quiero decir que, aunque tuviera bastante claro cual «porción de lo real» (GUBER, 2004: 83) quisiera conocer etnografiando unos espacios psiquiátricos, sus referentes estructurales e ideológicos se han ido

⁷⁴ Utilizo ambas las expresiones para remarcar el hecho de que el campo es indudablemente parte de las decisiones del investigador, pero al mismo tiempo existe un factor “casual” (posibilidad de pedir financiaciones si se readaptan los objetivos, por ejemplo) y otros de origen burocrático administrativo que obligan a reajustar los escenarios del campo por fuerza mayor (falta de permisos, problemas con los equipos, normas de seguridad, etc.).

⁷⁵ En un segundo momento, una característica selectiva fue la nacionalidad.

⁷⁶ Entrevisté también a tres brasileños que se comunicaban conmigo en italiano.

⁷⁷ El uso del masculino es simplemente una elección estilística. Especificar el masculino y el femenino de cada profesión rendirían la lectura pedante y redundante (lector y lectora; psicólogos y psicólogas; enfermeros y enfermeras, etc.). Sólo por esa razón opté por esta estrategia.

formando durante - o incluso - después del *terrain*. Por ejemplo, adopté en determinados contextos lo que para mí era una estrategia espontánea de supervivencia al campo y, sólo en seguida, descubrí que consistía en un método consolidado de análisis, como es el *shadowing*. Es decir, seguir a un profesional en cada momento de su actividad en la institución (COZZI, 2004). El *shadowing* es una intrusión en un mundo ajeno al investigador, como lo era para mí el campo sanitario. Las dificultades y los accidentes verificados durante esa inclusión permiten un ahondamiento del contexto (SCLAVI, 2003). Por eso, presentar al lector el *shadowing* directamente como método de observación y de entrada en el escenario, no corresponde a la veracidad de los hechos.

Esa inquietud, esa incertidumbre, a veces desesperación, así como la falta de recursos conlleva una constante y obligatoria readaptación tanto al caso como a los espacios y a los actores.⁷⁸ Pero también desarma la vida personal del investigador,⁷⁹ que está - en parte - eludida en el orden progresivo con el que la tesis se presenta a los lectores y no refleja en absoluto ni el ritmo cronológico del *terrain* ni el emotivo del investigador. Evidentemente en el texto esos aspectos serán retomados y sobre todo exaltados en la parte que académicamente le compete, la *parte etnográfica* propiamente dicha (ya que nos estamos alejando de la mentira de los relatos donde el investigador es neutral y objetivo y describe una realidad social caracterizada por sucesos y perfectas interacciones con los sujetos de estudio). Someterme diligentemente al orden de presentación me obligaría a presentar dos versiones del mismo tema que podrían resultar chocantes al lector: un apartado metodológico (más o menos) claro, estructurado y definido; y el otro etnográfico, en el que la subjetividad, los errores y la experiencia individual encuentran, por fin, espacios donde emerger

⁷⁸ Me refiero, a los errores en el conducir las entrevistas, acercarse a un paciente-informante, confiar demasiado en un profesional, etc.

⁷⁹ Eso es un aspecto que en muchos relatos está omitido: en el trabajo de campo la inmersión requiere un estado psicosocial estable, ya que las relaciones con las personas son en muchos aspectos vinculantes. Los acontecimientos personales como la enfermedad, un cambio de pareja, la muerte de un familiar, etc. afectan irremediamente la relación con los sujetos de estudio, sobre todo si esto se desarrolló en un contexto sanitario donde el sufrimiento de lo demás puede transformarse en una carga excesiva para el investigador. De eso hablaremos más adelante.

sin prejuicios. Por eso decidí elaborar este capítulo enriqueciéndolo también de experiencias del *terrain*.

El campo es un *work in progress*, muestra un antropólogo camaleón, a veces, tímido, inseguro, débil y temeroso respecto a esa diversidad que quiere (debe) buscar e investigar. Otras, revela un estudioso completamente inconsciente al acercarse con tal entusiasmo al tema de la *locura*. Lo que entiendo es que pasar de la formación metodológica y experiencial a la investigación de campo, es siempre una agonía porque resulta una incógnita. Por otra parte, con un rol tan precario como el del antropólogo en una estructura psiquiátrica, el contacto humano y las relaciones entre las personas representan siempre un difícil interrogante. Las experiencias del investigador que difícilmente pueden someterse completamente a un rigor metodológico se caracteriza por las dificultades para entrar, por sentirse miembro de un grupo y por la contradicción existente entre *participar* y *observar*; *ser* y *estar* o ser parte de ello,⁸⁰ ganar la confianza de los demás, adaptar la propia imagen y la presencia al *terrain*, y aprender un lenguaje y el significado de las categorías jerárquicas. El contexto antropológico fundamentalmente ha cambiado del *allá*, lo exótico, al *acá*, la sociedad de pertenencia, e ilusoriamente no se estudian más los *otros* sino *nosotros*.⁸¹

Por lo tanto, para presentar mi investigación utilizaré tres esquemas: *locations*, *observations* y *subjects*. El primero se refiere a la presentación y explicación de los escenarios “oficiales” donde llevé a cabo el terreno. Es decir, en Barcelona, el *Servei d’Atenció Trastorno Migrante* y el CAP de salud mental de *Ciutat Vella*; en Génova, la *clinica psichiatrica* del Hospital San Martino, el *Dipartimento d’Emergenza e Accettazione* del E.O. Hospital Galliera y el servicio *U.O. Salute Mentale* de via Peschiera de la ASL3 “Genovese”. Con *observations* me refiero específicamente a los métodos y las tipologías de entrevistas

⁸⁰ En el caso de médicos o enfermeros que elaboran una etnografía. Véase el trabajo de López García, Sara (2007).

⁸¹ No me adentraré en la reflexión de lo que ha cambiado en el curso de la historia de la antropología o de las ciencias sociales ni sobre las ventajas o desventajas respecto a una práctica en el contexto social, político y geográfico del investigador. Véase, por ejemplo, Comelles, 1998; Guasch, 2002; Guber, 2004 o los clásicos Bronislaw Malinowski; Margaret Mead, etc.

elaboradas. Mientras el tercer esquema, *subjects*, es el segundo capítulo de esta tesis y me ocupo de los sujetos principales.

DE LA DESMEDICALIZACIÓN A LAS POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.

Durante las fases preliminares a la investigación práctica, el concepto de *desmedicalizar* fue el nudo central de mi interés científico. Dicha idea partía de la crítica al modelo médico occidental (MENÉNDEZ, 1978) como sistema rígido de referencia y explicación para el estudio de los diversos significados del proceso de enfermedad, atención y cuidado presentes en el contexto psiquiátrico. En esta reflexión consideraba el cambio de inmersión advenido con la existencia de una diversidad cultural *in situ*, en parte reflejada por la presencia de migrantes en la red sanitaria pública de Barcelona y Génova, y las dificultades a la hora de resolver las cuestiones asistenciales. Paradójicamente, la *presencia*⁸² no necesariamente indica una diversidad evidente para los distintos terapeutas, pero sí da origen a prejuicios, preocupaciones y debates.⁸³ De hecho, son numerosos los ejemplos de una diversidad ignorada en las políticas sanitarias, en los colectivos y procesos asistenciales. En este último sentido, tanto la afirmación de un pluralismo asistencial como la crítica del desarrollo del modelo médico no ha puesto manifiestamente en evidencia que la Biomedicina no sea *culture-free*. Las ciencias eurooccidentales⁸⁴ se han apropiado ilícitamente del concepto de “científico”. Además el encuentro con *otros* sistemas de saberes fortaleció ilógicamente la idea de un desarrollo universal de sus prácticas. Esa idea de la Biomedicina como modelo “uniforme” a la par que conllevó utilizarla

⁸² Sobre el concepto de *presenza* y de *perdita della presenza* ver de Martino (1958; 1961).

⁸³ Por ejemplo, lo que se supone invierte un dispositivo sanitario para acoger a migrantes y cómo esos temas representan un aspecto central de las políticas simbólicas utilizadas en las campañas electorales ya que el migrante desarrolla la función de icono instrumental. Véase el capítulo segundo: “Políticas Psiquiátricas”.

⁸⁴ Eurooccidentalismo es un término sugerido por Marcel Mazoyer, concierne tanto a Estados Unidos como a Europa (FERRERO, 2005)

como único instrumento para la comprensión y la curación de las enfermedades, garantizó una hegemonía farmacológica eurooccidental (y el nacimiento de un irrenunciable negocio) descartando de antemano las soluciones procedentes de otros contextos.⁸⁵ En el campo psiquiátrico las cosas fueron algo distintas, aunque el cuestionamiento de técnicas, prácticas y diagnósticos no llevaron a un respeto o aceptación total de sus variedades nosológicas, etiológicas y terapéuticas (de las cuales aún hoy se discute animadamente) sino a formas de consenso, como el DSM, y divergencias más o menos acentuadas sin reconocer que también la Psiquiatría «es un sistema cultural» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006: 2270).⁸⁶ Por lo tanto, el objetivo de (des)medicalizar el hecho migratorio consistía, por una parte, en reflexionar sobre la construcción en términos patológicos de la persona migrante, por la otra, observar la «función extrateórica» (MANNHEIM, 1990, citado por HACKING, 2001) de la medicalización, privarla de su «efectividad práctica» (HACKING, 2001: 47). Es decir, despojarla «de un falso poder de atracción, exhortación o autoridad» (2001: 47).

Ese proyecto inicial me habría llevado a una investigación más bien histórica y filosófica que, en el momento de la entrada al campo, perdieron su fascinación. O mejor dicho, fueron literalmente desplazados por la belleza e intensidad del *terrain* que me redirigió hacia aspectos más prácticos: las personas. El interés se concretó en las historias de migrantes, su manera de definir, explicar y vivir los problemas mentales - *illness narratives* -; su capacidad de contar, darse y confiarse (o engañar) a los terapeutas; su relación con psiquiatras y enfermeros y los intercambios presentes en la prácticas (la

⁸⁵ Lo estudios de Antonio Scarpa en Bali (1936) evidenciaron los efectos positivos del litio en el tratamiento de la enfermedad mental. Estos resultados derivaron de observaciones elaboradas en un lago hipogeo. En el 1938, analizando las aguas notó la presencia elevada del litio. Publicó en el 1939 un artículo en el cual proponía investigaciones sobre el litio en el campo de la salud mental, pero la respuesta de la comunidad científica fue negativa ya que «no merecía la pena perder el tiempo con técnicas de poblaciones salvajes» (GUERCI, 2002). A partir de los años 70 los investigadores suecos evidenciaron la importancia de las sales de litio en el tratamiento de patologías mentales.

⁸⁶ Desde el sistema de categorías chino y, en mucha menor medida, latinoamericano (APAL, 2004) hasta la negación total de la enfermedad mental. En los capítulos sucesivos serán comentados más detalles y referencias sobre este último aspecto.

visión de uno y del otro, no sólo sobre la enfermedad mental, sino acerca de la migración, los proyectos y calidad de vida, el sentido de familia, los hijos, etc.); las problemáticas/dificultades asistenciales por parte del personal socio-sanitario y la manera de gestionar, enfrentarse, comprender la diversidad cultural. Observé cómo los extranjeros accedían a los servicios y a la red que les facilita y/o obstaculizaba la entrada en la atención y el cuidado (es decir, los profesionales y el tejido de sanidad pública que de los centros de emergencias o ONGs y asociaciones derivan a los servicios psiquiátricos), así como las leyes de extranjería y las políticas sanitarias. El contacto con ellos en las distintas realidades psiquiátricas transformó mi objetivo científico en la comprensión de las políticas psiquiátricas y los sistemas socioasistenciales en el marco de la migración. La existencia de servicios específicos en atención psiquiátrica para migrantes creados por iniciativas de profesionales (por ejemplo, el *Servei d'Atenció al Trastorno Migrante* – SATMI – de Barcelona) y fundados casi siempre por instituciones no laicas, hacían que me interrogara tanto sobre la pertinencia de dichos dispositivos (¿Específicos o heterogéneos?) como por el tácito desinterés gubernamental a no considerar relevante (en términos también de *business ethics*)⁸⁷ una intervención pública y estatal en este marco.⁸⁸ ¿Qué intereses convergen en la asistencia psiquiátrica al migrante? ¿Verdaderamente todo eso se puede resolver en una cuestión de política simbólica⁸⁹ en el país *acogedor*?

La ausencia de fondos destinados a la creación de dispositivos públicos de atención psiquiátrica al migrante ¿Son sólo para compensar el posible descontento por parte de otras estructuras heterogéneas? En otras palabras: ¿Qué determina el establecimiento de programas sanitarios destinados

⁸⁷ Véase Simón (2005).

⁸⁸ La cuestión es, como observa Fassin (2000: 233), «la del significado político de un dispositivo de interpretación y tratamiento de trastornos mentales y desviaciones sociales que constituye la alteridad como un insuperable horizonte teórico y práctico».

⁸⁹ «En política el lenguaje se maneja para provocar adhesiones emocionales, más que para transmitir auténticos proyectos» (CORINA Y CONILL, 2005: 15). En el capítulo tercero nos ocuparemos de definir las políticas simbólicas.

especificadamente a los migrantes (MORENO, F. 2004) en un época donde lo cultural se ha concretizado como un negocio?⁹⁰

El método o técnica etnográfica empleado durante toda la experiencia psiquiátrica – observación participante, fluctuante, absorbente o *shadowing*, entrevistas abiertas y semi-estructuradas, redacción de un diario de campo seguido de una narrativa – se reveló como un instrumento idóneo de *valoración* de los centros sanitarios visitados y sus mecanismos. El acto de valoración, en cualquier campo disciplinar, significa, antes que nada, atribuir un *sentido-valor* a la acción cumplida. Se sobreentiende que dicho proceso está realizado por «estar al servicio de», parafraseando al filósofo francés Hadji (1995: 5). El comportamiento de valoración se convierte en un proceso de reconocimiento teleológico,⁹¹ en una relación dinámica de intercambio puesto que está alejada tanto del *juicio* (la comparación entre dos centros, dos ciudades, dos realidades, etc. no tiene como fin establecer lo que es mejor, sino cómo, para qué y por qué) como de la *pasividad* (no se elige un tema de estudio si eso no “mueve” algo en nuestro interior, ni siquiera se acude al campo con el fin de estar *distante y objetivo*). Con esta premisa elaboré el trabajo en dos realidades distintas, comparándolas. Esa idea no debe ser entendida como una superposición con el fin de sacar partido de las dos realidades y proclamar una mejor que la otra. Las diferencias de los contextos, de su tradición histórica, legislativa, política y organizativa no lo permite ni tampoco es uno de los fines del trabajo.

En conclusión, cuando se reflexiona acerca de la valoración, en el contexto pedagógico contemporáneo, se infiere inevitablemente en la enseñanza. Tal observación adviene extendiendo los usuarios del intercambio (generalmente: alumnos-profesores) a otras categorías sociales (padres, hermanos, administrativos, pero también externos a la escuela). En ese contexto, la extensión a otros sujetos significa que el “acto de evaluación” ha conseguido

⁹⁰ Me refiero al concepto de *cultural business*: cuando “lo cultural” deviene objeto de ocupaciones lucrativas y especulaciones y, por ende, se ha transformado en un “capital económico”. Por ejemplo, cursos, formaciones, libros, apertura de centros específicos (hospitales étnicos, cementerios, tanatorios), casas farmacéuticas, etc. todas erigidas sobre el concepto de lo cultural. Véase el párrafo “El *cultural business*. ¿Dónde colocamos la diversidad?”.

⁹¹ Es decir, proceso *agnitivo*, del latín *agnitio*: reconocimiento. Teleología, del griego *telos*, fin.

parcial o totalmente encontrar las condiciones óptimas para ser eficaz y eficiente para los actores del proceso educativo (o sea, “*estar-al-servicio-de*”). Pero: ¿Cuáles son las condiciones para garantizar que la etnografía (como método de evaluación) esté al servicio de los dispositivos sanitarios?

LOCATIONS I. SENTARSE A LADO DEL PSIQUIATRA.



JOSÉ, ORTEGA s.f, *Melancholy Woman*.

Mi primera realidad psiquiátrica fue la del *Servei d'Atenció Trastorn Migrant - SATMI* - que depende del *Servei Salut Mental* del Hospital *Sant Joan de Déu* de Barcelona. Este centro, aunque pertenezca a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, tiene un concierto con el *Servei Català de la Salut* y ofrece acceso gratuito a los usuarios extranjeros. Permanecí en él unos seis meses, desde diciembre de 2005 a junio de 2006, más otro mes al final del año 2007.

Conocí a la psiquiatra responsable, Dra. Ortega, durante el V Coloquio de REDAM sobre “Migración y Salud” en Murcia en el 2004 y la contacté para proponerle mi proyecto de investigación. Este inicial contacto determinó la elección de llevar a cabo mi trabajo de campo en el SATMI. En la ciudad de Barcelona hay otros centros que se ocupan de salud mental para migrantes. El

más conocido es el *Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats* - SAPPiR - fundado en 1994, en el cual trabaja como coordinador el controvertido psiquiatra Dr. Joseba Atxotegui. Ese centro pertenece a la asociación *Grup d'Assistència Sanitària als Immigrants i refugiats*- GASiR y está ubicado en la Fundación Sant Pere Claver, una institución privada sin ánimo de lucro con financiación pública. El otro es el centro EXIL que, como el precedente, es una asociación sin ánimo de lucro. Se ocupa del acompañamiento médico-psico-social a migrantes víctimas de violación de lo Derechos Humanos y de tortura. El centro nació en Bélgica en 1976 mano de un grupo de profesionales exiliados de América Latina.⁹² Además de los citados, está el Servicio de Atención a los Inmigrantes Extranjeros y Refugiados - SAIER - que garantiza una atención psicológica a los migrantes.

A pesar de que en la ciudad habían otros dispositivos de atención a la higiene mental del migrante, opté por el SATMI y por Dra. Ortega por su experiencia en el campo de salud mental y migración. De hecho, la idea de crear en 1997 un dispositivo como el SATMI se desarrolló a partir de su iniciativa y la de otros psiquiatras de *Sant Joan de Déu*, con el fin de estudiar la diversidad cultural en Psiquiatría. «Se advertía la exigencia de trabajar específicamente en la sensibilización tanto a nivel preventivo como en la coordinación de recursos entre el médico de cabecera, la atención primaria, la urgencia y la hospitalización [Dra. Ortega].⁹³ El proyecto SATMI se presentó a la Dirección Médica el mismo año y fue aprobado por la Curia. Consistía en dedicar cuatro horas al servicio para migrantes dentro de las cuarenta horas laborales de la semana. Se ubicó en los locales del ya existente Centro Salud Mental - CSM - en *Ciutat Vella*, y estaba abierto todos los lunes de cuatro y media a ocho de la tarde. El CSM, que está en el mismo lugar, ofrece servicio de lunes a viernes por la mañana y de martes a jueves por la tarde. Los dos centros no tienen relaciones, el personal médico-sanitario cambia completamente con la excepción de un enfermero que durante

⁹² Consultar la Web del centro: <http://www.centroexil.org/> [consulta el 6 de mayo, 2009].

⁹³ La Dra. Ortega es la responsable del SATMI. Desarrollé muchas entrevistas con ella, la mayoría informales. Esta charla corresponde al 2005. Véase el Anexo II. “*Listado de los Profesionales y Externos*”.

algunos meses de mi trabajo de campo estuvo de baja y fue sustituido por la enfermera Silvia, y Rosa, la administrativa.

Cuando entré en el SATMI, el equipo lo componían una psicóloga, dos psiquiatras y un enfermero. Casi dos años después, en diciembre 2007, cuando volví a realizar el último mes de observación, el enfermero había sido sustituido por otro, la segunda psiquiatra había dejado voluntariamente la plaza y se había añadido otra psicóloga al grupo.

Como el ambulatorio del SATMI estaba abierto sólo el lunes por la tarde, hacia las cuatro me dirigía a la Vía Laietana, esperaba la apertura al público y subía *con* los pacientes-informantes al centro hasta la hora del cierre, entre las ocho y las ocho treinta. El equipo llegaba antes, aprovechando la pausa para descansar. Cuando llegaba Rosa me dejaba *entrar* en las consultas evitando la permanencia embarazosa entre los pacientes de la sala de espera y me unía a los profesionales en la sala de las reuniones. Contrariamente a lo que se pueda imaginar, esos momentos no fueron de ninguna utilidad para el trabajo desarrollado, ya que eran muy breves y destinados a su descanso. En muchas ocasiones hablaban de temas privados y mi presencia generaba siempre cierta incomodidad por parte de todos. Muchas veces me sentí una intrusa, y esa sensación me acompañó durante los seis meses de *terrain*. Así que intentaba irme al lavabo o reordenar los apuntes tomados en las observaciones precedentes. No tuve ocasión de participar en reuniones de trabajo porque el gran problema del SATMI era la falta de tiempo que dedicar a los casos y a la investigación, hoy en parte suplido con la apertura otros días de la semana y más número de horas dedicadas al servicio.⁹⁴

Cuando entré allí no tenía muy claro cómo articular mis objetivos de investigación con la realidad de la estructura. Era mi primera *bajada al campo*. Por una parte, me sentía intimidada por el espacio psiquiátrico (yo sólo he sido paciente alguna vez); por la otra, estaba insegura de mis capacidades relacionales y comunicativas. Esencialmente la idea de ser, sentirme y advertir

⁹⁴ Martes por la mañana y el jueves por la tarde en el Servei de Salut Mental del San Juan de Dios en Poble Sec.

que el personal me percibía como una intrusa me bloqueaba mucho. Eso se sumaba a los problemas lingüísticos entre el italiano y castellano. Afortunadamente todo eso se fue resolviendo poco a poco con la experiencia del campo y no porque el equipo me adoptara como parte de ellos, sino porque conseguí elaborar mejor la sensación de *exclusión*, *intromisión* y de “*sobrar*” que a veces genera este oficio. Sabía, o mejor dicho, intuía que para no generar tensiones entre los profesionales tenía que explicar y presentarme a cada miembro del equipo. Les propuse hacerlo, pero la Dra. Ortega me dijo que ya lo había hecho ella misma. A pesar de mis tentativas, nunca conseguí que abandonaran la mirada de un “pero esa, ¿Qué quiere?”. Con la excepción de la responsable, creo que todos los demás nunca se encontraron a gusto con mi presencia,⁹⁵ a pesar de las actuales demostraciones de cariño que la psicóloga siempre manifiesta cada vez que me ve fuera de su contexto.

Confié mucho en la Dra. Ortega y ella se convirtió a todos los efectos en mi referente en el campo. Siempre tuve un en cada escenario. Seguía y me dirigía a ella en todos los momentos de dudas. Además mi interés estaba centrado en el campo de Psiquiatría. Pasado el tiempo, cuando ya me hube creado una red de informantes *latinos*,⁹⁶ participé en las consultas con la psicóloga y el enfermero, acompañando a mis informantes y mudándome de una consulta a la otra. Desafortunadamente estos cambios de perspectiva (de la psiquiátrica a la de enfermería o a la psicológica) se revelaron muy complicados. Por una parte, el rol diferente que ocupa el psicólogo o el enfermero en el imaginario terapéutico del paciente-informante (obviamente respecto al psiquiatra «*que es el que verdaderamente cura*» [Andrés])⁹⁷ producían conversaciones, a veces redundantes, sobre temáticas que ya había discutido con los informantes a solas o con la psiquiatra (temas familiares y migratorios, duelos, problemas de parejas) o de higiene sanitaria.⁹⁸ Por la otra, el hecho que

⁹⁵ Las dificultades con el resto del equipo serán analizadas más adelante.

⁹⁶ El significado y uso del término *latino* será discutido en el siguiente capítulo.

⁹⁷ Andrés, informante argentino. Paciente del SATMI. Entrevistas desarrolladas durante el año 2006. Véase Anexo III. “*Listado Informantes y Pacientes*”.

⁹⁸ En particular recuerdo una consulta con Andrés en la cual, durante más de una hora, explicó al aburridísimo enfermero la diferencia entre bañarse y ducharse para un argentino. Fue

ambos fueran muy jóvenes y, tal vez, poco experimentados, dejaba al paciente-informante demasiado espacio que aprovechaba englobándome en sus discursos. «*Eso ya lo conté a Serena*», dijo Omar⁹⁹ casi molesto por la pregunta de la psicóloga. A menudo me miraba inconscientemente o me preguntaba directamente qué opinaba de los hechos, sobrepasando las barreras profesionales. Ambos se dejaban condicionar mucho por mi presencia y el paciente-informante lo advertía, beneficiándose. No era productivo para nadie. Por eso concentré la observación en la práctica psiquiátrica. De hecho, con la Dra. Ortega nunca pasaba nada semejante. Su rol en la consulta era extremadamente importante y presente, dictado probablemente por su buena experiencia clínica y por sus capacidades. Además, durante las entrevistas privadas, mis informantes ridiculizaban a menudo a los otros terapeutas por sus ingenuidades o sencillez terapéutica y esto me ponía automáticamente en una condición de complicidad que me incomodaba mucho. Por ejemplo, durante la consulta con la psicóloga, Omar, un paciente con trastorno alcohólico, amenazó con matar a algunos de sus paisanos que le tomaban el pelo por salir con una chica mucho más joven de él. Afirmó haber comprado ya el cuchillo y explicó la manera en la que iba hacerlo. Estaba muy enfadado y hablaba sin sentido. Mi presencia (creo) condicionó mucho las respuestas de la psicóloga que, totalmente asustada, no sabía como reconducir al paciente a una situación de serenidad para hacerlo razonar sobre cuanto afirmaba. Conforme transcurría el tiempo, más incómoda me sentía por ella, visiblemente en pánico e incapaz de imponerse en tal situación. Llegó incluso a justificar conmigo la actitud del paciente: «*No se qué le pasa, nunca se portó así*». Amenazó al paciente con llamar a la policía (idea que reforzó en aquél su personal deseo de justicia y sentido de incompreensión), concluyendo que no era «*elegante*» su actitud. En otra ocasión, asistí a una consulta con Andrés, paciente-informante con personalidad esquizoide y trastorno obsesivo. La profesional interpretó sus

excelente. Aunque su provocación (debida a mi presencia en la consulta) comprometía mis relaciones con los otros profesionales.

⁹⁹ Omar es peruano. Paciente del SATMI. Lo entrevisté durante los primeros seis meses del trabajo de campo en el 2006. Véase Anexo III. “*Listado Informantes y Pacientes*”.

rituales lanzando la hipótesis de que le habían servido para alejar el duelo de la muerte del padre. Él la miraba fijamente y le dijo que tenía razón. Incluso, le agradeció la interpretación. Saliendo de la habitación, tuvimos tiempo para desarrollar una entrevista. Con mucha tranquilidad empezó a explicarme cómo le encanta condescender con los terapeutas y tomarles el pelo, riéndose de la curiosa y sencilla explicación de la joven psicóloga. Me quedé muy sorprendida de sus capacidades analíticas y me pregunté cuantas veces ya lo habría hecho conmigo.

Por tanto, el despacho de la Dra. Ortega se convirtió en mi espacio “privilegiado y particular” de observación. Dejé que fuera ella la que dirigiese mis tiempos y modalidades de observación, a diferencia de otros contextos donde impuse un poco más lo que necesitaba. El primer día tomó una silla y la puso a su lado, en la otra parte de la sala visible, pero inaccesible, al paciente. Entre ella y el paciente la mesa delimitaba la separación virtual y yo me quedaba justo en este espacio intermedio. Podía tomar apuntes en una libreta que ponía sobre mis rodillas. Habitualmente, ella salía de la habitación para llamar al paciente y yo esperaba sentada. Acordamos que, por respeto al paciente (mi gran preocupación inicial era intimidarle con mis observaciones), ella le preguntaba si le molestaba mi presencia. Nunca nadie contestó afirmativamente. Me sorprendió mucho y fue algo unánime en todos los escenarios psiquiátricos. En mis hipótesis iniciales imaginé pasar mucho tiempo fuera del despacho, segura de que muchos pacientes rechazarían la idea de ser “observados”. En dos ocasiones (¡en siete meses!) la Dra. Ortega me invitó a salir por las condiciones muy agudas de los pacientes. Muchos entraban y casi ni me miraban si yo precedentemente no les había saludado. A veces creía haberme convertido en un muro más de la habitación tanto para el personal como para los pacientes. Si ellos mostraban inseguridad en contestar, probablemente por el efecto sorpresa ligado a mi presencia, la Dra. Ortega añadía: «*es una compañera*» y el paciente se tranquilizaba. También hay que decir que los pacientes están siempre más acostumbrado al *diagnostico colectivo*, es decir, a la presencia de muchos residentes durante la consulta.

El tercer lunes me sentí con valor para empezar con mi primer informante. Lo había discutido anteriormente con la Dra. Ortega y ella, para facilitarme las cosas, me introdujo con él al término de la terapia. Le explicó que estaba haciendo un estudio antropológico y que me habría gustado quedarme un tiempo haciéndole una entrevista en otra habitación a solas. Ninguno rechazó mi proposición que tras de esta vez hacía yo directamente al paciente. Conseguí un grupo de once personas, con nueve de los cuales elaboré entrevistas abiertas en profundidad durante seis meses y dos entrevistas domiciliarias. Muchos de ellos, si yo estaba ocupada con otro informante o en la habitación de la Dra. Ortega, me esperaban en la sala de espera, considerando el tiempo conmigo como algo que formaba parte de su programa en el SATMI. Algunos, el mismo día, pasaban de la psiquiatra al enfermero y luego esperaban «a Serena» [Cecilia]. En parte eso convertía mi trabajo en algo “terapéutico”: la mayor parte de las personas que acudían al SATMI (como en otras estructuras psiquiátricas) necesitaban, sobre todo, ser escuchados, hablar, narrar, contarse. La necesidad de comunicar era tan elevada que a veces tenía que imponer un límite temporal a las entrevistas para conseguir estar también con otros informantes y tener tiempo para regresar al despacho de la Dra. Ortega.

Durante estos seis meses participé también en diversas consultas por la mañana en el Centro de Asistencia Primaria - CAP - de salud mental. Contacté con el director y le propuse el proyecto y acordamos un tiempo máximo de dos meses. En este caso obtener los permisos oficiales hubiera sido más complicado y, por el hecho de que ya estaba en el SATMI y que faltaban unos dos meses para las vacaciones de verano, entré de forma “no oficial” y por un período de tiempo restringido. Accedí el 16 de junio del 2006. Necesitaba entender cómo influía la *diversidad cultural* de los sujetos en la clínica psiquiátrica y también en qué consistía exactamente esa *diversidad cultural*: ¿Cómo funcionaba un centro *heterogéneo* de salud mental? ¿Cuáles eran las diferencias? ¿Qué cosa cambiaba?

Tenía ya bastante seguridad en mí misma y me adapté con facilidad a mi nuevo campo, además tenía la ventaja de que era exactamente en el mismo centro, aunque ocupaba una sala diferente. Por la mañana había mucha más

confusión y profesionales que trabajaban (asistente social, psicólogas, psiquiatras, etc.). Los primeros días por las mañanas¹⁰⁰ acompañé a la Dra. Palmas, una psiquiatra que siempre iba vestida de colores chillones y hablaba mucho. Me dio inmediatamente una impresión rara. Aprendí de mis clases de yoga que los alumnos que a la primera lección ven la *Madonna*, hablan de bajadas y de subidas de la *kundalini*¹⁰¹ y te veneran como si fuera una iluminada, nunca vuelven. Esta experiencia, aunque distante del trabajo de campo, me sirve siempre para medir los entusiasmos de las personas que encuentro. La Dra. Palmas se mostraba demasiado entusiasta con mi presencia. Tenía la seguridad que iba a acabar pronto. Con razón mis sospechas fueron correctas y unos días más tarde me dejaba más afuera de su consulta que dentro, utilizando diversas excusas: «*es un paciente difícil*»; «*ya empecé una terapia*»; «*es demasiado obsesivo*» [Dra. Palmas]. En una de estos momentos de *free time* en el pasillo del CAP conocí a la Dra. Maura, otra psiquiatra del centro. Nos pusimos hablar y salimos a tomar un café. Hablamos de viajes y de Italia y no de Psiquiatría. Así que pasé con ella el restante tiempo a mi disposición. Su método era muy parecido al de la Dra. Ortega, me leía la carpeta clínica del paciente, me consentía tomar apuntes y a la salida comentábamos los casos. Esto me permitía aclarar dudas médicas, exponer mis perplejidades, reflexionar y comparar las situaciones ya vistas. Esas consideraciones posteriores sobre el paciente siempre se me revelaron muy útiles e intenté ponerlo en práctica en los sucesivos escenarios.

El tiempo con la Dra. Maura fue muy estimulante porque la variedad de trastornos presente en un CSM es inmensa, añadiendo nuevos interrogantes a mi estudio en vez de liberarme de los anteriores. De nuevo los aspectos culturales y sociales se sumaban a los problemas psiquiátricos. No vi migrantes (esto no significa que no hubiesen, al contrario), sólo personas autóctonas o españoles residentes “de toda la vida” en los barrios de los alrededores del

¹⁰⁰ El servicio está abierto también por la tarde, con la excepción del lunes. Pero yo quería una demarcación temporal concreta, ya que la espacial no existía. Iba sólo por las mañanas.

¹⁰¹ La *despertación* de la kundalini es una práctica avanzada de diversos tipos de yoga (hatha yoga, por ejemplo) y requiere una preparación física y sobre todo mental idónea.

servicio. No hice ninguna entrevista particular con los pacientes: mi objetivo era otro. Fue una breve experiencia que me permitió entender que la diversidad cultural está siempre presente en cada paciente independientemente de su contexto de origen. Además, me familiarizaré más con la asistencia psiquiátrica ambulatoria.

Mi otro observatorio institucional particular fue la *Azienda Sanitaria Locale* en Génova, la ASL 3 de Higiene Mental en via Peschiera. Entré en contacto con la Dra. Pista, mi enlace y apoyo en el centro, por medio del Dr. Lucas, el responsable de mi primera beca de movilidad (2005-2006) en la clínica psiquiátrica de la capital ligur. Conocía muy bien el centro de salud mental porque en él confluyen muchos barrios de la ciudad, ya que se ocupa de una vastísima población. El Dr. Lucas, me presentó a la Dra. Pista, una psiquiatra interesada en los temas de migraciones. Empecé a tomar contacto con el centro al final de mi estancia en la clínica y me quedé unos seis meses. La entrada fue muy sencilla, presenté mi documentación y escribí una carta al director de la estructura, un famoso psiquiatra experto en pedofilia. A los pocos días me recibió junto a la Dra. Pista, le presenté el proyecto y me dio el visto bueno para acceder.

Con ella hablamos mucho de la pertinencia de un centro específico para migrantes y se mostró siempre muy atenta y dispuesta a colaborar conmigo. Mi programa de trabajo fue bastante intenso: la acompañaba en las entrevistas con paciente latinoamericanos para tomar confianza con su método, con la institución, con el equipo (a veces también estaba presente la asistente social) y los enfermos. A causa del gran número de pacientes, me concentré en los de origen sudamericano, sin hacer ninguna observación con los autóctonos que en Génova, siendo mi ciudad natal, hubiese sido problemático en relación a la *pricacy* (conocimiento del paciente o de su entorno familiar o profesional, posibilidad de coincidir en otros espacios, etc.). También hice un estudio detenido de todas las historias clínicas con el fin de elaborar una estadística sobre la presencia, acceso, patología, sexo, nacionalidad, etc. de los pacientes sudamericanos en la ASL, como la del SATMI, en este caso elaborada por el

mismo personal del centro. La mayor dificultad fue que las historias clínicas estaban manuscritas en una incomprensible grafía médica y conservadas en un archivo de papel. No había la posibilidad de seleccionar una palabra clave, como por ejemplo “nacionalidad”, de forma que había que mirar una por una para encontrar a los pacientes extranjeros. Fue un trabajo colosal. Al término elaboré un posible listado de informantes y contacté con los profesionales que llevaban los casos para obtener mayor información sobre las condiciones, problemas y patologías de los pacientes. Entrevisté a veinte personas en profundidad y a veces, cuando el paciente tenía grandes complicaciones (graves discapacidades, desganancia, etc.), concerté las entrevistas con los familiares. El primer contacto era telefónico: les explicaba quién era y el trabajo que estaba llevando a cabo en español. Luego acordaba una cita en la ASL. Con muchos de ellos pude hacer entrevistas a domicilio.

Si la Dra. Pista estaba disponible, participaba conmigo en las entrevistas. Se quedó muy pocas veces y sólo durante los primeros encuentros que llevé a cabo. Creo que quería averiguar qué tipo de trabajo hacía y si, de alguna manera, podía afectar al paciente o yo necesitaba de su ayuda para contenerle. Fue curioso cómo, por primera vez durante el trabajo de campo, mi rol se invirtió: yo guiaba la entrevista en español y ella, sentada al lado, observaba. Contrariamente a lo que podría esperar no alteró las entrevistas. Probablemente el hecho de que el informante hablara conmigo sólo en español y con la psiquiatra en italiano, garantizaba inmediatamente otro nivel de confidencialidad.

Por esa época yo ya había empezado a trabajar también en Urgencias e Génova y muchos de los médicos de la ASL hacían obligatoriamente guardia nocturna psiquiátrica en la “sala 13” del E. O. *Ospedali Galliera*. Ese salón, de nombre parecido a una pesadilla de Stephen King, es la designación del pabellón de higiene mental del E.O. *Ospedali Galliera*, ubicado en la misma planta de las urgencias que prestan servicio a los casos de emergencia o ingresos psiquiátricos. Así que coincidía con el equipo y a veces también con los pacientes en otro contexto. Tanto con los profesionales como con los

informantes me sentí siempre muy a gusto. Además, el espacio de la ASL es muy grande, diferentes figuras profesionales trabajan allí, así que una antropóloga no llamaba la atención. Entrevisté también a algunas enfermeras y psiquiatras del dispositivo y participé en unos encuentros de formación. No tenía un horario preestablecido, dependía de los pacientes de la Dra. Pista y de las entrevistas con los informantes, mantenía una agenda muy intensa que actualizaba semanalmente junto a ella.

Como consecuencia del elevado número de profesionales en el dispositivo de salud mental, no tuve la posibilidad de presentarme a cada uno de ellos. Explicaba mi trabajo y rol en el dispositivo durante la interacción con ellos ante un paciente o una particular circunstancia. Encontré obstáculos sólo por parte de un psicólogo del centro que delante de los compañeros y en más de una ocasión, demostró su intolerancia por la presencia de una antropóloga «*no fichada por el centro mismo*» [Psicólogo ASL].¹⁰² Evidentemente mi trabajo, de alguna manera, comprometía el suyo o su figura profesional. Sus celos alcanzaron niveles bastantes ridículos incluso delante de sus pacientes y mis informantes obligándome, más de un vez, a interrumpir mi entrevista y dejarle la consulta libre para su trabajo. Una particularidad de la ASL es que ningún terapeuta tiene una sala fija para desarrollar las entrevistas con los pacientes a excepción de la sala-dispensario farmacológico usada por los enfermeros. A la llegada del paciente se busca una consulta libre, reconocible por tener la puerta abierta. Lo mismo hacía yo con los informantes cada vez que había concertado una cita con ellos.

¹⁰² Afirmación que hizo un psicólogo de la ASL de Génova en el 2006, durante mi estancia genovesa.

Entre lo sagrado y lo profano. El tema de la privacidad.



TIM, TEEBKEN s.f., *Man walking tightrope*.

Cuando empecé mi trabajo de campo y me senté por primera vez al lado del psiquiatra pensé en el “Amor sacro y profano” de *Maestro Tician depentor* (VV.AA, 1995_c). Es una de mis obras preferidas sobre todo por la simbología oculta (o mejor dicho, disfrazada) y la controversia lograda en la pintura. Mi espacio psiquiátrico me recordaba el «sentido del umbral» (STRINATI, 1995: 18) que la imagen de Tiziano transmite, una justa contraposición entre locura y contemplación: lo sagrado y lo profano. Por otra parte, el espacio psiquiátrico, como la misma enfermedad mental, tiene algo a que ver con lo sagrado. Un espacio delimitado y muy bien regularizado donde la visibilidad existente se contradice con la imposibilidad de cruzar, estar o ser, por parte de ambos los sujetos, en el espacio entero. Esencialmente, se trata siempre de un espacio estático y muy ritualizado. Es una realidad caracterizada por actos pautados, completamente distinta a la de una consulta médica genérica o la de un hospital. Es el lugar de sanación, cura, cuidado y protección, así como el de los delirios carnales, rabias, incapacidades, egoísmo, deseos y pensamientos tortuosos sin lógica aparente. La ausencia de un contacto humano, el alejamiento y la falta de interés por parte del psiquiatra se suman a los sufrimientos, las mentiras, el descuido físico, los olores y la suciedad del paciente. Los pensamientos ocultos de ambos devuelven inmediatamente el

escenario al universo de lo profano. Si bien, era sobre todo mi presencia, la que me hacía pensar en lo sagrado y lo profano y no sólo por el rol inconcreto y a-terapéutico que revestía. En el tema de la confidencialidad y de la privacidad, escuchar y conocer profundamente algunos aspectos de los otros sin dar o revelar nada de mí, me colocaba en una posición cercana a la del confesionario, tal vez más parecida a la del Gran Hermano de Orwell que a la de la Iglesia. Me encontré en la posición de guardar secretos sin haberme ganado dicho rol, como suele ocurrir en una relación de amistad o profesional. De hecho, para algunos informantes yo era una “amiga” con la que hablar situándome otra vez en una posición de umbral respecto a mis necesidades de trabajo y aquellas humanas de relacionarme con los demás.

Antes de cada inicio de trabajo garantizaba a los profesionales mi absoluta confidencialidad respecto a las informaciones percibidas tanto a través de la lectura de historiales clínicos como durante la presencia en las entrevistas. Lo mismo hacía con los informantes. Nunca hice firmar un consentimiento a mis informantes para poder utilizar el material recogido, todo quedaba en la palabra dada¹⁰³ y mi propio empeño en el respetar una (no clara)¹⁰⁴ deontología profesional. El antropólogo sabe que la confidencialidad es un aspecto absolutamente vinculado a la propia honestidad. Recogemos informaciones, luego utilizamos esos materiales para elaborar artículos y presentaciones. Tenemos un permiso, un consenso, informamos a las personas involucradas que cambiaremos los nombres, a veces, también, la edad y la nacionalidad, si pueden perjudicar o identificar a la persona. Pero, ¿Hasta qué punto los informantes saben cómo y en qué medida utilizamos ese material, sus fotos, sus recuerdos familiares y sus grabaciones? Y ¿Qué pasa con todo ese material después del abandono del campo y de la temática de estudio? ¿Si dentro de

¹⁰³ *Verba volant, scripta manent.*

¹⁰⁴ No leí casi nunca sobre una deontología de la profesión antropológica, aunque escuché numerosas dudas y charlas sobre el tema. De otra parte, cuando se habla de antropología médica aplicada, por ejemplo, el tema ético vuelve a emerger abundantemente: ¿Aceptar un estudio “cualitativo” cuando la intervención consiste en sólo unos meses de trabajos y muy pocas entrevistas no en profundidad?

diez años vuelvo a reutilizar mi material para otro trabajo debo notificárselo al informante?

En el verano de 2008 me contactó con una profesora asociada de la *Università degli Studi di Genova*. Se ocupa de lingüística, mediación y migración y estaba muy interesada en el estudio llevado a cabo en el Hospital Galliera (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b). Me preguntó si le podría pasar las entrevistas efectuadas en aquel contexto, ya que su objeto de investigación son los fenómenos de hibridación lingüística y las diglosias¹⁰⁵ entre español e italiano, y necesitaba trabajar directamente sobre las grabaciones. Su demanda me dejó atónita: ¿Cómo podría entregarle mis grabaciones y darle los secretos y sufrimientos de mis informantes?

¿Habría preguntado lo mismo a un psiquiatra?

De igual forma, lo que ella demandó, no era muy diferente de lo que yo hice consultando las carpetas médicas de cada uno de mis informantes. Me dieron permiso para utilizar el material elaborado con ellos, pero no directamente el de acceder a su historial clínico aunque este no pertenezca (sólo) al paciente sino a la institución.

Durante todo el trabajo de campo me encontré en la situación de decidir entre el respeto a la privacidad y la adquisición de información. Cuando consulté los historiales de los pacientes de la ASL sabía perfectamente que me iba a encontrar con las de muchos amigos y sus familiares y dominar la curiosidad no siempre fue sencillo. En trabajos anteriores, en ocasiones no respeté las reglas, eligiendo lo que era más importante para mi trabajo de campo consciente de que mi elección (una fotocopia o una fotografía)¹⁰⁶ no habría afectado directamente al interesado. Otras, elegí el respeto hacia el informante y salía de la consulta sin aprovechar o utilizar el material.

¹⁰⁵ Formas particulares de bilingüismo que se manifiesta en el momento en el que el uso de dos idiomas (en ese caso italiano y español) están alternados según las circunstancias y los contextos.

¹⁰⁶ Durante mi precedente trabajo de campo fotografié cadáveres y piezas anatómicas y también la fosa común de un cementerio sin tener el permiso oficial.

Otra cuestión fue encontrar ex-compañeros de la universidad o conocidos¹⁰⁷ que me veían en *bata blanca* sabiendo que no había estudiado Medicina. Acudían como pacientes o familiares y me observaban ocupando una posición particular en la consulta, interactuando con los pacientes y médicos, incluso manejando material del propio paciente, como por ejemplo, una analítica. Tras una situación embarazosa por parte de alguno (¿Estaré grabando para una *candy camera*?) y varias dudas visibles en sus rostros (¿Cómo puede haber acabado la carrera de Medicina en tan poco tiempo? ¿Este hospital será profesional?), explicaba la circunstancia («estoy haciendo un estudio...»), rompiendo la situación de incomodidad. A veces también me sentía en el deber de salir de la consulta si los problemas eran personales o graves.

LOCATION II. DE LAS ETNOGRAFÍAS DE AMBULATORIO A LAS HOSPITALARIAS.



VINCENT, VAN GOGH 1889, *Sala del Hospital de Arles*.

Completamente distinta es la experiencia en el mundo hospitalario. Por primera vez durante el trabajo de campo me encontré en un contexto particularmente endogámico, disfrazada de médico y sometida a reglas relacionales totalmente nuevas para mí. Fue una inserción progresiva en el escenario, ya que no había programado hacer parte de mi trabajo de campo en dos instituciones totales

¹⁰⁷ Algunos amigos accedieron a urgencia sólo para verme disfrazada porque les hacía gracia que alguien me pagara sólo por “representar un papel”.

(GOFFMAN, 2001). Cuando opté por la beca de movilidad¹⁰⁸ (octubre de 2005 – abril de 2006) en Génova había pensado vincularme a una institución universitaria y la clínica psiquiátrica me pareció el lugar idóneo. En seguida, la ausencia de informantes, varios fracasos en las relaciones “académicas” y problemas burocráticos me condujeron al Departamento de Emergencia y de Aceptación del E.O. *Ospedali Galliera* – DEeA – durante la segunda estancia genovesa (abril 2006 – octubre 2006) para completar mi estudio. A pesar de las dificultades, los dos dispositivos ejercieron una fascinación inmediata sobre mí y el contexto se convirtió, más que otros escenarios, en un importante objeto de análisis. Las jerarquías propias de esos espacios, las pautas políticas y territoriales, evidenciaban una práctica médica apartada de la globalidad del cuerpo del paciente-informante, de su diversidad e identidad¹⁰⁹ de manera completamente distinta a lo observado con anterioridad. Tanto en un pabellón psiquiátrico como en urgencias no existe la posibilidad ni el tiempo (por razones distintas)¹¹⁰ de profundizar en los elementos de comunicación (si bien biomédicos) entre el terapeuta y el paciente¹¹¹ ni la visión subjetiva de la enfermedad¹¹². Incluso, disminuye el espacio de reconocimiento del malestar, las necesidades políticas y económicas imponen los “tiempos” de una diagnosis (y si no proceden de lo político o económico, es el mismo paciente quien

¹⁰⁸ La beca no necesitaba como prerrogativa la institución universitaria que de hecho no fue elegida para la segunda estancia, pero pensaba que me podría aportar mayor posibilidad un dispositivo universitario en lugar de otro. Claramente me equivocaba.

¹⁰⁹ En el hospital «se uniformiza al paciente otorgándole a nivel administrativo el número de cama, el de su filiación sanitaria o el de su historia clínica. Para los profesionales, en los pasillos de las instituciones hospitalarias, los usuarios somos “un pie”, “un hígado” o “un síndrome de inmunodeficiencia”. La patología domina hasta tal punto, en los procesos interactivos con los profesionales de la salud se pierde tanto la identidad, que maquinalmente nos conocen por aquella parte del organismo que se describe como dañada en la historia clínica que sostienen en sus brazos» (ALLUÉ, M. 2008: 38).

¹¹⁰ Estaba bastante indecisa entre escribir voluntad o posibilidad. Por una parte, el primer término no rendiría justicia a la realidad de una urgencia donde no se puede hablar de voluntad pero de una imposibilidad ligada a los tiempos y espacios propios de la práctica de emergencia. Por la otra, en el caso de la clínica psiquiátrica temo que el problema consistiese realmente en una falta de voluntad en la interacción con el paciente y una concreta mejoría de su estado mental.

¹¹¹ ¿Cuántos pacientes psiquiátricos conocen el *nombre* de su enfermedad? ¿Cuántos de esos saben explicar a otros en qué consiste su malestar?

¹¹² Me refiero al aspecto del *Illness*. ¿Cuántos han explicado a los terapeutas las razones de su trastorno? ¿Cuántos han descrito su(s) experiencia(s) psiquiátrica(s)?

requiere una rápida identificación nosológica)¹¹³ y la dimensión de la aceptación de la misma. Lo individual queda aniquilado no sólo en el ambiente subjetivo y social del padecimiento, sino en la relación con los terapeutas. El paciente está expropiado del acto diagnóstico, orientativo, decisonal, farmacológico y terapéutico mucho más que en las otras realidades. Y, la mayoría de las veces, también el terapeuta es despojado de todo ello a causa de la obligación de cumplir con categorías diagnósticas *consistentes, universales y reconocidas*.¹¹⁴

En definitiva, disfrazarme de *bata blanca* y empezar una etnografía hospitalaria era algo que me cautivaba. Documentar nuestra cultura médica, observar las relaciones entre los profesionales y los pacientes, la manera de describir y narrar la enfermedad (el médico por un lado, el paciente y el familiar por el otro) y, evidentemente, enriquecer de “movilidad” mi trabajo de campo que hasta entonces había sido muy estático (sentada a lado del psiquiatra) garantizaba una nueva perspectiva a mi tema de estudio. Además, a pesar de la aparición de etnográficas hospitalarias y psiquiátricas (GOFFMAN, 1961[2001]; CAUDILL, 1966; 1981; SCHREBER, 1986), existe poca bibliografía sobre los aspectos metodológicos específicos (TOSAL Y OTROS, 2007; HURTADO, 2007). Es decir, no habían sido tratados los aspectos relacionados con el acceso al campo, el rol del antropólogo dentro de la institución y las posibilidades y las restricciones técnicas, asimismo, tampoco el consentimiento informado, la posibilidad de grabar a los informantes en el pasillo, los aspectos “éticos” implícitos concernientes a la realización de la investigación (TOSAL Y OTROS, 2007) y obviamente, como he mencionado en los otros escenarios, los sentimientos que el antropólogo vive en la comparación con la aparente a-terapeucidad del *terrain*. En muchas etnografías, el antropólogo procede de la experiencia de enfermo-paciente en el hospital (DIGIACOMO, 1987; MURPHY, 1990; FRANK; 1991; ALLUÉ, M. 1998) o profesional sanitario miembro del hospital (ALLUÉ, X. 1999; LÓPEZ, 2007) o, de otra manera, el proyecto de investigación tenía márgenes

¹¹³ La idea que desarrollaré más adelante con el término *fast health*. Véase el párrafo “Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes”.

¹¹⁴ Véase todo el capítulo segundo sobre Políticas Psiquiátricas.

económicos amplios que implicaba directamente la institución hospitalaria convirtiendo al antropólogo en alguien “interno” y dependiente a la institución (PENEFF, 1992; CLARK, 1993; GOFFMAN, 2001). Ninguno de esos era mi caso.

Desafortunadamente, el entusiasmo con lo que entré en la clínica y en el contexto universitario genovés donde permanecí tres meses quedó mitigado por las dificultades prácticas vividas y la “pobreza” de estímulos presente en el marco de migración y salud mental. Para cumplir mis parámetros de investigación tenía que readaptar mis previsiones. El contacto con el *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Oftalmologia e Genetica* de la Universidad de los Estudios de Génova que incorpora la clínica psiquiátrica no sólo fue pensado para tener un apoyo institucional, sino porque en Génova no existe nada de parecido al SATMI y ese centro podría garantizar la variedad observada en mis precedentes escenarios. Contacté con el Dr. Lucas, psiquiatra e investigador confirmado de la clínica, experto en Etnopsiquiatría.¹¹⁵ Expliqué al profesor los temas de mi proyecto y le propuse desarrollar mi estancia en la clínica universitaria. En octubre, no sin pocas dificultades burocráticas, empecé mi primera experiencia hospitalaria. Después de tres meses salí de la clínica psiquiátrica muy agobiada por el ambiente manicomial que allí vi. Tenía principalmente material referente a los profesionales y la institución más que de los pacientes sudamericanos (en aquel contexto entrevisté en profundidad a cuatro informantes, de las cuales tres eran italianas y una brasileña). Seguí mi estancia en la ASL 3 genovesa ávida de “informantes *latinos locos*” y, por cierto, como ya hemos visto, ese centro se reveló el más idóneo para un análisis comparativo con el SATMI.

Con el Dr. Lucas y la Dra. Pista empezamos a vernos los tres una vez cada mes, en el exterior de las instituciones de salud, rompiendo las limitaciones institucionales, hablando, discutiendo y evaluando los resultados de mi trabajo de campo en la casa del Dr. Lucas. Fue una experiencia muy

¹¹⁵ Con etnopsiquiatría me refiero a una psiquiatría que tiene como objeto de estudio los migrantes, asumiendo como epistemología de la ciencia el valor que ella da al concepto de alteridad (BENEDUCE, 2005; 2007; COPPO, 1994; 2002; FASSIN, 1996; 2006). Véase el Capítulo segundo.

positiva. Tanto la Dra. Pista, como el Dr. Lucas¹¹⁶ sugirieron, por las finalidades de mi trabajo de campo, que contactara con el DEeA. Ese escenario ubicado en el centro de la ciudad era el acceso de los *extranjeros temporalmente presentes* – STP –¹¹⁷ y, en general, a todos los extranjeros al servicio sanitario nacional – SSN –. Es decir que en aquel entonces, era una referencia para quién estudiaba migración y salud. Así que empecé a plantearme una estancia allí. Además, si en Barcelona era perfectamente visible cómo los migrantes eran derivados al SATMI (la mayoría procedían de ONG como *Salut i Família* o Cruz Roja; estructuras concertadas o de la red pública sanitaria como el Hospital del Mar), en Génova eso no era tan evidente. Trabajar en el DEeA tenía sentido para observar el primer contacto que los migrantes hacían con el sistema sanitario genovés¹¹⁸ y comprender su entorno y recursos sociales ya que acudían casi siempre acompañados de los familiares. Todavía no había visto casos de pacientes migrantes parecidos a los del SATMI y no por las patologías puesto que, como observaremos, son muy similares, sino por las situaciones y las realidades de vida. Los migrantes encontrados en la ASL ya llevaban tiempo en Génova, la mayoría de ellos, habían venido por medio de la reagrupación familiar aunque sin trabajo o *papeles*, presentaban una situación familiar más sólida y con una red social bien delimitada. Por todo ello, el DEeA constituía la “apertura” a la realidad callejera, a los brotes psicóticos, a las crisis de angustias, a la ansiedad, al pánico, a las situaciones de crisis éticas y peleas, violencia y accidentes. Es decir, representaba un nuevo desafío para mí, sobre todo como antropóloga. Incluso, había trabajado sólo con médicos con una particular atención al migrante y casi nunca con profesionales no expertos en la

¹¹⁶ Conseguí, en parte, romper las barreras académicas con ellos. Con la Dra. Pista se instauró una relación más íntima por el hecho de que trabajamos seis meses juntas y también a menudo la veía en el DEeA por la noche. Después de unos cinco meses obtuve la posibilidad de ser llamada por mi nombre en lugar del de Dra. Brigidi y que ambos me tutearan. Yo hice lo mismo con la Dra. Pista y sólo después de un año con el Dr. Lucas. Ahora, cuando le escribo, uso su nombre de pila pero durante toda la experiencia genovesa seguía llamándole Prof. o Dr. Lucas.

¹¹⁷ En Italia, como consecuencia de la ley 5/2000, ha sido creada la tarjeta STP – *Straniero Temporaneamente Presente* – para acceder a las curas urgentes y esenciales. Véase párrafo “*El marco legislativo y la asistencia sanitaria pública en Italia*”.

¹¹⁸ Sobre todo observar directamente cómo la ley afectará a los migrantes sin papeles en el acceso a los recursos sanitarios (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b)

materia. Además, la Dra. Pista, como todas las psiquiatras de la ASL, se veía obligada hacer unas cuantas horas de servicio nocturno en la “sala 13”, por lo tanto, también en el DEeA seguía en contacto con la Psiquiatría territorial. Así que todo parecía llevarme a otra experiencia hospitalaria y, en efecto, a la distancia de poco más de un mes de la experiencia de la clínica, volví a disfrazarme de médico en el DEeA y puse en práctica (nuevas) estrategias para elaborar una etnografía hospitalaria durante un tiempo de nueve meses.

OBSERVATION I. NI PSIQUIATRA NI PACIENTE. PARTICIPACIÓN INACTIVA.



DANIELE, CAMPI MARTUCCI (s.f.) *Manicomio provinciale di Genova Cogoleto, Sciarborrasca, Genova.*

Entrar en la habitación. Sentarse a lado del psiquiatra y no ser ni el terapeuta ni el paciente y, a pesar de ello, *presenciar* una consulta psiquiátrica. Participé en un seminario organizado por el Grupo GRAAL de la Universitat Autònoma de Barcelona en el otoño de 2007. La conferencia a la que asistí era sobre “Métodos Cualitativos en Salud”, propuesta por Maria Luisa Vázquez y Amparo Mogollón. En ese contexto se definía la investigación cualitativa como reflexiva (diversos métodos y instrumentos que se adaptan a diversas situaciones) flexible, abierta y cambiante («*avanzo y me replanteo*», observaba una exponente).

Emergía el contexto natural en el cual la investigación se lleva a cabo (en comparación con un laboratorio, por ejemplo) y la consiguiente visión holística que se deriva de ella, además de, aunque no fuera definida así, la ética transparente del investigador: el informante debe ser siempre informado del estudio que se lleva a cabo. Las técnicas cualitativas estaban claramente establecidas y consistían en la entrevista y en la observación. En ese momento me di cuenta de que los “expertos” de investigaciones cualitativas procedían de un campo diametralmente opuesto al mío y que en sus reflexiones no contemplaban las experiencias de antropólogos en el campo de la salud ni siquiera la mía. A pesar de la flexibilidad de la que hablaban, se construía sobre parámetros ya prefijados. Descubrí que mi participación en el campo venía definida no como *total* (observación participante) sino *parcial* (semi-participante). Pero: ¿Cómo poder definir una experiencia de dos años de contacto con jerarquías, diagnósticos, fármacos, crisis, sufrimientos, familias destruidas, sueños no realizados como “no total”? Fue globalizante y en algunos aspectos aniquilante y absorbente. Más que total.

Un antropólogo en un contexto sanitario (mi pregunta despertó el estupor de todos los participantes: ¿Qué hace un antropólogo en un contexto sanitario?) por el mismo significado de dicha frase no puede estar-ser-observar-participar. Los antropólogos «*también utilizan metodología cualitativa, pero lo que hacen es pasarse años en lugares exóticos y escribir libros (...)*» explicó una de las responsables de la charla al público. Me preguntaron si era médico, enfermera o paciente. Contesté que no. Era sólo antropóloga. Además creo que fue la primera vez que me definí como antropóloga. La conclusión fue sencilla, ya que uno de los elementos claves de la investigación cualitativa es la transparencia: un antropólogo camaleón que se disfraza de médico en algunos contextos, se sienta a lado del psiquiatra en otros, va a las casas de los informantes a conocer la familia y participa a las reuniones médicas resulta *opaco* para los informantes y con un rol demasiado flexible. Así que el discurso fue archivado, pero no para mí.

Es evidente que la observación participante en realidades sanitarias elaboradas por un científico humano no vinculado con la misma institución de donde se elabora el trabajo ni como profesional ni como paciente, necesita de algunas consideraciones. Guber (2004) reflexiona sobre las dos palabras que componen la acción de “bajada al campo”: *observar* y *participar*. Una recurre a la idea más bien pasiva de que el antropólogo permanece *externo* al contexto para poder detectar la realidad social y anotar informaciones en su libreta de campo; la otra, es el investigador quien desempeña un rol activo: «integra», «toma», «reside», «prepara», «asiste» (2004: 172) *dentro* del grupo analizado. Aquí aparece el primer problema: los sujetos de mi trabajo son dos, profesionales y migrantes, que se presentan tanto simultánea como separadamente en la escena sanitaria. En algunos aspectos, ni para uno ni para el otro el escenario de campo es el contexto *natural* como podía entenderlo en la Antropología clásica, en el sentido en que ambos actúan o desarrollan temporalmente un rol: como profesionales socio-sanitarios y como enfermos-pacientes. Con lo dicho no debemos presumir que la relación entre profesionales y paciente sea siempre asimétrica, caracterizada de diferencias y juegos de poderes bien delimitados (sobre todo en el contexto migratorio).

Por la elección de escenarios para el trabajo de campo en ambulatorios y hospitales, mi participación ha sido *desde dentro* de las instituciones sanitarias. Si en la clínica mi papel de antropóloga había sido creado a imagen y semejanza de un MIR en Psiquiatría y, por lo tanto, resultaba totalmente protegido de los pacientes, en el DEeA mi “oficialidad” venía del *pijama blanco* y, de un juego de apariencias: la posibilidad de acceso a los locales *off-limits* para los no profesionales, la libertad de llamar e interactuar con los pacientes-informantes dentro y fuera del DEeA, a veces, también, de acompañarlos físicamente a otras visitas; la cercanía con el equipo sanitario y la manera “oficial” con la que enfermeros y OSS - operador socio-sanitario - me llamaban en presencia de pacientes y familiares: “Doc”, como se suele llamar

cariñosamente a todos los médicos¹¹⁹. Es decir, cuando los pacientes llegaban, para ellos, yo *ya* era parte de la estructura sanitaria. A pesar de esto, evidentemente, habían momentos de fuertes contradicciones visuales y proxémicas en las cuales el paciente-informante me veía en la calle esperando el horario de apertura al público del centro (esto pasaba en el SATMI) o bien en la sala de espera atendiendo la llegada de la psiquiatra con la que trabajaba (en la ASL); llamando para que me abrieran las puertas de acceso al pabellón porque no disponía de llaves (en la clínica psiquiátrica); o cuando accedía temprano a la consulta por la entrada reservada sólo a los pacientes (en el caso del SATMI). A pesar de las apariencias, yo fundamentalmente sentía y vivía mi rol de un modo extremadamente ambiguo. No era médico (no sólo a nivel de saberes, sino de acciones) ni con la excepción de un único contexto (el DEeA), tampoco era considerada parte del equipo de los terapeutas no siendo una profesional contactada por la propia institución con las mismas tareas y problemas de horarios, sueldos, días libres y extraordinarios que los demás. Esa participación en las actividades de los médicos *inactivamente* resultaba evidente tanto a los profesionales como a los migrantes que acudían a los servicios. Aunque, sólo en el caso de los pacientes que se transformaban en informantes, eso se suplía con la demostración de un constante interés acerca sus vidas y sus condiciones físicas hasta el punto de ser definida y presentada luego a los familiares como «*doctora*» (generando en mí ulteriores problemas de transparencia y roles).

De todos modos, con los migrantes sentía inmediatamente una cercanía en parte dictada por la condición de “extranjera” que viví y vivo en Barcelona. Durante las entrevistas particulares intentaba utilizar expresiones en las que pudieran reconocerse¹²⁰ con el fin no tanto de dejar intuir una pertenencia a sus contextos sino un conocimiento e interés profundo de sus realidades culturales. Mis preguntas no eran en general sobre un ficticio proyecto migratorio, sino acerca de acontecimientos concretos que intuía ellos podían haber vivido y que

¹¹⁹ Nunca entendí si lo hacían porque, al fin y al cabo, yo soy licenciada y la costumbre italiana es llamar Doctores a todos los que han acabado la carrera o por el juego de la apariencia: llevar bata, estar con los médicos y tener las mismas ventajas que ellos.

¹²⁰ Abolía el *vale* de mis frases que sustituí con un *si* o un *ya, ya*. Hablaba de *papas* en lugar de patatas, *fresa* para decir pijo con los mexicanos, *pololo* (enamorado) con los chilenos, etc.

les hubieran afectado.¹²¹ Sin embargo, en Génova esto resultó, en muchos aspectos, más difícil. Si en Barcelona mi característica esencial durante las entrevistas a solas con los informantes era ser migrante como ellos (hablar otro idioma, confrontar situaciones, aconsejarnos sobre documentos, etc.) en Génova hablaba su idioma, pero era autóctona. Estaba en mi casa. Tenía a mi familia, mis amigos. Además, al ser europea, en ambos contextos, me excluía de la identidad americana y erróneamente¹²² de las dificultades de adaptación e integración, como conseguir trabajo o un piso, vinculadas a la migración. Por todo ello, no elaboré una observación participante clásica ya que no soy médico ni paciente, pero por otra, estaba implicada, aunque no fuera una *loca*.

En definitiva, participar *sin ser* probablemente ha permitido no sentirme involucrada ni condicionada por una precedente pertenencia a un rol o a una estructura.¹²³ Al mismo tiempo que no pertenecer a un grupo o tener un deber o escrúpulos hacia unos compañeros de trabajo. Tampoco a nivel económico, ya que recibía financiación siempre externa a los escenarios donde elaboraba mi estudio.

Otra cuestión importante sobre la observación participante es el grado de adaptación a las reglas establecidas de los grupos observados. Guber (2004) anota brillantemente que un antropólogo ejerce un cierto protagonismo en el acto de participar. Es decir, el investigador elige o adopta un comportamiento según las propias pautas culturales tanto en las fases iniciales del trabajo de campo como frente a cuestiones que probablemente tienen que ver con valores y aspectos éticos y religiosos o imita las de los demás. Cuando entré por primera vez en una consulta psiquiátrica mi única experiencia era la personal, pero el contexto, la estructura, mi misma presencia, rendía el escenario

¹²¹ Yo también hago horas de colas a la policía de extranjería para renovar documentos, como por ejemplo el NIE.

¹²² Eso es un tópico de la migración que a menudo resuelve las dificultades de los migrantes en los papeles. Véase el párrafo "Migrantes: los falsos mitos de la migración".

¹²³ Cómo en el caso descrito en la etnografía de López García (2007: 2) en el que describe la ambigüedad del acercamiento al campo por medio de su profesión de enfermera: «una observación no elaborada antropológicamente, sino vivida desde el interior de la profesión».

*dramáticamente*¹²⁴ distante de mis recuerdos. Generalmente, como una esponja, el investigador se dispone hábilmente a absorber lo que ve, para luego reproducirlo y no sentirse tan ajeno al ambiente, no despertar sospechas ni hacer que los profesionales se arrepientan por haberle permitido la entrada en su realidad. Con diversas dificultades y resistencias, adopté conscientemente la segunda posición que por razones de respeto y por no querer interferir en el sacro vínculo entre terapeuta y paciente, me pareció la más idónea para el escenario. Aunque eso no siempre resultó tan sencillo. Mi primer día en el SATMI sucedió algo que me hizo cuestionar mucho hasta cuánto estaba dispuesta a readaptar mi forma de ser y las diferentes pautas culturales que tenía que adoptar para participar en los dos grupos. Era mi primera “paciente” y estaba bastante nerviosa. Ella, acompañada de su mediadora y de la psiquiatra, entró en la sala de consulta donde yo ya estaba sentada. ¿Cómo tenía que portarme? ¿Tenía que levantarme, ofrecer la mano o actuar indiferentemente? Pensé que no podía prescindir de las reglas básicas de la educación y que era mi obligación saludar cordialmente al paciente, aunque eso me aterrorizaba (¿Sonrío? ¿Miro a los ojos?). Me levanté y presenté la mano hacia la primera persona (¿Cuál de las dos era la *loca*? No tenía identificada a la paciente, ya que entró con su mediadora). Ella se acercó y me besó en la cara. Pasaron unos eternos segundos en los que recuerdo haber pensado que aquello era excesivo. Por otra parte, esa es una costumbre española: conocer a alguien y besarlo dos veces; una costumbre a la que, como italiana me adapto con mucha fatiga, y me someto siempre de mala gana, pero ella tenía una ventaja: era paciente, mientras que yo novata (¡¡¡Yo no sabía que era su primera visita!!!), si así funcionaba, tenía que aprender. Mis reflexiones me tranquilizaron y volví a sentarme en mi posición de observadora. Pero en seguida la Dra. Ortega, la psiquiatra, me miró con cara disgustada y exclamó: « ¡No, esto no! Nada de besos con los pacientes». Me sentí muy tonta. Habría querido rebobinar todo y volver a

¹²⁴ No se cómo explicar el terror y la sensación de invasión que experimenté inicialmente durante el trabajo de campo. Había sido paciente, conocía el vínculo que se crea con el terapeuta, la importancia de la cita y su espera, anotarse mentalmente todas las cosas que es necesarios decir al psiquiatra o psicoterapeuta. Me sentía mal con la idea de participar en algo de tan íntimo y profundo.

empezar. Me enfrenté con un error de procedimiento (GUBER, 2004) e infringí la etiqueta local del psiquiatra (¡pero no del paciente!). De modo que, adaptarse al protocolo de seguir en cada contexto fue algo de extremadamente complejo. En general, mi primera experiencia se reveló central para intuir que el protocolo formal, destacado y rígido satisfacía a los médicos pero luego obstaculizaba el contacto con los pacientes-informantes. Esas “faltas de educación” o lo que me enseñaron y aprendí a reconocer como una buena costumbre, saludar, contestar a una pregunta, sonreír a una sonrisa, me hacía sentir muy mal conmigo misma. La observación participante de alguna manera “se paga”, ya que requiere una buena dosis de compromiso y sacrificio tanto para superar reglas de comportamiento respetando la invisibilidad requerida del psiquiatra.

En otra ocasión, una informante me invitó a comer a su casa con toda su familia. Ella había preparado caldo de pollo y, siendo la invitada, me dieron *ad honorem* también los riñones del animal. Por lo general, yo no como carne. La visión de las pelotas que flotaban en mi plato me produjo un disgusto impresionante, pero no quería despreciar el gesto ni pasar por “pija europea vegetariana”. Comí el caldo, pero no conseguí probar los despojos. Otra vez me quería adaptar a las reglas pero mis resistencias alimentarias eran demasiado importantes. Cuando nadie me vio tiré literalmente un trozo de carne al plato de mi vecina y nadie se dio cuenta. Pero me quedaban otros restos en el plato. Mentí y dije que estaba ya muy llena y propuse que los niños se acabasen mis “deliciosos” riñones.

OBSERVATION II: OBSERVACIÓN ABSORBENTE. EXOTOPIA¹²⁵



VALENTINA, QUINTANO (2008), *Ergastolo Bianco "Abbraccio"*, Ospedale Psichiatrico Aversa.

Los problemas principales durante todo el trabajo no se pueden reducir solamente a la entrada del antropólogo en el *terrain*, su posición física (¿Qué punto de la consulta es "mío"? ¿Cuál es el mejor espacio físico para observar? ¿Cómo participar?) o el reconocimiento de un rol por parte del equipo sanitario que, como hemos visto, son dificultades vinculadas directamente con las prácticas del trabajo de campo. El análisis de la posición del antropólogo ante el sufrimiento de los demás debería ocupar un espacio importante, sobre todo si el trabajo se lleva a cabo en un dispositivo de salud mental.¹²⁶

La posición del antropólogo en una consulta psiquiátrica es peculiar, como hemos ya visto, y esta "posición" entre lo sagrado y lo profano evidentemente influencia la práctica del campo, pero sobre todo la disposición mental del investigador, es decir, su abertura y su análisis frente a los hechos vividos. Y es así porque el sufrimiento extraño se vive, se experimenta, se

¹²⁵ «Non si può intendere la comprensione come empatia e trasferimento di sé al posto altrui (perdita del proprio posto). (...) non si può comprendere la comprensione come traduzione da una lingua altrui» (BACTHIN, 1988: 359). «Per "exotopia" (o "extralocalità") si intende una *tensione dialogica* in cui l'empatia gioca un ruolo transitorio minore, dominata invece dal continuo ricostruire l'altro come portatore di una *prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra*» (SCLAVI, 2003: 172).

¹²⁶ La psiquiatría, como la enfermedad mental en todas sus discusiones, críticas, tesis y antítesis, son campos que tratan principalmente con el sufrimiento, el dolor, la incertidumbre y el duelo de las personas, tanto para las familias y los amigos como para el sujeto directamente afectado de esta experiencia. La enfermedad mental es ante todo una experiencia traumática.

puede reelaborar y, sin embargo, forma parte del trabajo. La cuestión es en qué términos forma parte de mi estudio, cómo se desarrolla esta relación entre el antropólogo y el sujeto en términos de duelo.

Creo que es absolutamente importante que un antropólogo reflexione sobre las relaciones de sufrimiento en el espacio donde se encuentra trabajando, sin tener en cuenta del valor científico que eso representa. No puede pensarse que personalmente el dolor no le afecta. Por una parte, las características físicas de la enfermedad mental (me refiero sobre todo a la aleatoriedad del trastorno mental), por la otra, la aparente ausencia de una eficacia terapéutica del trabajo del antropólogo, resaltan aún más el elemento del sufrimiento ajeno. La imposibilidad de intervención directa a través de palabras o movimientos y la necesidad implícita de una inmovilidad durante la consulta, genera una relación frustrante e intensa con el dolor de las personas presentes. El terapeuta habla, observa, tiene un rol activo en la dinámica del sufrimiento, juega un rol consolidado, relacionándose con el paciente independientemente de su orientación analítica. El antropólogo se queda en silencio, en una esquina de la habitación, privado del uso de la palabra y de los movimientos. Observa absorbiendo.

Si bien esta relación con el extraño ha sido analizada en torno al vínculo entre psiquiatras y pacientes no me parece que se haya reflexionado tanto en la relación entre psiquiatra, paciente-informante y antropólogo. Por esto propongo una reflexión sobre los conceptos de empatía (STEIN, 1995) y exotopía (BACTHIN, 1988; SCLAVI, 2000) en dicho contexto.

De hecho, cuando empecé el campo en el centro de salud mental mi principal dificultad fue hallar una estrategia para hacer frente a las situaciones expresadas por los pacientes, mantener un rol esperado sin meter la pata con manifestaciones de compasión, piedad, amistad o unión. Además, sin evidenciar turbación alguna.¹²⁷ Como ya he reportado, acababa siempre el trabajo muy agotada. El problema no era mi excesiva sensibilidad, sino mi

¹²⁷ Algunas situaciones las recuerdo como muy difíciles de aguantar. La intensidad de la narración del paciente me conmovía e intentaba distraerme con lo que fuera posible para evitar que las lágrimas captaran la atención del psiquiatra.

manera de demostrar, mejor dicho, de impostarme hacia el extraño *narrante*, es decir, al paciente, para mí, informante. Por absurdo que parezca, en la consulta psiquiátrica me sentía en parte juzgada por la psiquiatra y cada ruido que podía producir era una evidente interferencia *voluntaria* en la dinámica terapéutica. Esto tal vez dependía de la gravedad de algunos casos observados o de haber participado en muchas “primeras”¹²⁸ y en urgencias donde la tensión es muy elevada. Además, en este juego de tiempos psiquiátricos, todo debe tener un por qué (o se busca un por qué). En el hospital el movimiento *sólo* me permitía una huida temporal de la situación, pero quedaba la frustración. De manera totalmente diferente, en el contexto hospitalario, la inactividad es mucho más evidente que en una consulta psiquiátrica. Tanto en la clínica como en el DEeA iba disfrazada, pero no elaboraba anamnesis, no podía contestar a las preguntas de los pacientes acerca del tratamiento farmacológico o los tiempos de ingreso, ni podía firmar o autorizar sus salidas; no visitaba, no examinaba al paciente, no extraía sangre, *no tocaba*¹²⁹ cuando la principal competencia de la *bata blanca* en urgencias es la de *visitar*. En cambio, en la clínica psiquiátrica *tocaba* (además interaccionaba con una acentuada mímica facial – ¡sonreía! –) en un lugar donde está prohibido el contacto físico, a veces, también visual con los pacientes y con el personal de enfermería.

Lo que ocurría es que en el SATMI y en la clínica me veía como una intrusa. Como alguien que está violando un momento consagrado. Profanaba espacios psiquiátricos, lo hacía con mucha educación y respeto, tanto hacia el personal sanitario como hacia los pacientes, pero me sentía siempre más incómoda con el sufrimiento de los demás. No era mi rol. No era mi posición. Pensaba en su excesivo sufrimiento y agobiada por un duelo insostenible salía a

¹²⁸ Primera visitas.

¹²⁹ Es importante decir que, después de unos meses y con más confianza en mis capacidades, me permitía ponerme los guantes y coger la mano de algunos pacientes/informantes suramericanos para infundirles coraje y un poco de cariño mientras los médicos les medicaban o les suturaban las heridas. Algo que también para mí – hipocondríaca, quisquillosa y “alérgica” a la sangre – supuso un crecimiento personal. De hecho si alguien acudía con un derrame cerebral yo, al cabo de dos horas, padecía de un terrible dolor de cabeza (lo mismo por un dolor de pecho, abdomen, etc.).

la calle con muchas ganas de llorar: ¿Me afectaba por qué me reconocía en la vivencia de los demás?

No, descubrí que no dependía sólo de eso, sino de mi posición. Por lo tanto, intenté investigar si eso también le ocurría al personal sanitario. Pensaba en mi trabajo con los cadáveres, las ganas de huir y ducharme la primera vez que entré en un aula de disección anatómica y la ayuda “terapéutica” de la Dra. Allué, relatora de aquel trabajo, amiga y confidente también en las aulas anatómicas. En aquel entonces perdí la virginidad profesional sin darme cuenta, no sé si me fui acostumbrando al formol o a las piezas cadavéricas o *simplemente* el amor por el trabajo me llevó apreciar el mundo de la muerte. Pero seguí con los restos anatómicos sin problemas. Lo mismo, pensaba, iba a ocurrir con los “migrantes locos”. Pero el tiempo pasaba y yo no me adaptaba completamente al campo. Las diferencias entre los dos *terrain* se manifestaron rápidamente. Dicho de otro modo y muy sencillamente, los cadáveres no hablan. Casi siempre desconocía su historia, no sabía cuántos hijos habían tenido (y si los habían tenido), si se sintieron felices y realizados ni cuándo y cómo habían muerto (BRIGIDI, 2008_a). En cambio los locos hablan y lo hacen muy bien. No estaba sola delante de objetos anatómicos amplificando una náusea sartriana sino, retomando las palabras de Stein (1995), se me daban sujetos extraños y sus vivencias. Personas que presentan trastornos (la mayoría de las veces invisibles al ojo) y una complejidad de historias de vida, duelos, restricciones, torturas y dificultades inigualables. No sólo la enfermedad, sino también problemas relacionados con la total ausencia de recursos y de derechos humanos. Acontecimientos imperdonables. Agotada, me avergonzaba ser italiana, haber elegido una ciudad tan cruel como Barcelona para vivir, ser rubia y de piel blanquita. Me sentía frustrada por vivir en un mundo eurooccidental con reglas excluyentes fundadas en las apariencias económicas y en el color de la piel. Comprender, como dice Eco (1966), no resuelve los conflictos. Esa es la equivocación *ilustrada* de la Antropología. Consciente de ello, agotada y en lucha con la parte de mí que está agradecida por disponer de un pasaporte

italiano en lugar de uno colombiano, observaba las vidas de los demás. Pero ¿Cómo gestionar su dolor?

Entrevistando el personal no obtuve muchas respuestas. Las psiquiatras no prestaban mucha atención a esta pregunta, o tal vez ya estaban lejos de la fase inicial, así que me concentré en la joven psicóloga. No tenía mucha experiencia y, siendo psicóloga, la creí más atenta a dinámicas “humanas”. Como a veces suele pasar en las entrevistas, tienes que dar un poco de ti si precisas de información que para el sujeto entrevistado es demasiado íntima. Un especie de intercambio. Así que le dije que me llamaron la atención la cantidad situaciones de sufrimiento que habían en la consulta. Un sufrimiento que casi se podría percibir físicamente. Ella empezó a contarme su historia, las dificultades para introducirse en Barcelona ya que ella procedía de otra comunidad autónoma y recién llegada tuvo que enfrentarse con un duelo muy importante. Todo esto afectó a la práctica, pero la fortaleció. Meses después, la psiquiatra con la que principalmente trabajaba me comentó que la psicóloga le había confiado que yo no era capaz de aguantar el dolor y que «*me veía muy mal*» [Dra. Ortega]¹³⁰. Me fastidió la falta de respeto por la privacidad de la psicóloga, la necesidad de etiquetarme y me enfadé conmigo misma por haber utilizado la estrategia del intercambio que se reveló absolutamente equivocada (otra vez: ¡Fallé!) y confirmó también los celos que produce la figura del antropólogo en los contextos profesionales.¹³¹ Buscaba estrategias para enfrentarme y no absorber el dolor de los demás. No me sentía agobiada por la situación en sí misma. Necesitaba analizar mi rol caracterizado por la apariencia a-terapéutica y mi vivencia frente a ellos para establecer un contacto, ya dentro de la consulta. Buscaba respuestas. Era evidente que con muchos de ellos luego haría entrevistas en profundidad, a veces también a domicilio donde el problema del “conocimiento” y de la terapia estarían resueltos en parte con un uso activo de la palabra y de los movimientos (yo tocaba a mis informantes). Sobre todo resolvía mi conflicto contextualizando al informante, dándole

¹³⁰ Entrevista del 2006. Véase el Anexo III. “*Listado. Informantes y Pacientes*”.

¹³¹ Este aspecto es muy importante: ¿Qué reacciones genera la entrada de un externo (antropólogo) en los equilibrios laborales y relacionales?

espacio para profesar, expresar, declarar. Yo me exponía a ellos y ellos a mí. Pero con muchos no llegaba a desarrollar una entrevista, principalmente porque no eran hispano hablantes (por lo tanto excluidos de los objetivos del trabajo) o a causa de la duración de las consultas y de las patologías reportadas porque si eran demasiado graves y con complicaciones y tendencias obsesivas, no elaboraba el trabajo. En cuatro horas se podían ver hasta ocho pacientes y mi inmovilidad, física y comunicativa, representaba una dificultad.

Reflexioné y comprendí que se pueden asumir “diferentes posiciones” ante los sujetos, aunque todas están marcadas con el (aparente) rol a-terapéutico del antropólogo y de sus restricciones dentro de la consulta. Aunque lo negaba, durante el primer período me di cuenta de que cometí el error que comúnmente definido de *asociación* o *asimilación*.¹³² Las emociones experimentadas (frustración, inquietud, sentido de inutilidad, vergüenza, duelo, pereza, etc.) seguían llevándome a una posición de comparación entre mí misma y los sujetos observados. En otras palabras, intentaba ponerme en el lugar de los pacientes; los llevaba a mi experiencia de vida, a mi cultura. Por ejemplo, si llegaba un paciente de mi misma edad con diagnóstico de psicosis y una experiencia de violencia física y psicológica en su país de origen, este encuentro me producía sensaciones de aniquilación causadas principalmente por la diferencia entre su vida y la mía. Pero en la interacción con el paciente no era sólo mi perspectiva que se revelaba, sino también la suya. No obstante él tenía una posición autónoma, que no se fundía ni confundía con la mía. No podía ser *traducida*. Para llegar a una comprensión no superficial tenía que confiar y elaborar las emociones como instrumentos de conocimiento. Ellas no te informan sobre lo que ves, pero sí acerca de *cómo* lo miras (SCLAVI, 2003). Este concepto, cómo mirar al paciente-informante (y al psiquiatra y el contexto), garantizaba una apertura hacia el otro en relación a sus diferencias (y las mías). No asimilaba al otro, pero le comprendía. Eso no significa que la angustia que

¹³² Un buen ejemplo procede de los escritos de Stein (1995: 53): «Veo alguien golpear con el pie, esto me recuerda como yo mismo un vez golpeé con el pie, al mismo tiempo se me representa la ira que entonces me llenaba y me digo: así de encolerizado está ahora el otro. Entonces tengo la ira de otro no dada por sí, sino que deduzco su existencia y trato de llevármela a través de un representante intuitivo - la propia ira -».

experimentaba ante las situaciones dramáticas disminuyera, pero podía asumir otros significados, más productivos a mi rol y significado dentro de la consulta. Sobre todo, a la salida, el diario de campo asumía el valor de la acción.

Partiendo del presupuesto que un antropólogo se sumerge en su trabajo de campo con todas sus subjetividades, las emociones pueden comunicarnos cómo observamos. Existen diversos elementos de análisis que el antropólogo puede recabar de esa situación. En primer lugar no subestimar las emociones,¹³³ pero analizarlas conscientemente. Si consideramos la subjetividad como parte del trabajo de campo («la observación es siempre subjetiva» [GUASCH, 2002: 20]) tenemos que utilizar nuestras sensaciones como ulteriores elementos procedentes de la realidad estudiada, ya que esas forman parte de la experiencia de campo, influyen, modifican las percepciones y nos llevan a unos resultados. Por ejemplo, mi sensación de incomodidad podía interferir (e interfería) en la relación con el personal sanitario. Asimismo con el paciente-informante.

Otro aspecto vinculado a las emociones fue no dar por sentado el escenario observado. Como por ejemplo que el psiquiatra, sólo por el hecho de serlo, no sufre. Es verdad que no tuve ocasión de averiguar sus técnicas, no la de defensa personal, sino la capacidad de evitar absorber y plasmar el dolor de los demás. El hecho de que no consiguiera obtener informaciones sobre este aspecto no significa que todos los psiquiatras sean un bloque de hielo, al contrario. De hecho, mi experiencia personal como paciente revela exactamente lo opuesto. Además, hay un ulterior elemento vinculado con el dolor del paciente que no hay que menospreciar. El sufrimiento, elemento central que conduce a acudir a la consulta psiquiátrica, es terreno de trabajo para el terapeuta y el investigador. Demoré un tiempo para entender que, además de la relación profesional-paciente, la expresión y explicación utilizadas por ambos para referirse a la enfermedad mental y al dolor representaba para mí un objetivo de trabajo. Es decir, un elemento importante de estudio y de análisis y

¹³³ La presencia de una antropología de las emociones no ha conducido aún a un análisis de las emociones como un elemento más en los escenarios elegidos por parte del antropólogo.

no sólo fuente de incomodidad y frustración.¹³⁴ Es indudable que la pasividad aparente con la que me enfrentaba al campo rendía emotivamente el trabajo casi cruel. Observar el espectáculo de los dolores (BOLTANSKI, 2000) de los demás no es sencillo para nadie. Lo solucioné presenciando sólo las consultas de los pacientes con los que luego iba a elaborar una entrevista en profundidad. Así compensaba y equilibraba mis silencios. Sin duda alguna, ha sido muy útil al final de mi trabajo permanecer siete meses observando a todos los pacientes que acudían a la consulta de la Dra. Ortega.¹³⁵ Aprendí mucho de la práctica psiquiátrica y del manejo de lo cultural en salud mental con sujetos migrantes. La Dra. Ortega fue una muy buena escuela práctica. Pero, después del período inicial de adaptación al campo en el que es necesario enriquecerse de todas las informaciones posibles, tuve que seleccionar ya en la consulta psiquiátrica a los pacientes que observaba. De hecho, eso lo puse en práctica en los otros contextos de campo donde participaba en la clínica, sólo si el paciente era *latino*.

¹³⁴ Por una parte también creo que procedieren de mis precedentes estudios y experiencias de trabajo como educadora con niños con trastornos mentales graves y discapacidades.

¹³⁵ Independientemente de su nacionalidad, patología o idioma yo me quedaba en la consulta con Dra. Ortega.

OBSERVATION III. DISFRAZARME DE BATA BLANCA. ESTRATEGIAS.



TIM, TEEBKEN (s.f.), Getty.

En mis experiencias hospitalarias opté por presentarme como miembro “externo” del staff. El problema principal no consistía sólo en cómo me veían los demás o en las apariencias (ALLUÉ, M. 2002),¹³⁶ sino en la “delimitación” del rol del antropólogo y la a-terapeuticidad sanitaria.

En la clínica psiquiátrica la distancia, la lejanía de los demás, el control, la ausencia de participación *tímica* y empática fueron considerados elementos esenciales para una buena práctica, aunque todo esto sea contraproducente para un antropólogo. Poco a poco nos ganamos la confianza con la gente, somos empáticos e intercambiamos experiencias.¹³⁷ Sin duda mi rol, mi delimitación e inactividad fueron gestionadas y recibidas mucho mejor en el DEeA que en la clínica. En urgencias la confusión me permitía movimiento lo que tanto extrañaba en los ambulatorios; nadie pensaba en mí, ni me observaba ni me juzgaba o, tal vez, nunca lo percibí. El ruido, la ausencia de estructuras y

¹³⁶ La apariencia es «(...) la imagen de sí mismas que las personas pretenden ofrecer y la imagen que los demás perciben de esas personas aunque no siempre coinciden» (ALLUÉ, M. 2002: 64).

¹³⁷ Lo que quiero volver a evidenciar es que no creo necesario un distanciamiento entre antropólogo e informante durante las entrevistas ya que estas deben ser un intercambio.

comportamientos fijos, la necesidad de “encontrar” al paciente, tocarle, hablarle, la fugacidad de las relaciones, el cambio constante del personal sanitario (tres turnos al día), de los pacientes y los familiares; la llegada de los médicos de otros departamentos para visitas de especialistas, la intervención de las fuerzas del orden en casos de accidentes de tráfico, peleas y violencia; los voluntarios; la prensa (si había casos particulares); camilleros, OSS, personal de limpieza, miembros de la Cruz Roja o los de las ambulancias, allí, en medio, yo era – simplemente – una *bata* más. Aprendí rápidamente a conocer los espacios y los lugares para infiltrarme y, si hacía falta, desaparecer (en caso de peligro o latentes desmayos). Esta fue una de las estrategias más importantes para elaborar una etnografía hospitalaria y *sobrevivir* en urgencias.

En el DEeA me impuse no comprometerme en situaciones que sabía me podían crear malestar. No quería que el personal sanitario se enterara de mis “debilidades” porque me había creado un “modelo de médico” (un *glacial súper doctor*) elaborado a partir de algunos personajes que conocí durante los precedentes trabajos de campo, como por ejemplo, el director de la clínica psiquiátrica o unos cuantos anatomistas que encontré en mi estudio sobre los cadáveres. Sentía la obligación de demostrar distancia y frialdad frente a situaciones “trágico-truculentas”. En realidad, nadie pretendió de mí un comportamiento distante y lentamente fui confiando sin vergüenza al personal sanitario e informantes lo que me incomodaba y no podía presenciar desmontando el mito del médico imperturbable.¹³⁸

Sin embargo, en la clínica me sentía observada, juzgada, obstaculizada porque era (o me sentía) *diferente*. El problema consistía en la total dependencia que tenía de los psiquiatras y de los MIR. Dependía de ellos para todo, tanto para entrar y salir del edificio rigurosamente cerrado desde dentro, como para ir al lavabo o acceder a la sala de los médicos, ya que necesitaba de *sus* llaves;

¹³⁸ Recuerdo que durante una entrevista en el pasillo con un ecuatoriano tuve una bajada de tensión arterial al asistir a su extracción de sangre. La mariposa colocada en la mano del paciente empezó a gotear sobre la sábana blanca de la camilla y poco a poco sentí flaquear las piernas, los oídos raros y puntos negros en la visión. Mi informante, muy divertido, me invitó a sentarme junto a él en su camilla para evitar que me desmayara en el pasillo. Fue algo que, en sucesivas entrevistas, nos hizo reír: yo disfrazada de médico, asistida e invitada a la camilla del informante-paciente.

así como para obtener una bata o entrevistar a un paciente. Cada acción debería ser medida y controlada. El orden, la precisión, las reglas, todo era impuesto y predeterminado. Ninguna espontaneidad. La alegría o el entusiasmo se confundían con un déficit emotivo. No podía escaparme más que pidiendo las llaves del lavabo para refugiarme allí el tiempo de un “pipí” desesperado. Además, en una clínica, o eres psiquiatra o estás haciendo la especialización, o eres enfermero. De lo contrario, eres paciente. Una antropóloga no encajaba. También a nivel logístico rompía el orden espacial y numérico de las personas porque durante las reuniones de los médicos en las que solía participar – *giro di reparto* – siempre faltaba una silla en la habitación. Si llegaba con antelación y me sentaba, alguien se quedaba sin plaza. No desarrollé ninguna estrategia específica para ese contexto, casi ni me adapté. Tres meses es un tiempo verdaderamente limitado. Paralelamente, al contrario de lo que ocurrió en el DEeA, mi presencia generó mucha confusión entre el personal médico: ¿Quién es esa chica?, ¿Cómo pasó el test de selección?, ¿Cómo tenemos que llamarla?, ¿Dónde estudió? ¿Cómo hay que tratarla? ¿Quién le paga? También envidia, celos y preocupación: ¿Quitará plazas? ¿Si contratan a una antropóloga no habrá plaza para un psiquiatra? El ambiente era demasiado competitivo, los MIRs querían una plaza en la clínica, los investigadores confirmados un título de catedrático y los catedráticos aspiraban a director. Todos contra todos.

En resumen, aprender los tiempos y la distribución espacial de los servicios fue esencial, básico durante el trabajo. Por ejemplo, hay cosas prohibidas en algunos espacios y toleradas en otros (grabar, observar, interaccionar, hablar, tocar) o, a veces, las reglas cambiaban simplemente según los horarios o la ausencia de algunos profesionales. Entendí que si en la clínica quería curiosear y charlar con los pacientes tenía que ir cuando los médicos no estaban, por la tarde, los fines de semana o durante las vacaciones. Hice muy buenas entrevistas con Silvia – paciente brasileña bipolar – y otras dos mujeres

italianas ingresadas durante las vacaciones de Navidad,¹³⁹ período en el que los médicos no aparecen.

En el DEeA no había nada prohibido, nada específicamente para mí. Pero durante la noche la urgencia se transformaba. Habitualmente, un OSS preparaba la cena para todos y, si el tiempo lo permitía, comían todos juntos.¹⁴⁰ El policía de guardia entraba en el *Triage*¹⁴¹ y se comentaban los “casos humanos”, las situaciones curiosas ocurridas, las peleas entre los borrachos y las “pruebas de amor” sin final feliz.¹⁴²

Otra estrategia fundamental consistió en conocer y darme a conocer entre personal sanitario. El objetivo era saber con quién estar, a quién se le podía pedir un favor (cómo obtener informaciones clínicas o viejas carpetas médicas de los pacientes) y quién no toleraba la presencia cercana de la antropóloga porque se sentía controlado, evaluado y juzgado porque en el contexto “insano” de la Psiquiatría eso a menudo suele pasar. El equipo del DEeA fue avisado de mi presencia con una circular interna y sólo tuve percepciones negativas con una médica. Establecí inmediatamente una relación de amistad con Benita, la administrativa del DEeA, que dominaba perfectamente los horarios o los cambios de turno de los médicos y enfermeros. Tenía, debo ser sincera, predilección por algunos médicos y enfermeros que casi con total seguridad era recíproca. Si uno de ellos hacía la noche, siempre me preguntaban si me

¹³⁹ Además, casi ninguno de los pacientes quiere volver a casa durante las vacaciones de Navidad, fiesta odiada y criticada por casi todos los pacientes psiquiátricos (¿Sólo los pacientes?) y siempre fuente de angustia y estrés.

¹⁴⁰ Nunca conseguí comer en urgencias. Mi excesivo sentido de la higiene y el “miedo fóbico al contagio” no me permitieron cenar con ellos. Sólo les hacía compañía. Acostumbraba a comer en casa, después de haberme duchado.

¹⁴¹ O Triage. Es un término francés que significa “clasificación”, “selección”. Se identifica como sala del *Triage* el espacio donde se atribuye un código de las prioridades al paciente y se efectúan las primeras curas. Con *post-Triage* se indica a las salas operativas.

¹⁴² Una noche llegó un chico de veintidós años acompañado por una amiga. Tenía un corte impresionante en la mano izquierda fruto de una bravata. Nos confesó que quería impresionar a la chica con su salto y acabó por lesionarse la mano. Estaba bastante borracho y el equipo sanitario empezó a preguntarle sobre la historia y sus expectativas para la noche. El chico era muy simpático y no paraba de decirnos «*oye, que tengo que irme, daros prisa, por favor, tengo que pasar la noche con ella*». De la otra parte del cristal estaba ella, manchada de sangre por haberle socorrido, al teléfono con una amiga quejándose de lo ocurrido. El muchacho volvió muchas veces por el Hospital, tuvo que operarse la mano y hacer rehabilitación porque el corte alcanzó los nervios. Cada vez que acudía al hospital iba a saludar al equipo de urgencias. Nos contó que ella le hospedó la noche, pero que, desafortunadamente, «no pasó nada».

quedaba con ellos. En cambio, en la clínica, aparte de tener una relación que definiría “oculta” con el Dr. Lucas, ya que no le gustaba mucho que los compañeros se enterasen de nuestros encuentros externos con la Dra. Pista y su “pasión” por los *folclóricos* migrantes, no hablaba prácticamente con nadie, con la excepción de Marco, un MIR. Le acompañaba en las entrevistas, le podía preguntar sobre el funcionamiento de algunos fármacos o, en caso de duda, sobre los diagnósticos. También compartimos algunos cafés, momentos en los que aproveché para diagnosticarme un trastorno bipolar psicótico aún «latente» [Marco].¹⁴³ Todos los demás, literalmente, me ignoraban. Hay también que decir que el número de profesionales presentes era elevado y mi modalidad de entrada, la división del pabellón masculino y femenino, y en general las muchas otras restricciones jerárquicas y espaciales no me permitieron presentarme a la mayoría de los profesores y MIRs.

A nivel práctico, lo más complejo fue elaborar las entrevistas con los pacientes-informantes y el personal sanitario, anotar en la libreta de campo observaciones o grabar conversaciones. En el DEeA, la falta de continuidad de los actores era un obstáculo para las entrevistas a pesar de que el director me concediera un despacho cerca del *Triage* para elaborarlas con los informantes en profundidad. Las entrevistas se hacían en condiciones físicas difíciles ya que no había espacio ni tiempo para ello; ruidos, circulación de personas y la confusión reinante comprometían no sólo la calidad, sino los contactos iniciales. Por otro lado, muchos pacientes no se encontraban en condiciones físicas y psicológicas para conversar y entender quién eres “más allá” del disfraz. O, a veces, cuando estaban listos, yo ya estaba ocupada con otro informante o me había marchado porque yo no trabajaba más de seis horas diarias en urgencias.

En muchos casos, sobre todo con los profesionales, resultaron más útiles la observación y las conversaciones informales. Tanto en el DEeA, como en el SATMI y la ASL, adopté el método del *shadowing* en concordancia con las limitaciones de la *privacy* del paciente más evidentes en un espacio ambulatorio.

¹⁴³ Marco es el MIR con lo que estuve más tiempo. Hijo de un profesor *estructurado* que trabaja en la clínica psiquiátrica de Génova. Como su padre, se está especializado en psicofarmacología.

Eso permitió el contacto constante con algunos de los profesionales y la elaboración de observaciones puntuales sobre sus prácticas. Lo que quiero decir es que en el caso específico del personal sanitario, la mayoría de ellos pensó que la observación antropológica se concentraba sólo en los pacientes, como si la institución sanitaria, las relaciones entre médicos y otros profesionales y con los pacientes estuvieran libres de valoraciones e interés científico. Probablemente dependió también de la omisión o de la inadecuada explicación por mi parte de los objetivos del estudio. O como, pasa a menudo, nadie leyó el proyecto que entregué ni escuchó sus objetivos. También hay que reconocer que el antropólogo tiene miedo a quedarse bloqueado, así que no articula “detalladamente” las fases del estudio: nunca expresé claramente que las observaciones incluían el quehacer de los médicos lo que permitió que no se sintieran juzgados. Utilizaba metáforas, alusiones; me refería a la “relación sanitaria” sin mencionar explícitamente a los actores principales (migrantes-personal sanitario), hablaba de interacción, intercambio, posturas de respuesta y reflejo a actitudes, dejando entender que mi interés era por el proceso sanitario en referencia a los migrantes y por lo tanto, la ley, las modalidades de derivación, de acceso, sistemas de acogidas, relación médica, etc. Al mismo tiempo casi nunca solicité una entrevista “oficial” con un profesional como lo hacía con los informantes, aprovechando cada momento libre para elaborar una “conversación” con ellos.

Otro elemento esencial resultó el desconocimiento de la Antropología como disciplina y a su escasa institucionalización profesional en el ámbito médico italiano y español. En la clínica de Génova se conocía la Antropología a nivel teórico por la aportación de autores como Basaglia, Coppo, Beneduce, Fassin, o Nathan, pero quedaba relegada a un espacio comparativo donde lo exótico tenía un peso mayor. Se acercaba, según la opinión recogida, a la psicología o a la asistencia social, siendo lejana a la práctica común o a un intercambio disciplinar con la Psiquiatría. Por lo tanto a ellos no les resultaba ni útil ni atractiva. Además, el desconocimiento de la disciplina llevó a subestimar, limitar o *confundir* las funciones del antropólogo. Dado mi aparente rol

“inactivo”, el personal sanitario me atribuyó diferentes tareas a lo largo del trabajo: traducir, recoger exámenes, mediar,¹⁴⁴ traer medicamentos o instrumentos que los profesionales se habían dejado en otras habitaciones y, también, llamar o alejar a los familiares de los pacientes en el DEeA. A pesar de que no era mi papel, tuvo sus ventajas: el personal de urgencias frecuentemente me hacía partícipe de sus preocupaciones o de cómo actuar en situaciones “socialmente” difíciles y, durante los nueve meses, me sentí completamente parte del equipo sanitario cosa que nunca ocurrió en las otras experiencias de campo. Durante del primer período me llamaban cariñosamente “la psicóloga” porque principalmente me relacionaba con «desgraciados» y «locos» – como los llamaban ellos – que acudían a urgencias, predirigiendo y acogiendo con alegría a los migrantes *latinos*. Unos meses después, cuando llegaban de pacientes sudamericanos, me avisaban antes del Triage: «¡Serena: allí...son de los tuyos!» [Giovanni].¹⁴⁵

Los migrantes, mi objeto de estudio, facilitaron mi posición en el DEeA como también lo hicieran en la ASL y en el SATMI. Tanto los profesionales de la salud, como los de la administración, la prensa y la opinión pública tomaban la cuestión migratoria como un problema (DAL LAGO, 1999).¹⁴⁶ Por tanto, la posibilidad de disponer de una investigadora (no pagada)¹⁴⁷ resultó muy útil. La institución obtuvo sus ventajas por medio de presentaciones en congresos y artículos;¹⁴⁸ y al mismo tiempo, respondía a los principios caritativos y asistenciales sobre los cuales había sido fundada.¹⁴⁹ Igualmente, yo representaba una buena ocasión, no explícita, de evaluación y formación del personal médico sanitario sobre aspectos sanitarios-legales de los colectivos

¹⁴⁴ Durante una temporada en el DEeA coincidí con un enfermero marroquí que trabajaba también como mediador cultural, así que mi figura fue, a veces, sobrepuesta a la suya.

¹⁴⁵ Giovanni es enfermero del DEeA. Dialogo del 2006. Véase el Anexo II. “Listado. Profesionales y Externos”.

¹⁴⁶ En la península itálica los migrantes han sido definidos durante los años 90 como una emergencia de *orden público* en el sentido de una catástrofe medio-ambiental o de una epidemia de cólera (DAL LAGO, 1999) y el visón colectiva sigue en esa línea de pensamiento.

¹⁴⁷ La financiación de mi estancia provenía de la AGAUR de la *Generalitat de Catalunya*.

¹⁴⁸ Véase: BRIGIDI Y OTROS, (2006), BRIGIDI Y OTROS, (2008b).

¹⁴⁹ La fundadora Maria Brignole Sale, Duquesa de Gallera, quiso que el arzobispo de Génova tuviera siempre un papel activo en la dirección del hospital. Véase el párrafo “El Dipartimento d’Emergenza e d’Accettazione del E.O. Ospedali Galliera de Génova”.

migrantes. Además, el número extremadamente elevado de extranjeros de origen *latino* y el conocimiento del idioma español fueron otras de las ventajas que me permitieron invadir y modificar el concepto biomédico de la intimidad: yo me ocupaba de llamar a los *boxes* a los pacientes sudamericanos, evitando así el problema de la pronunciación errónea de los nombres, garantizaba una explicación de los detalles en la lengua materna y traducía las informaciones tanto a los médicos como a los pacientes.¹⁵⁰ Todo esto siempre fue percibido como una ayuda, o mejor dicho, un ahorro de tiempo por parte de los médicos. Además, me quedaba con los pacientes *latinos* durante las esperas controlando la llegada de los exámenes del laboratorio, cumpliendo las necesidades básicas (traer agua, indicar los lavabos, llamar/avisar un familiar, etc.) evitando que llamasen al personal sanitario a cada momento. Al poco tiempo, era el propio personal quien me llamaba si en el box quirúrgico había un extranjero. Incluso, me contaban de los turnos en lo que no estuve presente: «*Que lástima que no hayas venido, la otra noche llegó uno de “tus casos”: era una mujer con...*» [Vicky].¹⁵¹

En general, para los pacientes era una especialista “muy tímida” ya que no hacían diagnósticos ni me mostraba muy interesada en el tratamiento farmacológico. En el DEEA aprendí rápidamente a hacer grandes sonrisas para prevenir preguntas. Revelaba mi identidad sólo a los informantes con los que iba a trabajar. En efecto, las urgencias, por sus características espacio-temporales, no permiten un contacto con todos los pacientes que acuden. En cambio, en la clínica, con un número limitado de pacientes y largas hospitalizaciones, confesaba en seguida mi profesionalidad “distinta” en el momento en que ellos me solicitaban como terapeuta. Tenían la costumbre de bloquear la entrada en la sala de los médicos con la esperanza (absolutamente vana) de recibir cualquiera atención por parte del personal médico que entraba en la consulta-refugio. Parecía un juguete: a veces conseguían entrar

¹⁵⁰ Para un no hispanohablante es difícil, por ejemplo, entender los dobles apellidos. Aunque hay que subrayar que en los análisis de las barreras al acceso a la salud del colectivo suramericano presente a Génova, el idioma, por su semejanza con el italiano, no representó un elemento tan importante como las barreras sociales y la ausencia de tiempo que constituyeron factores que limitaron gravemente los recursos a la salud de este colectivo.

¹⁵¹ Vicky es enfermera del DEEA. Dialogo del 2006. Véase el Anexo II. “*Listado. Profesionales y Externos*”.

aprovechando cuando alguien abría la puerta e intentaba salir. Los médicos se volvían “locos” por esta falta de respeto con la privacidad de su espacio.¹⁵² La imagen, vista externamente, era muy triste: pacientes petulantes mendigando un poco de cuidado y los médicos rechazándolos disgustados. En esas circunstancias, yo, me desprendía de mi disfraz para no participar en ese juego perverso.

En conclusión, en la clínica no tuve una metodología tan rigurosa como en el DEeA. Dependió quizás tanto del tiempo de permanencia y del contexto como de los profesionales. Lo que más me extrañó y, de alguna manera lo que me fastidió de esta experiencia, fue la expectativa que tenía. San Martino es un hospital universitario renombrado y esperaba que la investigación formara parte de la práctica habitual porque muchos profesionales utilizan el recinto hospitalario para llevar a cabo estudios sobre historias clínicas, pacientes, pruebas diagnósticas, y tratamientos experimentales. El territorio se reveló en seguida muy árido y estéril en este sentido, y ninguno de los profesores ni de los MIR se mostró mínimamente interesado en mi investigación, por lo tanto no hubo un intercambio o consejos. Ese fue el gran fracaso de mi trabajo en dicho escenario.

¹⁵² En el campo psiquiátrico los significados de las palabras respeto y privacidad son unidireccionales.

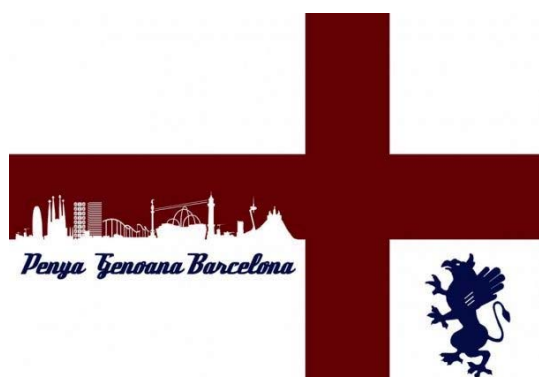
CAPÍTULO SECUNDO

SUBJECTS



JERZY, KOLACZ, s.f. *Liars*.

GÉNOVA Y BARCELONA EN EL ESPEJO.



Diseño de la *Penya Genoana* de Barcelona.¹⁵³

La idea de comparar los dos núcleos urbanos no debe pensarse en términos de “desafío”. La valoración¹⁵⁴ de las actividades presentes en ambos territorios, así como de los dispositivos observados surgen con el propósito de elaborar una etnografía de los escenarios analizados. Por una parte, esto significa entender, a través de la experiencia en el *terrain*, qué actividades socio-sanitarias resultan más eficaces a la hora de tratar con colectivos extranjeros y cómo pensar y proporcionar una formación específica a los profesionales. Por la otra, supone planificar o mejor dicho, cómo garantizar un acceso a la atención primaria de salud extendida concretamente a todas las franjas de edad y nacionalidades y en qué términos realizarlo.¹⁵⁵

Génova y Barcelona son contextos *especiales* que presentan matices diferentes en términos de magnitud, aspectos geográficos y climáticos.¹⁵⁶ Pero también tienen características que las unen y las acumulan tanto a un nivel

¹⁵³ La cruz roja, Cruz de *San Giorgio*, es el símbolo de la bandera de Génova, a la izquierda la *Sky-line* de Barcelona y, en bajo, a la derecha, el *grifone*, símbolo del *Genoa CFC 1893*. Véase Anexo IV. “*Catalunya y Liguria, Barcelona y Génova*”.

¹⁵⁴ Véase el párrafo “Desde la desmedicalización a las políticas psiquiátricas: definiciones de objetivos”.

¹⁵⁵ Veremos más adelante las contradicciones de las políticas universales.

¹⁵⁶ Consultar el Anexo IV. “*Catalunya y Liguria, Barcelona y Génova*”.

histórico, económico y comercial¹⁵⁷ como en las dimensiones más callejeras y en sus figuras cotidianas. A pesar de esto, la cuestión más fascinante para los fines de dicha investigación es la historia migratoria que envuelve las dos ciudades. *Zena* y *Barna* son lugares que hablan de migración y esto está reflejado perfectamente de las imágenes urbanas que devuelven. Las dos ciudades desde antes de los años 70 fueron metas de un éxodo proletario que se instaló en los barrios periféricos e inevitablemente amplió y readaptó los confines de las áreas urbanas.¹⁵⁸ Con los años, el flujo migratorio mutó. Inicialmente llegaron los *invisibles*¹⁵⁹ trabajadores procedentes sobre todo del Magreb (BEN JELLOUN, 1990; 1999) y, a continuación, una cada vez más *visible* y “exigente”¹⁶⁰ migración latinoamericana. La presencia masiva de esas personas en los territorios generó investigaciones socio-antropológicas paralelas entre las dos realidades (QUEIROLO PALMAS Y OTROS, 2005)¹⁶¹ derivadas del creciente interés mediático por el fenómeno juvenil de las pandillas *latinas* (CERBINO, 2004; FEIXA, 2005; PORZIO, 2008) e, incluso, promovidas por los mismos municipios.¹⁶² El clima de

¹⁵⁷ Hoy en día, por ejemplo, el eje comercial Génova-Barcelona está considerado como un «espacio potencial de cooperación y colaboración» (GARCÍA, 1995: 46). Las dos ciudades forman parte del proyecto Arco Latino que abarca la parte norte occidental del mediterráneo.

¹⁵⁸ Ya durante los años 20-30 ambas recibieron migrantes procedentes de los campos limítrofes. En los 70 el flujo migratorio siempre se caracterizó por un éxodo interno pero correspondiente a las regiones meridionales de los dos países. En el próximo capítulo hablaremos de ello.

¹⁵⁹ En el siguiente capítulo profundizaremos sobre el concepto de invisibilidad vinculado a la presencia silenciosa e indiscreta, a los márgenes de la sociedad, de estos trabajadores migrantes. Fassin (2006) recuerda que en el debate sobre la migración en los años noventa en Francia, el concepto de invisibilidad incluía también a personas que por diversas razones (pérdida del trabajo, fracaso escolar, etc.) habían vuelto a una condición de *sans-papiers*. La condición ilegal de ellos, paradójicamente, les hacía salir de la posición de anonimato y lejanía del migrante-trabajador (sobre todo a consecuencia de los movimientos sociales presentes) para obtener una condición humana, cercana y socialmente aceptada de los franceses.

¹⁶⁰ No son en sí mismo “exigentes”, sino que son percibidos como tales por la sociedad receptora.

¹⁶¹ El departamento de *scienze antropologiche* (DISA) de la *Università degli Studi di Genova* mantiene un proyecto de investigación sobre pandillas de jóvenes latinos con el Consorci Institut d'Infancia i Mon Urbá (<http://www.ciimu.org> [consulta el 21 de octubre, 2008]). También los dos entes forman parte del proyecto: “Toward a social construction of an European youth-ness: experience of inclusion and exclusion in the public sphere among second generation migrated teenagers” financiado por: http://cordis.europa.eu/fetch?CALLER=FP6_PROJ&ACTION=D&DOC=1&CAT=PROJ&QUERY=011d956a8e88%3A3be1%3A03499eee&RCN=78678 [consulta el 15 de diciembre, 2008].

¹⁶² Véase la literatura gris sobre los argumentos producida por el *Osservatorio di Pavia* (<http://www.osservatorio.it/> [consulta el 20 de diciembre, 2008]); el *Consorci Institut d'Infancia i Mon Urbá* (<http://www.ciimu.org> [consulta el 21 de octubre, 2008]); el *Forum Transmigrared* (<http://www.transmigrared.net> [Link desaparecido]); la *Fondazione Giovanni Agnelli*

pánico, guerrilla, violencia y delincuencia¹⁶³ con que los medios habían descrito la realidad de jóvenes migrantes, en cierto modo, ha (re)unido y (re)acercado el estado de las calles de Génova y Barcelona. O mejor dicho, se han vuelto a entender los escenarios como «parecidos» [Andrea]¹⁶⁴ dando lugar a investigaciones conjuntas. Por otra parte, la semejanza entre ellas siempre ha sido un tema resaltado por los genoveses entrevistados residentes en la capital catalana.¹⁶⁵ Esta aproximación urbana representa para el colectivo *zeneize* una de las razones de la migración a *Barna* ya que se siente «*come a casa*» [Pier].¹⁶⁶ Los aspectos principales que les unen son los cascos antiguos grandes y poderosos en constante mutación, y readaptación, caracterizados por profundas contradicciones¹⁶⁷ que ofrecen una estimulante variedad de locales; las calles estrechas, oscuras, que a veces huelen a meados y a tuberías, pero de una indudable fascinación histórica y artística; la diversidad de personas con su

(<http://www.fga.it/> [consulta el 3 de octubre, 2008]); la *Fundació Jaume Bofill* (<http://www.fbofill.cat/> [consulta el 28 de octubre, 2008]); el *Centro Studi Investimenti Sociali* (<http://www.censis.it/> [consulta el 12 de diciembre, 2008]) por ejemplo.

¹⁶³ Cito algunos de los artículos publicados de dos periódicos italianos sobre el tema que fomentaron el imaginario colectivo: s.n. (2006), «Baby gang arrestati 18 “Latinos”», en *Il Giornale*, venerdì 31 maggio; s.n. (2006), «Ecco la nostra rapina d’iniziazione», en *Il Giornale*, giovedì 9 febbraio; s.n. (2006), «Agenti minacciati dagli ecuadoriani», en *Il Giornale*, giovedì 25 maggio, 2006; s.n. (2006), «Decapitate le bande degli ecuadoriani», en *Il Giornale*, mercoledì 31 maggio; Cetara, Graziano (2006a) «Una tesi sulle bande ecuadoriane dai “Ponteggi” ai “Vatos Locos”», *Il Secolo XIX*, Mercoledì 31 maggio, Cetara, Graziano (2006b) “Baby gang sgominate, 14 in manette”. *Il Secolo XIX*, Mercoledì 31 maggio; s.n. (2006), «Identificati gli 11 teppisti ecuadoriani», en *Il Giornale*, martedì 23 maggio; Bottino, Roberto, (2006) «La targa al partigiano sfregiata dalla gang che occupa la Piastra», en *Il Giornale*, sabato, 18 marzo; Fucilier, Paolo (2006), «Vi racconto la mia baby-gang», en *Il Giornale*, venerdì 9 giugno; s.n. (2005), «Far west, sudamericani contro albanesi sul bus», en *Il Giornale*, martedì 22 novembre, 2005; Schiaffino, Simone (2006), «Nets e Latin King, segnali di pace», 16 giugno, *Il Secolo XIX*; s.n. (2007), «Risse e denunce: è finita la tregua tra bande latinos», 10 novembre, *Il Secolo XIX*; Casabella, Federico (2006), «Tifosi teppisti sequestrano un autobus. Ecuador, notte di birra e violenza», en *Il Giornale*, 11 giugno.

¹⁶⁴ Hombre italiano. Forma parte del Grupo Informantes Informales. Conversación informal en el 2004.

¹⁶⁵ Estas entrevistas iniciales forman parte de un proyecto de video sobre los genoveses en Barcelona que estoy realizando en colaboración con Elena Chigiotti.

¹⁶⁶ Hombre italiano. Forma parte del Grupo Informantes Informales. Conversación informal en el 2005.

¹⁶⁷ Los barrios pobres destinados a personas extranjeras con pocos recursos se han transformado en barrios residenciales o semi residenciales de coexistencia de culturas, etnias y clases sociales. Algunos ejemplos: en Génova la rehabilitación de *via Garibaldi* y *via Cairoli* y sus edificios históricos no contempló las viviendas adyacentes a ellas (*via della Rosa*, por ejemplo). En Barcelona, la contradicción existente entre el ex-barrio Chino en la zona de la Rambla del Raval, con sus nuevos edificios y las calles y las viviendas situadas justamente detrás de ella.

traje o sus complementos habituales (*chador, hijab, kipá, chilaba, chechia* y el *turbante*);¹⁶⁸ los aromas de las tiendas de comestibles y las especias étnicas;¹⁶⁹ las terrazas de los bares y la pasión intensa por el fútbol, «dimensión colectiva del patriotismo catalán» (HUGHES, 2004: 23) y genovés, que ha desembocado en un *agermanament*¹⁷⁰ entre el equipo del Genoa y del Barça.¹⁷¹

Otra particularidad en común es que Génova y Barcelona son centros en constante *restyling*. Ambas han vivido casi simultáneamente una transformación desde lo industrial¹⁷² al post-futurismo que aportó no sólo modificaciones en la disposición territorial y urbanística, sino también prestigio y fama internacional. No hay que olvidar que esto sigue siendo un tema vinculado con la demanda de migración: «Las transformaciones urbanísticas llevan un mayor dinamismo de las actividades conexas con la construcción (de los albañiles a los estudios de profesionales de arquitectura y ingeniería)» (VENTO, 2004: 14). Oficialmente esos cambios empezaron a partir del 1992, año en el cual en Génova se realizaron las *Colombiadi*¹⁷³ y en Barcelona los XXV Juegos Olímpicos de verano.¹⁷⁴ Las grandes mutaciones involucraron principalmente los cascos antiguos y todas las superficies de los puertos marítimos. En la capital ligur la rehabilitación del *porto antico* por parte del arquitecto Renzo Piano desembocó en la creación del área llamada del *Expo*

¹⁶⁸ *Chador* es un velo largo que cubre la cabeza y cuello, y alcanza hasta los pies; *hijab* cubre el cabello y, normalmente el cuello; *kipá* es el gorro de los judíos; *chilaba* es la túnica tradicional marroquí; *chechia* el gorro musulmán; el *turbante* utilizado principalmente en el Sijhismo.

¹⁶⁹ Donde un plato de *trofie al pesto* o de *butifarra blanca* pueden ser consideradas “comidas étnicas”.

¹⁷⁰ En catalán: hermanamiento, alianza, entre dos equipos.

¹⁷¹ Véase el sitio “Grifoni Barcelona”: <http://grifonibarcelona.blogspot.com/2008/02/in-genoa-sampdoria-190208-fotos.html>, [consulta el 9 de diciembre, 2008] también las series de artículos de Sant Jordi del 1993 enviado especial a Génova para documentar el tifo genoano en el periódico *Sport*: «En el fútbol el espectáculo también está en la grada», sábado 17 de abril de 1993, pp. 20-21; «En Italia tiene más peso el jugador número 12», viernes 16 de abril de 1993, pp. 18-19; «La comisión antiviolencia de Génova, un ejemplo», domingo 18 de abril de 1993, pp. 20-21.

¹⁷² Génova era definida junto con Milán y Turín el “triángulo industrial” debido a la gran presencia de industrias metalúrgicas de participación estatal (VENTO, 2004).

¹⁷³ Quinientos años del descubrimiento de las Américas. Para profundizar el tema <http://www.bie-paris.org/main/index.php?p=-120&m2=149> [consulta el 12 de noviembre, 2008].

¹⁷⁴ En Barcelona la renovación de la ciudad empezó antes del 1986, año en que fue nominada ciudad olímpica. La administración de Maragall concibió un plan de *restyling* hasta el 2000.

(VV.AA., 2005). Se procedió a crear el acuario,¹⁷⁵ museos, pista de patinaje sobre hielo y el restablecimiento de los *magazzini del cotone*,¹⁷⁶ un espacio que recuerda mucho los antiguos Almacenes Generales del Comercio de Barcelona.¹⁷⁷ Tienen una superficie superior a los treinta mil metros cuadrados construidos a los finales del siglo XIX y utilizados para las mercancías en tránsito. Tras la Segunda Guerra Mundial se reutilizaron como almacén de algodón. Hoy hospedan una biblioteca internacional para chicos “Edmundo De Amicis”, la “*città dei bambini*” (el mayor espacio dedicado a la infancia de Italia), además de una amplia zona para congresos, tiendas, locales, restaurantes y cines. En cambio, las Olimpiadas además de crear nuevos implantados deportivos (Puerto Olímpico, Palau San Jordi, etc.) y ampliar el aeropuerto (Terminal A y C), abrieron la *Ciutat Comtal* al mar: se crearon las playas que, a pesar de las constantes críticas sobre sus condiciones higiénicas, representan hoy en día uno de los principales atractivos turísticos y de distracción durante el angustioso calor de verano de la *city*. En este proceso, como en Génova, se restauró la vieja zona portuaria correspondiente en parte al distrito de Sant Martí¹⁷⁸ creando la Vila Olímpica. En ambas ciudades las obras empezadas en el quinto centenario del descubrimiento de las Américas siguen en marcha, así como las críticas sobre los efectos positivos y negativos de tales aportaciones (VIVANCOS, 1992; MORAGAS I SPÀ, 2008).

Otro año importante para las dos ciudades fue el 2004. Génova representó la *città della cultura* y Barcelona albergó el Forum Universal de las Culturas. Ambos eventos contribuyeron a garantizar las financiaciones necesarias para seguir con los planes de recuperación urbanística y consolidarlas como ciudades turísticas y “socialmente implicadas” sobre todo tras los terribles y vergonzosos acontecimientos del G8 en Génova.¹⁷⁹ En

¹⁷⁵ Segundo en magnitud sólo después del de Valencia. Véase el sitio: <http://www.acquariodigenova.it/jsp/index.jsp>, [consulta el 22 de diciembre, 2008].

¹⁷⁶ Almacén del algodón.

¹⁷⁷ Único edificio conservado del puerto industrial de Barcelona. Fueron construidos por Maurici Garrán en 1881.

¹⁷⁸ Véase Anexo IV. “*Catalunya y Liguria, Barcelona y Génova*”.

¹⁷⁹ El tema del G8 a Génova es muy complejo y requeriría un análisis muy profundo que en este contexto no puede ser posible afrontar ni yo creo ser capaz llevarlo a cabo. Reenvío a la

Barcelona se trató de recuperar zonas aún no contemplada por los planes del 1992: la zona del litoral y del casco antiguo fueron las más interesadas y como siempre no faltaron agrias críticas (BORJA, 2005; CAPEL, 2006).¹⁸⁰

El éxodo ecuatoriano.



SERENA, BRIGIDI 2006, *Ecuador via da Genova, Via Prè, Génova.*

A pesar de los aspectos artísticos, arquitectónicos y de la gestión política que relacionan los territorios es necesario destacar que Génova y Barcelona son también los principales centros de afluencia del colectivo ecuatoriano. Desde el año 2000¹⁸¹ una *colonia ecuatoriana* (QUEIROLO, 2006) se estableció en la capital

recién película sobre el tema: Cremagnani, Beppe y Deaglio, Enrico (2008), *G8/2001. Fare un golpe e farla franca*, Luben, Italia, 62 “.

¹⁸⁰ Uno de los barrios más activos en las contestaciones contra el Forum fue el complejo de La Mina. En el Anexo V. “*El Barrio de La Mina*” se reportan algunas fotografías de las condiciones de las viviendas en ese contexto elaborado durante un pequeño trabajo etnofotográfico en el 2004.

¹⁸¹ Resulta siempre difícil esquematizar las causas macrosociales de un éxito. Podemos brevemente recordar que la crisis ecuatoriana empezó el 6 de febrero del 1997, con la revuelta general que desembocó en al destitución del presidente Abdalá Bucaram (“El cacerolazo”). En los mismos años la producción agrícola se vio gravemente afectada por el fenómeno del Niño reportando consecuencias hasta el 2000. El mismo año se procedió la dolarización del país con consecuencias económicas gravísimas. A causa de la desestabilización financiera internacional, el continuado ajuste fondomonetarista, la caída de los precios del petróleo y congelamiento de los depósitos bancarios, Ecuador vivió el más acelerado empobrecimiento del continente americano. Además en el 2001 se produjo el golpe de estado (fracaso del gobierno de Mahuad).

ligur y en la catalana representando para ambas la comunidad extranjera más voluminosa asentada: 13.287 personas en Génova y 24.187 en Barcelona.¹⁸²

Este desplazamiento tiene características muy específicas que mancomunan las dificultades de intervención política y los proyectos de planificación escolar, familiar y socio sanitaria en las dos ciudades. Veámoslo brevemente para entender cómo y en qué medida implican a los sistemas públicos. En primer lugar, es un éxodo familiar, es decir, está planeado por el conjunto de los miembros de la familia,¹⁸³ a diferencia de otros colectivos donde quien migra es un sólo miembro del grupo familiar (a menudo el varón) que desea contribuir a la mejora de la economía doméstica en el país de origen. El segundo aspecto relevante consiste en la feminización de la migración (PAIEWONSKY, *s.f.*; PEDONE, 2003; MORENO-EGAS, 2006). Generalmente, la mujer es pionera en el desplazamiento. A pesar de algunas condiciones y matices socio-culturales de las familias ecuatorianas,¹⁸⁴ dicha predominancia está potenciada por las características del sistema de *welfare* de los territorios receptores y de las condiciones demográficas de la población.¹⁸⁵ Paralelamente, la ausencia o ineficacia numérica de los servicios públicos y el limitado número de plazas-camas en las instituciones protegidas (OECD, 2008) ha favorecido el incremento de la demanda de profesionales de servicios, lo que ha determinado la “construcción de una profesión”,¹⁸⁶ y ha acrecentado el mercado sumergido

¹⁸² Los datos referidos son del 2007. Consultar el Anexo VII. y el VIII. sobre la estructura de la población según cifras oficiales en Barcelona y Génova. También pueden compararse los datos en Anexo VI. “Procedencia de la población inmigrada en la ciudad de Barcelona y Génova en el 2005”. Acosta (2004) refiere que el 20-30% de la población activa en Ecuador haya migrado entre el 2000-2005.

¹⁸³ El contacto intenso y continuo con personas sudamericanas me ha permitido observar que el concepto de familia en sus países de origen es mucho más amplio y complejo que el nuestro. No se refiere sólo a la familia nuclear constituida por el padre, la madre y los hijo(s) sino que se extiende a los abuelos(as), tíos(as), primos(as) e incluso amigos que formarán parte de la familia aunque no exista entre ellos vínculo consanguíneo alguno. Es decir que la característica biológica no determina la inclusión de miembros en el grupo ni limita los apodos (son tíos, primos, abuelos, también los amigos, por ejemplo).

¹⁸⁴ No hay que olvidarse que muchas familias ecuatorianas ya mucho antes del 2000, experimentaron la migración de los varones hacia Estados Unidos. En cierto modo también estableció las bases estructurales para la migración femenina hacia Europa.

¹⁸⁵ Génova, junto con Turín, detentan la primacía de las ciudades italianas con un mayor declive demográfico (VENTO, 2006). Para Barcelona la *gent gran* representa un tercio de la población (consultar el sitio del Ayuntamiento de Barcelona).

¹⁸⁶ Vento (2004: 4) habla de una «etnicización del mercado laboral».

de la asistencia domiciliaria tanto en Italia como en España,¹⁸⁷ lo que Ambrosini (2006: 1) llama «*cultura della domiciliarità*».¹⁸⁸ La tercera característica está representada del hecho que son el grupo que disfruta más de la práctica de la reagrupación familiar respecto a las otras comunidades residentes (SANAHUJA Y RENDÓN, 2008);¹⁸⁹ práctica que finaliza sólo después del arreglo de la situación administrativa del “trayente”.

Expuesto esto, caben algunas reflexiones para entender la participación en los diferentes planes de organización social. Por eso es necesario observar cómo el rol de la mujer – *antes y después* de la reagrupación – conlleva consecuencias no sólo en la realidad individual o grupal de la dimensión familiar sino que juega un papel en un espectro social más amplio. La consecuencia de esa cultura de la domiciliaridad es que la principal aportación al sustento económico de la familia tanto en el país receptor como en el de origen (centrado principalmente en las remesas)¹⁹⁰ se concentra, frecuentemente, en la mujer. Este aspecto pone de relieve los cambios en las relaciones de género en el propio grupo doméstico (PEDONE, 2004). El concepto de migrar “a solas” y luego reunir a los miembros familiares significa renegociar con las relaciones de género presentes antes de la migración. Las figuras importantes a nivel cultural y ideológico más que económico (QUEIROLO, 2006) a menudo vuelven a ejercer un poder sobre la mujer y el núcleo familiar tras de un largo periodo en el que el trayente les había readaptado a su nueva condición de vida (mujer soltera, trabajadora con hijos a cargo, por ejemplo). Sin embargo, si esas dinámicas han sido observadas en

¹⁸⁷ Los datos del 2004 evidencian que el 60% de los permisos de residencia en Génova se concedieron a personas que trabajaban en el servicio doméstico y en actividades de asistencia y cuidado, mientras que el restante 40% estaban vinculados a la construcción y al sector terciario (VENTO, 2004). No es inusual que también los varones sean reclutados para trabajos relacionados con la asistencia doméstica y el cuidado por medio de la intercesión de su mujer.

¹⁸⁸ La cursiva es mía.

¹⁸⁹ Según el estudio llevado a cabo del Ayuntamiento de Barcelona el primer colectivo es el ecuatoriano con el 20%, siguen los chinos con un 13% y los peruanos 10% (SANAHUJA Y RENDÓN, 2008). Para Génova no encontré datos estadísticos disponibles.

¹⁹⁰ Las remesas de los migrantes son un tema específico en el estudio de las migraciones (SANZ, 2009). En Latinoamérica representan una de las principales fuentes de sostén de los países. Taboada (2004) refiere que se trata de una suma de 38 miliares de dólares, para al 150% de los intereses pagados de los países latinoamericanos en los últimos cinco años. Véase también el análisis elaborado por Moreno (2004) sobre la situación francesa.

términos de relación de género,¹⁹¹ poco ha sido publicado en referencia a las dificultades psíquicas y emotivas de las mujeres (BRIGIDI, 2009_b) y de los miembros de la familia. Según la experiencia de campo elaborada, eso tiene esencialmente dos secuelas. La primera, un aumento del acceso a los servicios de urgencias o de atención psiquiátrica por parte de mujeres ecuatorianas o, en general, latinas, por trastornos de ansiedad o psicósomáticos. Son trastornos impulsados por la carga de obligaciones a las que comúnmente se enfrenta la persona migrada: ritmo elevado de trabajo, envío de dinero (y regalos), demostración de felicidad y de disponibilidad durante los contactos “virtuales” con los familiares y, sobre todo, resolver la fatídica situación legal para traer a los demás miembros del grupo. Asimismo, la sensación de haber desatendido a la familia (en particular a los hijos) y haber fallado en el papel de madres, esposas o hijas.

El segundo efecto es que muchas de las mujeres entrevistadas reportaron numerosas veces haberse enfrentado con los prejuicios de los profesionales socio-sanitarios a los cuales habían acudido por problemas de salud, como los de sus jefes de trabajo que juzgan su comportamiento como *antibiológico* y *antinatural* (ATXOTEGUI, 2007): «No entiendo como una madre – observó en mi presencia una profesional – pueda dejar durante años a sus hijos con una tía»¹⁹² [Carla].¹⁹³ No sorprende observar cómo muchas mujeres en las entrevistas psiquiátricas se niegan a reconocer que esto aparentemente les afecta, soltándose en llantos desesperados sólo con los profesionales que no les están juzgando por su elección.¹⁹⁴

¹⁹¹ El tema de género no será analizado aunque trabajando principalmente con el colectivo ecuatoriano y en el campo de la salud mental (aún existe una feminilización de las patologías mentales) será mencionado, si bien no sometido a un análisis atento y específico. Para suplir a este déficit en todo el texto se reenviará a una bibliografía idónea.

¹⁹² Volveremos sobre el tema en el párrafo “*Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes*”.

¹⁹³ Psiquiatra del SATMI.

¹⁹⁴ El tema de los hijos es muy complejo. El mejor abordaje era ir de lo general (¿Tienes hijos? ¿Viven con UD?) a lo particular (¿Cada cuanto los llamas? ¿Cómo lo llevan ellos?, etc.) sin nunca forzar los tiempos. Muchas mujeres incluso se ponían muy rígidas al abordar el tema, mostrando un lado casi psicótico en su relación con los hijos (pocas llamadas, desinterés por los sucesos/fracasos escolares, etc.). En ninguno momento pensé que estas actitudes pudiesen revelar un trastorno, sino una inmensa barrera al sufrimiento. Pues, claro: yo no soy médico.

A menudo, la familia de origen presiona a las madres para que arreglen la situación en Europa a causa de los abusos de alcohol y droga de los jóvenes o simplemente por las dificultades que conlleva para las personas mayores o de otras generaciones criar un adolescente. Incluso existe una demanda de intervención en los casos (aún no numerosos, por lo menos en las experiencias observadas) de mujeres cuyos hijos se suicidaron o hicieron tentativas en la esperanza aún no cumplida de la reagrupación familiar (BELTRÁN, 2005; OLIVIA Y LEÓN, 2007). De igual forma, muchas intervenciones socio-sanitarias siguen a la reagrupación familiar como efecto de la presencia conflictiva y violenta (no estamos hablando sólo en términos físicos) de varones (hijos, maridos o padres) que se convierten en algo «*siempre más insostenible*»¹⁹⁵ [Gina].¹⁹⁶ Por otro lado, la escasa participación de la figura materna tradicionalmente interesada en el papel del cuidado y la instrucción de los hijos resultado de la situación migratoria,¹⁹⁷ incrementa en los miembros reagrupados unos sentimientos de dispersión, frustración y abandono que inevitablemente se suman a las destrucciones de los *mitos migratorios*¹⁹⁸ elaborados antes del desplazamiento. Todo esto se traduce en una creciente demanda de atención en los centros de salud mental por parte de los hijos y maridos, y también de diversos casos de abuso de alcohol.

¹⁹⁵ Los accesos son siempre vinculados con trastornos ligeros de ansiedad o somatizaciones (dolor de abdomen, alteración/problemas ginecológicos, dolor de cabeza, etc.). Hablaremos de ellos en la parte etnográfica.

¹⁹⁶ Mujer peruana conocida en el DEeA en el 2006.

¹⁹⁷ Cuidado, no está directamente relacionado con la migración, sino con la situación migratoria: los horarios de trabajos, sueldo bajo, ilegalidad, falta de recursos sociales, etc.

¹⁹⁸ Trataremos los mitos de la migración en el párrafo siguiente.



SERENA, BRIGIDI 2006, *Ecuador via da Genova*, Salita Superiore di Rondinella, Génova. "Ecuador fuera de Génova"

Como última observación acerca del éxodo sudamericano o más bien ecuatoriano en las ciudades de Génova y Barcelona es importante subrayar las principales motivaciones que generaron estas concentraciones. Además de los sistemas sociales presentes en las sociedades de llegada, la migración fue favorecida por la proximidad cultural, religiosa y lingüística con la que generalmente se describe (o se piensa que existe) en Génova y en Barcelona.¹⁹⁹ El descubrimiento de que «*el italiano no es tan parecido al español*» [Carlos]²⁰⁰ o que en Barcelona se habla catalán, determinó una dificultad añadida para los migrantes entrevistados (fracaso escolar, inconveniente para encontrar trabajo, problemas en la compilación de documentos, etc.). Así como la constatación de que las dos culturas, aunque definidas "latinas", perdieron mucho del carácter comunitario y participativo al que los entrevistados dicen estar acostumbrados. Igualmente, un papel importante está representado por el "pasa palabra": la facilidad de encontrar trabajo, la disponibilidad de vivienda, las buenas condiciones de vida, la facilidad para la integración, etc. una práctica que propensa a extender las ventajas sobre los inconvenientes impulsada también

¹⁹⁹ Al final del siglo XIX y al inicio del XX algunos genoveses se instalaron en Ecuador, sobre todo en la ciudad de Guayaquil.

²⁰⁰ Hombre ecuatoriano. Desarrollé numerosas entrevistas con él ya que ingresó diversas veces en estado alcohólico en el DEeA y ya era paciente de la ASL de Génova.

gracias a pequeños detalles: permitirse una larga charla por teléfono con los familiares, tener un ordenador portátil o un celular de última generación así como el envío de remesas.

Un último aspecto es la modalidad de entrada tanto en Italia como en España que hasta el año 2003 no requerían el visado a los ecuatorianos. La entrada era oficializada por el pasaporte, el permiso de turista (90 días), un pasaje de ida y vuelta, demostrar un alojamiento²⁰¹ y disponibilidad económica (LAGOMARSINO Y TORRE, 2007).

Concluyendo, los efectos de la reagrupación familiar o mejor dicho, la ausencia de una guía por parte de instituciones autóctonas, así como de una previsión en términos de inserción escolar, desempleo y acceso sanitario, ha generado diversas dificultades en distintos dispositivos sanitarios y escolares: preparación específica del personal; ausencia/presencia de mediadores; omisión de documentos en otros idiomas, etc.²⁰² El número elevado de personas extranjeras en edad escolar y formativa presente en Génova y Barcelona requiere proyectos de integración en el mundo escolar, así como un uso idóneo de la mediación cultural (BRIGIDI, 2009_a).²⁰³ Por todo ello, es posible pensar que algunas de las dificultades asociadas y consecuentes a la práctica de la reagrupación familiar implican necesariamente a las políticas públicas y juveniles y, en muchos aspectos, también las de seguridad²⁰⁴. Es decir que el proceso de agregación contempla una planificación y gestión familiar, y una readaptación de necesidades de aquella que se modifican en función de la llegada de los hijos y, en general, de los varones en los casos analizados.

²⁰¹ Que podría ser una reserva de hotel o la declaración de hospitalidad por un italiano o paisano residente en el territorio.

²⁰² El Dr. Cornaglia Ferraris, responsable del "Ambulatorio Camici&Pigiami", durante su entrevista a Primocanale (Transmisión del 10/02/2006 <http://www.primocanale.it/viewvideo.php?id=5622>, [consulta el 7 de octubre, 2008]), televisión local de Génova, confirma lo absurdo de la ley de extranjería vigente en Italia que no garantiza un pediatra a los hijos menores de personas no en regla con el permiso de residencia (muchos también nacidos en Italia) ni la posibilidad de adquirir fármacos con receta médica.

²⁰³ De uno estudio llevado a cabo a Génova en el 2005 con mediadores culturales emergió que en muchas clases del centro de la ciudad los alumnos hispanohablante representaban el 40% del total (BRIGIDI, 2009_a)

²⁰⁴ Menciono la seguridad esencialmente porque los medios han contribuido a crear un imagen de los jóvenes latinoamericanos vinculándolos con características criminales, utilizando inoportunamente el fenómeno de las pandillas (CERBINO Y RECIO, 2005).

SUBJECT I. LOCOS MIGRANTES

Los sujetos principales de este estudio, junto a los profesionales socio-sanitarios en salud mental, son los migrantes que, por algunas razones, han sido legitimizados (FASSIN, 2006),²⁰⁵ se definen o se reconocen como personas con problemas psiquiátricos. Como en el anterior capítulo, la regla académica nos impone definir los conceptos - migrantes y locura - a fin de restringir el campo de acción y aclarar al lector quienes son los protagonistas.

Leyendo el “etnógrafo discapacitado” (ALLUÉ, M. 2002) me resultó sorprendente cómo la descripción general de los informantes de la autora no resulta muy lejana a la de “mis migrantes locos”. Podemos aceptar que la *locura* es una «patología adquirida» (ALLUÉ, M. 2002: 63) agradando de alguna manera a los que no creen en su existencia (SZASZ, 1990; 2003)²⁰⁶ o proclaman su *invención* (GONZÁLEZ Y PÉREZ, 2007) ya que *adquirir* deja también intuir una elaboración social hecha por terceros, empresas farmacéuticas, intereses políticos y económicos y, sobre todo, devuelve la idea de una *temporaneidad* de la enfermedad mental (BASTIDE, 1978; HACKING, 1998; FOUCAULT, 1966; 1998; 2005)²⁰⁷ y, por lo tanto, sus límites o enlaces físicos, espaciales y culturales.

La autora prosigue hablando de patologías «visibles e invisibles» (ALLUÉ, M. 2002: 63). Los trastornos mentales son esencialmente invisibles a la mirada médica y, a menudo, a los ojos bio-tecnológicos.²⁰⁸ Eso es uno de los clásicos problemas de la Psiquiatría: los métodos de reconocimientos y los diagnósticos, arbitrarios y científicamente discutibles para muchos (ROSENHAN, 1973). Una

²⁰⁵ El cuerpo doliente se hace sujeto psiquiátrico, así impone su legitimidad y existencia. Véase el caso francés de los años noventa descrito de Fassin (2006).

²⁰⁶ Hay mucho más, consultar la bibliografía general.

²⁰⁷ *Idem*.

²⁰⁸ Los avances científicos también han producido la ilusión de que se podría determinar la causa de la enfermedad mental grave y, de algún modo, verla, aislarla y controlarla. Me refiero a la corriente de la psiquiatría evolucionista que repone en la genética (el descubrimiento del ADN) una fuente posible para reconocer la psicosis o la esquizofrenia. Véase la intervención de Matiana (2008) sobre la retórica de la genética humana.

psicosis y una depresión no se “ven”²⁰⁹. Se captan los signos de un físico desperdiciado, de unos ojos lívidos y la mayoría de las veces, se reconoce a los locos por las secuelas de los fármacos: mirada fija, andadura rígida, ausencia de expresividad, formas discordantes que se arrastran por pasillos o calles. El sufrimiento, elemento constante en la enfermedad mental, no es sólo una prerrogativa de los «*débiles émotifs*» (DUPOY Y SCHIFF, 1923: 323). En fases agudas la visibilidad viene dada de los tics, movimientos compulsivos o por la extrema apatía, un dolor que va más allá del cuerpo y del espíritu o por comportamientos que se desvían de la *norma*. Es decir, juicios determinados más por una costumbre moral que por los dictámenes clínicos y modificables según el análisis diacrónico y sincrónico que se haga de la *locura*.²¹⁰ Actitudes, hábitos y expresiones que no corresponden a la *mayoría*: «(...) *conformati e sei saggio -/ Dissenti, e sei pericoloso./Un matto da legare*» (DICKINSON, 1997: 49).²¹¹ Igualmente, la patología en sí misma no sólo es visible o invisible, sino que los locos, las personas que sufren, sus familiares y sus problemas, aparecen y desaparecen según las exigencias y comodidades de la sociedad.

Allué (2002: 63)²¹² sigue su descripción observando que esas patologías «(...) crean dificultades y estigmatizan al portador». No es necesario integrar algo en este sentido, sino subrayar que el estigma, por el hecho que no estamos hablando sólo de *locos* sino de migrantes, es en alguna manera “doble”. Existe un confín, tal vez sutil, entre “categoría de riesgo” y fragilidad(es) humana. Prefiero la segunda expresión si hablamos de migrantes ya que refleja la personalidad, la singularidad, la humanidad de cada uno sin debernos colocar

²⁰⁹ Aquí podría parecer un poco contradictoria. Miré la enfermedad mental, el sufrimiento y la desesperación en mis informantes y no niego que la patología mental tenga una característica de visibilidad. Lo que afirmo en ese contexto es que la diferencia la hace una mirada profunda, una relación empática y no una simple visión. Es evidente que como otras enfermedades depende del nivel de gravedad que alcanza el sujeto. Tampoco VIH o la diabetes, ni un cáncer en los primeros momentos de desarrollo o fases son evidentes.

²¹⁰ «Ninguna conducta ni mala conducta es una enfermedad, ni puede ser una enfermedad ¡Eso no es lo que son las enfermedades mentales!» discurso de Dr. Thomas Szasz sobre los límites de la psiquiátrica, en http://es.youtube.com/watch?v=SzdGrUcc_bQ [consulta el 3 de octubre, 2008].

²¹¹ «(...) *confórmate y eres sabio -/ disiente, y eres peligroso./ Un loco de atar*». Trad. de la autora.

²¹² La autora trata de discapacidad física en su trabajo.

en categorías generalizantes y generalizadoras. Incluso, hablar de fragilidad permite reflexionar sobre los sistemas de *acogida* de nuestros países, observar cómo nuestros modelos sociales y humanos resultan un fracaso a la hora de recibir a los otros. La migración puede conllevar o acentuar unas fragilidades no, evidentemente, representar una patología *di per se*. Aunque el discurso es mucho más complejo para sintetizarlo en pocas palabras y será discutido largamente en el texto.

Ahora bien, inicialmente he identificado los sujetos de estudio marcados por ser castellanohablantes. La elección fue pensada para permitir siempre una comunicación fluida con los entrevistados. Personalmente tengo muchas reservas sobre los trabajos elaborados en idiomas que resulten totalmente ajenos al investigador y sea necesario el uso de un mediador/traductor. Sobre todo en el campo médico. Como paciente, conozco la importancia de poderme expresar en mi lengua materna ante una dificultad, sufrimiento o preocupación a pesar del hecho de llevar años viviendo en otro país. El dolor como las manifestaciones más íntimas de felicidad, amor, placer tienen una forma primaria de expresión: el idioma materno. Así que la lengua representó algo fundamental para mi trabajo e influyó sobre la elección de los sujetos de estudio: personas procedentes de norte, centro y sur América, generalmente identificadas como *latinos*.

Por regla general emplearé el término *latino* en el texto para indicar la procedencia de ese colectivo. En España no es un término que se use mucho salvo en la literatura respecto a las llamadas “bandas latinas” juveniles. En cambio en el lenguaje cotidiano es más frecuente latinoamericano o el despectivo *sudaca*.²¹³ La palabra *latino* no refleja en absoluto los matices identitarios, culturales, étnicos, económicos, políticos, sociales, históricos, religiosos e, incluso, lingüísticos presente en el territorio que se extiende desde

²¹³ El término empezó a utilizarse en España a finales de los 70 en raíz del exilio político de ciudadano huidos de las dictaduras de Uruguay, Chile y Argentina. Véase el párrafo “Leyes de extranjería y derecho a la salud en España”.

el Sudoeste de los Estados Unidos hasta el estrecho de Magallanes.²¹⁴ Si no que forma un conglomerado de naciones reunidas en la plácida ignorancia eurooccidental que con su actitud etnocentrista es incapaz de advertir en los demás las riquezas de las diversidades. Mis informantes acostumbrados a la expresión restrictiva y homogenizadora de *latinos* nunca se quejaron ni reivindicaron una identidad propia.²¹⁵ Al contrario, muchos se aprovecharon transformando la generalización en su propio beneficio: música, televisión, productos, servicios y restaurantes *latinos*.

Entrevisté treinta y ocho *locos*, la mayoría procedentes de Ecuador (30%), Perú (12%) y Bolivia (12%), en una franja de edad entre los 20-45 años. Aunque, no con mucha diferencia, la mayoría fueron mujeres (55%).²¹⁶ También tuve tres informantes brasileños con los que trabajé en italiano²¹⁷ y una mujer dominicana.

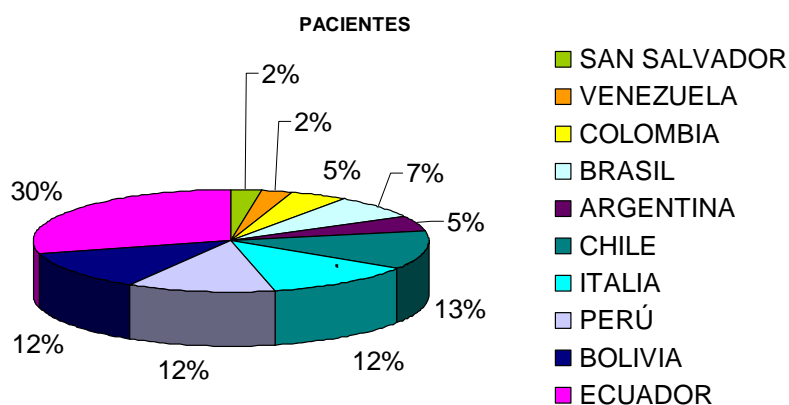


Gráfico 1. Informantes Migrantes entrevistados

En la categoría pacientes, incluyo también por razones distintas, a cinco personas con documentos italianos: tres de esas conocidas en la clínica psiquiátrica de Génova y, aunque nacidos y crecidos en Italia, integraron la observación en dicho contexto; Federico, genovés de nacimiento, pero casado

²¹⁴ Véase la intervención de Pedone (2007), «La inmigración Latino-Americana en España: la importancia de la América Andina», en el II Simposio de psiquiatría transcultural, organizado por el *Servei de Psiquiatria* del Hospital Universitari Vall d'Hebron, 3-5 de mayo, Barcelona.

²¹⁵ Que en el caso específico no es una identidad nacional, sino que contempla realidades locales que no se reflejan en lengua, cultura, tradición y religión con el estado en cuestión.

²¹⁶ Veintiuna mujeres y diecisiete hombres aunque de esos un informante fue “registrado” como hombre pero se definía a sí mismo como mujer.

²¹⁷ No hablo portugués.

con una paciente peruana y sin bien no era propiamente un paciente de la ASL, por la particularidad de su situación familiar y por el hecho de que era la “voz” hablante de la vida no sólo psiquiátrica de su mujer, lo inserté en ese escenario. Vivió más de veinticinco años en América del Sur, volvió sólo para garantizar a su esposa curas médicas idóneas y gratuitas por las graves enfermedades que la afligen. A pesar de ser ambos italianos, siempre hablamos en castellano por respeto a Nieves.²¹⁸ El último paciente es un anciano que nació también en Génova pero que a la edad de tres años migró a Chile con su familia donde permaneció hasta hace pocos años. Con él también me comunicaba en español a causa de la pobreza de su italiano.

Pese a que la mayoría de mis informantes sabían que no era licenciada en Medicina me llamaban la «*Doctora Serena*» [Cándida]²¹⁹ que habla español «*con un fuerte acento catalán*» [M^a del Mar]²²⁰ y se “ocupaba” de ellos. Con muchos de los informantes logré un buen grado de confianza lo que me permitió desarrollar también entrevistas domiciliarias. Además, algunos ya los había conocido en otros centros de salud mental. A pesar de ser una “profesional humanista” durante los encuentros domiciliarios me pedían mi opinión acerca de resultados de exámenes de sangre, EEG, Eco, RM, o RX y, si me los encontraba por la calle, me presentaban a todo el mundo cariñosamente como «*¡mi doctora!*».

En la ASL y en el SATMI me encontraba con los informantes después de la visita con el psiquiatra o concertaba una cita directamente con ellos en el mismo dispositivo cuando ya tenía confianza. En cambio, en la clínica psiquiátrica de Génova no había muchas posibilidades de entrevistar a los pacientes a solas,²²¹ sino con los del MIRs con los que trabajaba. Aunque, las tres entrevistas elaboradas fueron repetidas (les vi tres o cuatro veces a la semana durante tres meses) durante largos periodos y, en el caso de Emma,²²²

²¹⁸ Paciente de la ASL con un trastorno de psicosis afectiva y alzheimer.

²¹⁹ Paciente chilena del SATMI. Entrevista del 2006.

²²⁰ Informante conocida en el DEeA de Génova. Es ecuatoriana. Entrevistas del 2006.

²²¹ Por eso lo hacía durante la tarde y el fin de semana.

²²² Emma era una paciente italiana que padecía de anoréxica nerviosa, conocida en la clínica psiquiátrica.

también en el contexto externo de la clínica (ya que era a su vez paciente de la ASL). Después de haber creado los contactos iniciales junto al MIR y haberle explicado que no era médico ni profesional de la clínica, eran ellas mismas quienes me buscaban para contarme acontecimientos, nuevas visiones y peleas que ocurrían en la clínica o con sus familias. Únicamente con Silvia, la paciente brasileña, seguí un esquema parecido al que puse en práctica en el SATMI.

Mientras que en las urgencias de Génova (DEeA), durante cada consulta, en presencia de un paciente sudamericano con condiciones médicas idóneas, iniciaba un preliminar coloquio “en el pasillo” en lengua española acerca del tiempo de residencia en Italia, el país de proveniencia y la localidad (ciudad o país agreste o litoral, etc.), el *proyecto migratorio*, la presencia de familiares en Italia y las precedentes migraciones. Cuando los exámenes médicos se habían acabado y el paciente había mostrado disponibilidad para seguir adelante con la entrevista, le proponía un encuentro más profundo en la habitación adyacente al *Triage*. En esas entrevistas abordaba *temas socio-demográficos* incluyendo el estado civil, presencia de hijos, padres en vida, estudios/cursos desarrollados en el país de origen y en Italia, la profesión en el país autóctono y en el de acogida, tipología de contrato, permiso de residencia; *aspectos socio-antropológicos* acerca de las expectativas migratorias, auto-evaluación del propio estatus social antes y después de la migración, las relaciones sociales creadas en Italia, religión, problemáticas vinculadas a la vivienda, etc. y, en fin, los *médico-antropológicos*: por qué había acudido a urgencias, conocimiento del SSN y aquello del país de origen, contacto con otros centros de salud y con los “no oficiales”, uso de otra clase de remedios (medicina tradicional, yerbas, curanderos), auto-evaluación del estatus de salud, uso de fármacos y precedentes consultas en otras urgencias (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b).²²³

²²³ Los resultados de esas entrevistas fueron comparados con los datos recogidos por el sistema informático denominado PIESESE - Gestión Urgencias del Consorcio di Bioingeniería e Informática Medica, CBIM de Pavia - de lo que está dotado el DEeA. Ese programa registra los usuarios de Urgencias cuando acuden al *Triage* hasta el resultado final y provee de pequeñas estadísticas sobre los usuarios. Sucesivamente, con una bióloga con la que colaboré durante los últimos meses de experiencia en Génova y experta de análisis cuantitativo, elaboramos los datos por medio del programa Stata SE® 9 (Stata Corporation - USA) para realizar un análisis estadístico descriptivo del material recogido (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b).

Además de los sujetos citados mantuve entrevistas informales con un número considerable de amigos y conocidos migrantes que se revelaron elementos clave en numerosas ocasiones para aclararme dudas, explicarme costumbres acerca de sus tradiciones e interpretar algunos resultados de campo. Estos son Ángela, chilena; Ana, Jime, Isa y Javier, mexicanos; el grupo de coordinación de mujeres latinoamericanas (las que entrevisté: una ecuatoriana, una peruana, dos venezolanas); Carlos un muchacho ecuatoriano; Elke, brasileña y todos los amigos italianos que junto a los precedentes (y las personas del barrio, de las tiendas, etc.) representan el grupo de informantes informales. Con todos ellos transcurrí horas hablando de situaciones legales, dificultades médicas, ataque de nervios, el valor de familia, etc.

En muchas ocasiones elegí servirme del término paciente-informante para resaltar la dificultad a la hora de trabajar con personas que mutan la propia identidad según la persona con la que se encuentran. Y lo peor es que muy pocos se daban cuenta de esta ambigüedad: con los profesionales *pacientes*, conmigo *informantes*. Con frecuencia para facilitar la comunicación con los profesionales yo también utilizaba la palabra paciente refiriéndome a algún informante. Dejé muy claro durante todo el proceso que el antropólogo médico no es un terapeuta pero que su labor puede “ayudar”, confortar, dar soporte al sujeto padeciente y esto generó mayor confusiones en la semántica del informante. No debemos olvidar la fuerza que tienen las palabras. Durante el trabajo de campo algunos de mis informantes me revelaron informaciones que el profesional desconocía poniéndome en una situación extremadamente compleja: debería acudir al terapeuta rompiendo el vínculo profesional y confidencial que se había creado con el informante o simplemente ignorar esas informaciones? Sabía que algunas informaciones como el uso de drogas o los pensamientos redundantes acerca del suicidio pudieran cambiar notablemente la programación terapéutica. Asumí la responsabilidad y la mayoría de la veces no lo comuniqué al profesional, pero hablé y mucho con el informante. Expliqué los riesgos del cóctel fármacos y drogas sobre el estado mental. Probablemente me pasé, pero no creo que existía una forma correcta de actuar.

Confié en mi instinto. En otras ocasiones, insinué alguna idea al terapeuta, tal vez en forma de pregunta: «¿No crees que Cándida piensa aún al suicidio?» o «a esta edad es muy difícil no consumir drogas cuando se crece y se frecuentan ciertos ambientes...».

Migrantes: los “falsos mitos” de la migración.



EMANUELE, CRIALESE 2006, *Nuevo Mondo*. Fragmento video.

Durante la conferencia “(in)Migración(es) y el Magreb” dictada por Aarón Cohen en la UAB,²²⁴ escuché una intervención por parte del público que me llamó mucho la atención. Una mujer instó a los estudiosos a diferenciar la migración según su origen y destino, reportando como ejemplo el flujo migratorio llegado a la comunidad andaluza y a la catalana y la consiguiente organización de éstas para enfrentarse a dicho éxodo. La observadora mencionó el caso del sur de España como ejemplo de *evento excepcional* migratorio, distinguiéndolo por razones socio-políticas y económicas del de Catalunya, según ella «sostenible» y por tanto considerable como *sistema*. Se razona en términos de *sistema* cuando se reflexiona no sólo en el flujo de persona sino se contemplan las características y las respuestas tanto del lugar de partida como lo de llegada. En efecto, el proceso migratorio empieza ya en el país de origen

²²⁴ El *Grup de Recerca sobre Migración* de la Universitat Autònoma de Barcelona organiza cada año ciclos de seminarios acerca de la temática migratoria. La que refiero es del curso 2003-2004.

«con la formación y el desarrollo de una nueva categoría de población potencialmente migrante, sumisa a un periodo de incertidumbre y transición (...)» (LOSI, 2000: 23). Al mismo tiempo que permite una reflexión sobre la organización estructural elaborada por los migrantes por alcanzar la meta. Un objetivo no sólo físico. Lo que comúnmente y creo que equivocadamente, llamamos *proyecto migratorio*.

La idea de examinar la migración a través de lo que la rodea y la modifica como *sistema*, o lo que ella transforma como *evento* me cautivó y me pareció útil para mi propia investigación. Además, el contexto receptor a menudo no está analizado como debiera. En cambio, una visión plurifactorial garantiza un análisis que contempla la historia y la complejidad del fenómeno migratorio y no se detiene en un simple listado de causas y efectos. La migración, podemos decir entonces, es un evento o un sistema constituido por una necesidad causal y reversible, en la mayoría de los casos, que puede ser dictada por el medio-ambiente²²⁵ por la sociedad, la cultura o por el sistema económico.

Definida la migración, resulta importante aclarar de *quién* estamos hablando cuando nos referimos a los *migrantes*. Asimismo, parecería conveniente, por cuanto pueda parecer obvio, observar el *adónde* y el *por qué* migran. Vamos por orden. Identificar los extranjeros es una operación mucho más compleja de lo que pueda parecer. Es un concepto que muta y se transforma a nivel diacrónico²²⁶ y sincrónico. Hoy en día, por ejemplo, nunca pensaría en una persona de Sora²²⁷ trasladada a Barcelona por asuntos laborales como un migrante, cosa que si se haría durante la industrialización del XIX. Eso depende en parte de las nuevas tecnologías que disminuyen físicamente las distancias (BRILLI, 1988). Hoy cambia también la manera de vivir no sólo en los lugares de destino sino en los de origen ya que los confines no están

²²⁵ Consultar: Puigdefábregas y Mendizábal, (1995); Lo y Mamaty, (1995); Leighton y Notini, (1995); Glazovsky y Shestakov, (1995).

²²⁶ En el capítulo sucesivo veremos como cambian los significados de la palabra migrante, haciendo también referencia al término *murciano*, por ejemplo.

²²⁷ Sora es un municipio de Osona, casi al confín norte de la Catalunya, al norte de Torelló. Dista unos 100 km. de la capital.

representados exclusivamente en los territorios (*satélite, e-mail, chat, Skype, facebook, i-phone, etc.*).²²⁸ Aunque el hipotético migrante de Sora podría haber elaborado un *proyecto migratorio* para mejorar su condición de vida, estableciendo algunas redes sociales de apoyo y averiguando asociaciones o clubes deportivos organizados por sus paisanos.²²⁹ Habría pasado a través del infierno de la búsqueda de piso en la capital catalana, afrontando el coste elevado de la vida, se habría sentido melancólico y nostálgico durante sus primeras noches en la ciudad (y tal vez no sólo las primeras), acusaría alguna molestias vinculadas al estrés del cambio de trabajo, al traslado, al empadronamiento, como dolor de cabeza o problemas gastrointestinales. Se sentiría un poco disperso y confundido a la hora de cambiar su médico de familia, encontrar el CAP de su barrio y reservar una cita. La espera le resultaría inaguantable y la atención recibida «*muy fría*» [M^a del Mar] ya que el médico no le conoce (ni escucha que a cada cambio de temporada padece de estreñimiento), no le miraría a los ojos ni le visitaría y, dentro de muy poco, elegiría que para cada problema de salud no urgente, la solución más idónea sería esperar a regresar el fin de semana a *casa* y ver a su viejo compañero de escuela o al médico de familia con el que «*si que hay trato humano*» [Ángela].²³⁰

¿Quién son, entonces, los migrantes? ¿Cómo les definimos e identificamos?

Migrante es un concepto lábil, omnipresente y omnicompreensivo. En el texto se ha predirigido el uso del término literario *migrante* en lugar de inmigrante ya que esa última responde más al ingreso de un flujo de personas en un país. En cambio, el término migración resalta la condición de *sujeto* y

²²⁸ Esos también produjeron falsos mitos. Muchas personas del Este europeo durante años miraron la televisión italiana idealizando el *life style* recabado de la visión de publicidades que mostraban un perfecto modelo de familia (por ejemplo, la del *Mulino Bianco*), sociedad, sistema laboral, etc. que, claramente, no correspondía a la realidad.

²²⁹ Un ejemplo cercano es la *Penya Genoana*, Club de aficionados al Genoa CFC 1893, presente desde el 2005 en Barcelona con 40 socios inscritos. Véase la página Web oficial: http://www.genoaafc.it/index.php?id=38&option=com_genoaclub&Itemid=103&task=view [consulta el 6 de mayo, 2008].

²³⁰ Ángela, chilena, pertenece al Grupo de Informantes Informales, añade: «(...) *aquí a menudo evaluáis la calidad de un médico en base a su remuneración. Mi hermana, por ejemplo, nunca llevaría a su hija a un pediatra que no la mire, visite...con lo que no hay trato humano*». Conversación del 2007.

territorio (TARRIUS, 1995).²³¹ Esto significa que incluye distintas situaciones, historias y relaciones vividas por el sujeto “en movimiento”. Estas personas que, como afirma Ceschi (2006: 3), pasan por el proceso de doble ausencia (SAYAD, 2002) por lo que concierne a los derechos de reconocimiento y participación, expresan también una *doble presencia* porque articulan sus vidas acá y allá «en una doble orientación territorial» y experiencial. En cambio la palabra migrante reenvía sólo a la experiencia en el país de destino. De todos modos, lo correcto sería no distinguir a los migrantes sólo por su lugar de nacimiento, color de piel,²³² recursos económicos, sociales y educativos. Sobre todo en un discurso sanitario en el que se coloca esta tesis. Por lo tanto, hay que prestar atención a las reducciones que supone la categoría. La etnia no puede ser el único determinante para individuar los factores de riesgo para un uso inadecuado de los recursos sanitarios (BAKER Y OTROS, 1996; BRIGIDI Y OTROS, 2008b) o de un estatus de salud específico. Al prescindir de las imágenes y de los prejuicios que tenemos, un estadounidense puede encontrar mayor dificultad para acceder a los recursos sanitarios que un mexicano (BRIGIDI, 2007c). Al establecer un perfil del usuario de salud es evidente que resulta fundamental considerar factores como la edad, presencia/ausencia de permisos de residencia, las condiciones económicas, el apoyo familiar, las condiciones generales de salud (presencia/ausencia de enfermedades crónicas), los recursos en materia de educación sanitaria o el grado general de instrucción. Pero también es necesario llevar la reflexión sobre lo que constituye las realidades del sujeto sin atajar con las apariencias o categorías.

Por eso los estudios epistemológicos resultan a menudo estériles a la hora de convertirse en un instrumento práctico aplicable a las realidades sanitarias. No hay que olvidar el hecho de que cada persona tiene un bagaje cultural y experiencial y que, por lo tanto, no puede ser entendido simplemente como un reproductor de una cultura, sino como un agente que la construye (MENÉNDEZ, 2002). Aunque la praxis es distante de la teoría. Curiosamente yo –

²³¹ Consultar también las obras de Alessandro Dal Lago.

²³² Que determina sólo un *presunto* lugar de origen.

cómo la mayoría de mi entorno social aquí en Barcelona – migrante de clase media, con títulos universitarios, pasaporte italiano, nunca sería atendida por un servicio de salud mental *específico* para migrantes. En caso de necesitar atención psicológica/psiquiátrica se me derivaría hacia los servicios de atención de la seguridad social *genérica*²³³ o a un dispositivo privado, más conforme, además, a mi cultura sanitaria psiquiátrica de procedencia.²³⁴ Pero, con las mismas características, excepto la de no tener “papeles” y proceder de un país *extra comunitario* o aún poco conocido como el oeste europeo por ejemplo, la diversidad cultural asumiría un valor más contingente y determinante en la derivación del paciente.

Quiero seguir con otro ejemplo. La comunidad italiana empadronada en Barcelona sigue a la ecuatoriana entre los colectivos extranjeros presentes en la ciudad.²³⁵ La *little Italy* en la gran encisera abarca una escuela italiana elemental y secundaria de I y II grado;²³⁶ un Instituto de Cultura con reseñas musicales, teatrales, cinematográficas en idioma original, un consulado y la revista “*Quotidiana*” editada en italiano y catalán cada dos meses.²³⁷ Sin hablar de los restaurantes y de productos típicos y tradicionales que se encuentran en las tiendas especializadas de todos los barrios de la ciudad.²³⁸ Pero a pocos investigadores atrae este éxito, como tampoco la presencia de la jubilación de retiro europea un tema recién “descubierto” (HURTADO, 2005; 2007). Me pregunto si no hay pobreza entre los italianos, malestares, trastornos psiquiátricos o un mal uso de los dispositivos de urgencias, por ejemplo. No

²³³ No me gusta nada la separación entre específico y genérico para indicar un servicio que trabaja con migrantes o autóctonos.

²³⁴ Hay sectores sanitarios que, generalmente, en Italia son llevado por parte de médicos privados: ginecología, pediatría, psiquiatría, cardiología por ejemplo.

²³⁵ Con fecha del primero de enero de 2007, la comunidad italiana consta con 17,211 personas; la marroquí de 12,816 y la ecuatoriana de 24,187. consultar Anexo VIII “*Estructura de la población según cifras oficiales a 1 enero de 2007*”. También: <http://www.bcn.es/estadistica/castella/dades/anuari/cap02/C020109.htm>, [consulta el 2 de octubre, 2008]. Aunque es innegable la consistente presencia “visible” de italianos, este dato es también garantizado por los argentinos italianizados italianos.

²³⁶ Véase: <http://www.simontessori.com> y <http://www.liceoamaldi.com>, [consulta el 3 de octubre, 2008].

²³⁷ <http://www.quotidianabarcelona.com>, [consulta el 28 de diciembre, 2007]

²³⁸ No existen sólo tiendas paquistanas, chinas, rusas, japoneses y árabes; ¡también italianas! donde se vende la pasta fresca, quesos, salsas, tartas, etc.

conozco (por qué todavía no hay) estudios sobre las dificultades reportadas por esos colectivos migrantes, ni siquiera sobre el uso que hacen de los servicios sanitarios y sociales. En los estudios elaborados para el acceso a las viviendas protegidas, ayudas sociales, servicios municipales y el pago del tributo del IAE ¿Se mencionan alguna vez a mis paisanos, a los franceses o a los estadounidenses? Porque ellos, también, son – somos – migrantes. Tener un pasaporte y proceder de un país donde la salud es un derecho constitucional y está tutelado, nos deja erróneamente al margen de las dificultades vinculadas a la migración. O mejor dicho, de las dificultades vinculadas con el país receptor. De alguna manera también nosotros somos una generación que ha crecido nietos o hijos de migrantes, que se prepara o contempla la idea de migrar. No sólo por venir de países extracomunitaria hay que pensar en sistemas sanitarios, recursos o una educación para la salud deficitaria en comparación con la europea (española o italiana que sea). Sigo pensando que resultarían entre ellos más parecidos un campesino de Sora con otro de Nancagua²³⁹ en costumbres alimentarias, prevenciones, educación para la salud y usos de los dispositivos que un abogado procedente de Barcelona o de Santiago.²⁴⁰ O sea, personas, no colectivos.

En los párrafos precedentes cité los *mitos de la migración*. Con esta expresión me refiero a los conjuntos de elementos y condiciones que, exaltando aspectos y omitiendo otros, modifican las realidades migratorias de las personas que permanecen en el país de residencia (y representan el gran incentivo de salida). Muchas creencias no son exclusivamente elaboradas a partir de omisiones y engaños por parte de los migrantes sino también por la misma sociedad de *acogida*. Veremos brevemente las posiciones de los dos

²³⁹ Chile, en la 6ª región.

²⁴⁰ No nos maravillamos entonces si para muchos migrantes los servicios ginecológicos, por ejemplo, son pésimos en España. Mi amiga brasileña vivió lo que ella define una experiencia traumática durante su aborto y no por la pérdida del embrión, sino por la (falta de) atención recibida: «*tuve que llamar a mi ginecólogo en Brasil y enviarle las ecografías. Él me dijo lo que tenía que tomar (no estamos hablando de remedios tradicionales, sino de progesterona) y qué hacer (...) porque casi no me atienden en la seguridad social*». «*(...) me atendieron delante de todo el mundo, había una mujer de 8 meses que acababa de perder a su hijo y la médica con la máxima indiferencia le ha comunicado que el latido del bebé se había parado (...)*» «*El día que me vuelvo a quedar embarazada me voy directamente a Brasil (...)*» [Elke].

artífices de esas creaciones y cómo influyen directamente en el estado psicológico del migrante y sus familiares *allá*.

Sin duda alguna, los mitos no son algo de nuevo en la historia de la migración. En Italia del principio del siglo XX circulaban postales mostrando frutas y verduras de dimensiones grandiosas cultivadas en EE.UU.²⁴¹ o imágenes de árboles de dólares - *money grows on trees* -²⁴² probando que *Lamerica* era realmente la tierra de la esperanza (VV.AA., 2008). Estas creencias siempre han rodeado la cuestión migratoria y de algún modo están cimentadas también desde *allá*. La mayoría de las veces los familiares las formulan en base a pequeños detalles: llamadas telefónicas efectuadas con celulares, envío de remesas, fotografías que retratan al pariente con *wambas* y vestidos de marca detrás de escenarios semi-artificiales (por ejemplo: la *Expo* en Génova, el *Port Vell* o el *Maremagnum* en Barcelona).²⁴³ Otras son determinadas específicamente por el migrante a causa de la dificultad de admitir un fracaso o de la vergüenza por las situaciones extremas vividas. Muchas están relacionadas con la voluntad de no preocupar a los familiares ni decepcionarlos. Sobre todo si la migración ha sido construida con la finalidad de la reagrupación familiar y la ayuda, no sólo económica, de los otros miembros. Los relatos agigantados de los migrantes a los familiares incluyen tanto el contexto urbano, las condiciones de vida (un mayor disponibilidad económica, pisos espaciosos, ropa de marca, integración con los autóctonos) como su Estado de Bienestar. A menudo se utiliza la excusa que se llama poco porque se está muy ocupado con asuntos laborales o personales, cuando la realidad es la

²⁴¹ La imagen en la portada del párrafo representa este mito.

²⁴² «(...) y ahora veamos como es esta América donde el dinero se encuentra bajo tierra o pegado en los árboles, donde todos los frutos son grandes como sandías y los pollos son grandes como ovejas» (Trad. Cast. del autora) Fragmento de un relato de vida de un migrante italiano, en Rocchi, (2008: 120). Consultar también Capuana (1974) historia de dos hermanos migrados a *Merica* con la finalidad de documentar el drama social y humano de los compatriotas en el nuevo mundo. El libro, escrito en el 1909 no fue publicado hasta el 1912 a causa de su denuncia. Asimismo véase la película de Crialese, Emanuele (2006), *Nuovo Mondo*, Italia, Francia, 01 Distribution, 112 minutos.

²⁴³ Estos detalles, junto con ideas románticas del continente Europeo y las películas de Hollywood generan en muchos adolescentes la idea que Génova y Barcelona poseen playas como en Miami o centros comerciales y salas multimedia *american style*, acrecentando la desilusión una vez les traen sus madres.

imposibilidad económica de llamar o el sufrimiento que esto conllevaría. Cuando traen hijos u otros familiares se defraudan las expectativas afectivas y sociales de la reagrupación familiar: las ciudades no correspondían a sus imaginarios, la vivienda es humilde, a menudo compartida con otras personas o incluso ocurre que la madre se aloja durante la semana con la familia que cuida. En las entrevistas con los adolescentes emergía el deseo de poder por fin quedarse con la familia, recuperar el tiempo perdido, acceder a los recursos formativos «*matricularme en la universidad*» [Eric]²⁴⁴ que, en la mayoría de la casos, no eran posibles.

En lo que concierne a la sociedad de *acogida* existen también numerosas omisiones que garantizan la creación y difusión de estas creencias. En primer lugar la falta de información de la legislación de los países receptores. Esta ausencia de aclaraciones sobre los requisitos para entrar en el país, poder trabajar y tramitar los papeles genera siempre ideas que no corresponden a las realidades en los colectivos migrantes. Todo esto intentan suplirlo muchas ONGs que, en mi opinión, no siempre consiguen aclarar las situaciones, produciendo exactamente el efecto contrario. Por lo que me consta, en los últimos años sólo los Países Bajos y Suiza²⁴⁵ promovieron vídeos y documentos destinados a los países de origen de los principales flujos migratorios recibidos. Los textos informativos describían las condiciones de vida reales de muchas personas, además de las dificultades para llegar al país de destino. Incluso, el video holandés tocó aspectos relacionados precisamente con las diferencias culturales existentes con un país musulmán mostrando por ejemplo mujeres en *topless* en la playa o parejas del mismo sexo abrazadas por la calle. Muy pocas veces ha sido analizado (RISSE Y BÖKER, 2000; BENEDEUCE, 2005; 2007) cómo la imagen femenina puede convertirse en objeto de proyecciones y deseos por la

²⁴⁴ Muchacho ecuatoriano. Lo conocí en el DEeA de Génova. La entrevista es del 2007.

²⁴⁵ La publicidad fue transmitida el 20 de noviembre, 2007 durante el partido amistoso Suiza-Nigeria y promovido del Departamento de Inmigración, responsable Eduard Gnesa. El spot mostraba la conversación telefónica de un chico recién llegado con el padre y la doble realidad vivida: el viaje, la inscripción a la universidad, el alojamiento y la realidad callejera y de pobreza con la que concretamente se enfrentó. El video se puede consultar en: http://tv.repubblica.it/home_page.php?playmode=player&cont_id=14809, [consulta el 1 de diciembre, 2007]

persona migrante y puede llevar a conflictos afectivos y sexuales durante la experiencia migratoria.

¿Por qué los otros países europeos no promueven campañas informativas en los principales países de migración sobre las dificultades económicas que están viviendo sus compatriotas y las elevadas tasas de desocupación? ¿Siguen siendo mayores los beneficios de una actitud descuidada al tema migratorio (con las oleadas de migrantes que desembarcan en las costas italianas y españolas) que enfrentarse a la cuestión directamente con los gobiernos de estas personas?

Otro mito es el de *los papeles*. Por la experiencia de campo sé que muchas veces estos mitos los fomentan los profesionales. Desafortunadamente, ninguno de mis informantes reportó haber resuelto sus problemas laborales, de alojamiento, de integración social, aceptación y, sobre todo, frustración por haber alcanzado el sueño de la legalidad. Al contrario, la situación no cambió generando de forma perversa un malestar superior: seguían sin encontrar trabajo, sin poder alquilar una vivienda digna ni podían, por razones económicas y psicológicas, traer a sus familiares o viajar de visita al país de origen. La desolación al descubrir que las dificultades no dependían de su situación ilegal sino de la propia presencia física, color de piel, acento o religión es lo que genera un sentimiento bien comprensible de no aceptación y desesperación. La situación de la migración es compleja y no podemos pensar que se resuelva milagrosamente con un documento. No niego la importancia simbólica de *los papeles*. Soy consciente que su ausencia genera en muchos de ellos una sensación de desprotección y miedo al límite del terror patológico. Aunque la excesiva importancia que los profesionales atribuyen a la situación legal evidencia por un lado, un escasísimo conocimiento de la realidad migratoria y de las bases de las discriminaciones (generadas por razones históricas, étnicas o fomentadas por los medios de comunicación), pero por otro produce una relación perturbadora entre la posibilidad de mejora, la condición de sufrimiento y la obtención de papeles que no son directamente proporcionales.

A *dónde* migran los migrantes y *por qué*, son los otros aspectos sobre los cuales se construyen mitos. La respuesta más obvia resultaría que migran allí donde hay trabajo, aunque los relatos de vida de mis informantes reportan más bien otras realidades. Sin duda estamos hablando de un éxodo económico, animado por la falta de condiciones laborales que garantizaran un sostén adecuado a la familia en el país de origen. A pesar de esto, muchos análisis llevados a cabo sobre la migración muestran conceptos arcaicos acerca de lo que determina la partida, el destino y el apoyo familiar en el lugar de llegada. Es más idóneo pensar que el proyecto migratorio se constituya y transforme también durante las fases iniciales del éxodo y no sea un plan rígido y bien organizado. Por esto me gusta poco dicha expresión. La salida del país se rodea de deseos e ilusiones, falsos mitos sobre condiciones de vida y posibilidades de mejora. A menudo el propósito no se ha pensado, ponderado, organizado como nosotros aquí podemos imaginar.²⁴⁶ También el organizarlo con la finalidad de reunir al cabo de un tiempo la familia se basa más en representaciones que hechos concretos. Porque como hemos visto las dificultades son muchas. No es un viaje, donde hay guías y se descargan informaciones de Internet. Quién ya lo vivió no cuenta exactamente cómo están las cosas. Además, en muchas ocasiones la migración es una exigencia, es rápida, no permite una despedida y está determinada por una buena dosis de coraje, sin duda, pero permítanme la expresión, también de inconsciencia. Las ideas que hemos construido sobre el proyecto migratorio (y la importancia que muchos terapeutas atribuyen a eso) tienen que ver con las distorsiones culturales con las que a menudo interpretamos los comportamientos o los eventos.²⁴⁷ Comúnmente se piensa que cruzar el océano requiere una organización precisa (económica, logística, psicológica, etc.) cuando la realidad es diferente: se presenta una ocasión, surge la posibilidad y se organiza. Después, ocurre algo, se anula el viaje y se vuelve a

²⁴⁶ Véase el relato del primer día al SATMI: el caso de la paciente rusa.

²⁴⁷ Véase el párrafo "*Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes*".

planear.²⁴⁸ El apoyo del que hablan la mayoría de las personas no está siempre constituido por un pariente, un amigo o un familiar, como se suele imaginar ²⁴⁹ El auxilio es la «vecina de una amiga» [Cándida], «un compatriota partido hace años» [Carlos] que a su llegada los deja colgados, no se deja localizar o les alquila la plaza-cama a cifras exorbitantes obligándoles a turnarse con desconocidos para descansar. Después de unos meses pagando cifras desmesuradas por la plaza-cama, Claudia decidió que era más práctico bajarse a rotación con uno de sus tres hijos en el banco de la esquina de la casa del amiga-apoyo-usurera hasta encontrar otra solución. «Cuando la llamé me dijo que vivía en un piso lindo y en un barrio residencial. Me encontré durmiendo en una habitación muy pequeña, sin ventana, con una cama individual y a compartir (...)» [Cándida]. Y pensar que sólo cinco meses antes vivía en una casa de dos plantas en Vila Paraíso, en Chile. También resulta fundamental el contacto que se crea durante el desplazamiento (llegaron en avión, pero el verdadero viaje empieza cuando aterrizan en París, Amsterdam, Francfort o Ginebra y tienen que alcanzar Italia y España). En ese recorrido muchos forman grupos y se aconsejan sobre el destino final. Mabel²⁵⁰ recuerda que alguien dijo que en «Génova había mar». Washington²⁵¹ «que la gente era menos racista que en Milán o Turín» así que se dirijo a una ciudad más bien que la otra. La mayoría de mis informantes me explicaba que no conocían la geografía europea y que fue una agradable sorpresa la presencia del litoral en ambas ciudades.

²⁴⁸ Remito a la película de Bosch, Carles y Doménech, José María (2002), *Balseros*, Loris Omedes, España, 120 minutos o la de Armendáriz, Montxo (1990), *Las cartas de Alou*, Elías Querejeta y TVE, España, 92”.

²⁴⁹ Muchos utilizan esa expresión aunque no sean realmente miembros de la familia. A nadie le gusta que alguien le cuestione sus elecciones, así que recurren a la versión del miembro de familia.

²⁵⁰ Mujer salvadoreña conocida en la ASL de Génova. Entrevista del 2007.

²⁵¹ Hombre de Guayaquil. Paciente de la ASL. Entrevista del 2007.

Folia.

«Folia, es una cierta dança Portuguesa, de mucho riudo, (...) muchas figuras a pie con sonajas y otros instrumentos (...) y el son tan apresurado, que parecen estar los unos y los otros fuera de juycio. Y assí le diero a la dança el nombre de folia, siendo de la palabra Toscana, folle, que vale vano, loco, sin senso, que iene cabeça vana».

SEBASTIÁN COVARRUBIAS²⁵²

Eran las cuatro de la madrugada y hacía mucho que oía gritar. En el duermevela, la voz procedía de la calle, no era un chillido desesperado, aunque invocaba socorro. Estaba convencida por el tono que la voz provenía de un chico. Mi primera interpretación vinculó los gritos a una noche alcohólica de regreso al hotel que tenemos al lado. Pero la voz era una sola y seguía pidiendo ayuda. Me llamó la atención porque tras invocar socorro lamentó una *«ayuda»*. Algo que haría yo, por ejemplo. En una situación de emergencia, mi instinto me llevaría a pronunciar palabras en italiano o directamente traducidas al castellano: *aiuto/ayuda*, jamás diría “socorro”.

Me levanté de la cama y fui al estudio. No quería despertar el sueño profundo de Fede. A causa de mi barriga no conseguía llegar a la ventana, el espacio entre la mesa y el muro no casa con un embarazo de mellizos de treinta y dos semanas. Pero veo que las dos vecinas de enfrente están también despiertas. En realidad no tenemos ninguna relación o contacto, pero nos saludamos por la ventana o por la calle cuando nos cruzamos. Nos separa sólo una calle y ellas han mostrado siempre mucha curiosidad por nosotros desde que nos mudamos aquí. Son parte de mi rutina, de mi marco visual, lo mismo que el conejo gordo que pasa el día mirándome desde el balcón del piso de arriba, figuras a la que le he tomado cariño a largo de estos meses.

Vuelvo a la habitación de matrimonio y supongo que si las vecinas ya están despiertas es que ha pasado algo. Levanto la persiana, Fede se despierta. Nos asomamos. Busco en la calle. Busco a un chico borracho que grita. Tras

²⁵² De “Tesoro della lengua castellana”, 1611 Madrid. “Altre Follie, 1500-1750” Kraemer, Manfredo.

algunos segundos, mi atención está cautivada por una de las dos vecinas. Percibo maravillada que en la casa hay también un hombre. Nunca vi amigos. Siempre he imaginado que son una pareja o tal vez hermanas. Los domingos por costumbre reciben la visita de dos personas ancianas que parecen ser los padres de una de las dos. La misma mujer que una vez en semana les limpia el piso con extremo cuidado poniéndome furiosa de envidia. No sé que trabajo hacen, a veces pienso que algo relacionado con la televisión porque su pantalla gigante (la que permite a Fede saber siempre el resultado del Barça) está encendida casi las veinticuatro horas diarias. Pienso eso porque las primas de Fede trabajan en la RAI y a veces pasan largas temporadas delante a la televisión evaluando o apuntando programas.

Una de ellas, la más delgada, me dice si llamo yo a los *mossos d'esquadra*. Yo la miro en silencio, observo que se mueve dando una media vuelta sobre si misma, lo hace bastante rítmicamente y tiene un teléfono en la mano. Son las cuatro y diez de la mañana. Obedezco. Voy, saco el teléfono y ella me grita el número que tengo que componer. Pienso: sabe perfectamente que somos extranjeros. Su precisión y lucidez me deja atónita. Solamente nos saludamos, pero nunca hemos hablado. En seguida mi pensamiento se evade considerando que después de cinco años en Barcelona y un parto muy cercano no conozco los números de la policía. Y cosa aún peor ni los de urgencias.

Marco el número sin cuestionarme nada, hasta que oigo una voz del otra parte del cable. Miro a Fede en busca de ayuda y él le pregunta «*pero...¿Qué tenemos que decir?*». «*¿Qué pasa?*». La vecina se pone más nerviosa. Su voz es estridente, casi forzada. No era un adolescente. Empiezo a entender: era ella que gritaba. No hay nadie en la calle. Repite «*socorro*» casi como si fuera un mantra, pero no la noto particularmente en pánico. En el piso de arriba, justo sobre la casa de las dos mujeres, hay otro chico, visiblemente desconcertado con el teléfono en las manos, hablando con los *mossos*, intentando explicar una situación nada clara para nadie. Cuelgo el teléfono sin pronunciar palabra, en el

mismo instante pasa *BCNeta*²⁵³ y ella, dirigiéndose a los operadores, vuelve a pedir rítmicamente «*socorro*».

Ahora empiezo poco a poco a sentirme más lúcida y observo. El hombre de la habitación está vestido y habla al teléfono con tranquilidad. La otra mujer nos mira de detrás el cristal, es firme, no manifiesta preocupación. Su expresión me quedará en la cabeza durante las próximas horas hasta que aclaro (o intento hacerlo) su posición. La otra mujer levanta una mano, la compañera no la puede ver porque está justo detrás de ella, y con un gesto (que no volverá a repetir más) mueve lentamente la cabeza de una parte a la otra. Al mismo tiempo la otra chica sigue afirmando su malestar añadiendo particulares: «*me han dado una bebida con algo dentro... ¡socorro! Llamad a los mossos, llamad a los mossos, por favor! Yo no puedo salir...ella tiene la llave*» y indica su compañera. Fede y yo nos miramos. No se quién de los dos dijo que la mujer estaba *chiflada* y la situación estaba paradójicamente bajo control de las otras dos personas presentes en la habitación. Hice un gesto con la mano a la otra compañera y Fede cerró la persiana y la ventana.

Volvimos a acostarnos. Pero el griterío seguía. Me quedé reflexionando sobre lo ocurrido. Digo a Fede que hemos considerado sólo una posibilidad de las muchas que habían. Rebobino la imagen y me fijo en los particulares. Si ella está mal, tiene un ataque, una crisis, ¿Por qué nadie la toca, la abraza o intenta detenerla? ¿Por qué no le impidieron acercarse a la ventana y despertar a los vecinos?

La ventana fue un elemento sobre lo que me detuve a pensar. Me vinieron a la cabeza imágenes personales. Recordé sin emoción alguna que tras de una enésima crisis y amenaza de suicidio por parte de una persona muy cercana, fui yo misma quien abrió la ventana y la invité fríamente a tirarse. Sin rabia ni dolor. Volví a la expresión de la otra mujer. No estaba ni avergonzada ni con pánico. Tal vez resignada. Su único y parsimonioso gesto no tuvo el intento de justificar o explicar una situación. Simplemente nos indicó que no era asunto nuestro, que ya estaban tomando medidas. Vi numerosas veces a la

²⁵³ Empresa municipal de saneamiento y limpieza callejera.

persona que está mal pedir ayuda fuera de su propio entorno. Como acompañante inicialmente es muy doloroso. No eres capaz de socorrer a la persona querida, confortarla, tranquilizarla porque te acostumbras y entiendes también el juego. Como persona que recurrió más de una vez a esta estrategia sé que se hace sólo con la finalidad (in)consciente de culpabilizar al otro, dejando que se sienta inútil. Porque de alguna manera lo odias por lo que ha o no ha hecho. Así que a los ojos de los demás el que sufre se transforma en una víctima de la situación. ¿Qué mejor momento para estrenar una experiencia dolorosa que a las cuatro de la mañana desde el escenario de una ventana?

Consideré que el hombre podría ser un amigo, un hermano o incluso un médico. No escuché el coche de urgencias médicas, pero esto no tiene valor. Seguramente procedía de fuera porque llevaba traje y zapatos a diferencia de todos los demás que estábamos en bata.

La verdad es que me inquietó haber pensado en una única perspectiva de los hechos. Me levanté. Calenté la leche y pensé en “Él”, la película de Buñuel. Cuando la mostré en una clase de maestría las personas se mostraron unánimemente de acuerdo en culpabilizar al paciente y respaldar a «*la pobre*», así la definieron, y guapa esposa. Recuerdo que en aquella ocasión dije que la *locura* debería ser enfrentada siempre como un fenómeno multi-direccional ya que implica a la persona que padece, a la familia, a la sociedad, al sistema médico y a los recursos económicos. Nunca, en Psiquiatría, las cosas son como aparecen. Además no se podría prescindir del sufrimiento de todos los implicados tanto menos del mismo *loco*. Acordándome de eso, consideré que estamos malacostumbrados a una lógica judío-cristiana que busca culpables e inocentes (un malo y un bueno). Necesitamos saber que hay un *justo* en las situaciones. A veces el malvado no es la locura en sí misma sino el paciente, el loco, el *folle*; otras es el psiquiatra, lo que él representa o incluso la Biomedicina.²⁵⁴ ¿Habría llegado a las mismas conclusiones si en la ventana de enfrente hubiera visto un niño gritar acusando a alguien de hacerle daño? ¿Me

²⁵⁴ Curiosamente un psiquiatra me dijo durante una charla: «*a veces pienso que la Medicina es un branquia de la Psiquiatría... ¡Y no lo contrario!*».

habría ido tranquilamente a la cama? Se perfectamente que la respuesta hubiera sido negativa.

¿Y si hubiera sido un hombre con las características físicas *visibles*²⁵⁵ de migrado?

¿Cómo pude no escuchar la voz de quién imploraba ayuda y fichar el asunto como algo que “salía de la norma”? No sólo la formación de los médicos es neopositivista y taxonómica, también la de muchos, de la mayoría. Necesitamos una explicación y una categorización. La encontramos en un gesto y en una solicitud de ayuda no conforme (ella estaba al teléfono: ¿Por qué yo tenía que llamar por ella? Era de noche. De noche se duerme, mañana trabajo, me despierto pronto, etc.). En consecuencia, archivamos el asunto y volvimos a la cama.

Pero: ¿Qué es la locura? ¿Cómo enfrentarla?

La *folia* es otro sujeto de esta tesis. Ocupa un espacio consistente aunque no como protagonista principal. Se habla de ella en términos velados. Las primeras damas son los migrantes (*locos*) y los profesionales (que se ocupan de *locura*). Pero no sería correcto no expresar sintéticamente lo que pienso y creo de la patología mental, a partir de su existencia, por ejemplo. Me siento muy fascinada por el movimiento antipsiquiátrico contemporáneo y autores como Szasz, Antonucci, Ajmone y en general del *osservatorio italiano salute mentale*,²⁵⁶ pero después de más de dos años en el campo psiquiátrico (que para muchos no es más que una breve experiencia) no consigo negar su existencia *a priori*. Yo vi la locura, ya lo dije en el precedente capítulo. La afirmación de su inexistencia, la negación del trastorno y del malestar, creo que peligrosamente permite refutar también el sufrimiento humano. Se que ninguno de los autores citados en el texto o en la bibliografía final niega su existencia, al contrario, pero entreveo mayor amenaza al afirmar que la enfermedad mental no existe. No quiero negar a las personas el derecho de sentirse mal y encontrar una explicación para ese malestar que requiere (¿Por qué, acaso, no lo necesitamos?)

²⁵⁵ Uso esa expresión retomando la reflexión de Fassín sobre la admisión de la existencia de la discriminación racial por parte de los franceses en los años noventa (FASSIN, 2006).

²⁵⁶ Véase <http://www.oism.info/> [Link actualmente en restauración].

una explicación, una asistencia de profesionales preparados (médicos, curas, sanadores, curanderos etc.) y “conforme” con la visión del proceso de asistencia del paciente. El problema no es la existencia de la enfermedad mental sino nuestro acercamiento a ella, cómo la definimos, la interpretamos y la concebimos. Como en el ejemplo reportado, por qué lo individuamos como patológico. Lo que nos inquieta, lo que alejamos, lo que no consideramos. El trato que garantizamos a los padecientes, las violencias que son impuestas, la voluntad de distanciarlos de una participación activa en su propia recuperación. Asimismo negar el valor de la experiencia de la enfermedad, la libertad de «*non avere voglia di avere voglia*»,²⁵⁷ la multiplicidad de los elementos que desarman un ataque y que generan el sufrimiento son cuestiones que deberíamos considerar enfrentándonos al tema. Lo que contesto es la única vía de acercamiento a la patología, la rigidez, la separación, la frialdad de los terapeutas y de los dispositivos, las ausencias de recursos externos para el enfermo, sus familiares y amigos. La capacidad de inventar nuevos trastornos y oprimir la creatividad (GONZÁLEZ Y PÉREZ, 2007). Que las leyes de mercado gozan de más influencia que un juramento hipocrático, que la productividad y capacidad de un hombre sea medida por criterios de apariencias. Me trastorna que alguien se crea lo del síndrome de Ulises, de la *zzz-mail*,²⁵⁸ del síndrome de déficit de atención, por ejemplo. A diferencia de algunos autores (GONZÁLEZ Y PÉREZ, 2007) pienso que en muchos aspectos no existe hoy una gran diferencia entre la Psiquiatría y otros campos de la Biomedicina.

Al mismo tiempo no me gusta pensar en la locura como una construcción social. Evoco las palabras de HACKING (2001): «¿Construcción social de qué?». Este término está desgastado y hoy en día necesitaría de muchas más explicaciones. Existen numerosos factores que determinan el nacimiento y la difusión de una categoría diagnóstica y el mismo para su desaparición (véase a

²⁵⁷ «No tengo ganas de tener ganas» (Trad. de la autora). Fornaciari, Adelmo en arte Zucchero (1989), «A wonderful world», en *Oro, Incenso & Birra*, Polydor.

²⁵⁸ Al par del “Sonambulismo-artístico” del pintor Lee Hadwin (realizar cuadros durmiendo), la Universidad de Toledo ha identificado el “sonambulismo on-line”: encender el ordenador y enviar correos electrónicos desde tu propia cuenta.

la histeria, la *dissociative fugue*).²⁵⁹ Un investigador social no puede concentrarse sólo en el análisis de los factores culturales. Es decir que no se puede negar a priori un conjunto de matices a la hora de estudiar la locura. Es verdad que en el ámbito psiquiátrico la mayoría de la veces la cultura está relegada a un espacio rígido y confuso entre lo “social” y al “ambiental”.²⁶⁰ La misma resistencia encuentro para las expresiones «*todos estamos locos*». ²⁶¹ Es cierto que las patologías y los trastornos van en aumento, pero el hecho de que el 90% de las personas experimenten a lo largo su vida algún trastorno mental no implica la aceptación de aquellas ni cambia los criterios diagnósticos ni disminuye la situación de sufrimiento o de estigma.

SUBJECT II. LOCOS OFICIALES: LOS PROFESIONALES

Mi interés por los *locos oficiales*, o sea, los profesionales, estuvo sobre todo caracterizada por la categoría de “médicos”, en particular psiquiatras y estudiantes MIRs de Psiquiatría, pero también médicos internistas, y cirujanos de urgencias, neurólogos, neuropsiquiatra infantil, ginecólogos y pediatras. Entré en contacto también con otros profesionales como asistentes sociales, psicólogos y enfermeros. Con la excepción de estos últimos, las observaciones de esos expertos han estado limitadas a los dos contextos, la ASL de Génova y el SATMI de Barcelona. En cambio, los enfermeros han sido en casi todos los escenarios de campo (probablemente sólo salvo en el SATMI, ya que sólo había un enfermero) una preciosa fuente de integración a la observación clínica. Esencialmente ellos se ocupan del cuidado del paciente, de controlar que se

²⁵⁹ *Dissociative fugue* o *fugue state* (en francés: *fugue dissociative*, en italiano: *fuga dissociativa*) consiste en un repentino alejamiento de casa o de la sede laboral con asunción de una nueva identidad. Presenta también elementos amnésicos y no debe ser causa o consecuencia del consumo de fármacos y drogas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995; HACKING, 1998; BRIGIDI, 2001).

²⁶⁰ Volveremos en este discurso más adelante.

²⁶¹ Ejemplo recogido durante el curso impartido de antropología y psiquiatría a la clase de master y licenciatura, 2007-2008.

tome los medicamentos, de sus recursos sociales y de la higiene personal. Por lo tanto los enfermeros conocen el paciente en su rutina, saben por qué no quiere ducharse o tomar determinados fármacos. Dominan los detalles de sus vidas e incluso hacen visitas domiciliarias profundizando en su entorno. Por esto, su “punto de vista” añadió elementos para la comprensión del escenario y las dinámicas existentes en la institución así como poder afirmar que los verdaderos sujetos de este estudio, además de los migrantes, fueron los profesionales de la salud.²⁶²

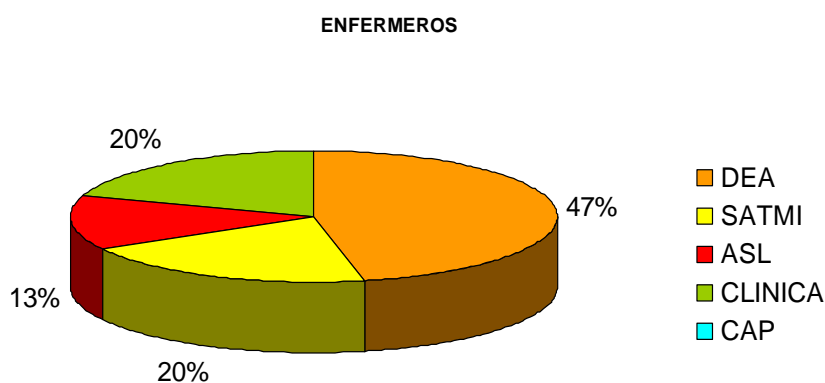


Gráfico 2. Informantes Enfermeros entrevistados

Realicé observaciones y entrevistas con trece psiquiatras y con tres de ellos, la Dra. Ortega, la Dra. Pista y el Dr. Lucas, instauré una relación muy intensa con continuidad (presentación de congresos y artículos, correos, intercambios, aclaraciones) que aún hoy sigue durando.

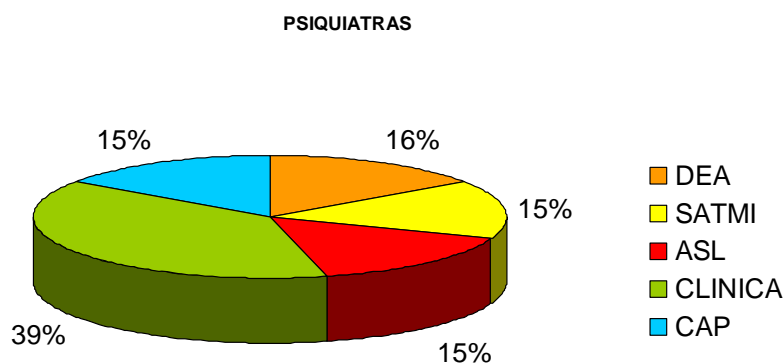


Gráfico 3. Informantes Psiquiatras entrevistados

²⁶² En total realicé quince entrevistas en profundidad con enfermeros.

Los MIRs conocidos en la clínica en Génova han sido numerosos, unos doce, aunque hablé sólo con dos de ellos con cierta intensidad: Maya y Marco. Lo mismo ocurrió con los médicos de Urgencias que cuantitativamente fueron muchos. En ese contexto me referiré exclusivamente a las entrevistas y observaciones con cinco de ellos, con los que pasé la mayor parte del tiempo (turnos de mañana, tarde o noche). Siempre en el DEeA tuve la posibilidad de interaccionar con ginecólogos, psiquiatras y neurólogos. Los primeros no serán mencionados en este trabajo. Como ya he evidenciado, en el DEeA prestaban servicio nocturno los psiquiatras territoriales de la ASL. Estos serán siempre identificados como pertenecientes a la ASL para distinguirlos de los psiquiatras de la “sala 13” del E.O. Galliera. En el texto mencionaré la experiencia exclusivamente con dos de ellos y justo porque fueron llamados por el médico de guardia para atender a mis informantes. Lo mismo pasó con la neuróloga. En cambio, con el otro neurólogo del E. O. Galliera, establecí un contacto provechoso y elaboré numerosas entrevistas informales no sólo cuando atendía a migrantes sudamericanos²⁶³ sino cuando pasé con él unas horas en el pabellón de neurología.

En los dispositivos no oficiales o paralelos externos a la red pública de atención sanitaria de Génova y Barcelona, efectué observaciones y entrevistas con médicos de distintas especialidades (ginecólogos, dos pediatras y neuropsiquiatra infantil) y otros responsables (incluso un sacerdote) que desarrollaban un papel relevante en la atención al migrante. Junto a esas categorías he de añadir médicos, administradores, responsables de centros públicos de *Comune di Genova* y *Ajuntament de Barcelona* que entrevisté a los largo de los años.²⁶⁴

²⁶³ Véase Anexo III. “*Listado. Profesionales y Externo*”.

²⁶⁴ En el texto serán identificados por medio de su cargo, función y ente de procedencia.

CAPÍTULO TERCERO

POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS



ANTONIO, POSENTI 1994, *Il viaggiatore*

LA SALUD COMO PRODUCTO.

Las políticas sanitarias desplegadas, tanto en Italia como en España, influyen *directamente* en la salud de los usuarios de los servicios sanitarios. Uno de los objetivos de la inserción de antropólogos en los contextos sanitarios es el de desminuir el *gap* que existe entre las elaboraciones de proyectos, ideas y planteamientos teóricos, políticos y administrativos, y las realidades y necesidades de los usuarios y los profesionales que trabajan en de los centros de salud. Para conseguir esto, el tema de la salud no debe ser entendido en la investigación como separado de los intereses económicos y políticos. Por eso debemos reflexionar sobre el concepto *político* de salud reconociendo sus representaciones y sus contradicciones. Sucesivamente extender el análisis a la gestión administrativa y económica de los sistemas público de salud.²⁶⁵

En las últimas décadas el interés político por los temas de salud dependió esencialmente de factores vinculados al crecimiento económico.²⁶⁶ En menor medida, también por parte de los profesionales socio-sanitarios para resolver los problemas de orden práctico con los que se iban enfrentando (curas paliativas, sistemas tradicionales, reaparición de patologías, etc.). Evidentemente, el desarrollo económico no sólo permitió a la investigación médica seguir adelante en temáticas de *interés mundial*,²⁶⁷ sino a cada individuo elegir directamente su bienestar futuro a través de múltiples acciones a menudo no cubiertas por el servicio público y reflejadas en cierta parte por el concepto de *pluralismo asistencial*. Uno de los resultados, probablemente el más evidente,

²⁶⁵ Habitualmente, el acercamiento al estudio de la salud ha sido concebido como un interfaz de competencias reasumidas en los aspectos socio-culturales, datos ambientales y biológicos (GOOD, 2003). Numerosos autores han tratados estos argumentos, consultar por ejemplo la obra de Kleinman Arthur y Joan; Allan Young; Michael Taussing; Nancy Scheper-Huges; Margaret Lock; Josep M^a Comelles, Àngel Martínez-Hernández, Roberto Beneduce, etc.

²⁶⁶ Que indujeron al abandono del concepto “de servicio” en referencia a la salud (ADAMS, 1999: 44). El autor se refiere al abandono de los principios fundamentales de la medicina, o sea, la medicina «como servicio a la sociedad»

²⁶⁷ Utilizo el término con una cierta ironía. En este contexto se habla de *mundo y desarrollo económico* entre comillas, ya que sabemos que los avances y el crecimiento socio-económico se refieren sólo a la parte cuantitativamente menor del territorio mundial, pero la que cualitativamente resulta más influyente para establecer pautas y transformar problemas de interés local en dificultades de atención global (y viceversa).

consiste en el aumento de la edad media de vida de las personas y, de forma directamente proporcional, al incremento y prolongación de la necesidad de disponer de servicios médicos, fruto de la elevada incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas o simplemente de una atención sanitaria/farmacológica genérica aplazada.²⁶⁸ Como consecuencia del aumento de gastos médicos y farmacológicos, y sobre todo de una mala gestión del sistema sanitario: ¿Qué políticas tienen que adoptar los gobiernos para hacer frente a los costes sanitarios?, ¿Cómo estabilizar la relación gastos-ingresos y disfrutar de las ventajas de estos últimos? Y aún más: ¿Qué determina el establecimiento de programas sanitarios destinados específicamente a los migrantes? (MORENO, F. 2004).²⁶⁹

Las tendencias políticas actuales (o, tal vez, sus inhabilidades) sugieren que las soluciones a las dificultades de gestión, eficiencia y calidad de los servicios como de la equidad de las financiaciones y las prestaciones deben consistir en tasas o copago, seguros sanitarios globales, co-financiaciones publico-privado.²⁷⁰ Lo que caracteriza la salud, hoy en día, es una idea productiva que responde a las leyes de mercado antes que a las individuales y sanitarias (en un sentido estricto). Actualmente, un *ingreso*, el *tiempo* de esto y el procedimiento terapéutico a seguir, en muchos casos, es una decisión más administrativa que médica.²⁷¹ La salud es un *business*, genera o consolida *lobbies* (BRIGIDI Y MARXEN, 2008c) y está regulada por criterios económico-políticos que, por absurdo que pueda parecer, determinan también los intereses y las políticas

²⁶⁸ Sin hablar de las *lifestyle drugs*. Si al principio eran los *baby boomer*, consumidores de drogas de uso recreativo o antidepresivos, ahora los usuarios de las *lifestyle drug* las buscan para “dormir la mona”, superar la timidez, aumentar la *performance* sexual y/o laboral, no sentir dolor y desplazar el umbral de la vejez (LAZZARONI, 2006b).

²⁶⁹ Así mismo programas para ancianos, de género, para gestantes, niños, etc.

²⁷⁰ En lugar de «una reestructuración en el modo de dispensar la asistencia» (ADAMS, 1999: 44). Tal vez, un replanteamiento demasiado utópico y aplicable sólo a determinadas realidades locales como el instituto *Gesundheit* creado por el Dr. Adams o, en el campo psiquiátrico, la *Maison de Solenn* dirigida por Marcel Rufo.

²⁷¹ Durante el trabajo de campo, algunos psiquiatras me confirmaron que los dirigentes de entes religiosos consorciados en Barcelona falsificaban los datos de ingresos de los pacientes para obtener un mayor financiamiento público y que no rechazaban la idea de ingresar pacientes aunque su hospitalización no fuera necesaria (BRIGIDI Y MARXEN, 2008c). Véase también el reportaje de Lazzaroni (2006) sobre el departamento de psiquiatría del Mount Sinai, New York, acerca de los factores económicos de un ingreso psiquiátrico y también lo de Bassoli y Bencivelli (2006).

sanitarias en países que no gozan de los privilegios económicos de este mercado.

En 1948 la OMS elaboró una controvertida definición de salud. La describió como *un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de la enfermedad*. Un bienestar negociado teóricamente, homologado sobre ideas *universales* de salud²⁷² que no tienen en cuenta cómo los procesos asistenciales de los individuos discurren en un escenario basado en normas sociales que siguen itinerarios “localmente” pautados, ni tampoco de la existencia de un siempre más consistente pluralismo asistencial. Lo que la OMS define, por ejemplo, “parasitismo intestinal” en San Juan Sacatepéquez, Guatemala, se llama, se entiende y se cura como «*alboroto de lombrices*» (VILLANUEVA Y OTROS, 2007: 3).²⁷³ Para ellos, las lombrices forman parte del cuerpo humano y están situadas en una bolsa en el interior del estómago de las personas. Se “alborotan” según causas precisas. Para “calmarlas” y “devolverlas” a su saco, es decir, para volver al concepto local de salud (en el imaginario colectivo no pueden ser eliminada ya que las lombrices forman parte de su anatomía) se recurre a los remedios tradicionales, compatibles con su modelo explicativo de la enfermedad²⁷⁴ y distante de los de la Biomedicina. Igualmente, son numerosos los ejemplos en el campo de la salud mental donde el proceso asistencial se desarrolla en contextos específicos por medio de estrategias cultural, social e históricamente aceptadas y vinculantes para los asistidos.²⁷⁵ Curiosamente es como consecuencia de la observación de estas

²⁷² El tema sobre la *universalidad* reaparece cuando analizamos los modelos de salud presentes en España y en Italia. Indudablemente es una palabra controvertida sobre todo en el contexto que nos ocupa ya que, la definición del 48, se mantiene sólo a nivel teórico y nunca práctico. A ese respecto también hay que pensar que cuando Italia y España al final de los años 70 y inicios de los 80 enfatizaron formas de universalismo sanitario, otros países occidentales en Europa y EE.UU. se estaban enfrentando con problemas de contención de gastos y racionamiento (GIARELLI, 2006).

²⁷³ El trabajo ha sido desarrollado por un grupo de estudiantes de medicina, bajo la supervisión del Dr. Juan José Hurtado, de la Universidad Francisco Marroquín, Guatemala. El estudio no está publicado.

²⁷⁴ Uso de una hierba tranquilizadora, como el agua de apazote (*chenopodium ambrosioides*), y/o pedacitos de ajo, o el masaje de estómago (VILLANUEVA, Y OTROS, 2007).

²⁷⁵ Algunos ejemplos clásicos serían el *tarantismo* (DE MARTINO, 1961), los *ataques de nervios* (BRIGIDI, 2009b), el “*vento que se sienta en la cabeza*” (COPPO, 1994), el *mal de ojo*, *mal de aire* y

realidades que surge el debate en Etnopsiquiatría y Psiquiatría transcultural contemporánea: ¿Es necesario reproducir dichas estrategias en el contexto migratorio eurooccidental? Si es así, ¿En qué medida y cómo habría que hacerlo?²⁷⁶

El mérito de la definición de la OMS de 1948 ha sido la tentativa – por lo menos sobre el papel – de superar un dualismo que contraponía el concepto de salud con el de enfermedad que, demasiadas veces, sigue persistiendo. A este respecto, reflexionar sobre los significados de una definición de salud nos induce a considerar la percepción que tenemos de ella en relación al cuerpo y su sufrimiento y, del mismo modo, al uso que hacemos de lo corporal como medio descriptivo y visual de nuestros malestares/emociones (BRIGIDI, 2007_c; 2009_b).²⁷⁷ De todos modos, la definición de la OMS, como observa Sissela Bok (2004), no es operativa para la práctica ni para la evaluación ni la planificación de políticas dentro del marco sanitario. Esto significa que tenemos una disquisición más o menos aceptada (hoy menos que más) y en parte superada en su formulación, sin que se haya logrado una manera de alcanzar dicho bienestar físico, psíquico y social. Tampoco sugiere una clave operativa para organizar, estudiar e interpretar los modelos sanitarios existentes.

Por lo tanto a la hora de estudiar la salud tenemos que considerar tanto los intereses políticos-económicos como las realidades locales. En primer lugar, un concepto de salud uniforme caracterizado por un sistema sanitario para *la mayoría*, fuente de ingresos económico que contribuye a la formación del PIB²⁷⁸ (MAPELLI, 1999). En efecto, un incremento o una disminución del gasto sanitario pueden tener un efecto expansivo o restrictivo en la producción del Estado: repercuten en las importaciones, en los niveles de ocupación e inversiones,

meigallo (LIS; 1980; CABALEIRO, 1997; GONZÁLEZ Y COMELLES, 2000) y *il male di San Donato* (PUCE, 1988).

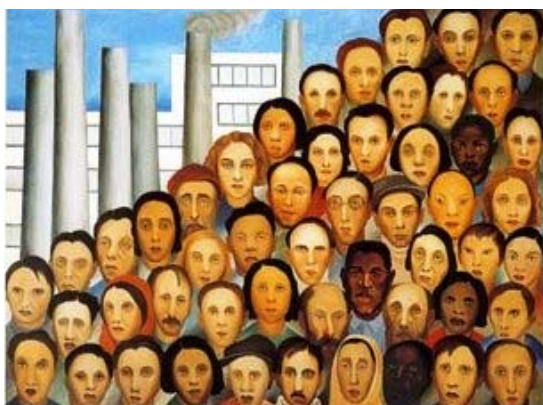
²⁷⁶ Véase por ejemplo Fassin (1996); Beneduce (2005; 2007); Ben-Jelloun (1990; 1999); Coppo (1994; 2003); Nathan (1996_a; 1996_b; 1998); Nathan y Lewertowski (2001).

²⁷⁷ En la misma línea sería también oportuno desarrollar consideraciones acerca de los conceptos de *terapeuta* y *fármacos* (GUERCI Y LUPU, 1997; GUERCI, 2005; BRIGIDI, 2007_c), temáticas que son absolutamente actuales en el debate (etno)psiquiátrico.

²⁷⁸ PIB producto interno bruto del país, en italiano *prodotto interno lordo* – PIL – es el agregado que mide el valor de la producción de un país en un año (MAPELLI, 1999). Sencillamente, la salud representa un recurso y/o un gasto para un país.

hasta en los réditos, provecho e impuestos de los ciudadanos. En segundo lugar, realidades multiformes y a menudo confusas donde los aspectos individuales, familiares y locales (históricos y sociales) determinan un buen funcionamiento del sistema y sus prácticas y, por ende, del estado individual de salud. Además, como observa Comelles (1998), el conjunto de instancias relativas a la salud y a la enfermedad se engendra de un plano ideológico²⁷⁹ y en otro relacionado con la *praxis*.²⁸⁰ Es decir que el sistema nacional determina el uso de dichos modelos por parte de cada ciudadano, determinando e influenciando los aspectos individuales.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y MIGRACIÓN.



TARSILIA, DO AMARAL 1933, *Operarios*

«Senza il tema dell'immigrazione le campagne elettorali sarebbero prive di passione»
TAHAR BEN JELLOUN²⁸¹

La política sanitaria es el más controvertido de todos los esquemas de protección social del Estado de Bienestar, ya que constituye la gran división

²⁷⁹ Representaciones, valores, actitudes del sector social que influyen en los modos de organización institucional y legitimaciones corporativas.

²⁸⁰ Comportamientos, actuaciones, decisiones y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales dentro los límites del aparato ideológico.

²⁸¹ Ben Jelloun, Tahar (1990), *Le pareti della solitudine*, Einaudi, Turín. p.VIII.

entre liberalismo y socialismo, economía de libre mercado y economía planificada (IMMERGUT, 1992; citado por MORENO, F. 2004: 17). El sistema sanitario y las políticas de gestión públicas en los países europeos, también en España e Italia, han debido adaptarse a las nuevas demandas procedentes tanto de migrantes como de otras minorías que empiezan a ocupar una posición de más relieve en la sociedad. Estos pueden estar «organizados en torno al género, a la etnicidad o a la religión (...)» (MENÉNDEZ, 2002: 101) o constituidos «por la edad, la orientación sexual, una enfermedad, una adicción, una discapacidad (...)». A nivel de gestión sanitaria, la presencia del colectivo migrante en los países con Estado del Bienestar ha llevado a replantear dos cuestiones: el problema del acceso de los migrantes sin documentación a los sistemas de protección universal y la manera de responder a las necesidades específicas del colectivo extranjero (lingüísticas, culturales, epidemiológicas, etc.) (MORENO, F. 2004) y del personal socio-sanitario trabaja en las estructuras sanitarias y que se ve confrontado con ambos.

Enfrentarse a las políticas sanitarias en referencia a los migrantes implica tratar aspectos vinculados a la entrada al territorio, la acogida a la comunidad y el acceso al sistema sanitario público del Estado.²⁸² Significa que es necesario profundizar sobre cuestiones como la ciudadanía, la nacionalidad y el derecho (MORENO, F. 2004), con una particular atención, en el caso de España e Italia pues las normativas de acceso al sistema sanitario nacional están directamente vinculadas al desarrollo de las políticas migratorias. Curiosamente, en el desarrollo tradicional de la concepción de ciudadanía han sido reconocidos previamente los derechos civiles, posteriormente los políticos y, por último, los sociales. Por el contrario, en el ámbito migratorio se han discutido y reconocido parcialmente los derechos sociales, mientras que los políticos y civiles están subordinados a otros aspectos.

²⁸² Las políticas sanitarias en materia de migración han sido tratadas brillantemente por Francisco Moreno (2004) en el libro *“Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrantes en Europa”*. Elabora un análisis comparativo entre la situación española, francesa e inglesa, enriqueciendo el estudio con detalles históricos y sociológicos.

Como evidencia Moreno (2004), el acceso a las prestaciones sanitarias públicas para los migrantes en ambos países depende de las políticas de control de las fronteras, ya que éstas establecen que personas están autorizadas a residir legalmente en el territorio; las leyes de nacionalidad; la determinación de quiénes han de ser los beneficiarios de los sistemas sanitarios públicos y en qué condiciones; y en fin, las políticas de la diversidad desarrolladas en los Estados de Bienestar. Hay que tener en cuenta, además, que la politización del discurso sanitario para los expatriados²⁸³ contiene un aspecto fuertemente contradictorio y perverso. La extensión parcial o total de la cobertura sanitaria a los migrantes irregulares efectuada en España con la Ley 4/2000 (y sus revisiones), y sólo parcialmente concebida en la península itálica con la *Legge* 286/1998 (y sus revisiones), choca con la política de control de los flujos de personas extranjeras y de gestión administrativa del colectivo “sin papeles”. Dicha dicotomía, en Italia, ha sido resuelta limitando el acceso a los “no residentes” exclusivamente a los servicios de urgencias, posponiendo al derecho social de las personas (al mismo tiempo que de gestión sanitaria, ya que una de las consecuencias más evidente es el colapso de las urgencias) el de control y “protección” del territorio (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b). El Estado Español, en cambio, presionado por un fuerte movimiento en favor los derechos sociales por parte tanto de la opinión pública como del tercer sector, extendió la cobertura sanitaria a todas las personas en posesión del documento de empadronamiento.²⁸⁴ Ambos Estados utilizaron políticamente el tema de la migración y la sanidad no sólo en términos de costes y abusos de los servicios públicos (efecto migrante enfermo/migrante sano;²⁸⁵ migración sanitaria, etc.), sino fomentando

²⁸³ Por hacer la lectura menos redundante se han buscado sinónimos a la palabra migrantes. La Real Academia Española indica la palabra expatriado como un posible sinónimo, atribuyéndole el significado de «que vive fuera de su patria». (http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=expatriado), [consulta el 16 de abril, 2009].

²⁸⁴ Un registro que refleja el domicilio de los habitantes de un municipio obtenibles independientemente de la situación administrativa del interesado

²⁸⁵ También se podría hablar del modelo de selección negativa (sujetos débiles) o positiva (sujetos fuertes). Beneduce (2007: 259) observa como «un converger perverso de errores metodológicos en el origen de numerosos malentendidos en el uso de categorías diagnosticas (...) y de un racismo recién camuflado, favorecido con prejuicios etnocéntricos y de una profunda ignorancia antropológica». En esta línea se pueden situar las críticas a las

perversiones y falsos mitos a nivel de la opinión pública. Lo mismo ocurrió con el mundo laboral, en el que los migrantes bajaban el coste de la mano de obra y la calidad de la manufactura o en los recursos educativos donde la presencia de hijos de extranjeros disminuye la calidad de la instrucción y la de las plazas en las escuelas/guarderías.

Un aspecto interesante es el significado emblemático de estas políticas. Mantienen un elevado contenido simbólico, en las cuales los interesados del principal grupo afectado por la intervención estatal se encuentran escasamente organizado, de modo que se pueda obtener, en el caso específico de los colectivos de migrantes, aquiescencia hacia las medidas adoptadas sin que éstas impliquen una transformación significativa de los mecanismos generales de asignación de recursos (EDELMANM 1985, citado por MORENO, F. 2004: 45). Al mismo tiempo, como evidencia Portes (1995), las formas de recepción política y simbólica son fundamentales para comprender los diferentes procesos de incorporación.

Los principios inspiradores del sistema sanitario español no se diferencian del italiano, tanto por su evolución histórica, como por los modelos de erogación y organización del sistema. Los dos sistemas se definen como parte del mismo «paradigma mediterráneo» (FIGUERAS Y OTROS 1994). Es decir, España e Italia, con Portugal y Grecia, se agrupan en una “macro región mediterránea” (DE MIGUEL, 1976; 1979; GIARELLI, 2006)²⁸⁶ por las características de sus sistemas sanitarios creados como resultado de un tránsito históricamente determinado por las experiencias de regímenes autoritarios²⁸⁷ que desarrollaron los primeros programas de asistencia social; inclusión del derecho social a la

investigaciones de Atxotegui (2002: 2) acerca del Síndrome de Ulises, en particular cuando se refiere a los «factores personales» en la incidencia de la depresión de los migrantes.

²⁸⁶ El autor diferencia las macroregiones *septentrionales*, que comprenden los sistemas sanitarios escandinavos, Reino Unido e Irlanda, fundados en modelos comprensivos de los Servicios sanitarios Nacionales; la *centro-occidental*, con Francia, Alemania, Austria, Holanda, Bélgica y Luxemburgo con un modelo de seguro social obligatorio altamente desarrollado y la macro región *centro-oriental* con los sistemas sanitarios de Polonia, república Checa, Eslovaquia, Hungría, Eslovenia, Estonia, Letonia y Lituania con modelos ex socialistas en fase de transición (2006).

²⁸⁷ Los regímenes dictatoriales duraron en Italia de 1922-1943; Portugal de 1929-1974; España de 1939-1975; Grecia de 1967-1974.

salud resultado del proceso de democratización; la posibilidad de acceso *universal y gratuito* de las prestaciones sanitarias²⁸⁸ con el consiguiente abandono del carácter paternalista²⁸⁹ corporativo y populista que les regularizaba precedentemente; los actuales problemas en la gestión de eficiencia y calidad de los servicios, asimismo, de sostenibilidad de estos, equidad de las financiaciones y las prestaciones; bajos niveles en los gastos sanitarios pro-capita en comparación con otros países europeos (OECD , 2008)²⁹⁰ y la orientación específicamente curativa de sus sistemas sanitarios (GIARELLI, 2006). De todos modos, a pesar de los gastos inferiores y una menor atención a los aspectos preventivos, Italia y España tienen una mayor expectativa de vida - LEX -²⁹¹ esperanza de vida sana - HALE -²⁹² que Francia, EE.UU., Canadá, Reino Unido y Holanda (OECD , 2008; OMS, 2002) ²⁹³ subrayando una vez más que la salud resulta de un conjunto de elementos difícilmente clasificables que incluyen aspectos sociales, culturales, históricos, geográficos, políticos y económicos.

España e Italia fundan sus modelos (por lo menos a un nivel teórico) en la universalidad, equidad y cooperación (MINISTERO DELLA SALUTE, 2006). La salud es considerada un derecho constitucional (CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, art. 45, COSTITUZIONE ITALIANA, art. 42.) y a nivel administrativo ambos países mantienen un modelo descentralizado entre el Estado y las veintiuna regiones

²⁸⁸ La institución de los SSN: Italia: 1978; Portugal: 1979; Grecia: 1983; España 1967 y 1986.

²⁸⁹ Con paternalismo se indica «un modelo de relación sanitaria en el que se traslada a la relación entre personas adultas y capaces los rasgos de una relación paternofamiliar, esto es, que el profesional adopta el papel de padre protector y poderoso, y el paciente el de niño frágil y obediente» (SIMÓN, 2005: 35).

²⁹⁰ El *total expenditure on health/capita, US \$ purchasing power parity* resulta en el año 2006 por Italia: 2614; España: 2458; Reino Unido: 2760; Holanda: 3391; Francia 34449; Canadá 3678 y EE.UU.: 6314 (OECD , 2008). Los gastos presentes como porcentual del PIB no son susceptibles al crecimiento económico ya que no tienen en cuenta de las diferencias de las dimensiones de la población. Por esa razón se utiliza la paridad de poder adquisitivo per capita expresado en US \$, más idónea para comprender los gastos sanitarios de los diferentes países (GIARELLI, 2006)

²⁹¹ *Life expectancy at birth*.

²⁹² *Healthy life expectancy*.

²⁹³ Por lo que concierne el LEX, indicado como primer valor, los datos corresponden al año 2004 (OECD , 2008), mientras que el cálculo de HALE, el segundo valor, es del 2002 (OMS, 2002): Italia: 80.9; 72.7; España: 80.3; 72.7; Francia. 79.4; 72; Reino Unido: 78.9; 70.6; Holanda: 79.2; 71.2; EE.UU.: 77.2; 67.2; Canadá: 79.7; 72.

en el caso italiano²⁹⁴ y las diecisiete CCAA en el caso español. Como veremos, lo que difiere es la financiación de los sistemas sanitarios por lo menos en la erogación de las prestaciones por los usuarios, la organización de la atención primaria pública y el acceso al sistema sanitario público de personas extranjeras sin permiso de residencia.

*«Il buon accordo delle nazioni europee si è concluso
allorchè e precisamete perchè hanno permesso ai loro membri
più deboli di essere esclusi e perseguitati»*
HANNAH ARENDT²⁹⁵

Leyes de extranjería y derecho a la salud en España

En el Estado Español, el debate sobre la expansión de la cobertura universal coincide con el desarrollo de una política sanitaria pública que precedió en una década a la organización autonómica del Estado.²⁹⁶ El propio proceso de descentralización se dio en tres etapas tras la Constitución de 1978. En primer lugar mediante la transferencia antes de las competencias de salud a las CCAA previstas en el artículo 151 de la Constitución. El debate coincide con el desarrollo de una política sanitaria pública (descentralizada y universalización de la atención) del país. A finales de la década se extendieron las competencias a las comunidades de Valencia o Canarias y la definitiva transferencia a todas

²⁹⁴ Concretamente el modelo descentralizado italiano involucra al Ministro de la Salud; Entes y Órganos a nivel nacional como el Consejo Superior de Sanidad, el Instituto Superior de Sanidad e Instituto Superior para la Prevención y la Seguridad en el Trabajo; los Servicios Sanitarios Regionales, es decir, las veintiuna regiones más las provincia autónoma de Trento y Bolzano, las ASL y las *Aziende Ospedaliere*. Esto se define como una conferencia entre estado y región donde el Estado tiene como principio la tutela de la salud y define y monitoriza niveles esenciales de asistencia para los ciudadanos, mientras que las regiones tienen la competencia de organizar y gestionar la salud, además de las responsabilidades financieras.

²⁹⁵ Arendt, Hannah (2001), *Che cos'è la politica*, Einaudi, Turín, pp.112.

²⁹⁶ La ley de Seguridad social de 1967 fue el primer intento de universalización de la cobertura que en 1975 ya alcanzaba un 75% de la población. En el momento de aprobarse la Ley de Sanidad de la democracia, la cobertura pública era de un 85%. Véase Comelles, Josep M. (2007_b).

las demás tuvo lugar en 2001. Este proceso no contempló explícitamente la atención a extranjeros hasta principios del s.XXI.

De la misma forma, la politización de la igualdad de acceso al sistema sanitario abarca el proceso de elaboración de políticas expansivas de los derechos sociales básicos de los sin papeles: acceso al territorio, a la vida social, pública y laboral (MORENO, F. 2004). Antes de la Ley Orgánica de 1985²⁹⁷ la migración era percibida por las instituciones políticas y la opinión pública como un fenómeno marginal, reducida exclusivamente a cuestión administrativa y de orden público. Por lo general, no había conciencia de que el país *se estaba* ya convirtiendo en receptor de expatriados,²⁹⁸ tras una larguísima etapa de migraciones de españoles hacia otros países europeos, América y Australia.²⁹⁹

La Ley Orgánica 7/1985,³⁰⁰ conocida comúnmente como Ley de Extranjería, no cumplió con una función ordenadora, por carecer de un reglamento claro³⁰¹ y de voluntad política para enfrentarse al fenómeno migratorio (RIUS, 2007). Resulta interesante observar que la primera campaña electoral en la que la migración ocupó un lugar relevante en el debate político del país fue la de 12 de marzo, 2000.³⁰² Por tanto, la tendencia en España, igual

²⁹⁷ En los años de transición – antes de la muerte del dictador hasta la primera elección democrática – y previamente a la ley de extranjería del 1985, se erogan algunas normativas en el marco migratorio: el Decreto 522/1974 con la finalidad de regular el régimen de entrada, permanencia y salida de los extranjeros (turistas y domiciliados, es decir, lo con permiso de permanencia de 3 meses o 1 año); el Real Decreto 1617/1978 del 2 de junio, en el que la capacidad de detener o expulsar migrantes pasa a los gobernadores civiles; el Real Decreto 1874/1978 siempre de 2 de junio, donde se modifica el procedimiento por obtener el permiso de trabajo y permanencia; la Constitución española, de 1978, que establece el derecho de sufragio activo y pasivo (art. 13) y el derecho a la protección de la salud (art. 43), sin hablar explícitamente de la salud de los extranjeros; y el Real Decreto 1031/1980 de 3 de mayo, que disciplina los permisos preferentes y espaciales. Ninguna de estas normativas resultó concreta y eficaz para regularizar el fenómeno migratorio.

²⁹⁸ En 1975 los extranjeros residentes en España son 165,289 personas, de esas, 92,917 proceden de la Unión Europea, 9,785 de resto de la Europa; 12,361 de Norte América, 35,781 de Latino América; 3,232 de África y 9,393 de Asia. Diez años más tarde los residentes son 241,971 personas, 142,349 de la Unión Europea, 15,780 del resto de Europa; 15,406 de Norte América, 38,671 de Latino América; 8,529 de África y 19,451 de Asia (Ministerio de Asuntos Sociales, 1998).

²⁹⁹ Entre el año 1910 y 1970, el 10% de la población española emigró a otros países (RIUS, 2007).

³⁰⁰ Promulgada por el gobierno de Felipe González.

³⁰¹ Además, se declararon inconstitucionales los art. 7; 8; 34; 26.2.

³⁰² En el programa de cambio de la recién aprobada Ley de Inmigración 4/2000, el PP proponía derogar los aspectos tratados sin éxito precedentemente, así como el acceso al SNS por los migrantes “sin papeles” (MORENO, F. 2004).

que en Italia, ha sido ignorar el fenómeno migratorio hasta que se convirtió en un eficaz material simbólico para las campañas políticas. A partir de entonces, se sobredimensionaron por parte de los medios de comunicación (PEDONE, 2001) – términos como “urgencia”, “emergencia”, “invasión” que representaban el fenómeno migratorio (ZANDA, 2004) – y los políticos utilizaron la migración como chivo expiatorio en temas sociales (gastos públicos, por ejemplo) realizando una política siempre más restrictiva,³⁰³ fundada en conceptos de ciudadanía, defensa nacional y protección de los valores identitarios del país.³⁰⁴

Antes de la muerte de Franco, en 1975, el país no reclamaba un visado especial para la entrada de personas procedentes de Europa Occidental, continente americano y Magreb. La ausencia de visado para esos países asume, otra vez, mayor significado se en relación con la política de esos años de dos naciones históricamente receptores de extranjeros como la RFA y Francia. A pesar del escaso interés político y de la falta de una reglamentación clara en España, el cierre de esas fronteras representó un fuerte incremento de migrantes por el país.³⁰⁵ La primera ola estaba compuesta por exiliados políticos de las dictaduras de Uruguay, Chile y Argentina;³⁰⁶ colectivos originarios del

³⁰³ Ver las nuevas propuestas de ley de la CE (la directiva de la vergüenza) que quiere retener hasta 18 meses a los extranjeros “sin papeles” en centros de internamiento (LARA, 2008).

³⁰⁴ Un ejemplo interesante ha sido toda la polémica generada en Italia sobre las temáticas religiosas en la escuela. Consultar: Politi, Mario (2004), «Crocifisso a scuola. Battaglia in consulta», en *La Repubblica on-line*, 27 de octubre; La Rocca, Orazio (2002), «La campagna della Moratti Ripoterò i crocifissi a scuola», en *La Repubblica*, 19 settembre, p. 7, etc.

³⁰⁵ Quisiera recordar que en el caso de Alemania y Francia dichas decisiones proceden de una precisa política migratoria. Para el caso de Alemania se habla de una política de *multiculturalidad transitoria*: el país no desea el asentamiento definitivo de los migrantes, se respetan sus culturas e incluso se enseña árabe y turco con la finalidad de asegurar, el día de mañana, la inserción social y laboral en el país de origen. Mientras, en Francia, una política de *ciudadanía* a cambio de “renunciar” a su propia cultura: a los migrantes se les otorgaba los mismos derechos de los nacionales, pero “a cambio” se pide el respeto de los principios laicos, democráticos y jacobinos de la República. Asimismo, se facilitaba la política de reagrupación familiar, así que se aseguraba la continuidad productiva: si la esposa y los hijos están a Francia las remesas desminuirían convirtiéndose en consumidor, dejando la mayor parte de los ahorros en el país (RIUS, 2007). En 1968, RFA cerró (temporalmente, si bien por un tiempo considerable) la frontera a los nuevos migrantes, mientras que en Francia, en el 1973 y durante los siete años sucesivos, no se elaboró ninguna regularización extraordinaria.

³⁰⁶ Que se asilaron en España por la cercanía cultural. Las fechas de las dictaduras: Uruguay, 27 de junio de 1973-1985; Chile, 11 de septiembre de 1973-11 de marzo de 1990; Argentina, 24 de marzo de 1976-10 de diciembre de 1983.

Magreb;³⁰⁷ personas procedente de países con proximidad histórica y geográfica, como Filipinas, Guinea Ecuatorial, Andorra y Portugal e incluso, migrantes peninsulares. Esos últimos en los años 60's dieron lugar el proletariado español³⁰⁸ y se instalaron en nuevos barrios a las afueras de los centros edificados contribuyendo al nacimiento del fenómeno urbano del barraquismo³⁰⁹.



ALBERT, AYMANÍ 1983, *Barracas de trascementiri*, Barcelona. Archivo histórico de el Poblenou.

Ese panorama inicial abarca ya las características substanciales del flujo migratorio económico³¹⁰ recibido de España en los años siguientes: una migración familiar atraída del desarrollo *industrial* de los centros urbanos; una masculina, mayormente conexas con la *agricultura* y la *construcción* la africana que, con los años, será en parte substituida de *latinos*, mujeres rusas, ucranianas y polacas; y una migración de *servicio* por el caso de mujeres procedente de Filipinas y, en seguida, desplazado de los de Latino América y Oeste Europeo.

³⁰⁷ Colectivos favorecidos también por una cercanía "geográfica": la costa africana está separada de la española sólo por unos peligrosísimos 14 km.

³⁰⁸ «(...) la construcción del proletariado en España fue históricamente hablando, el producto de procesos migratorios exclusivamente internos, los cuales en los términos jurídicos en que se construyó el Estado liberal español no consideraron jamás el significado o la importancia de la diversidad cultural y lingüística del Estado» (COMELLES, 2007: 90)

³⁰⁹ Los barraques desaparecieron en Barcelona durante la transición democrática. Los curadores de la exposición "Barraques, una ciudad informal" muestran como el término *murciano* se aplicaba a todos los recién llegados a la ciudad y no necesariamente a lo procedente de Murcia, lo que evidencia el recelo hacia los nuevos habitantes de Barcelona.

³¹⁰ Esa es la que podemos categorizar como "migración económica", pues hay las "turísticas" de larga estancia, la de "jubilados europeos y gringos" en costa del sol o Baleares y la de "estudiantes" instalados en las ciudades universitarias como Barcelona, Valencia, Madrid, Granada, etc.

Por lo que concierne la migración procedente del Magreb, se trataba de un flujo de hombres descrito como “invisibles”, reservados, considerados sin particulares exigencias, aislados de cualquier contexto de acogida y vida pública que por la noche se encerraban silenciosamente en sus pensiones o barracas (ARMENDÁRIZ, 1990; Ben-JELLOUN, 1990; 1999; GUTIÉRREZ, 2002).³¹¹ En el curso de los años serán reemplazado lentamente de sudamericanos [«(...) que vengan ecuatorianos, peruanos que son más dóciles y hablan cristiano» (GUTIÉRREZ, 2002)]³¹² Llegado en la península por la crisis política-económica y acogido - inicialmente - positivamente por la presupuesta cercanía lingüística, religiosa y cultural con España, y de mujeres del Este europeo, con el mérito de tener “más habilidades” en la recogida de frutas.³¹³ Los migrantes filipinos, guineanos y portugueses, en cambio, se favorecidos por los acuerdos bilaterales «sobre igualdad de derechos sociales de los trabajadores de la comunidad iberoamericana y filipina empleados en el territorio nacional» (JEFATURA DEL ESTADO, 1969), normativa de 30 de diciembre del 1969, erogada por el régimen franquista. Esta Ley, 118/1969, estableció con dichos países igualdad de los derechos sociales y, lo que es más importante, instauró, por primera vez, un trato igualitario en el acceso al sistema de seguridad social público español.

Cabe destacar que en la década de los años 60, en un clima de mayor modernización y desarrollo económico, se presenta la Ley de base de Seguridad Social de 1967 que transformó parcialmente el sistema sanitario público español.³¹⁴ Desde un modelo de aseguramiento corporatista hasta un modelo sanitario universalista que no se hace efectivo hasta la Ley General de Sanidad de 1986 en acuerdo con las premisas del modelo socio-democrático. En

³¹¹ Gutiérrez, Chus (2002), *Poniente, España, 96'*.

³¹² *Idem*.

³¹³ A tal propósito, Rius (2007), observa cómo en los pueblos andaluces la sustitución de migrantes marroquíes por las mujeres rusas, ucranianas y polacas produjo episodios de extorsión sexual con un considerable aumento de la tasas de divorcios. Parece que durante las bodas cristianas, el cura sustituyó la fórmula “¿Toma esta mujer hasta que muerte les separe?” Con “¿Toma esta mujer como esposa hasta que la rusa no os separe?”.

³¹⁴ Antes de la Ley de 1963, la asistencia sanitaria era proporcionada por un sistema fragmentado de diversos niveles de autoridad, baja calidad de atención y desigualdad. Durante la posguerra se constituyó un sistema de aseguramiento sanitario vinculado a la participación al mercado laboral y en el 1942 compare un seguro obligatorio de enfermedad.

definitiva, la llegada masiva de extranjeros al sistema sanitario público español se produce a la par de la transformación del sistema sanitario del país. La Ley General de Sanidad - LGS - reformó el sistema de atención público, progresó en el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas - CCAA -³¹⁵ con el fin de crear un sistema descentralizado y universaliza la cobertura del sistema sanitario público.³¹⁶

La LGS casi coincide con la Ley de Extranjería de 1985 y con la entrada del Estado Español a la Comunidad Europea (1986), en la cual el tema de la salud de los migrantes casi no era evocada. Así que tenemos, por una parte los principios de universalismo regidos por la LGS del 1986, por la otra, los límites de acceso al sistema sanitario impuesto de la Ley de Extranjería para migrantes no en regla con su documentación administrativa. De hecho, se procede con la emanación de un Reglamento de aplicación a la Ley de Extranjería aprobado el mismo año y el reconocimiento teórico del derecho de protección a la salud a todos los residentes en España a iguales condiciones con los españoles (MORENO, F. 2004). Los europeos tenían los modelos llamados E111 y E128³¹⁷ y la posibilidad de solicitar la tarjeta sanitaria después de unos nueve meses de residencia en el estado; los solicitantes de asilo recibieron atención por medio de ONGs concertadas de la administración mientras que los “sin papeles” se quedaban aún desprotegidos. Los migrantes con contrato de trabajo en vigor que seguían cotizando, tenían derecho a la cobertura sanitaria pública, pero en el caso de pérdida del trabajo al cabo de los tres meses venía revocado; los migrantes sólo con permiso de residencia (sin permiso de trabajo, entonces, sin

³¹⁵ De las diecisiete CCAA, siete recibieron competencias plenas sobre organización y gestión de los sistemas sanitarios en sus territorios, las otras diecisiete tuvieron la plena competencia en el 2002 quedándose hasta entonces bajo el control de INSALUD y dificultando la gestión del SNS). Es importante evidenciar que las competencias sobre migración no han sido totalmente traspasadas a las comunidades autónomas, las cuales tienen la concesión sólo en determinados aspectos de las políticas de migración como educación, sanidad y servicios sociales. La capacidad de decisión sobre ámbitos de control de flujos migratorios es competencia exclusiva del gobierno central.

³¹⁶ LGS presentaba algunas carencias, entre las cuales, el hecho que quedaron excluidos de una cobertura sanitaria personas en paro, menores de edad, ancianos, minorías étnicas, enfermos mentales, vagabundos (COMELLES, 1988)

³¹⁷ Substituido a partir de 1 de Comunidad Europea junio de 2004 de la tarjeta sanitaria europea - TSE -.

cotizar) no tenían acceso a la atención pública y los “sin papeles” eran delegados exclusivamente a los servicios de urgencia o al tratamiento en el caso de enfermedad infecto-contagiosa. El segundo Reglamento de Ejecución de la Ley Orgánica de Extranjería (Real Decreto, 155/1996) mejoró algunos derechos sociales para los migrantes como el derecho de asociación, reunión y manifestación, asimismo como mecanismos de reagrupación familiar, pero siguió restringiendo el acceso a la asistencia sanitaria pública.

Desde la Ley Orgánica de 1985 hasta la 4/2000,³¹⁸ la nueva Ley de Inmigración, el contexto social cambia notablemente. El aeropuerto de Barajas, Madrid es el “coladero” para los migrantes, dejando espacio a interpretaciones personales de la Ley de Extranjería sobre todo por lo que concernía la demostración de los medios económicos para permanecer como turista en España (mínimo de 5000 pesetas, reserva de hotel y billete de vuelta). Empiezan a resultar evidentes las diversas aplicaciones de la Ley según el uso y las necesidades de las personas forasteras por parte de empresas o negocios. El caso más claro fue el de los futbolistas extranjeros de la temporada 86-87 que, sin haber obtenido el permiso de trabajo, podían jugar y recibir un sueldo mensual (MORENO, F. 2004; GAIO, 1987).³¹⁹ Interesante también el hecho ocurrido en Totana, Murcia, donde el pueblo entero respaldó a siete ecuatorianos amenazados de expulsión por las autoridades locales, obteniendo la sexta regularización específica y extraordinaria para Totana, permitiendo tramitar los papeles en Francia y “abandonar” sólo temporalmente el trabajo agrícola (RIUS, 2007).³²⁰

Durante los años 90 en España se propagan los ataques xenófobos y racistas que tuvieron un relieve fundamental en la opinión pública y en la

³¹⁸ Promulgada del Gobierno de José María Aznar López.

³¹⁹ Véase el artículo de.

³²⁰ Interesante también el hecho ocurrido en Totana, Murcia, donde el pueblo entero respaldó a siete ecuatorianos amenazados de expulsión por las autoridades locales, obteniendo la sexta regularización específica y extraordinaria para Totana, permitiendo tramitar los papeles en Francia y “abandonar” sólo temporalmente el trabajo agrícola (RIUS, 2007) Véase el atento análisis de ese acontecimiento elaborado por Pedone, Claudia (2001), «La migración extracomunitaria y los medios de comunicación: la migración ecuatoriana en la prensa española», en *Scripta nova, revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, n. 94 (43). También: Redondo (1998).

acción de las ONGs.³²¹ Como consecuencia, surgen asociaciones de migrantes como Sevilla Acoge (Granada, Málaga, Andalucía etc. Acoge); Cáritas; Delegación Diocesana de Migraciones; Bay-Al-Thaqafa; Asociación Pro Derecho Humano; Centro de Información para Trabajadores Extranjeros y SOS Racismo que trabajaron por la necesidad de diseñar políticas de integración, acogida y aceptación de las diferencias culturales. Los problemas de orden público por parte de esos movimientos tienen relación con el desarraigo de la segunda generación, el problema de los barrios guetos y las consecuencias de vivir al margen de la sociedad.³²²

Durante todo este tiempo, el proceso estuvo marcado por violencias, políticas de cupos o contingentes, regularizaciones extraordinarias y sentimientos contradictorios por parte de la opinión pública que, por una parte percibía la necesidad de la mano de obra extranjera, sobre todo en la agricultura y en la construcción³²³, pero por la otra propagaba el miedo y la desconfianza hacia la diversidad generando prejuicios (GUTIÉRREZ, 2002). No obstante, el aspecto más añorado de las políticas migratorias fue el acceso del colectivo “sin papeles” a la asistencia sanitaria pública. Ruiz (2007) refiere que durante la campaña agrícola el sistema sanitario público era incapaz de atender a todos los extranjeros que colapsaban las urgencias y no pedían el seguimiento en los casos de patologías más graves. En el caso español,³²⁴ la constante demanda del acceso de migrantes ilegales por parte de ONG, asociaciones de migrantes y el interés de la opinión pública hacia el tema de la desprotección de menores y de las mujeres embarazadas, llevaron la cuestión sanitaria en la agenda política del Estado Español. Inicialmente con la Ley 4/2000³²⁵ y su reforma la Ley 8/2000³²⁶

³²¹ Los ejemplos más consistente en España fueron el de la mujer dominicana Lucrecia Pérez, asesinada por un guardia civil y sus amigos delante de una discoteca en Aravaca, en el 1992; Hasan El Yahahaqui, muerto a manos de unos *skin heads* en Madrid; o Brahim Hichan, Bou Bakker Garami y Mustafa Bando, secuestrados y apaleados en El Ejido, en 1997.

³²² Consultar el Informe de Girona, redacto por Pere Navarro y Carles Navales el 9 de julio, 1992

³²³ En el 2000, España necesita a 200,000 migrantes cada año y sólo se regularizaron a 30,000 (RUIZ, 2007).

³²⁴ A diferencia de Francia donde la reivindicación era parte del movimiento contra la exclusión social (MORENO, F. 2004).

³²⁵ «Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria: 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a

no se asiste a una concreta *modificación* en el acceso a la atención sanitaria pública por parte de extranjeros indocumentados, sino que se amplía la cobertura incluyendo a las persona que pudiesen demostrar su residencia por medio de un certificado de empadronamiento (para así obtener la Tarjeta de Identificación Sanitaria - TIS -) menores de dieciocho años y mujeres embarazadas. Obviamente, para las personas no inscritas en el padrón la asistencia sanitaria quedaba a cargo de los servicios de urgencias y del voluntariado. Quiero recordar que son las administraciones municipales quienes definen los requisitos burocráticos (certificado de identidad, acreditación del domicilio) para empadronarse en los municipios y a pesar de las sucesivas reformas de la Ley de Extranjería, el documento de empadronamiento se obtiene en la sede municipal.

Moreno (2007: 158) observa que los cambios introducidos por la Ley 4/2000 y su promulgación en la Ley 8/2000 no fueron, a nivel práctico, particularmente relevantes, sino que supusieron un cambio de filosofía respecto a los principios que inspiraron la Ley de Extranjería de 1985 «constituyendo una vuelta a la lógica del control de la migración; y sobre todo una regresión del discurso, desde la idea de integración de los colectivos migrantes (...), de vuelta al concepto de gestión de las fronteras y los flujos migratorios. Igualmente, un cambio en la asistencia pública de los “sin papeles” hubiera resultado una medida impopular: «en la que el coste (electoral o de imagen) para un gobierno de modificar la legislación resultaría mucho mayor que el beneficio derivado de dicha reforma» (2007: 158). De todos modos, los efectos extensivos de la Ley

la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto» (BOE, 2000: Cap. 1 art.12)

³²⁶ Promulgada del Gobierno de José María Aznar López. Las temáticas de salud se tratan sólo en el art. 57 acerca de la Expulsión del territorio, coma 6, en referencia a imposibilidad de expulsión en el caso de mujer embarazada cuando la medida pueda suponer un riesgo para la gestación o para la salud de la madre; y en el artículo 58 sobre efectos de la expulsión y devolución, coma 5, siempre concerniente a la imposibilidad de devolución en el caso de mujer embarazada si supone un riesgo para la gestación o para la salud de la madre.

4/2000 y su promulgación, siguen presentes en situaciones de exclusión generadas por migrantes desprovistos de documentos y no empadronables, fagocitando escenarios de atenciones paralelas casi institucionalizadas (voluntariado, beneficencia) por una parte y por la otra una preocupación sobre la integración de los empadronables a la agenda política de la migración (LURBE I PUERTO, 2003). La reforma 8/2000 no modificó directamente el contexto en materia sanitaria, pero prescribió la expulsión en caso de irregularidad administrativa (ausencia de permiso o caducidad, falta de autorización de trabajo), transformando la inscripción en el padrón necesaria para obtener la TIS en una posible (auto)denuncia del propio estado de no regularidad.³²⁷ Además la promulgación 12/2003 permitió que los registros del padrón municipales pudiesen ser consultados por las administraciones del Ministerio del Interior.

En la promulgación de la Ley 14/2003³²⁸ de la Ley de Extranjería y del Real Decreto 2393/2004 se exige para la tramitación de los permisos de residencia y de trabajo un certificado de salud, que, si no lo trae el interesado desde su país de origen, debe hacerse en España. Para entrar en el territorio español cada extranjero debe presentar un certificado médico y no padecer enfermedad que pueda suponer riesgo para la salud pública (14/2003, art.4). Además, modifica el apartado 1, con el art. 15, para los solicitantes de asilo (sólo quién se encuentre pendiente de admisión a trámite) que podrán beneficiarse de servicios sociales, educativos y sanitarios de la administración pública.

Catalunya es, junto con la Comunidad de Madrid y la de Andalucía, la que recibe un mayor número de migrantes en el Estado Español. Las políticas de salud las organiza el *Servei Català de la Salut*.³²⁹ Los dispositivos del mismo se jerarquizan en dos niveles de asistencia. Los Centros de Asistencia Primaria – CAP – representan el primer nivel de acceso de la población a la sanidad pública. Estos centros están distribuidos localmente en el territorio y disponen

³²⁷ Véase el párrafo “Dificultades en el acceso y los cuidados en los sistemas sanitarios por el colectivo migrante”

³²⁸ Erogada por del Gobierno de José María Aznar López.

³²⁹ Consultar el Anexo IX. “*El sistema sanitario y la legislación española y italiana*”, la parte específica sobre el sistema español.

de un equipo de profesionales de salud altamente cualificados - EAP - entre los cuales se encuentran médicos de familia, enfermeros, ginecólogos, dentistas, oculistas, pediatras, matronas, etc., además, suministra informaciones sanitarias, garantiza un servicio de atención domiciliar y continuada fuera del horario habitual, como actividades de prevención y unidad de atención a los usuarios. El EAP orienta a la persona en la necesidad de asistencia sanitaria y local. El segundo nivel de asistencia especializada comprende la atención hospitalaria, sociosanitaria, psiquiátrica, la atención a las drogodependencias y otros recursos sanitarios (unidades funcionales interdisciplinares sociosanitaria - UFISS - y los programas de atención domiciliaria - equipos de soporte - PADES -). Dicha asistencia se presta por medio de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, como en el caso de los CAPs de salud mental, por ejemplo, hospitales de día, urgencias y hospitalizaciones a domicilio. La mayoría están organizados en redes: hospitales agudos - XHUP -, la red sociosanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias - XAD -. Ambos niveles de asistencia, CAP y especializada, incluyen atención farmacéutica, prestaciones complementarias y prestaciones ortoprotésicas (CatSalut).

El marco legislativo y la asistencia sanitaria pública en Italia.



Un imagen del “Spot Nueva Fiat 500” en <http://www.youtube.com/watch?v=XFbJHnoT7i0> [consulta el 12 de octubre, 2007], 1:30.

«Forse l'Italia sta perdendo la memoria, oppure cerca di dimenticare che per più di mezzo secolo è stata un paese di emigrazione? Vuole forse strappare qualche pagina della sua storia recente di cui si vergogna e gettarla nella pattumiera dei malintesi? Vuole scordarsi che in Francia gli Italiani – soprattutto quelli del Sud – erano accolti con violenza e siprezzo?»

TAHAR BEN JELLOUN³³⁰

En 1997 Italia hizo una reforma hacia un federalismo fiscal, modificando la financiación del gasto sanitario. Se crearon dos tasas regionales (*Istituzione dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive* – IRAP – e *Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche* – IRPEF –) ya que la mayor parte de la subvención procede de las regiones. Por consiguiente, la financiación sanitaria del país se puede definir como “mixta” basada en la fiscalidad general y en ingresos directos percibidos por las *Aziende Sanitarie Locali* – ASL – mediante el copago del *Ticket*,³³¹ además de las prestaciones de pago. En este caso, casi todas las prestaciones sanitarias (consultas de especialidades, exámenes, fármacos y también las prestaciones en los servicios de urgencias en caso de no gravedad) se pagan directamente

³³⁰ Ben Jelloun, Tahar (1990), *Le pareti della solitudine*, Einaudi, Turín. p. XIV

³³¹ El *Ticket* es una cuota de participación de los ciudadanos en los gastos sanitarios. Es decir, una coparticipación de estos en el coste de algunas prestaciones sanitarias y asistencia pública. Fue introducido en el mayo del 1989. La exención del *Ticket* se establece en algunos Decretos Ministeriales y permite a personas con enfermedad crónicas, raras, no pagar totalmente o parcialmente las prestaciones. Para más información consultar la *Web*: <http://italiasalute.leonardo.it/Servizi/esenzione.asp>.

mediante el *Ticket*. En cambio, en España se pasó de las contribuciones basadas en las cuotas patronales y las retenciones a los trabajadores (hasta el 1989) a una financiación casi totalmente gestionada por la fiscalidad general (98%), quedando las primeras sólo para las demás prestaciones de la Seguridad Social - SSE -. El Estado Español es el único país de la macro región mediterránea que hizo suya la promesa de un sistema sanitario financiado por medio del Presupuesto del Estado (GIARELLI, 2006), es decir que el ciudadano no paga directamente ni la prestación del servicio de urgencia ni de la atención primaria, cosa que si ocurre en Italia después de cualquier prestación, con la exclusión de las del médico de cabecera. «Le modalità con le quali questi SSN sono stati finanziati evidenziano problemi particolarmente seri di equità, dal momento che la finalità originale di creare sistemi di finanziamento completamente basati sulla fiscalità generale e, quindi, su di una architettura contributiva progressiva, è stata perseguita sólo molto parzialmente, con risultati nel migliore dei casi proporzionali (Spagna) e negli altri casi regressivi (Italia, Portogallo, Grecia)» (GIARELLI, 2006:9).

Resumiendo, el Sistema Sanitario Italiano - SSN - es un sistema público de carácter *universal* que asegura la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de financiación mixta (impuestos regionales, Estado, copago). Oficialmente se inicia el 1 de enero de 1980³³² cuando con la *Legge 833/1978* se sustituye el sistema mutualista precedente de un modelo público, universal y descentralizado en veintiuna regiones y organizado a tres niveles: el estatal, el regional y el local. El SSN tutela la salud de los ciudadanos garantizando asistencia sanitaria por medio de estructuras y servicios. La L. 833/2978 no hace ninguna referencia a la asistencia a los migrantes.

En Liguria, la región de Génova, la asistencia está organizada en cinco *Aziende Sanitarie Locali* - ASL - dislocadas en la región, que se ocupan de la gestión de hospitales, estructuras de hospitalización y de acogida. Estos se subdividen en *Presidi Ospitalari*, *Aziende Ospedalarie* y *Enti Ospedalieri*

³³² El Ministerio de la Sanidad fue instituido del Gobierno Fanfani en el 1958, año en el que lo separa del *Ministerio dell' Interno*.

Convenzionati. La atención primaria (consulta médica, prevención, profundización y evaluación de las condiciones de salud) está garantizada por el médico de cabecera que recibe cinco días a la semana, o con cita previa, sólo a las personas inscritas en el SSN.³³³ No existen Centros de Atención Primaria – CAP –, como en España, que reúne a los médicos y garantiza exámenes primarios. Cada médico tiene su despacho (a veces en su propia casa, otras con distintos especialistas, sin necesariamente tener un vínculo o contacto entre ellos). En caso de necesitar una consulta del especialista o exámenes el médico de familia despliega un volante y el asistido pide cita en un centro público o consorciado .

A diferencia del sistema español, los servicios de Urgencias utilizan un sistema internacional para la gestión del paciente llamado *códigos de colores* o *de gravedades*. A la entrada, los enfermeros del *Triage* evalúan los síntomas y registran a los pacientes atribuyéndoles un código según la gravedad: *rojo* (inminente peligro), *amarillo* (situación grave, ningún peligro de vida; espera no superior a 10 minutos), *verde* (urgente, tiempo de espera dentro de las 2 horas) y *blanco* (ninguna urgencia, tiempo de espera indefinido). Los listados de espera se computan en base a la gravedad y no al orden de llegada (BRIGIDI Y OTROS, 2008b).

Por lo que concierne a la cobertura sanitaria para los migrantes, las *leggi italiane* desde 1980 se caracterizan por sus disquisiciones ambiguas acerca de las prestaciones sanitarias a dichos colectivos. La legislación desde la L.33/1980 hasta la *Circolare* 5/2000, distingue entre *asistencia urgente* y *esencial* menciones sólo sumariamente aclaradas por la C.5/2000 en la que se explica que por asistencia urgente se entienden «las curas que no pueden ser diferidas sin peligro de vida o daño para la salud de la persona» (C.5/2000), mientras por esenciales lo son «las prestaciones sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, relativas a patologías no peligrosas a corto plazo, pero que a medio o largo pueden suponer mayor daño para la salud o riesgo de vida (complicaciones, cronificación o agravamiento)» (C.5/2000). Esas categorías *urgente/esencial* son

³³³ Véase Anexo IX. “El sistema sanitario y la legislación española y italiana”.

enmascaradas como reformas sanitarias “avanzadas” en materia de migración y decretos leyes hipócritamente siempre más conscientes de las dificultades de acceso al sistema sanitario público de los migrantes. En realidad se perpetúa una omisión consciente en el reconocimiento de los derechos sociales de las personas que administrativamente no están en regla en el territorio italiano. Es decir, el colectivo de migrantes (“con o sin papeles”) está desprotegido cuando ha de buscar recursos sanitarios (NUCCI, 2007).³³⁴

Durante los años 80, como en España, el proceso de migración era considerado una cuestión circunstancial. En el imaginario colectivo como experiencia migratoria y en el político como la causa de esporádicas estrategias de respuesta de “emergencias” sin ninguna intervención eficaz en materia de integración social, trabajo, salud, escuela o reglamentación. Aunque esto no significa que la migración en ambos los países no estuviese presente, pero si que presentaba aún características *internas*, en algunos aspectos *invisibles* y no masivas.³³⁵ El panorama cambiaría completamente en los años 90 al aumentar de los flujos migratorios procedentes del continente africano, América Latina y del este Europeo en estrecha correlación con la evolución en otros Estados. De hecho, la RFA en 1993, había prorrogado el derecho de asilo, el Reino Unido promovió la política de campos de internamiento para extranjeros en espera de expulsión (en Italia en vigor en 1997) y Francia, a partir del 1994, redujo el derecho de ciudadanía para los hijos de los migrantes aplicando una línea dura durante los años 96-98 (respectivamente con los gobiernos de Chirac-Juppé como de Jospin). Por consiguiente, el endurecimiento de las políticas migratorias de los países tradicionalmente receptores como Francia, Alemania y el Reino Unido llevaron a una fuerte presión por parte de la CE para defender las fronteras meridionales de la Unión y la cuestión migratoria se convierte en

³³⁴ Nucci, Alex (2007), *Stagionali sfruttati nel meridione: il video-denuncia di Medici senza frontiere*, Italia, MSF, 10'56''.

³³⁵ Un flujo consistente, al mismo tiempo que invisible, estaba representado por los hijos y nietos de italianos residentes en Argentina que volvían a Italia. Migración que aumentó también a causa de la crisis económica del 2001 en Argentina.

un «desafío común» (FRATTINI, 2006: 4) de los Estados miembros,³³⁶ teniendo un papel central Italia, Grecia y España.³³⁷ Italia fue puesta a prueba por los representantes alemanes que veían a la península itálica incapaz de proteger las fronteras de la comunidad y por tanto ponían en duda su derecho de circulación en el sistema de Schengen (DAL LAGO, 1998).

Además se vivieron episodios xenófobos alentados por la estigmatización del migrante y miedos colectivos por parte de la prensa, la clase política e incluso por los intelectuales (DAL LAGO, 1998) dañando una opinión pública que aprendió a considerar a los extranjeros como causantes de la crisis social, económica e identitaria. De hecho, el extranjero resulta «amenazador sobre todo en periodos de tensión e incertidumbre social, cuando vuelve a emerger consistente el mecanismo del chivo expiatorio» (BENEDUCE, 2007: 260).³³⁸

La primera Ley de Extranjería italiana es de 29 de febrero de 1980 (L.33/1980). Regularizó la asistencia sanitaria a los migrantes garantizando sobre la base de especiales tarifas ministeriales, regionales y periódicamente actualizadas, exclusivamente la asistencia *urgente* en caso de infortunio y maternidad. La asistencia *esencial* era de pago con un cargo prohibitivo: de 154.94 euros a cifras superiores a 516.46 euros, ¡ya en los ochenta!³³⁹ Siguieron otras leyes que no cambiaron la normativa sanitaria para los extranjeros (*Decreto Legge* 25 de julio 1988; *Legge* Martelli, 1990 que establece una primera regularización) hasta el Decreto Guzzanti del 21 de enero 1995, n. 20

³³⁶ Una iniciativa Europea en política migratoria es la prueba de la sangre. La propuesta de enmienda elaborado por Thierry Mariano (UMP) del gobierno de Sarkozy en Francia, sirve para demostrar la filiación sanguínea (ADN) para solicitar la reunión familiar. Prueba exigida en Italia para personas procedentes de Ghana, Nigeria y Bangladesh; Bélgica; País Bajos; Noruega y Dinamarca, donde el test es obligatorio y realizado a partir de 1994.

³³⁷ Con al entrada de España a la Unión Europea; Italia y el Estado Español, junto a Grecia (UE del 1981) representan las fronteras mediterráneas para el acceso ilegal. La primera hacia la Europa del Este, la segunda por la costa africana. Las peticiones de Bruselas fueron muy claras: ambas tenían que conformar con las políticas restrictivas de los demás, bloqueando el flujo de migrantes hacia Francia, Austria y Alemania. Hoy a las fronteras europeas se han añadido Malta y Chipre, ambas en la UE desde 2004. Con el Reglamento n. 2007/2004 de 26 de octubre 2004, se instituye una Agencia europea para la gestión de la cooperación operativa en las fronteras externas de los Estados miembros de la Unión Europea (CE, 2004).

³³⁸ Traducción de la autora.

³³⁹ Obviamente la cifra era en lire: 300000 lire (154.94 euros) hasta más de 1000000 lire (516.46 euros).

(L.20/1995) que, aunque no se convirtió en Ley, abrió el camino a medidas orgánicas en materia sanitaria. El Decreto Ley promulgaba la equiparación de los ciudadanos extranjeros extra comunitarios regularmente residentes en Italia e inscritos en los listados de empleo, con los ciudadanos italianos no ocupados (por lo tanto que no cotizaban). En los años siguientes el Decreto Dini de noviembre 1995 traslada de facto a la Policía la solución de los micro-conflictos de la migración (DAL LAGO, 1998) y extiende la facultad de alejar los extranjeros sospechosos de perturbar el orden público o reos de delitos menores sin posibilidad de solicitar recursos.

Las diversas reiteraciones del decreto Dini introdujeron en 1997 los campos de internamiento para extranjeros en espera de expulsión, definidos *Centri Permanenza Temporanea - CPT -* en zonas estratégicas de acceso/expulsión del territorio italiano,³⁴⁰ generando amplios debates también en materia sanitaria y psiquiátrica (ATTENASIO Y GABRIELE, 2003) de lo que nos ocuparemos más adelante. Es importante observar como el Decreto Dini³⁴¹ representará el acuerdo en materia de migración entre centro-izquierda y centro-derecha italiano, tema que, como el caso español, representa un juego simbólico por ganar electorado convirtiéndose luego en una temática olvidada durante el mandato. En la misma línea política *progresista* está la sucesiva *Legge Turco-Napolitano* de 1997³⁴² con restricciones de los ingresos y un procedimiento de regularización «a los límites del sadismo» según el sociólogo Dal Lago (1998: 27).

El cambio substancial en la expansión de la cobertura nacional tuvo lugar con el *Decreto Legge* del 25 de julio, 1998, n.286 (L. 286/1998), cuando se aprobó y en el *Regolamento Attuativo* aprobado con un DPR – *Decreto del Presidente de la República* – del 31 de agosto, 1999, n.394 (L. 394/1999) la *Legge* n.40 del mismo

³⁴⁰ Milano, 140 plazas; Torino, 50; Ponte Galeria (Rm), 200; Trapani, 150; Termini Imerese, 80; Catania, 80; Agrigento, 100; Pian del Lago (Ci), 100; Ragusa, 50; Lamezia Terme, 100; Francavilla Fontana, 70; Leche Malendugno, 100; Leche badeas, 100; Gradisca, 250 (LONGO, 2006)

³⁴¹ Dini es un personaje emblemático de la política italiana. En los inicios de su carrera apoyaba la Democracia Cristiana y participó como ministro de Economía durante el gobierno Berlusconi en 1995. Tras la caída de ese gobierno, se convirtió en primer ministro con el apoyo del centro-izquierda hasta las elecciones de 1996.

³⁴² Gobierno Romano Prodi.

año. El *“Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione di straniero”*³⁴³ (L. 286/1998) asegura a los ciudadanos extranjeros no en regla con el permiso de residencia, la necesidad de proceder a «(...) las curas ambulatorias y hospitalarias urgentes o en cualquier modo esenciales, continuadas por enfermedad o infortunio»³⁴⁴ y de ampliar «los programas de Medicina preventiva a la salvaguarda de la salud individual y colectiva»³⁴⁵ (L.286/1998). En definitiva, los extranjeros tendrán paridad de tratamiento y plena igualdad de derechos y deberes con los italianos sólo en el caso de poseer un reglamento de residencia vigente (por medio de trabajo autónomo o subordinado), un permiso de residencia o demanda de renovación (por trabajo, familia, adopción, ciudadanía, asilo político y humanitario). Los extranjeros con permiso de residencia superior a los tres meses tienen la obligación de inscribirse en el al SSN o de asegurarse a propio cargo, mientras que las personas en posesión de un permiso inferior a los tres meses y quién no se ha inscrito al SSN, se les asegurarán las curas ambulatorias y operaciones urgentes y esenciales por medio del pago correspondiente. En el caso de extranjeros no procedentes de la CE serán garantizadas las prestaciones y las curas urgentes y esenciales en los presidios público y privado. La siguiente circular ministerial del 24 de marzo del 2000 (L.5/2000) garantiza a los migrantes “irregulares” el derecho a las curas hospitalarias y ambulatorias urgentes y esenciales y a las prestaciones de Medicina preventiva, tutela de la gestación y de la maternidad, la tutela de la salud de los menores de edad, vacunas e intervención de profilaxis internacional, cura de las enfermedades infecciosas, Medicina penitenciaria y servicios para las drogodependencias. Dichas prestaciones son erogadas sin costos adjuntos de los solicitantes ya que, considerados sin recursos económicos, se pueden acoger a los fondos exclusivos inscritos en el banco del *Ministero dell’Interno*, en los otros casos, directamente en la ASL.

³⁴³ *“Texto único de las disposiciones concernientes la disciplina de inmigración y pautas sobre la conducción de extranjero”*

³⁴⁴ Trad. castellano de la autora.

³⁴⁵ *Idem.*

En consecuencia, con la Ley 5/2000, se crea la tarjeta STP - *Straniero Temporaneamente Presente* - que se solicita en un hospital o en un consultorio regional, tiene validez para seis meses, es renovable y reconocida en todo el territorio italiano. A cada extranjero irregular que se dirige a un hospital o a un consultorio, le se asignará un código regional con sigla STP.

El código está constituido por 16 caracteres:

S	T	P	A	B	C	D	E	F	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 caracteres: STP

6 caracteres: código ISTAT relacionado con la Región y estructura pública erogante las prestaciones sanitarias

7 caracteres con numero progresivo: atribuido a la emisión de la tarjeta

Todas las prestaciones sanitarias van a cargo de las ASL en el territorio en el que son asistidos, aunque las prestaciones son distribuidas por los Hospitales o Institutos de Investigación. Evidentemente, el asistido, como cualquier ciudadano italiano tiene que pagar el *Ticket*.

La tarjeta permite obtener asistencia médica urgente, curas y prescripciones de fármacos o visitas especializadas en urgencias o ambulatorios específicos para migrantes y, el acceso a los dispositivos sanitarios no implica denunciarlo a la seguridad pública italiana (únicamente en casos de accidentes, violencias, etc. tal como prevé la Ley) (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b).

La inscripción al SSN se obtiene presentando el permiso de residencia o el recibo de renovación,³⁴⁶ un auto-certificación de domicilio y un auto-declaración del número de código fiscal. Por lo tanto, los extranjeros sin un permiso regular no tienen médico de familia (BRIGIDI Y OTROS; 2006; 2008_b). Como consecuencia, la atención primaria se ofrece en centros paralelos de salud no-oficiales o semi-oficiales, creados por asociaciones de migrantes, religiosas o laicas que, según la normativa de cada región, pueden pertenecer a las ASL (en

³⁴⁶ El periodista Pacukaj (2006) describe la situación paradójica vivida por un grupo de estudiantes albaneses con el permiso de residencia «en curso de renovación» que intentaron donar la sangre en el Policlinico Umberto I de Roma y vieron negada la posibilidad de cumplir con la donación por razones burocráticas.

algunos casos, ocupan sólo los espacios de la ASL sin tener vínculos administrativos).³⁴⁷

Como ya hemos señalado (BRIGIDI Y OTROS, 2006; 2008_b) la tarjeta STP plantea dificultades en el acceso a la cobertura sanitaria por parte del colectivo de extranjeros sin permiso de residencia y no responde a los principios de universalidad con el que se define el sistema sanitario público italiano. En primer lugar, se entrega la tarjeta al extranjero sólo si hay una indicación médica; o sea que el que la solicita debe tener problemas de salud o síntomas de enfermedad. Luego, tiene una validez de medio año, por lo tanto no garantiza la adquisición continuada de fármacos o curas médicas en caso de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, si caduca, hay que volver a los centros que otorgan las tarjetas para pedirla de nuevo (aunque por Ley, la entrega adviene sólo en caso de enfermedad). Pero, el aspecto más inquietante, es que garantiza el acceso a exámenes y adquisición de fármacos, pero no permite la asignación de médico de familia, base del sistema de asistencia primaria en Italia. De hecho, el médico de cabecera es la persona encargada no sólo de mantener una relación continuada con sus pacientes (prevención, atención, seguimiento y cuidado), sino de la prescripción de recetas, solicitud de exámenes, certificados médicos, deportivos y de trabajo. De tal manera, la carga asistencial repercute o en los centros asistenciales voluntarios que, como veremos, no están organizados para sostener exámenes médicos, recetar medicamentos o proceder con exploraciones particulares, o en los centros de urgencias públicos, creando situaciones de colapso (largas listas de espera), problemas de intolerancia por parte de autóctonos (creación de prejuicios), de extranjeros (alimentación de la estigmatización) y de los médicos (que se ven

³⁴⁷ Además de los centros por STP tratados en el párrafo: "Los Centros Invisibles en Génova", existen otras experiencias en Italia de asistencia específica a personas con la tarjeta de extranjero temporalmente presente. Aquí cito algunas: en la Región Piemonte han sido instituidos con el DGR n.56-10571 del 15 de julio del 1996 y pasados a Régimen en el 2004, los Centros de Informaciones Sanitarias para los migrantes ISI; en Roma la asociación Gialuma onlus ha firmado un protocolo de acuerdo con la Asl RM H para la elaboración de un centro de atención específica por los STP; la Región Marche, por medio de la *Asociación Disuguaglianze dell'Agenzie Regionale Sanitaria* un ambulatorio de base para migrantes "sin papeles"; en Bologna existe el ambulatorio Sokos y *Scalo Internazionale Migranti* para problemas de higiene mental, organizado por médicos voluntarios, así como en Bolzano por parte de la asociación Fanon-Baliny.

delegados al rol de médico de cabecera en un lugar de emergencia (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b).

Otra dificultad vinculada a la tarjeta STP se ha presentado con la entrada en la UE de Rumania y Bulgaria (2007). En lugar de simplificar las acciones de protección social y acceso sanitario para ambas comunidades, se han vivido situaciones de falta de seguimiento terapéutico ya en curso (como el seguimiento de la maternidad, por ejemplo) a causa de una ausencia de acuerdos bilaterales y, por lo tanto, dificultando o imposibilitando el reembolso de los gastos sanitarios de dichos países³⁴⁸ obligando a los neo-extranjeros europeos a acceder a consultorios para personas STP (extra-comunitarias).

El *Piano Sanitario Nazionale* del 2003-2005 (MINISTERO DELLA SALUTE, 2003) dedica exclusivamente tres páginas a la salud de los migrantes y sólo los menciona en el séptimo «objetivo de salud del sistema sanitario» en el siguiente plan del 2006-2008 (MINISTERO DELLA SALUTE, 2006) sin añadir ninguna otra información. Además, no hay ninguna referencia a la salud mental. La migración está interpretada como una «condición» o «experiencia de desventaja» (MINISTERO DELLA SALUTE, 2003: 93) y asociada a las dificultades de las personas italianas “sin techo”. Reconoce una falta de elasticidad de los servicios italianos, pero no en el acceso o atención del colectivo, sino en referencia a los nuevos problemas de salud de dicha poblaciones (tuberculosis, traumatismos, infección a las vías aéreas, problemas ginecológicos obstétricos como abortos,³⁴⁹ mutilación genital femenina y neonatal, prematuridad, bajo peso al nacimiento y retraso en el calendario de las vacunas). De hecho, en el 2006 se erogan las *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile* (L. 6/2006) orientación política confirmada en el D.M del 6 de septiembre de 2006 en el cual se instituye la *Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile* promulgando las líneas guía para los profesionales socio-sanitarios.

³⁴⁸ Véase <http://www.onds.it/leggiartic.asp?id=468>, [Consulta el 31 de agosto, 2008].

³⁴⁹ La temática del aborto es otro “caballo de batalla” de las políticas sanitarias, prensa y opinión pública para evidenciar la ausencia de valores civiles (sin hablar de los religiosos) de las mujeres migrantes.

El 24 de abril de 2007 se aprobó el proyecto de la Ley Amato-Ferrero que no presenta directamente ningún cambio en el ámbito sanitario, pero prevé algunas modificaciones en los CPT. El mismo año, con un Decreto del Ministerio de la Salud, se creó el *Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà*,³⁵⁰ dirigido por el dermatólogo Aldo Morrone, con un financiamiento de 25 millones de euros en tres años (L. 296/2006)

Cómo la cultura responde al sufrimiento humano: el origen de una conciencia acerca la alteridad en Psiquiatría.³⁵¹

«Una ragazzina era arrivata dalle montagne del Nord Italia e nessuno capiva bene il suo dialetto, unica lingua che lei parlava. A causa della sua esitazione a rispondere a delle domande che nemmeno comprendeva del tutto, fu mandata all'ospedale per ulteriori osservazioni. Posso immaginare lo stato della ragazza che era sempre stata messa in guardia e mai le era stato dato il permesso di essere in compagnia sola con un uomo, quando il dottore improvvisamente la prese sulle ginocchia la guardó negli occhi, la giró su se stessa e tastò la colonna vertebrale. La ragazzina si ribellò e come! Fu il caso più crudele a cui assistetti nell'isola. In due settimane quella ragazza era matta da legare, benchè sembrasse perfettamente normale quando arrivò a Ellis Island»

FIORIELLO LA GUARDIA³⁵²

El trabajo etnográfico³⁵³ en el contexto eurooccidental fue un testimonio permanente de la *alteridad cultural* en la manera de vivir, concebir y gestionar la enfermedad psíquica. Numerosos autores reflexionaron sobre el valor del concepto de *crisis* y su *eficacia* terapéutica en contextos subalternos (DE

³⁵⁰ Véase: <http://www.inmp.it> / [Consulta el 4 de junio, 2008].

³⁵¹ La idea de este párrafo sería ofrecer al lector un cuadro general acerca del interés de médicos hacía sistemas *otros* de salud, enfermedad y atención en el marco psiquiátrico. Se reenvía a las fuentes bibliográficas propuesta en el texto por un mayor ahondamiento de la Etnopsiquiatría y Psiquiatría Transcultural.

³⁵² Alcalde de Nueva York del 1933 al 1945. Trabajó como intérprete en el servicio de migración en *Ellis Island* (cit. en ROCCHI, 2008: 117).

³⁵³ La etnografía no ha sido una técnica exclusiva de la antropología. Es uno de los lazos en común entre la Medicina y la Antropología. *Le terrain* fue un ámbito privilegiado de observación para el medico que recaba en casa del enfermo informaciones sobre el contexto del paciente (COMELLES, 1998).

MARTINO, 1958; PUCE, 1988).³⁵⁴ Otros asumieron la importancia del significado de lo social, político, simbólico, del rito religioso y ceremonial (LÉVI-STRAUSS, 1958; DE MARTINO, 1958; DI NOLA, 2005) en la comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención. Si bien el simple hecho que las descripciones procedían de un método cualitativo de recogida de los datos, es decir, de las técnicas etnográficas, no garantizaba que esas no estuviesen sujetas a matizaciones.³⁵⁵ Incluso, que dichos análisis no serían sometidos a ideas universalistas de impronta hegemónica y androcéntrica inspiradas de estructuras sociales jerarquizadas (como pensar al papel de la familia, del cuidado, la maternidad, etc.). Un *paradigma primitivístico* (LUCAS Y BARRETT, 1995) desafortunadamente aún presente en parte en la Psiquiatría contemporánea.³⁵⁶

La exploración de sistemas *otros* de atención y cura llevaron a la apertura de un filón de análisis comparativos relativos a la higiene mental. Sin embargo, la consistencia de los estudios de matriz *folk* en el campo médico permitieron reportar a la evidencia una parte tradicional, simbólica, mítica de la propia cultura, pienso en las investigaciones sobre el tarantismo en el sur de Italia o el *meigallo* en Galicia por ejemplo, y «establecer los límites culturales del modelo médico» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ Y OTROS, 2000: 171).³⁵⁷ Asimismo, esa curiosidad

³⁵⁴ Sobre el problema de la eficacia, véase Martínez-Hernández y otros (2000).

³⁵⁵ Como la teoría psicoanalítica en el trabajo de Malinowski. Véase también el uso de paradigmas psicológicos y psicoanalíticos en los años 20 por la escuela “personalidad y cultura” de Ruth Benedict; Margaret Mead; Ralph Linton; Esteva Fabregat, etc. o los trabajos de Géza Rohém (1964) que corroboró la universalidad del complejo de Edipo en poblaciones indígenas en Australia o los intentos de “etnopsicoanálisis complementarista” de George Devereux (1978; 1985), por ejemplo.

³⁵⁶ Por ejemplo hay que pensar en el trabajo de Carothers del 1953 promovido de la OMS y retirado de esta sólo en los años 70. En *African mind* el autor afirmaba la inferioridad de los africanos según las medidas de sus cerebros en comparación con lo de los europeos.

³⁵⁷ También se llevaron a cabo estudios que confirmaron la validez clínica de las farmacopeas popular indígenas (PITRÉ 1896), del papel y la función del(os) terapeuta(s) en las otras culturas (ANCORA Y FISCHETTI, 1988; DURKHEIM, 1992; COPPO, 1994; 2003; NATHAN, 1996a; 1996b; 1998; TSEMBERIS Y STEFANCIC, 2000) o descalificaba el rol terapéutico de chamanes y curanderos fundados en sugerencias, fe y actos de magias o brujerías, nunca muy alejados de de las prácticas psicoanalíticas. Véase, como ejemplo, Jodorowsky, (1997). Beneduce (2007) recuerda que propio Nathan recorre el camino ya abandonado de Freud, que llevaba a la sugestión como vía de curación. También acerca de las lógicas y sentido de la terapéutica popular a partir de la valoración del significado colectivo del acto ritual. Ver de Martino, (1958; 1961), Cabaleiro, (1997) y González, (2000).

científica,³⁵⁸ así como el deseo de legitimar el sistema diagnóstico eurooccidental o la esperanza de encontrar una solución a los trastornos mentales, favorecieron el interés por conocer los significados atribuidos al sufrimiento mental en etnias diversas. Como las de Emil Kreapelin, 1904, en Java,³⁵⁹ aunque él mismo, como observa Beneduce (2007), estableciera las premisas de la hegemonía contemporánea de las categorías y métodos de la Psiquiatría occidental. De hecho, muchos estudios tenían la finalidad de consolidar y acentuar aún más la fuerza de las nosologías y nociones científicas eurooccidentales.³⁶⁰ Como la obra de Gilles de la Tourette que analiza en diversos países trastornos con unas sintomatologías semejantes aunque descritas e interpretadas por la población de manera diferente.³⁶¹ Tras las «preocupaciones de ordenes comparativos» (BENEDUCE, 2007: 53) el *cambio* relevante se ha producido también por la presencia de extranjeros en los territorios (turistas, viajeros, migrantes temporales o residentes y personas procedentes de ex-colonias). Eso permitió investigar acerca de «las conexiones entre cultura, enfermedad y cura en un particular contexto cultural, social y religioso» (BENEDUCE, 2007: 53). Los estudios Etnopsiquiátricos indujeron no sólo a interrogarse sobre la *alteridad* en psicopatología sino a efectuar experimentos asistenciales desde la Psiquiatría europea en contextos culturales particulares y, en época contemporánea, a pensar en dispositivos sanitarios psiquiátricos adaptables, específicos e interesados a esa diversidad dislocados en los contextos de acogidas. En el caso de los modelos diagnósticos, el trabajo crítico de Frantz Fanon a finales de los cincuenta, puso en evidencia lo que ya durante los masivos éxodos europeos a

³⁵⁸ Mejor dicho, la *curiositas*, es decir la necesidad íntima de descubierta intelectual.

³⁵⁹ Hoy en día esquizofrenia.

³⁶⁰ Aquí se podría también añadir el debate sobre el pluralismo asistencial en campo psiquiátrico. De todos modos, para el primer aspecto, esbozado en las premisas teóricas en la primer parte del párrafo, reenvío a Rosenhan (1973) acerca de la labilidad de los criterios diagnósticos. Asimismo se puede consultar el estudio US: UK Project por las faltas de homogeneidad de los criterios y sus críticas (COOPER Y MORGAN, 1973; COOPER Y SARTORIUS, 1977), así como al estudio sobre frecuencia y manifestación de la esquizofrenia a nivel transcultural el EPIE (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ Y OTROS, 2000). Mientras acerca de un mancato comportamiento crítico de la psiquiatría en los sistemas de interpretaciones y cura del disturbo psíquico en sociedad no occidentales consultar Charuty (1988).

³⁶¹ Hay muchos autores como por ejemplo Van Brero, Philippe de Rey, Muñoz, etc.

caballo entre el XVIII y XX en EE.UU.³⁶² se había observado: los test psicológicos, los modelos de exámenes cognitivos deberían adaptarse al diverso contexto cultural del sujeto analizado.³⁶³ En efecto, por mucho tiempo la presencia o ausencia de un síntoma serán puestas en relación más con las capacidades cognitivas de los migrantes que con las *otras* representaciones e interpretaciones de la experiencia psíquica. El experimento³⁶⁴ más conocido sobre todo por las repercusiones que tuvo en la Psiquiatría francófona (ORTIGUES y ORTIGUES, 1966; ZEMPLÉNI, 1966; AUGÉ Y HERZLICH, 1986; NATHAN, 1996_a; 1996_b; 1998; 2001), en el desarrollo de una línea de investigación en el marco psiquiátrico, fue en el hospital Fann de Dakar (STORPER-PÉREZ, 1973; COLLIGNON, 1978; PANDOLFI, 1988). Erigido en el 1959 por el psiquiatra Henri Collomb³⁶⁵ y colaboradores, y aún operante³⁶⁶ modernizó la atención psiquiátrica del dispositivo a partir de su aspecto arquitectónico: abertura al exterior, ingresos en casas tradicionales, lugares de encuentro comunes. Además se comprendió la necesidad de incluir las técnicas de cuidados tradicionales por medio de plantas psicotrópicas y rituales terapéuticos y del entorno social,³⁶⁷ cuya ausencia retardaba la reinserción social del paciente en la comunidad. El paciente estaba ingresado junto a un miembro de su familia, que se ocupaba de su alimentación y cuidado (a menudo una figura femenina). La influencia de esa experiencia, en conjunto con el flujo migratorio así como la demanda asistencial elaborada por parte de refugiados y asilados, permitió idear y desarrollar dispositivos psiquiátricos³⁶⁸ que se ocuparon exclusivamente

³⁶² Crialesse Emanuele, *Nuovo Mondo*, Italia, 118''.

³⁶³ No hay que olvidarse, además, del uso social y político de la enfermedad mental. Véase Beneduce; Sontag; Satz, por ejemplo.

³⁶⁴ En los mismos años, será George Devereux a conferir a la Etnopsiquiatría una autonomía disciplinar y a subrayar la importancia de la antropología en los estudios psiquiátricos

³⁶⁵ Henri Collomb abre en e 1965 la Sociedad de Psicopatología Africana a Dakar y será también el director de la revista "*Psychopathologie Africaine*". Collomb (1977) definía la etnopsiquiatría como el estudio de la manera la cual sociedad y culturas producen y consuman la locura, reduciendo o profundizando el *gap* entre el loco y no-loco.

³⁶⁶ A nivel hospitalario, son presentes además del Hospital Fann, existe un departamento psiquiátrico en el Hospital Thiaroje y otro por enfermos crónicos en el de Saint Louis.

³⁶⁷ ¡Aún antes de los inicios propiamente dichos de las reformas psiquiátricas en Europa!

³⁶⁸ Añadiría el espíritu asistencial cristiano aún presente en algunos dispositivos, el deber-culpa hacia los ex-colonos y el embarazo político en el frente internacional delante de una posible falta asistencial.

de personas procedentes de otras culturas en Europa, Canadá y EE.UU. Paradójicamente³⁶⁹ se empezó a reevaluar o a reconsiderar la demanda de diversidad cultural en salud mental.³⁷⁰

Hoy en día son numerosos los centros públicos que se ocupan de atender los migrantes con problemas de salud mental. Aunque las experiencias iniciales en materia psiquiátrica-psicológica y migración en Europa se desarrollaron principalmente en un contexto francófono,³⁷¹ sin olvidar, al grupo de Romald Littlewood en Londres u otras experiencias locales llevada a cabo tanto en España³⁷² como en Italia.³⁷³ Cabe también destacar que los nacimientos de estos escenarios *específicos* para migrantes y refugiados en el contexto psico-psiquiátrico llevaron a numerosos debates científicos. Una primera cuestión versa sobre la especificidad misma de estos centros. La finalidad de atender *exclusivamente* a los migrantes en lugar de dispositivos *heterogéneos* puede promover una ghetización de sus distritos de usuarios.³⁷⁴ Al mismo tiempo puede inducir a pesar y aislar el hecho migratorio como factor etiológico para el desarrollo de enfermedad mental. El riesgo es sustituir el concepto de *psique* con lo de *cultural* (PLON, 2005) u omitir el *individuo* en favor del *grupo étnico* (MENÉNDEZ, 2002). Otras críticas severas interesan el empleo de categorías y

³⁶⁹ La diversidad, como ya he remarcado en otros contextos durante ese ensayo, forma parte de la relación terapeuta paciente desde siempre.

³⁷⁰ La primera publicación de la *Transcultural Psychiatric Research Review* remonta al 1956 por Wittkower y colaboradores promoviendo la relación entre cultura y salud mental. Cambió su nombre en el 1997. Está publicada de SAGE, Londres. También *Culture, Medicine and Psychiatry* por Harvard; *Psiquiatría Transcultural* instituida por Bustamante José Antonio en Cuba; *Salud Mental* por Hollweg Mario Gabriel en Bolivia y *Investigación en Salud* por Villaseñor Bayardo Sergio en México. A partir de esas publicaciones el interés en el campo *borderline* entre antropología, psicología, sociología y psiquiatría aumentaron notablemente. En el 1971 la *World Psychiatric Association* – WPA – organizó una sección de *transcultural psychiatric* durante el 5º Congreso Mundial de Psiquiatría en la ciudad de México.

³⁷¹ Como por ejemplo el centro *Minkowska* de París, en lo el *Laeken* de Bruselas y lo del *Centre Devereux* con Tobie Nathan (antes llevado a cabo en el Hospital *Avicenne de Bibigny*)

³⁷² En este propósito menciono el centro *SATMI* con Yolanda Osorio, el *SAPPPIR* con Joseba Atxotegui y de la ONG *Exil* a Barcelona.

³⁷³ En Italia recuerdo el *Centro de Torre Spaccata* a Roma; la *Unità di Psichiatria Multiétnica G. Devereux* con Alberto Merini a Bolonia; *Centro Frantz Fanon* con Roberto Beneduce y el *Centro MARME* ambos a Torino, la *Associazione NAGA* y la *Associazione Terre nuove* ambas a Milano; la *Associazione Shinui* a Bergamo; *L'albero della salute* a Prato y el *Servizio di medicina preventiva per le migrazioni Istituto San Gallicano* a Roma.

³⁷⁴ Disputas análogas habían surgido después de la propuesta de crear escuelas/clases *especiales* para niños con déficit mentales (VIANELLO, 1999).

etiologías tradicionales (BENEDUCE, 2008) o de técnicas procedentes de curanderos o sanadores que pueden ser malentendida o incluso manipulada en el contexto eurooccidental (FASSIN, 1996; 2006 LOSI, 2000).

MODELOS ORGANIZATIVOS EN SALUD MENTAL.

El campo de salud mental representa un territorio aún más complejo tanto a nivel histórico como de gestión y cobertura y, sin duda, paradójico. Por una parte, no hace mucho que la asistencia psiquiátrica está integrada en los planes sanitarios nacionales de ambas las naciones (LGS 1986, en España; L.833/78, en Italia) incluso, el caso español, esa tiene una atipicidad “histórica” debida a su periodización (no se corresponde con las demás naciones) y al desarrollo no homogéneo de la asistencia psiquiátrica en las diferentes CCAA, especialmente en Catalunya (COMELLES, 1988; CAPELLÁ Y ALENTAR, 2001).³⁷⁵ Por otra, la Psiquiatría sigue representando un campo de desafíos filosóficos e incertidumbre médica³⁷⁶. La búsqueda de una *disciplina* y el definitivo distanciamiento de la filosofía³⁷⁷ condujo hacia intervenciones siempre más invasivas y quirúrgicas,³⁷⁸ alejando al terapeuta de la *psyché*³⁷⁹ del paciente y de la persona. En ese ámbito relativamente joven (79 y 86) e incierto son evidentes las dificultades en el planeamiento de una política sanitaria psiquiátrica que garantice prevención, atención y asistencia individual al enfermo y, al mismo tiempo, que responda como soporte al entorno familiar del paciente y garantice

³⁷⁵ « El modelo de institucionalización de la oferta y de la demanda de servicios psiquiátricos – es – muy vinculada a la diversidad de la circunstancia sociocultural española» (COMELLES, 1988: 256).

³⁷⁶ La demostración de su epistemología (ROCA I SEBASTIÀ, 1999), el reconocimiento de la cercanía con la ciencias sociales (OBIOLS, 1988; COMELLES Y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 1993) y el debate sobre la eficacia.

³⁷⁷ Nacida como campo de saberes más cercano a la magia y a la religión, ha luchado por obtener un *discurso* y una *clínica* que no estuviesen fundadas únicamente en las observaciones de los terapeutas.

³⁷⁸ Al principio eran disecciones anatómicas sobre cadáveres (BRIGIDI, 2008_a), después lobotomías, Estimulación cerebral profunda (FISCHMAN, 2006), cingulotomías bilaterales.

³⁷⁹ *Ψυχή*, espíritu, alma.

una seguridad pública. Dicha seguridad (tanto moral como en términos de violencia física)³⁸⁰ acompañó perpetuamente la imagen y los significados de la *locura*. La presunta o cierta peligrosidad del enfermo mental, que no debería representar un problema médico (SZASZ, 1990), ha asumido diversas formas en la historia de la Psiquiatría justificando distintos tratamientos punitivos (ingresos, clausuras, lobotomías, duchas frías, uso excesivo de fármacos sedantes, etc.). Lo que resulta aún hoy evidente es que cada noticia de la crónica negra parece revelar un “fallo” del sistema médico y social que no ha sabido detectar o prevenir, ver o gestionar en el sujeto³⁸¹ una latencia de enfermedad mental (¿Transitoria?).³⁸² Es decir, la Psiquiatría garantiza una defensa y una absolución jurídica fundada en la enfermedad mental - *insanity defense* - disculpa culpables y recluye inocentes (SZASZ, 2003).³⁸³ La intervención de la Psiquiatría en la vida cotidiana garantiza una explicación comúnmente aceptada que deviene perjudicial sólo a causa de la pertenencia étnica del *loco*, ya que vuelve a cuestionar tanto la alteridad como la entrada en el territorio, la acogida a la comunidad y el acceso al sistema sanitario público del Estado.³⁸⁴ Igualmente, en una sociedad occidental, donde la muerte tiene algo de enfermizo y su elección pautada crea controversia (aborto y eutanasia), el enfermo mental es la obstinación terapéutica-moral a negar el libre arbitrio.

³⁸⁰ Cuestiones como la homosexualidad, por ejemplo, prescindieron de la moral y se convierten en peligrosidad física (riesgo de violencia, pederastia, etc.).

³⁸¹ La escuela por ejemplo. Esa es una de las razones por las que la prevención en las escuelas se ha hecho siempre más puntual e insistente y en conexión con cuestiones de seguridad pública. Pensar a los programas de monitorización elaborados en las escuelas primarias de EE.UU. y a la primera investigación epidemiológica multicéntrica italiana acerca de la prevención de trastornos psíquicos entre preadolescentes de 10-14 años. Véase el *Progetto PrISMA*, elaborado en siete ciudades distintas.

³⁸² Por ejemplo lo ocurrido en Colombine o los recientes asesinatos en las escuelas de Finlandia. Asimismo en el caso del suicidio: ejemplo judío-cristiano de insania, punible por medio de la ausencia de entierro sagrado y en el pasado con la confiscación de bienes. Véase: Van Sant, Gus (2003), «Elephant», EE.UU., 78'. Véase: Laferri, Francesca (2007), «Fa una strage a scuola e l'annuncia su You Tube», en *La Repubblica*, 8 de noviembre, p.1.; Lanza, Vincenzo (2008), «Filandia, fa strage a scuola: 10 morti», en *La Repubblica*, 24 de septiembre, p.1.; Sánchez, Cristina (2008), «Países Nórdicos», en *La Vanguardia*, 28 septiembre, p.25.

³⁸³ Además, como nota el autor, base de las causas de reembolso contra la industria de tabaco y afines.

³⁸⁴ Cabe recordar el caso de El Ejido donde Encarnación López Valverde de 26 años fue asesinada por un joven marroquí con trastorno mental, rechazado por un centro sanitario durante un brote psiquiátrico (RIUS SANT, 2007). Curiosamente si la víctima de la “locura” es una persona no autóctona no se habla más en términos psiquiátricos sino de racismo.

Entonces la locura sigue siendo una enfermedad que afecta la razón.³⁸⁵ El *loco* no ha dejado de ser el peligro, el chivo expiatorio, lo que contradice las reglas morales de la sociedad (antes prostitución, ambigüedad sexual, homosexualidad, hoy vivacidad, alegría, como la tristeza, etc.), el diverso, aún necesario, en cada sociedad.

Atención psiquiátrica y cambios en la asistencia. El manejo de la alteridad en Barcelona

Con la victoria electoral del Partido Socialista en España se crea en 1983 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que elaboró un informe que además de incluir 21 recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial presentada al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo para la Reforma Psiquiátrica española (MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO, 1985), vinculaba la reforma psiquiátrica con la sanitaria y presentaba un nuevo modelo de atención a la salud mental hacia la comunidad de tal manera actuaba como un “compromiso territorial”. Como ocurrió con la reforma en Italia, los puntos esenciales se concretizaron en la transferencia de los hospitales psiquiátricos (territorialización de los servicios), la integración de la salud mental en la red sanitaria, consecuencia de la LGS, una red de atención homologada en todo el país y el reconocimiento de los derechos civiles del enfermo mental. Como para los demás países europeos, con la excepción de algunas formas de desarrollo etnopsiquiátrico y etnopsicoanalista en Francia, la problemática relativa a la migración, o simplemente, la de la diversidad cultural en la asistencia psiquiátrica no fueron contempladas en la Reforma sino en época más bien reciente (COMELLES, 2007_a). Además, resultaron insuficientes tanto los recursos

³⁸⁵ Aceptamos que un enfermo de SIDA o de cáncer quiera morir, pero lo rechazamos y obstaculizamos si se trata de un enfermo mental. En ambos casos, ¿No es la enfermedad (su sufrimiento, la manera en que la enfermedad perjudica la vida del paciente y su entorno familiar) que lleva a desear la muerte?

humanos especializados (también en términos rehabilitativos) como los aspectos ligados a la prevención y promoción de la salud mental, al mismo tiempo que el proceso de reinserción social del paciente psiquiátrico. Es decir que la Reforma psiquiátrica española se centró más en la discusión sobre los dispositivos asistenciales, redes de atención y derecho a la salud que en los problemas clínicos presentes (BERNAL Y COMELLES, 2004), como por ejemplo, la presencia de migrantes en la red sanitaria del país. De hecho, en 1989 se asiste a la extensión de la asistencia sanitaria a la personas sin recursos económicos, lo cual representó indudablemente un paso importante para la equiparación de la persona con trastornos mentales, aunque eso no significase *concretamente* la posibilidad de acceso a los recursos sanitarios ni «que los problemas que pudiera producir la diversidad cultural en la demanda recibiesen ninguna atención» (BERNAL Y COMELLES, 2004: 47). La cuestión de no plantearse los efectos de la migración (interna, exterior y extracomunitaria) en las diversas fases durante toda la transformación psiquiátrica del país, dejó la atención pública psiquiátrica al descubierto y no preparada en términos de cuestiones asistenciales, contribuyendo además a la propagación un modelo de clínica norteamericana (escuela de Harvard y McGill) desarrollado en torno a ideologías particulares (COMELLES, 2007_b).

El RD 10/2006 del 15 de septiembre menciona por primera vez a los migrantes identificándolos como grupo vulnerable en la promoción y prevención de la salud mental. Ese RD actualiza las prestaciones del RD 63/1995 del 20 de enero, incluyendo la atención primaria y especializada en un apartado específico de la cartera de los servicios en salud mental del sistema nacional sanitario español. Las actuales líneas estratégicas de intervención en materia sanitaria consisten fundamentalmente en la promoción y prevención de la salud mental entre la poblaciones, con una especial atención a los «grupos especialmente vulnerables (niños y niñas y adolescentes, ancianos y ancianas, migrantes, penados y penadas, etc.)» (MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO, 2007). Además, insiste en la erradicación del estigma de las personas que padecen enfermedades mentales, en la coordinación intrainstitucional e

interinstitucional, en la formación del personal sanitario, en el desarrollo del sistema informativo y de evaluación del sistema y fomentar las investigaciones en la materia (MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO, 2007).

Según Comelles (2007_b), ese desinterés por parte de los psiquiatras en materia de migración y de las políticas sanitarias³⁸⁶ depende del desarrollo de unas ciencias sociales, poco autónomas y relegadas exclusivamente al campo del *Geist* alejadas de la formación médica. Además de a factores ligados a la hegemonía del liberalismo radical. El jacobinismo reforzó el fundamentalismo biológico en la explicación de los fenómenos socio-culturales e igualmente negó el valor de la diferencia cultural como elemento explicativo de los trastornos mentales. El modelo centralista sobre el cual se fundó la ideología jacobina, contribuyó a interpretar *lo local* como obstáculo o resistencia para los criterios de igualdad en las prestaciones de servicios tanto como ocultar las prácticas alternativas al modelo hegemónico (COMELLES, 2007_b). Igualmente, creo poder añadir a las hipótesis de Comelles acerca del silencio europeo frente de la salud mental y la migración, que dependió también del desarrollo de la colonización³⁸⁷ y de los intereses económicos de cada nación en materia tanto sanitaria como migratoria.

A nivel logístico, en Cataluña la atención psiquiátrica forma parte del *segundo nivel* de acceso de la población a los servicios públicos en la comunidad catalana. Sigue un modelo integral de atención interdisciplinaria e intersectorial con la participación de servicios sanitarios y de recursos sociales y educativos. Las prioridades son reconocidas en la atención y la inserción en la comunidad del paciente y de su familia. La red de recursos de salud mental está organizada en torno a una atención especializada en salud mental, en el soporte a la atención primaria de salud, en una atención hospitalaria psiquiátrica, con

³⁸⁶ Por cierto, es un fenómeno que supera los confines de España e incluye a la mayoría de los países limítrofes.

³⁸⁷ Se diferencia la colonización del colonialismo y del neocolonialismo. El primero se distingue por la presencia/establecimiento de colonos en un territorio de ultramar y no de continuidad en la cual, el establecimiento tuvo lugar en una época particular y mantuvo una antigüedad. Con colonialismo se entiende una inversión en diferentes sectores y el neocolonialismo es una situación de substitución de la presencia visible por un gobierno invisible, en el cual se libera del imperialismo a los colonos pero no al país (FERRIO, 2005; CÉSAIRE, 2006)

diferentes niveles de intensidad, en la hospitalización parcial u hospital de día, y en la rehabilitación comunitaria.³⁸⁸

*Reforma psiquiátrica Italia.*³⁸⁹ *Los servicios territoriales en Génova*



SERENA, BRIGIDI (2006) *Basaglia tra la gente*, Manifiesto de la psiquiatría democrática italiana, ASL 3 “genovese”, Génova.

La experiencia psiquiátrica italiana, se caracterizó por el paso de una organización custodial, basada en el internamiento y la exclusión del enfermo mental a una práctica de inclusión y restitución de los derechos de la persona (DEL GIUDICE, 1998). La clave de esta transición, iniciada al final de los años 70, fue el controvertido concepto (SZASZ, 1990) de *desinstitucionalización*, entendido como una acción crítica a la teoría y a la praxis de los elementos constitutivos (científicos, ideológicos, administrativos, etc.) del manicomio (BASAGLIA, 1968).

³⁸⁸ En España recordamos las obras de Obiols, J. (1978; 1981; 1988) acerca de los factores étnicos-culturales en psicopatología y drogas; Comelles y otros (1975) sobre una paciente gitana; Romaní (1982) drogas y subcultura; Gondar (1989; 1990) duelo y muerte en las mujeres gallegas; Tizón y otros (1993) diversidad cultural en los centros públicos de atención primaria en Barcelona y los más recientes de Díez y Osorio, (1999); Atxotegui (2000; 2001; 2007).

³⁸⁹ Por cuestión de objetivos generales, no conduciré un análisis diacrónico exhaustivo sobre la historia de la psiquiatría italiana o genovesa. Por lo tanto reenvío a la consulta de textos básicos como: Peloso, (2004);

El término no significa una deshospitalización ni un abandono del seguimiento psiquiátrico, al contrario, la exigencia «inderrogable» (LR, 18/83) promovida fue la de garantizar al sujeto una continuidad terapéutica en las instituciones psiquiátricas. El proceso resultó lento, «redundante y grotesco» (SZASZ, 1990) y, en algunos contextos, de difícil aplicación, pero condujo al cierre de los manicomios como institución global y la construcción de una red de servicios “adaptables” a la persona y su contexto familiar y social. En el centro del proceso, al menos teóricamente, se colocaba, por primera vez en la historia psiquiátrica italiana, al enfermo mental.³⁹⁰

La Ley Giolitti³⁹¹ fue la primera ley italiana en materia de higiene mental (1904), definida por Raimondi (2003) como «ley de policía», y permaneció en vigor los 64 años siguientes. El manicomio, centro de la práctica custodial,³⁹² era utilizado para los ingresos de enfermos dementes «peligrosos para consigo mismos y para los demás» y que representen un «escándalo público» (L.36/1904). En el centro de la problemática no estaba el sufrimiento humano,³⁹³ sino la transgresión y la molestia de la comunidad generada por un comportamiento no gobernable (RAIMONDI, 2003). Los ingresos llegaban

³⁹⁰ Según Szasz (1990) la política de transferencia de los pacientes psiquiátricos de los hospitales a otras instituciones de vigilancia psiquiátrica no representa, a la par del electroshock o la lobotomía, una mejora o revolución en el campo psiquiátrico. Szasz se pregunta porqué un paciente psiquiátrico debe estar ingresado durante largos periodos de tiempo en hospitales *especiales* cuando otros enfermos crónicos como el diabético o artrítico no lo están (¿Acaso el diabético vive en un hospital?). Asimismo, si las curas se derivan de la conversación y de los fármacos: ¿Qué necesidad hay de ingresarlos? Incluso, evidencia la realidad de los pacientes psiquiátricos que han encontrado una casa (comida y alojamiento), protección, una posibilidad de fugarse de las responsabilidades de la vida cotidiana durante gran parte de sus vidas en los manicomios y ahora, sin que nadie le haya pedido lo que quieren, son catapultados al exterior.

³⁹¹ La ley Giolitti se presenta como una integración de la precedente ley Crispi (6972/1890) y en efecto dejó inalterado el carácter privado asistencial de los institutos de beneficencia, sin predisponer intervenciones por parte del Estado. La beneficencia estaba entendida como un aspecto de la compleja situación social vivida en el reino, en que el pobre tenía el derecho de ser asistido (deber de la sociedad proveer de ayuda). El Gobierno fascista, en el 1923, la abrogó a causa de su ordenamiento descentralizador (sobre bases provinciales) manteniendo la Ley Crispi como ley orgánica de referencia para la asistencia

³⁹² Las intervenciones psiquiátricas consistían principalmente en la malariaterapia, 1917; insulinoaterapia, 1932; metrazolterapia, 1934; electroshock, 1938 y la ergoterapia, 1741-1927. Sólo en los años 50 nacieron los antidepresivos, neurolépticos y ansiolíticos.

³⁹³ Szasz, como muchos del movimiento antipsiquiátrico (C. Aimone, G. Antonucci, F. Baughman, M. Loiacono, L. Mosher, etc.), niegan la existencia de la enfermedad mental, como construcción médica, y hablan sólo de sufrimiento humano. Véase la bibliografía en el sitio Web: <http://isole.ecn.org/antipsichiatria/libri/dizionario/bibliografia.htm> [consulta el 1 de junio, 2009].

exclusivamente por medio de una orden policial previa certificación médica por triplicado que atestaba una enfermedad o el escándalo público. El jefe de policía o un delegado emitía un mandato provisional y el director del manicomio disponía de quince días para la observación del sujeto (prologables a otros quince) al término de los cuales elaboraba un informe, único dato técnico sobre la situación mental de la persona, para la comisión que juzgaría la posibilidad de reinserción del paciente. Sobre dicho informe se basaba el proceso y si los jueces consideraban plausible la peligrosidad del sujeto para sí mismo y para con los demás, se dictaba un *decreto de asociación definitiva al manicomio*. Se privaba al paciente de sus derechos civiles (además de una interdicción provisional), se le inscribía en el fichero judicial (como un criminal) y se le empadronaba en el manicomio. La *Legge Mariotti* en el 1968 abolió tal afiliación,³⁹⁴ consentía el ingreso voluntario e instituía Centros de Higiene Mental en el territorio donde se garantizaba una asistencia psiquiátrica “externa” al manicomio (L.431/1968). Sin embargo, los años que preceden a la Ley Mariotti se caracterizan por fuertes movimientos colectivos y de intolerancia (se cuestionan aspectos relacionados con el marco educativo, escolar y carcelario)³⁹⁵ hacía las instituciones globales (GOFFMAN, 2001) que darán lugar a cambios importantes no sólo en la práctica psiquiátrica.³⁹⁶

“El problema psiquiátrico” en Italia se refleja tanto a nivel político como médico (Basaglia, Pirilla, etc.), y dio origen a la reforma psiquiátrica italiana

³⁹⁴ Con la ley Mariotti se reformaron también los hospitales de entes asistenciales y de beneficencia en entes públicos (entes hospitalarios). La ley tenía un marco higienista porque se consideraba más idónea la construcción de hospitales en los alrededores de la ciudad.

³⁹⁵ Sintéticamente, en Europa: en 1961 se construye el muro del Berlín; Grecia vive el golpe de Estado con la instauración del régimen dictatorial de extrema derecha de Papadopolus; en 1968 inicia la “Primavera de Praga”, una disociación del régimen soviético concluida meses después con una represión armada. En la otra parte del océano, nace en San Francisco el movimiento juvenil contra la guerra del Vietnam del 1965; en 1969 Che Guevara muere en Bolivia y la tensión entre las potencias de EE.UU. y URSS es siempre mayor; al año siguiente fallece también Martin Luther King creador del Movimiento por los Derechos Civiles y en el 1969 Armstrong, Collins y Aldrin permiten al mundo soñar con nuevas posibilidades por medio de los avances tecnológicos.

³⁹⁶ Son numerosas las experiencias locales en Inglaterra, Francia, Alemania, Italia (psiquiatría radical; psiquiatría democrática) y EE.UU. de autogestión o prácticas antinstitucionales a partir de la escuela de Palo Alto fundada por Don D. Jackson en California, las comunidades de Ronald D. Laing y David G. Cooper, el colectivo SPK en Alemania donde quinientos pacientes se autogestionaron durante un año y se abolieron los roles entre pacientes y personal sanitario.

conocida como Ley Basaglia (L.180/1978) y a la reforma sanitaria del mismo año (RS, 833/78, véase art.33; 34; 35) que integraba la asistencia sanitaria psiquiátrica al SNS. Con la Ley Basaglia y RS.833/78 se logró la total abolición de la implicación jurídica del paciente psiquiátrico, los ingresos forzosos o TSO pasan a ser una intervención sanitaria y no de seguridad pública.³⁹⁷ El tratamiento psiquiátrico contemplará tanto la prevención, la cura como la rehabilitación de la persona (proyecto terapéutico individualizado) y, lo más importante, la clausura definitiva de los manicomios como espacio y praxis de segregación psiquiátrica. Cada región aplicará normas específicas para la clausura de los manicomios (y su rehabilitación y transformación) y durante los años de transición (que por algunos aspectos aún no están concluidos) cambió incluso el aspecto físico de la asistencia psiquiátrica. En la capital ligur, la fase de custodialismo dura desde 1841, año correspondiente a la construcción del primer manicomio en el centro ciudadano,³⁹⁸ hasta 1983 (Provincia di Genova, 1980; PELOSO, 2004). De hecho, en esta fecha los manicomios aún presentes en el territorio, Cogoleto (construido en 1908) y Quarto (1895), fueron transformados en Presidios Sociales y Sanitarios para la tutela de la salud mental, a través la Ley Regional n. 18 del 19 de mayo de 1983 (LR. 18/1983).

La sucesiva DL. del 22 de junio de 1999, n.230 insiste en el orientación comunitaria de la asistencia de las personas con trastornos mentales y la superación del modelo custodial del hospital psiquiátrico. Actualmente, el Plan Sanitario Nacional reconoce como un problema el incremento de las patologías mentales, sobre todo en las franjas infantiles y en la madurez, condicionalmente a un aumento considerable de trastornos de ansiedad, ataque de pánico, formas obsesivas compulsivas y depresiones (MINISTERO DELLA SALUTE, 2003). A ellos se asocia una elevada carga de gastos económicos y sociales que pesan sobre los pacientes, los familiares y la comunidad. A nivel organizativo, el ministerio reconoce la existencia de una gestión no homogénea y una falta de coordinación

³⁹⁷ A los 30 años de la Ley Basaglia, el debate sigue abierto. Sobre todo por lo que concierne al propio el TSO.

³⁹⁸ Ya a finales del XVI siglo se hicieron las pruebas del funcionamiento del *Reductum*, conocido como "*Spedale degli Incurabili*", abreviado en "*Spedaletto*" lugar de ingresos temporales para locos, *pauperes et miserabiles* (PROVINCIA DI GENOVA, 1980; PELOSO, 2004).

entre las instituciones residenciales, una carencia en el sistema informativo por la monitorización cuali-cuantitativo de las prestaciones, una escasa gestión de las condiciones de co-morbilidad entre trastorno psiquiátricos y abuso de sustancias, entre trastornos psiquiátricos y patologías orgánicas y una escasa difusión de los conocimientos científicos desarrollados. A nivel colectivo, los objetivos que se propone son reducir las tasas de suicidios en los grupos más predispuestos, reducción de los estigmas y prejuicios aún presentes en torno a los enfermos mentales, disminución de las interacciones de tratamientos voluntarios (abandonos), problema extremadamente presente en el caso de los migrantes, y de los tiempos de espera para los tratamientos (sobre todo en el caso de psicoterapias), asimismo propone fagocitar las intervenciones de prevención (MINISTERO DELLA SALUTE, 2003). Ninguna referencia a la alteridad en salud mental.

A nivel logístico, los servicios territoriales- están organizados en el Departamento de Salud Mental -DSM - con la función de garantizar la coordinación y la programación de las intervenciones integradas de prevención, cura y rehabilitación (como prevé la Ley Basaglia) y los Centros de Salud Mental - CSM - dislocados en el territorio y referencia local para la población (consulta psicoterapia; asistencia telefónica; centros diurnos; *day-hospital*; proyecto formativo y educativo; ingresos; etc.) que se ocupan de la continuidad terapéutica y mantienen los contactos con las instituciones semiresidenciales, residenciales y la comunidad.

Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes.

Las investigaciones sobre migraciones y salud se han interesado casi exclusivamente en los usuarios extranjeros, en cómo se produce el acceso al sistema sanitario del país de *acogida* y el uso que hacen del mismo. Igualmente, contemplan el número de personas que emplean los dispositivos, desde la

atención primaria hasta los servicios de urgencias, con el objetivo de entender *si, cómo y para qué* los migrantes recurren a ellos. Dicho acercamiento resulta exiguo ya que no garantiza una visión completa del fenómeno observado ni examina la realidad socio-sanitaria desde una perspectiva relacional que implique tanto a los agentes presentes en los dispositivos (también en términos de desigualdad y estratificación social) como a las administraciones, leyes y políticas desarrolladas en materia sanitaria.

Sin embargo, la presencia de extranjeros muta las reglas de las relaciones asistenciales - necesidad de una reglamentación específica, por ejemplo - ya que resalta la alteridad. Además, el personal sanitario se debe enfrentar más a problemas sociales y culturales que clínicos. Esas dificultades en la “práctica sanitaria” no están vinculadas *directamente* a los migrantes, sino a las organizaciones, gestiones, infraestructuras, recursos, leyes, disponibilidades y orientaciones de los dispositivos. Cuando se trabaja en un contexto sanitario que, por definición, es un lugar de encuentro entre culturas, es corriente afrontar una serie de cuestiones relacionadas con la misma práctica biomédica: cumplir con la anamnesis, por ejemplo; obtener el consentimiento para la administración de medicamento o un TAC o, en casos más específicos, negociar una dieta con un paciente diabético que sea acorde con sus costumbres alimentarias o pautas tradicionales. Sin hablar de la posibilidad de crear y mantener un dialogo interactivo entre lo agentes.

Durante el trabajo de campo uno de los problemas que me referían los profesionales ya formados en el “tema de la migración” era la conciencia de que, de todos modos, su forma de interaccionar con ellos conllevaba una visión esencialmente biomédica de la enfermedad, es decir, les conducía a “encuadrar” al paciente dentro de los parámetros médicos occidentales. Para ellos las entrevistas cumplían con la necesidad de satisfacer el diagnóstico, de evidenciar y buscar respuestas o comportamientos que pudieran confirmar las ideas previas del terapeuta. Sobre todo, se centraban en encontrar acontecimientos significativos desde nuestra perspectiva cultural como la muerte de un familiar, la ruptura con la pareja o una relación frustrante, haber sufrido un aborto o un

embarazo, por ejemplo. Eventos que no siempre coincidían en términos de importancia entre el terapeuta y el paciente, resultando ser el producto de una diferente atribución de sentido y valor propio de un marco cultural o, sencillamente, se habían convertido en secundarios o no relevantes para el paciente a causa del cambio vivido con la migración. En tal contexto, un ejemplo interesante consiste en la relación entre madres e hijos y, consiguientemente, en el significado de familia. A pesar de que diversos estudios confirman la raíz cultural de tal relación y la existencia de otras *realidades familiares*,³⁹⁹ a los terapeutas les sorprende constatar- en ausencia de patologías psicóticas - cómo la separación de los hijos para las mujeres migrantes, Latinas y del Oeste Europeo, no representa el problema central o la causa principal del sufrimiento expresado por la paciente. Incluso el psiquiatra Joseba Atxotegui cae en el estereotipo hegemónico, euro y androcéntrico de la Medicina observando una manera correcta de distanciarse de la familia: «podríamos hablar de un duelo simple cuando este proceso de separación con la familia tiene lugar de una *manera adecuada*, de una *manera natural*; por ejemplo, una adulto joven que deja su lugar de origen y se marcha a otro sitio, donde empezar una nueva vida, que no deja hijos pequeños» (2007: 14).⁴⁰⁰ Concepto que vuelve a subrayar como característica saliente en el caso del duelo complejo: «la separación de los hijos es una situación *antibiológica*, *antinatural*, que es muy difícil de elaborar» (ATXOTEGUI, 2007: 14) lo mismo que por el duelo extremo (2000; 2001).⁴⁰¹

Otro aspecto incierto para los profesionales resulta ser el *uso de lo corporal* como medio descriptivo y visual del malestares/emociones (BRIGIDI, 2007c; 2009b). Por ejemplo, después del 11-S en Nueva York, muchos latinoamericanos fueron ingresados en los hospitales o enviados a consultas de cardiología a

³⁹⁹ Hace ya años, el cine de autor (BENTON, 1979) igual que la antropología feminista y la emocional pusieron la atención sobre el marco claramente cultural de dichos conceptos, atacando el biologicismo y la naturaleza con la que el discurso médico vivía y explicaba la relación con los hijos (SCHEPER-HUGES, 1997; HACKING, 2001), y los cambios en la organización de la familia (PEDONE, 2004).

⁴⁰⁰ *Cursiva mía*. Vemos como están presentes en ese discurso además otros estereotipos como la edad del migrante, «adulto joven», y las condiciones físicas y psíquicas para «empezar una nueva vida», de lo que nos ocuparemos más adelante (ATXOTEGUI, 2007: 14).

⁴⁰¹ *Cursiva mía*.

causa de los malentendidos surgidos durante la interpretación de los síntomas que referían (y supuestamente no estamos hablando sólo de malentendidos lingüísticos). No se tuvo en cuenta la corporeidad con la que, generalmente, los *latinos* experimentan sus malestares y/o emociones. En estas circunstancias, los profesionales de salud confundieron la ansiedad y la angustia, debidas al ataque contra las Torres Gemelas, con posibles problemas cardíacos. Por lo tanto, si la relación entre el concepto de salud y su vivencia corporal resulta un tema central en la relación médico-paciente, aún más en los será en la determinación de síndromes de filiación cultural (*ataque de nervios, susto, amok, dhat, koro, San Donato, mal de ojo, etc.*).

Las dificultades en la relación paciente-terapeuta se deben, por lo tanto, a las diferencias en las expectativas sobre las conductas que podemos definir como “atendidas” o “esperadas” dentro de un marco cultural. Como consecuencia, casi implícitamente, la narración del paciente, su expresión del malestar, se traduce a un modelo occidental de explicaciones e interpretaciones, sin que el sanitario consiga ubicarse de “manera diferente” frente al paciente-persona-migrante.⁴⁰² Pero también el riesgo está en lo opuesto, utilizar la variable cultural para explicar o interpretar acontecimientos que derivan de un simple «funcionamiento familiar» (EL KADAQUI, 2007:34) o de unas características subjetivas del paciente.

A dichas cuestiones es necesario añadir el *tiempo* y el *desconocimiento del sistema jurídico*, que regulan el acceso y uso de los recursos sanitarios por parte del colectivo de migrantes que puede afectar a la práctica diaria induciendo a estereotipos y a equívocos que, independientemente del hecho migratorio, es uno de los problemas de la organización sanitaria tanto en Italia como en España. Con el concepto de tiempo no me refiero sólo al número de horas de trabajo desarrolladas, sino la ausencia de *espacios* – en la profesión – para cursos de formación y/o investigación. Los cursos de formación deberían ser

⁴⁰² Interesante sería contraponer eso con la polémica francesa (FASSIN, 2002), completamente a los antípodas de la situación observada en Barcelona, acerca de la validez de los métodos tradicionales aplicado durante las terapias grupales de Nathan en el centro D. Devereux a Paris. Véase también todos los escritos de Beneduce Roberto en la bibliografía.

programados y solicitados por los profesionales para responder y profundizar aspectos vinculados con el trabajo que se está cumpliendo. El hecho que sean a menudo imposiciones que los profesionales deben cumplir – generalmente considerados «*aburridos*» ya que «*me hacen perder el tiempo*»⁴⁰³ tiene que ver con que responden, en la mayoría de los casos, a exigencias de la estructura sanitaria. No es lo mismo discutir sobre “migración y salud” con el personal de urgencias que con el de una consulta de atención primaria. Por eso los cursos de formación deberían estar organizados y destinados a los diferentes espacios sanitarios según las distintas necesidades y dificultades de los trabajadores.⁴⁰⁴ Además, muchos centros no se pueden aprovechar de las experiencias desarrolladas ni de los datos estadísticos obtenidos para llevar a cabo los estudios por la falta de horas dedicadas a la investigación. Eso es también una de las motivaciones por la que las experiencias en el campo de la salud y migración se limitan a un contexto local o ambulatorio.

Sabemos que la existencia de un *desconocimiento del sistema jurídico* y de la Ley de Extranjería vigente puede “alterar” el acceso a los dispositivos sanitarios por parte de extranjeros sin regulación del permiso de residencia – en particular en el caso de los servicios de urgencias para el caso italiano – (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b) lo que facilita la aparición de equívocos y de estereotipos⁴⁰⁵ sobre algunos colectivos. Del estudio desarrollado en el DEeA ha resultado que los profesionales tenían asimilado que los sudamericanos, colectivo mayormente presente en el servicio, tenían un menor nivel de tolerancia al dolor respecto a los autóctonos (BRIGIDI Y OTROS, 2006). Evidentemente, eso es el resultado del desconocimiento de la actual Ley de Extranjería que no garantiza a los

⁴⁰³ De algunas entrevistas desarrolladas en contextos sanitarios durante el trabajo de campo.

⁴⁰⁴ Aquí el rol del antropólogo encargado de conducir un trabajo preliminar para entender las exigencias del personal sanitario.

⁴⁰⁵ «Con *equívoco cultural* me refiero a la asimilación de un comportamiento individual (vivacidad de un niño extranjero, un acto de mala educación o indiferencia, por ejemplo) a todo el grupo étnico al que pertenece dicho individuo. Es decir, es un acto de simplificación y generalización. Por contra, el *prejuicio* no se sitúa sólo en la representación mental ‘proporcionada con antelación’ (el sufijo del *pre*) sino en el encontrar en el propio conocimiento algo que se pueda equiparar a lo que estamos viendo porque es algo desconocido y a causa de una limitación de nuestros actos cognocitivos a lo “ya visto”. En el prejuicio hay entonces un acto de reconducción y readaptación» (BRIGIDI, 2009_b).

extranjeros sin permiso de residencia el médico de familia.⁴⁰⁶ Tal desconocimiento legislativo fomentó la idea de que los *latinos* no aguantaran el dolor y acudieran «*cada vez que se les destroza una uña*» [Giovanni].⁴⁰⁷

A todo lo anterior se añaden, además, algunas dificultades prácticas referidas durante la fase de asignación de los códigos colores⁴⁰⁸ ligadas a la frecuencia de algunas patologías (en el caso de sudamericanos: cefaleas, algias pélvicas, algias durante la gestación) que podrían llevar a una subestimación del padecimiento por parte de los profesionales⁴⁰⁹ o a generar malentendidos, como los ocurridos en el caso referido anteriormente sobre el 11-S.

En cambio, por lo que concierne a los usuarios extranjeros, se indica como barrera los obstáculos y dificultades que comprometen, limitan o prohíben el uso eficiente de los recursos sanitarios, como para los profesionales la falta de *tiempo*, estrechamente vinculada con las condiciones y los horarios de *trabajo*. Esas condiciones conllevan a emplear las urgencias con mayor facilidad. Aunque el uso inadecuado de ellos no es una prerrogativa de los migrantes, ya que de las observaciones desarrolladas (BRIGIDI Y OTROS, 2006; 2008_b) y de las entrevistas con los profesionales se deriva que se trata de un problema que implica tanto a autóctonos como a extranjeros. Asimismo, no sería tan drástica hablando de una directa relación entre el uso no adecuado del sistema sanitario con el desconocimiento del concepto «español de salud» (GALLARDO, 2006: 29) como afirma Jesús Edison.⁴¹⁰ El uso desarreglado del sistema sanitario está vinculado tanto a una falta de educación en la materia, presente en italianos,

⁴⁰⁶ Por ese motivo los migrantes se dirigían a este centro tanto por una faringitis o una abdominalgia, como para la solicitud de una prescripción médica o de una consulta a un especialista.

⁴⁰⁷ Enfermero del DEeA

⁴⁰⁸ De aquí la tendencia observada a atribuir un código blanco a las personas sin permiso de residencia: 26. 86 % frente al 12, 39% de los códigos blancos de personas extranjeras con los documentos en regla, o también respecto a los autóctonos (19. 75% códigos blancos frente al 7.74% en pacientes autóctonos) evidenciando la paradoja: el STP no teniendo un médico general se ve obligado a acudir a los servicios de urgencia y el personal tiende a atribuirle un código de gravedad blanco

⁴⁰⁹ También es verdad que los pacientes, tanto extranjeros como autóctonos, no conocen el procedimiento de asignación del código color y los carteles de explicaciones resultan poco persuasivos. Además un factor común entre los usuarios tanto autóctonos como extranjeros es la creencia de que las urgencias (como dispositivos) son sinónimos de velocidad: por esa razón la espera de tres horas resulta ser insostenible.

⁴¹⁰ Agente comunitario de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

españoles y extranjeros, como de un estilo de vida que nos demanda rapidez también en el conocimiento de nuestro estado de salud, o sea, una *fast health* (conocimiento y respuestas inmediatas al malestar), además de una relación siempre deprimente con el médico de cabecera que, a pesar de los famosos siete-diez minutos de consulta para cada paciente, sobre todo, no toca ni mira ni escucha al enfermo. Todas esas características no están vinculadas al hecho de ser migrantes. El *desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario* noté que repercute más concretamente en no entender dónde o cómo reservar una visita ginecológica o pediátrica, por ejemplo. Aunque existan folletos informativos en distintos idiomas, su distribución se limita a los centros de atención primaria y de urgencias o a las asociaciones/ONG's. Se debería pensar en una distribución en términos más amplios, por lo menos en el contexto de Barcelona y Génova. La no comprensión del sistema y de las diferentes organizaciones que ofertan servicios de salud depende también de una ausencia de coordinación y cooperación entre los centros y también de las confusiones administrativas o de gestión en referencia a la atención del colectivo migrante.⁴¹¹ Desafortunadamente, no siempre es evidente que la *situación legal* no es un obstáculo al acceso al sistema sanitario. Para el caso español, el mismo *empadronamiento* representa una barrera para algunas personas, tanto por la situación ilegal (empadronarse parece una auto-denuncia de la propia situación ilegal) como por el tiempo necesario para efectuar este trámite. El padrón municipal se obtiene en la sede de Distrito del Ayuntamiento (tiene validez un mes a partir de la fecha de expedición) y se debe solicitar por medio de documento personal (pasaporte, cédula de inscripción, permiso de residencia o solicitud de asilo), libro de familia (si es necesario), contrato de alquiler (antigüedad máxima cinco años) o escritura,⁴¹² último recibo del alquiler y de

⁴¹¹ Por ejemplo en Barcelona entre las personas extranjeras entrevistadas esta difundida la idea de que sólo las urgencias del Hospital de Mar acogen a los "sin papeles", mientras las demás urgencias tienen el derecho de rechazar al enfermo sin documentación. Véase también los diferentes comportamientos adoptados en los hospitales italianos en el caso de la renovación del permiso de residencia (PACUKAJ, 2006).

⁴¹² Si la persona que lo solicite no tiene domicilio, existen centros de atención donde informan y orientan acerca de los trámites a seguir. En el caso de Barcelona se acuda al Servicio de Atención a Inmigrantes Extranjeros y Refugiados, SAIER

las compañías de suministro (como facturas de agua o gas) con dirección en ese domicilio. Esas condiciones representan obstáculos graves para obtener la TIS.⁴¹³ En el caso del pasaporte, por ejemplo, muchos migrantes están desprovistos del mismo como consecuencia de algún conflicto bélico o porque nunca lo tramitaron ni necesitaron en sus países. Su tramitación tiene un valor económico que, a veces, la persona no puede sostener o, incluso, no existen representación consular del país de origen en Madrid y Barcelona (MSF, 2005). Además, como observa Lurbe (2005), son las oficinas municipales de empadronamiento quienes restringen la cifra de personas empadronables en un mismo domicilio a causa del elevado número de inquilinos que figuran en el mismo (dependiendo del hecho que a veces no se dan de baja). Igualmente, a pesar de la resolución del 21 de julio de 1997 del Ministerio de la Presidencia que estableció que la posesión del permiso de residencia no es obligación para figurar en el Padrón municipal, noventa municipios sobre ciento treinta y dos de la región de Barcelona requerían *aún* el permiso de residencia para el padrón (DIPUTACIÓN DE BARCELONA, 2001).

Otras barreras ligadas, más específicamente, con aspectos socio-culturales, serían la comunicación verbal y no verbal vinculada a la relación médico-paciente; la existencia de otros sistemas de creencias religiosas y tradicionales que influyen en el proceso de salud/enfermedad/atención y también en las evaluaciones de los problemas de salud; estereotipos educacionales, cuestiones de género y precedentes experiencias vividas en el contexto sanitario autóctonos y de acogida. Además de las condiciones económicas, fenómenos de racismo/marginación/discriminación/exclusión padecidas, así como las diversas expectativas. Incluso, durante el trabajo de campo, observé que la presencia del mediador cultural no siempre facilitaba la relación terapéutica entre el paciente y el profesional. Es evidente que delante

⁴¹³ En un estudio llevado a cabo por MSF en Madrid han observado que el 52% de los usuarios no tenía la TIS a causa de la ausencia del pasaporte (33%), por carencia de pasaporte y de alojamiento (18%), por ausencia exclusivamente de alojamiento (15%), por falta de autorización de empadronamiento (13%), por desconocimiento de sus derechos (15%) y otros (5%) (MSF, 2005).

de barreras lingüísticas hay que recurrir a mediadores sanitarios o intérpretes, pero el terapeuta debería ser consciente de que por razones de etnia, casta, color de piel, religión, por ejemplo, se pueden producir interferencias o bloqueos en la transmisión de información.

Ahora nos adentraremos en la etnografía. Antes de la descripción de cada escenario introduciré algún fragmento de mi diario de campo presentado en otra tipografía. Los párrafos muestran las observaciones y las impresiones del investigador en tiempo real y en el mismo contexto lo que permite al lector compartir la experiencia con el autor. En la etnografía cambié el orden cronológico con el que llevé a cabo el *terrain* empezando por las dos experiencias hospitalarias, en el *Dipartimento d’Emergenza e Accettazione* y en la *clinica psichiatrica*. Siguen el *Servei d’Atenció Trastorno Migrante* y la *ASL di Salute Mentale* de Génova. El cambio cronológico se hizo con la intención de reagrupar las experiencias hospitalarias diferenciándolas de las ambulatoriales. También el estilo literario cambia: la etnografía hospitalaria es más goffmaniana para seguir más adelante con una descripción más clásica del escenario.

CAPÍTULO CUARTO

ETNOGRAFÍA



PETRIFIED COLLECTION, *s.f.*, *Empty psychiatrists couch and chair.*

EXPERIENCIA (POST)MANICOMIAL. LA CLÍNICA PSICHIATRICA DEL A. O. SAN MARTINO DE GÉNOVA.



DANIELE, CAMPI MARTUCCI *s.f.*, *Manicomio provinciale di Genova Cogoleto*, Sciarborrasca, Genova.

La clínica psiquiátrica de la *Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino*⁴¹⁴ es el primer pabellón que se encuentra al entrar en el inmenso complejo hospitalario genovés. Fue creada en el 1422 por el juriconsulto Bartolomeo Del Bosco y está definida como una “ciudad en la ciudad”: cuenta con 4500 trabajadores y 20 Km. de viales internos en 3 hectáreas de territorio.⁴¹⁵

La clínica psiquiátrica forma parte de los edificios históricos que componen la *ciudad médica*. Se presenta externamente como una estructura ruinoso y se encuentra constantemente en rehabilitación. No es un edificio muy grande y tiene tres pisos. En la planta baja están los ambulatorios territoriales de higiene mental y algunos despachos de profesores. Este nivel es accesible también por la parte posterior de la residencia y tiene aparcamiento. En el entresuelo está situado el pabellón de hombres, la biblioteca (lleva años en recuperación) y los estudios de otros docentes. Finalmente, en el último piso, está la sección de mujeres donde hice tres meses de estancia de campo. La

⁴¹⁴ En el centro de la ciudad están situados los dos grandes hospitales, el E. O. Hospitales Galliera y la A. O. San Martino. También opera el *Ospedale Evangelico Internazionale*, ente eclesiástico civilmente reconocido, aunque desprovisto de Urgencias.

⁴¹⁵ Véase: <http://www.hsanmartino.it> [consulta el 5 de diciembre, 2006].

escalera que conduce al piso de las mujeres hospitalizadas prosigue en otro nivel hacia lo que debería ser el terrado del edificio pero una red metálica de una vieja cama oxidada impide el paso a los peldaños superiores. Más allá de la red, unos colchones viejos y algunas sillas de ruedas rotas y desmanteladas crean una atmósfera de abandono y desconsuelo. En el pabellón, todo evoca el recuerdo de un ex-“hospital de locos”: los colores verde y blanco de los envejecidos azulejos, la ausencia de cuadros y de pósteres colgados en las paredes, el intenso olor a asilo de ancianos, el aire viciado de depresión y tristeza y las pacientes eternamente en bata que se arrastran a lo largo el pasillo central. Lo más impactante es que cada ventana, puerta o despacho del pabellón están cerrados con llave. De libre acceso queda la entrada a las habitaciones y al baño de las pacientes. La privacidad es un elemento de *sentido único* hacia los profesionales. Todo lo demás está limitado, prohibido. Maria, la jefa de las enfermeras, me contó que años atrás había sólo una ventana descubierta en el despacho de las enfermeras y, en principio, prohibida a las *huéspedes*. A pesar de los controles, una paciente consiguió entrar y lanzarse desde el tercer piso. Tras el accidente también la cerraron.

Trabajando en la clínica, el primer problema era “tener las llaves” de acceso al pabellón, privilegio del que difícilmente se goza y que sólo logré tras un “periodo de prueba”. Las obtuve casi al final de mi estancia: un par de llaves que algún enfermero había rechazado por defectuosas y que no servían para la mayoría de las puertas, así que casi no las usaba. Las consideré un don simbólico de las enfermeras al terminar mi iniciación en la clínica. Por consiguiente, durante toda mi estancia tuve que solicitar que me abriesen la puerta de entrada a la sección de mujeres usando el timbre, para luego llamar a la consulta-refugio de los médicos a fin de poder entrar sorteando las perseverantes pacientes posicionadas frente al vestíbulo. Lo “divertido” era que, desde dentro del búnker-médico, no había ninguna diferencia entre mi llamada y la de una de las *huéspedes* de la clínica. Por esa razón, solía quedarme esperando un buen rato en el pasillo hasta que alguien del personal sanitario me veía y por piedad me abría. Durante esas esperas, a primera hora de la

mañana, abrigada por el frío del invierno genovés, ante la habitación herméticamente cerrada y las *locas* de turno a mí alrededor, experimentaba una inmensa frustración. Claro que podía empezar a quitarme ropa durante la espera, pero no resultaba sencillo. Normalmente utilizo bolsos espaciosos donde siempre llevo un libro y un litro y medio de agua. Algunas veces enrollaba mi anorak en el pesado bolso, apoyaba en el suelo el paraguas (en Génova siempre llueve), me quitaba el jersey pero cuando abrían la puerta tenía demasiadas cosas desordenadas en las manos. Me sentía muy torpe. Otras, dejaba todo en el suelo: abrigo, paraguas, jersey y cuando me abrían el paso me encontraban plegada en dos recuperando en orden mis cosas esparcidas por el suelo. Así que tras estas experiencias decidí aguantar el calor durante la espera.

El problema de las llaves se extendía también a mis necesidades fisiológicas. Un MIR o un enfermero tenían que acompañarme al lavabo de los profesores y regularmente esperar a que acabara para poder cerrar las dos puertas que delimitan la entrada al baño. Que las pacientes no invadiesen los espacios médicos, era lo fundamental. En otras palabras, la clínica representaba para mí una “pesadilla claustrofóbica” donde cada movimiento estaba medido y controlado. De todos modos, mi permanencia en el refugio médico era muy limitada porque apenas me servía para guardar mis cosas, encontrar una bata abandonada por algún MIR ausente y disfrazarme.

Un largo pasillo conecta las habitaciones de las «*enfermas*» - como las llaman los profesionales médicos - y el comedor central, eje de todas las actividades. Esta sala, además de ser considerada un *open quiet space*⁴¹⁶ se utiliza para distribuir comida (desayuno, comida y cena) y consumirla. En el mismo espacio se desarrollan las entrevistas “psicodinámicas”⁴¹⁷ e, igualmente, las diversas (pocas, a decir verdad) actividades manuales como la «*escuela de diseño*» [Emma].⁴¹⁸ En esta larga galería se encuentran además los dos servicios

⁴¹⁶ En la Psiquiatría norteamericana de vanguardia se definen así los salones donde se conversa. Utilizo el término con la máxima ironía.

⁴¹⁷ La orientación de la clínica psiquiátrica es psicodinámica, por lo tanto, trabajaban mucho con escalas psicológicas, música-terapia y test de Rorschach. Yo no familiaricé mucho con estas prácticas a causa del tiempo y de la privacidad de los exámenes.

⁴¹⁸ Emma tiene anorexia nerviosa. Ha sido presentada en el capítulo 2°.

para las pacientes, dos salas-búnker médicas, una habitación para consultas privadas que nunca vi utilizar (también las *frequent flyers* confirmaron su inutilidad),⁴¹⁹ un despacho con función de cocina (de uso exclusivo de los enfermeros) y la sala de enfermería empleada también como oficina interna de información y ventana de observación-control de las pacientes.

A pesar de ser un espacio universitario, aparentaba bien poco el ambiente de estudio e investigación y se mantenía fiel a la estructura médica y jerarquizada que caracteriza la facultad de Medicina italiana. Por ejemplo, en la sala *búnker* había un único ordenador viejo con una conexión lentísima, utilizado únicamente por las personas más atrevidas. Internet se entendía como un método lejano a la Psiquiatría clásica y una pérdida de tiempo. En efecto, Internet fue otra pesadilla durante mi estancia en San Martino. Como no podía acceder directamente desde la clínica, iba a la biblioteca general de la facultad. Pero necesitaba una clave ya que no era ni estudiante ni investigadora de la institución. Obtenerla era sencillo, necesitaba la firma del director del departamento, el Prof. Garrone, en un documento que reiteraba que durante los tres meses trabajaría en aquél organismo. Por extrañas razones, en aquél entonces *aún* poco claras, se negó a firmar el papel. Recurrí a un viejo amigo que estaba acabando el MIR en neurología y obtuve mi *password*.

Las figuras de más relieve eran el director de la clínica psiquiátrica, el Prof. Garrone, y otros doce profesores que comparten el título de catedráticos o investigadores confirmados. Todos los profesores se llaman *strutturati*⁴²⁰ para diferenciarlos de los médicos que están haciendo sus prácticas, es decir, los MIR o *specializzandi*.⁴²¹ De un total de unos dieciocho estudiantes⁴²² divididos entre la planta de mujeres y la de hombres, cada año entran únicamente cinco o seis estudiantes a través de un examen «*muy difícil*» [Marco]⁴²³.

⁴¹⁹ Un eufemismo psiquiátrico “políticamente correcto” para designar las pacientes recidivantes.

⁴²⁰ Estructurados

⁴²¹ *Specializzandi*. Debería utilizar el título de Dr. o Dra. también para referirme a los MIRs, pero para facilitar la lectura identifiqué a los *specializzandi* exclusivamente con el nombre propio.

⁴²² La escuela de especialización en Psiquiatría tiene una duración de cuatro años.

⁴²³ *Specializzando*. Presentado en el capítulo segundo.

Como ya he mencionado, a nivel humano, no fue una estancia particularmente positiva. A pesar de esto, la considero una experiencia importante ya que me familiaricé mucho con el lenguaje y la práctica bio-psiquiátrica y esto me permitió descubrir un mundo que aún no conocía debidamente. Sin duda, las dificultades con las que me enfrenté no se caracterizaron únicamente por el clima muy médico sino también por un acercamiento distinto al tema de la salud mental. El contacto con las pacientes era totalmente nulo, el concepto de cura y de rehabilitación excluía sus necesidades y subjetividades, y las hospitalizaciones podían incluso tener una duración superior a doce meses y la mayoría de ellas seguían entrando y saliendo de la clínica continuamente. Además, el uso compulsivo de los medicamentos y, sobre todo, el reconocimiento del paciente como un enfermo crónico y casi nunca como una persona que sufre, dificultaban mi estancia y la interacción con el personal médico. En diversas ocasiones me turbó asistir a la elaboración del diagnóstico. Descubrí que sostener (o disfrutar) de «*diversas relaciones sexuales*» [Daria]⁴²⁴ en el curso de la vida o «*gastarse dinero en compras*» [Emma] eran invariablemente interpretados como episodios de «*exaltación tímica*» [Dra. Rospio].⁴²⁵ En cambio interesarse por el propio tratamiento y recorrido clínico estaba archivado como «*una actitud hiper-demandante*» [Prof. Garrone].⁴²⁶

En el pabellón la organización del trabajo preveía que cada *strutturato* se ocupara de una paciente junto con un *specializzando* (con finalidad formativa) para un total de tres o cuatro pacientes por cada par de profesores y MIRs. La sección de mujeres tiene unas ocho habitaciones con diversas camas cada una y está dividida en dos sectores para facilitar el cuidado: cuatro habitaciones por cada grupo de *strutturati*. Esto permite a los profesores y sus *specilizzandi* compartir regularmente las pacientes.

⁴²⁴ A Daria le había sido diagnosticado un síndrome bipolar. Era una de las pacientes recidivas de la clínica. La entrevisté durante las primeras semanas de mi estancia, en el 2006.

⁴²⁵ Psiquiatra de la clínica. Véase Anexo III. “*Listado. Informantes y Pacientes*”.

⁴²⁶ *Idem*.

El *strutturato* dispone las decisiones principales como cambios de terapia, permisos de salida, primeras entrevistas mientras que el *specializzando* controla diariamente al paciente mediante una entrevista de cinco minutos máximo, y raramente, de media hora.

Las mañanas que transcurría en la clínica si no había reuniones médicas donde se discutía sobre las pacientes, intentaba acercarme a un *specializzando* para flanquearlo - *shadowing* - durante sus entrevistas con los pacientes. Me puse de acuerdo con el Dr. Lucas, mi referente en el organismo, para permanecer con dos MIRs, Maya y Marco, con los que instauré, después de una temporada, una discreta relación profesional. Además de asistir a las reuniones del departamento, estudiaba las historias clínicas de los pacientes, profundizando temas que todavía no conocía de la Psiquiatría, observaba las dinámicas internas del departamento, charlaba con los enfermeros y leía los “diarios de vida”⁴²⁷ de las *enfermas*. Más tarde, empecé a entrevistar pacientes. Marco entendió mis necesidades, así que a menudo me dejaba sola con ellas. En breve tiempo entendí que era mucho más prolífico presentarme en la clínica los sábados o los domingos por la tarde más que un lunes por la mañana, ya que podría dialogar con las *huéspedes* con más calma, interaccionando y observando el ambiente sin la presencia de los *strutturati* o los MIRs. Así que empecé a frecuentar la clínica en horarios poco convencionales: fiestas, fines de semana y tardes tras los horarios de visita. Se reveló la mejor estrategia para llevar a cabo entrevistas en profundidad con enfermeros y pacientes.

⁴²⁷ Los médicos invitaban a las pacientes ingresadas a escribir un diario con los acontecimientos significativos de los últimos quince años. Volveremos sobre esto más adelante.

«No tengo ningunas llaves» de acceso. Entrada al campo.



VALENTINA, QUINTANO 2008, *Ergastolo Bianco "Cella, Ospedale Psichiatrico Aversa.*

«Domandarsi perchè quando cade la tristezza in fondo al cuore come la neve non fa rumore»
LUCIO BATTISTI⁴²⁸

Me entusiasmaba la idea de volver al hospital San Martino como antropóloga. Durante la carrera había estudiado a menudo en sus bibliotecas. Incluso en la de la clínica psiquiátrica cuando aún era accesible. El procedimiento burocrático para mi entrada en el campo no debería representar un problema ya que los acuerdos se habían llevado a cabo con antelación y legitimados por la beca de movilidad.⁴²⁹ Cuando expliqué los detalles de mi estudio al Dr. Lucas, él me presentó al director de la clínica, el Prof. Garrone que pronto se convirtió en una de las figuras más controvertidas, antipáticas e indigestas de todo mi trabajo de campo. El profesor Garrone no se presentó. Tampoco se mostró interesado por el proyecto que quería realizar en el departamento. Durante los tres meses siguientes, cuando nos cruzábamos por el pasillo, nunca contestó a mis saludos ni siquiera me preguntó si las cosas iban bien o necesitaba de algo. Antes de empezar el campo el Dr. Lucas me dijo que hablara con el director sanitario

⁴²⁸ Battisti, Lucio (1970), «Emozioni», en *Emozioni, Ricordi*, 4:44.

⁴²⁹ *Beque per a estades per a la recerca fora de Catalunya* – BE 2005 – financiada del *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, Catalunya*.

general San Martino, el Dr. Coniglio, «*es sólo un pequeño detalle formal – aseguró – para oficializar la estancia*». Me presenté al director de San Martino con mis papeles de becaria. Se mostró muy cordial diciendo que seguramente hubiera aprobado el proyecto, pero que necesitaba de unos días para los sellos. Me dejó intuir que el Prof. Garrone era una persona muy peculiar, tanto que me dejó su tarjeta y número de celular privado por «*si acaso*» tuviera algún problema. En aquel entonces no presté mucha atención a ese detalle. Obviamente me sorprendió tanta amabilidad e ingenuamente imaginé que mi estancia de algún modo podría resultar significativa también para la institución. El día 17 de octubre llegó a mi domicilio la carta oficial de aceptación del Dr. Coniglio: «*(...) vista la petición y los documentos anexos (...) se comunica que bajo responsabilidad del Prof. Garrone UD.⁴³⁰ ha sido admitida a frecuentar la U.O. de clínica psiquiátrica. Se quiere constatar que la Azienda garantiza la cobertura de seguro por la responsabilidad civil a terceros, pero no por los infortunios (...)*» [Dr. Coniglio]. Al día siguiente me presenté en la clínica para empezar inmediatamente el *terrain* y comenzaron los problemas. El director del departamento bloqueó mi acceso a la institución, asustado por el término «*responsabilidad*» empleado por el director general. Además, no veía clara la cuestión del seguro. Elaboré una carta para el Dr. Coniglio en la que revocaba la disponibilidad a aceptarme.⁴³¹ En aquella ocasión tuvimos nuestra primera pelea. Él seguía hablando con el Dr. Lucas explicándole las razones de tal decisión como si yo no estuviera presente: «*no puedo asumir la responsabilidad de una persona que no es médico*» observó. Persistió sin incluirme en la conversación o interpelarme. Su arrogancia y el hecho de que siguiera ignorándome me hizo perder totalmente la paciencia. Con inicial amabilidad le expliqué lo que en realidad significaba la carta, pero él liquidó el asunto con un «*no se puede hacer*».

Había ya conseguido un piso, trasladado mis cosas, subarrendado el piso de Barcelona a un amigo y mi pareja tenía una ocupación en Génova: ¿Cómo podían rechazar el trabajo en *mi* Génova? Insistí para buscar una posibilidad de

⁴³⁰ En la carta se utiliza *Signoria Vostra*, es decir, una expresión formal que se emplea para indicar de forma muy elegante el sujeto en cuestión.

⁴³¹ «*(...) lamento revocar la disponibilidad de aceptar la Dra. Serena Brigidi (...)*» [Prof. Garrone].

diálogo, pero él se refugió – perceptiblemente turbado – en el ascensor para volver al pabellón femenino. Esa actitud de huir de las situaciones me dejó muy desconcertada. Nunca había visto algo semejante. Rechazó de mala manera un acercamiento y una reciprocidad conmigo sin razón aparente. Con el tiempo aprendí a reconocer esa conducta en muchos psiquiatras del departamento. Esa actuación revelaba desconcierto por no haber podido controlar la situación. O mejor dicho, no haberme podido controlar ya que, por lo observado, es sobre todo el ejercicio de vigilancia lo que determina la mejora no sólo del estado mental de las pacientes (¿O de sus psiquiatras?) sino de las relaciones interpersonales. Pero en aquel entonces lo viví como una forma de evadir el diálogo, de gozar de la última palabra, de prescindir de las otras personas: la actitud de quien quiere demostrar superioridad frente a los demás y remarcar las diferencias de grado, profesión y género. Esa ilusoria calma con la que aman mostrarse los unos con los otros, hoy sé que representa el miedo al contacto con los demás.⁴³² El clima aparentemente apacible y austero de la clínica había sido turbado por mi presencia. De mis escasas palabras se hizo un *show*. Estábamos en la mitad del pasillo de la entrada general, frente a la secretaria del departamento y los estudios de unos profesores, cuando, de pronto me di cuenta que los demás me observaban como si hubiera sufrido un ataque de “histeria” (trastorno que descubrí tan querido por los psiquiatras). Había osado simplemente comunicarme con el director. Esa fue mi presentación a los administrativos, la bibliotecaria y algunos psiquiatras y MIRs que pasaban por allí. El Dr. Lucas y yo nos quedamos en el pasillo, ambos sin saber exactamente qué hacer o decir. Interrumpió el silencio mi tutor comentando que tal vez si esperara un tiempo, las cosas podían cambiar. Empecé seriamente a enfadarme: ¿Y la beca? ¿Y el compromiso que tengo con el ente que me paga? Llevaba casi un año organizado esa estancia. ¿Esperar? Me fui directamente a la oficina del Dr. Coniglio para arreglar la situación. No tenía ninguna intención de dejar así las cosas. Era la hora de comida y no queriéndole molestar llamando al móvil,

⁴³² Poco antes de mi huída de la clínica, la jefa de las enfermeras me dijo: «*los psiquiatras cuando pelean no alzan la voz y no se tocan*» [Maria] confirmando mi sensación sobre el excesivo y poco auténtico control de comportamiento que el personal médico demostró durante mi estancia.

me quedé esperándole en el despacho de las administrativas. Cuando ellas se enteraron de la carta del Prof. Garrone, avisaron a muchos compañeros para que pudiera explicar, una y otra vez, lo que había pasado. En pocos minutos se convirtió en el acontecimiento de la semana. Me di cuenta de que no sólo el Director de Clínica era un personaje muy peculiar sino que estaba en el centro de una “guerra política” entre los dos directores médicos. Todo el mundo me confirmó que el Profesor Garrone era un sujeto anómalo y odiado. Algunos de ellos reputaban que sus «*carencias humanas*»⁴³³ procedían de su misma profesión. Yo me sentía completamente confusa por las circunstancias. Nunca había pasado por algo parecido a nivel profesional, pero sobre todo, a nivel humano.

El 3 de noviembre el Dr. Coniglio volvió a enviar una carta, ésta vez, directamente al Prof. Garrone: «(...) *por lo que concierne a la problemática de la cobertura de seguro (...) se evidencia que la póliza estipulada por la Azienda Ospedaliera de proveer la cobertura de la Dra. Brigidi. (...) señalo que con el término “responsabilidad”, utilizado en la nuestra carta precedente, se hacía referencia a únicamente a las tareas directivas y organizativas ejercitadas por UD. en cuanto director del departamento (...)*» [Dr. Coniglio]. El Prof. Garrone quedó finalmente satisfecho y escribió bien dos cartas de aceptación para el director general tras las cuales pude iniciar formalmente el campo.

Desafortunadamente, ese no fue el único momento de hastío con el director de la clínica psiquiátrica. De hecho, cuando acabé la estancia había acumulado tanta desilusión por sus comportamientos que decidí enfrentarlo directamente y aclarar la situación. Tal vez yo hice algo que pudo incomodarlo o, de algún modo, violé alguna regla de su campo. Así que fui a su despacho durante el horario de tutoría de estudiantes, me puse en la cola y esperé mi turno. Cuando me vio me preguntó qué estaba haciendo. Me dijo cordialmente que no hacía falta saludarle, que podía irme sin más. Esperé igualmente. Cuando fue mi turno entré en la habitación y le dije que no le comprendía. Mi presencia en la clínica podría haber sido un intercambio recíproco y que se podía aprovechar para proponerme algunos temas de investigación que les

⁴³³ Así comentó una administrativa del Hospital San Martino.

interesaran y así estimular el encuentro entre las dos disciplinas. No contestó ni me miró. Persistí. Añadí que no entendía su frialdad, puesto que mis experiencias psiquiátricas siempre se caracterizaron por la relación tanto con los pacientes como con el personal socio-sanitario. ¿Por qué había elegido la Psiquiatría si no le gustaba la interacción? ¿Por qué detestaba a las personas, a sus pacientes y a sus compañeros de trabajo? Siguió sin replicar manteniendo una actitud completamente displicente. Luego, me invitó a abandonar su despacho.⁴³⁴ Me fui sin explicaciones pero más aliviada conmigo misma por haber expresado lo que sentía.

⁴³⁴ Cuando acabé el campo, el Dr. Lucas me comentó que el director de la clínica estaba viviendo un momento de fuerte depresión a causa del reciente suicidio de su hijo y el consecuente divorcio de su esposa. Probablemente, aquí habría que reflexionar sobre cuánto los acontecimientos personales puede afectar la profesionalidad. Trabajando con el dolor de los demás, ¿En qué medida los asuntos personales debe estar resueltos? El hecho de ser psiquiatra no significa que no debe sufrir como ser humano, pero me esperaba una capacidad profesional de distinguir su amargura e infelicidad de las cuestiones laborales así como un periodo de pausa, si necesaria, para recuperarse de los terribles acontecimientos de él vividos. El hecho es que no queremos ni necesitamos terapeutas *superman*, sino (médico) «hombres humanos» (teoretización central en Heidegger [1995]. Véase también Ducci, [2008]).

El búnker blanco.



DANIELE, CAMPI MARTUCCI *s.f.*, *Manicomio provinciale di Genova Cogoleto*, Sciarborrasca, Genova.

Mi disfraz de *bata blanca* empezaba entre las 9 y las 9.30 de las mañanas de los martes, miércoles y viernes de los siguientes tres meses, si bien lentamente, fui adaptando el horario de campo a mis exigencias de trabajo. Nadie me mostró el departamento ni me introdujo al personal sanitario presente. Pregunté al Prof. Garrone y al Dr. Lucas si debía ponerme una bata. Esa fue la única ocasión en la que el director me habló. Ellos acordaron que resultaba más idóneo ponérsela «*por los pacientes*» comentó el director, pero no me proveyeron de ninguna. Afortunadamente, en la habitación de los médicos habían siempre unas cuantas abandonadas que podría utilizar bajo demanda a los MIRs presentes.

Los martes y los viernes los médicos y Maria, la jefa de los enfermeros, o Claudio el vice-jefe, se reunían en el *búnker* para discutir sobre los pacientes. Esto era lo que llamaban “*giro di reparto*”. Lo que en otros pabellones sería ir de cama en cama, *strutturati* y MIRs, comentando los casos directamente con el paciente, en la clínica psiquiátrica se desarrolla únicamente entre profesionales. Ya que nadie me preguntó acerca de mi trabajo, mis funciones o me puso límites, me sentí siempre muy libre de anotar todo lo que ocurría en mi libreta de campo, incluso grabar. El ambiente resultó excesivamente burgués y formal, a veces también parecía ridículo. La forma de hablar de los médicos era

protocolizada, de la misma forma que sus tonalidades y posturas. Casi no se distinguían los unos de los otros. Describían a la paciente siempre con las mismas palabras, añadiendo «*el paciente refiere*» para demostrar la presencia de una esporádica entrevista y nunca recurrían a los términos narra, dice o cuenta. Si la paciente intervenía durante la visita la clasificaban como «*verborreica*» o con «*exaltación tímica*» [Dra. Rospio].

El objeto más interesante presente en la sala consistía en una gran pizarra blanca colgada en la pared con los cambios de turnos, las ausencias o las salidas anticipadas y la fecha de la cena de Navidad (a la cual no se me ofreció apuntarme).⁴³⁵ En una tabla, a lado, apuntaban el nombre y apellido, número de cama y habitación, fecha de entrada, fecha prevista de salida, tratamiento farmacológico, solicitud de fármacos por dar de alta, nuevos ingresos y consultas externas de las pacientes ingresadas. En general, el *giro di reparto* era muy aburrido a excepción de algunas aclaraciones dignas de un coleccionista ávido de “frases médicas desafortunadas” que me recompensaban de toda la frustración experimentada. En cada reunión había algún médico que añadía al diagnóstico un juicio o comentario personal: «*los pacientes con adicciones tienen el cerebro como una groviera*»⁴³⁶ [Dr. Dentale]⁴³⁷ o «*me pregunto cómo los familiares no se dieron cuenta de que la paciente llevaba tiempo vomitando: ¡Es absurdo!, ¡El vómito huele mal!*» [Dra. Rospio]. Lo increíble era que nadie comentaba estas exclamaciones. Ni yo tuve el coraje de hacerlo. Mi rol en el refugio era ser lo más invisible posible, inicialmente porque me sentía bastante intimidada por el clima médico, en seguida esto se convirtió en mi estrategia para observar mejor el ambiente sin interferencias.

Durante las reuniones, cada psiquiatra o el MIR asociado tenían que ilustrar el caso a los compañeros y al director del departamento. El director miraba la pizarra blanca y mencionaba un nombre. En seguida los dos médicos interesados se precipitaban a describir a la paciente. El Prof. Garrone se limitaba

⁴³⁵ Empecé el campo *oficialmente* en noviembre y lo acabé en febrero.

⁴³⁶ *Gruviera cheese*. Queso curado suizo de la ciudad de Gruyères, en el cantón de Friburgo, muy difundido en Italia, caracterizado de los muchos huecos.

⁴³⁷ *Strutturato* de la clínica psiquiátrica.

a mover la cabeza y a dispensar pequeños y desabridos consejos. Visto desde el exterior parecía una competición para demostrar al jefe y a los compañeros que eran más hábiles que los demás; una guerra muy educada basada en sutiles golpes bajos. Lo bueno era que siempre introducían al paciente por medio de su nombre y apellido, el trastorno de la paciente raramente la identificaba, aunque después de la presentación inicial volvía ser sencillamente «*la enferma*».

En ambos refugios había una mesa central rodeada de sillas. Estas reuniones duraban unas dos horas y la mayor parte del tiempo lo pasaban hablando de fármacos, quejándose del hecho de que el ginecólogo no había acudido a visitar la Señora Pancetti o de que el cardiólogo había enviado a un *specializzando*.⁴³⁸ Todo lo que no funcionaba en una paciente era definido como *inadecuado*, la palabra preferida de los psiquiatras de la clínica. «*Come inadecuadamente*», «*se comporta inadecuadamente*», «*hizo afirmaciones inadecuadas*». La inadecuación de una persona justificaba la hospitalización y sus intensas y prolongadas medicalizaciones. La anamnesis se limitaba a unas pocas informaciones despojadas de elementos identitarios, puesta delante de los demás con absoluta indiferencia: muertes, hijos, abortos, violencias y divorcios eran tratados siempre como algo que formaba parte de la vida de un paciente por el hecho de ser un enfermo, no como acontecimientos significativos de la vida de cada ser humano. De estos eventos conseguían elaborar un diagnóstico que nunca ponían en discusión. En el SATMI en Barcelona o en la ASL en Génova, el nombre de la enfermedad, la nosología, era siempre lo menos importante. Incluso, se discutía sobre las clasificaciones elaboradas por el médico o por el ente de derivación. En la clínica el tema de cómo elaboraban el diagnóstico fue algo que difícilmente comprendí. Y no creo que fuera por el hecho de no ser médico. Por ejemplo, una mañana asistí a una “primera” elaborada por un MIR sobre una paciente que acababa de ingresar. La mujer contestó a las pocas preguntas del médico con mucha tranquilidad y precisión. La visita duró unos quince minutos. Honestamente no noté nada *inadecuado* o

⁴³⁸ La mayoría de los pacientes ingresados presentaban también otras patologías y necesitaban la consulta de otros especialistas.

que pudiera dejar intuir un cuadro clínico patológico.⁴³⁹ El MIR, como yo, acababa de conocer a la paciente. Para mi total desconcierto, el aspirante a psiquiatra anotó en la historia clínica: «*sospecho bipolarismo con actitud paranoide, expansión del humor y expansión tímica*». Me quedé sin palabras: ¿Qué cosa había visto o intuido con las pocas afirmaciones que yo no percibí? En el SATMI más de una vez me pasó exactamente lo contrario: era yo quien interpretaba los comportamientos de los pacientes sobre categorías biomédicas que conocía. A pesar de ser antropóloga, las dificultades a la hora de acercarse a la diversidad cultural en salud mental son numerosas. Recuerdo una vez que un paciente pakistaní habló durante más de media hora sobre su pene. Empezó reportando que antes era muy grande, «*que llegaba hasta el cielo*», pero ahora estaba siempre flojo. Describió detalladamente también las condiciones de su esperma: densidad, cantidad y color. Yo llevaba un mes en el SATMI y estoy segura que mi cara durante todo la visita reveló una mezcla de estupor y embarazo. Estaba absolutamente convencida de encontrarme ante un alucinado. Hasta que al término de la consulta, la Dra. Ortega me explicó cómo determinados delirios no corresponden irremediablemente a lo que parecen.⁴⁴⁰ Lo más evidente no significa acertar un diagnóstico. Fue así que conocí el *dhat*.⁴⁴¹ La práctica de campo me reveló que la flexibilidad en el acercamiento al paciente no debe ser pensada sólo en el caso que este derive de otro contexto cultural, sino con todos. Para mi sorpresa en la clínica esto no era un instrumento de trabajo. Es decir, que el diagnóstico era construido por medio de breves entrevistas y siempre resultaba algo muy áspero. Otro elemento que me resultó desconcertante acerca de la construcción del diagnóstico era que anotaran en la historia clínica si la paciente había nacido a término. Y si debo ser muy honesta, ni ahora entiendo

⁴³⁹ No estudié oficialmente Psiquiatría ni me quiero poner en el lugar del terapeuta, sin embargo se reconocer un discurso no organizado, un pensamiento “que huye” o una idea redundante y obsesiva.

⁴⁴⁰ Volveré acerca de este tema más adelante.

⁴⁴¹ Está incluida en el listado de los síndromes dependientes de la cultura (APA, 1995). Existen otros términos para referirse a este malestar como *jiryan*, utilizado en la India, *sukra prameba* en Sri Lanka y *shen-k'uei* en la Republica Popular China. Está relacionado con la eyaculación, las dimensiones del pene y sensaciones de debilidad y agotamiento. Véase: Martínez-Hernández (2003); Sumathipala y Otros, (2004); Gautham y Otros (2008).

cómo una gestación concluida antes de las treinta y siete semanas⁴⁴² pudiera ser un tema de interés superior a la experiencia de vida de la paciente para determinar la presencia de un trastorno mental.

Algunos historiales clínicos recogían unas cuantas páginas sobre los últimos quince años de vida escritos por las pacientes. Empresa que *per se* no es sencilla para una persona con trastornos emotivos o dificultad de organización. Lo pedían directamente los psiquiatras. De todos modos, el diario de vida no les resultaba de mucha utilidad. En las reuniones nunca lo oí mencionar ni emplearlo como elemento de encuentro con las pacientes. Nadie se preguntaba el “por qué” de las cosas, de las elecciones de vida y los significados que las *inadecuadas* atribuían a los acontecimientos. Había una fuerte separación entre el paciente y el psiquiatra que casi rozaba el desinterés por su vida, sus sentimientos, sus emociones, sus visiones de la enfermedad que no parecían cautivar la atención de los médicos. Nunca percibí algo semejante en otros escenarios de campo. Por ejemplo, cuando ingresaron a Gloria, de diecinueve años, por una tentativa de suicidio - TS - ninguno de los profesionales le preguntó los motivos de su gesto: lo dedujeron. Relacionaron su TS con el estilo «desarreglado» de vida adolescente: «*tomó droga, fumó marihuana (...) está matriculada en una escuela de arte (...) quiere ser artista*» [Dra. Rospio] acabando en conclusiones que siempre me parecieron muy banales. Pasaron unos días antes de tener el coraje de acercarme a Gloria. Emma, como siempre, me facilitó el trabajo porque me presentó a la chica. Me daba miedo interactuar con alguien tan joven que había intentado quitarse la vida. Pero los cuentos de Emma me llevaron a pensar que Gloria estaba allí por error. Así que empezamos a hablar. Tenía curiosidad porque daba vueltas por el pabellón con un vendaje semi-artesanal en las muñecas, ridículamente espeso, casi para justificar su presencia allí. De hecho, después de nuestra primera charla le pregunté si tenía ganas de desvendarse y mostrarme sus brazos. Fue algo que me salió sin pensarlo. Me arrepentí en seguida por mi insolencia. Estaba violando su intimidad y me sentí comportándome como un médico. No quería que pensara que podría evaluar o

⁴⁴² Se considera una gestación a término la que ha cumplido treinta y siete semanas.

medicar el estado de su herida, además: ¿Y si me mareaba? ¿Y si los cortes me producían rechazo? Afortunadamente para ambas, no había cortes: Gloria se había auto-excoriado las muñecas. Imagino que alguien la vio, tal vez una mamá o un novio demasiados aprensivos y la llevaron a Urgencias asombrados por su comportamiento. Allí no le hicieron nada, porque no había un corte para medicar, la enviaron al psiquiatra que le preguntó si quería ingresar voluntariamente en la clínica y ella – imagino yo –, asustada por la situación, consintió. Era la más joven, sin ningún trastorno concreto, en un pabellón de “locas” que no dormían, se agobiaban las unas a las otras, veían fantasmas y gritaban. No conseguía explicarme su ingreso. ¿Cómo puede acabar una chica tan joven en un pabellón con tales riesgos para su salud mental? Estudiaba y tenía proyectos, una vida sexual activa y consciente, quería a su novio, tenía conflictos con su madre y su familia eran los amigos. Una chica común de 19 años que, desde ese día, sumaba una valoración de TS y un ingreso psiquiátrico. Cuando hablamos me dijo que la convencieron de que la droga (probó por primera vez cocaína unos días antes de su ingreso: «*una rayita*», me contó) le había producido alucinaciones. No fue ella quien explicó sus razones, sino los psiquiatras que le atribuyeron las causas de su intento de huir de la vida.⁴⁴³

Cuanto más tiempo pasaba en la clínica, más cuenta me daba de que el contacto entre médicos y pacientes era casi ausente y sobre todo evanescente. Emma padecía de anorexia nerviosa.⁴⁴⁴ Era una paciente seguida territorialmente en la ASL de via Peschiera, pero su condición se había agravado en los últimos tiempos: «*estoy un poco deprimida* – refería – *no estoy*

⁴⁴³ Es absurdo cómo para la Psiquiatría, o tal vez para toda la biomedicina, querer morir sea un pecado, una violencia, una atrocidad, una manera de repudiar la noble misión de los médicos. Hace tiempo que las personas piden una mejor calidad de vida y no un ilusorio alejamiento de la muerte.

⁴⁴⁴ Emma es la única informante con trastorno alimentario que entrevisté en profundidad y por un largo tiempo. También hubo Laura, una chica de veinte años ecuatoriana, conocida en el DEEA por sospecha de bulimia (denegada a los médicos, confirmada durante la entrevista en profundidad). Por una parte, en el SATMI en Barcelona y la ASL en Génova no habían pacientes latinoamericanos con trastornos de la alimentación. Pero tampoco yo nunca me interesé en profundizar este aspecto en el campo de salud mental y migración, esencialmente porque encuentro muchas dificultades y resistencias para relacionarme con esta patología, sobre todo en adolescentes, y decidí de inmediato excluir *a priori* este trastorno. Lo mismo hice con los problemas de salud mental vinculados a las drogas, otro tema que preferí no incluir en mi objeto de estudio.

bien. Es que... no quiero salir de casa». Así que su psiquiatra le propuso un ingreso voluntario en clínica psiquiátrica ya que una de las psiquiatras era su ex-compañera de MIR y estaba especializada en trastornos de la alimentación. Programaron un ingreso de quince días para que Emma descansara y profundizara en sus problemáticas.⁴⁴⁵ La hospitalización se reveló un total fracaso, reconocido tanto por la paciente (*«con los médicos me encontré malísima...»*) como por su psiquiatra territorial (*«la verdad es que me quedé decepcionado por la ausencia de trato reservado a mi paciente (...). Había recomendado expresamente que recibiera tratamiento particular»*). La terapia específica en trastornos de la alimentación consistía *«solamente»* en *«cruzarse con las “dos brujas” – llamaba así la Dra. Rospio y Maya – en el pasillo»*. Emma se quejaba constantemente de su escasa relación con los médicos. *«Sólo me dicen “¿Cómo estás señora? Ah, la veo que sonrío...come, come, eh!” (...). O si no: “tienes los ojos rojos, come, come, ¡por favor!” y ¡basta!»*

Nunca asistí a una entrevista entre el psiquiatra y el paciente o los familiares. La verdad es que nunca vi realizarlas. Emma confirmó mis impresiones: *«yo entré y no tuve una conversación con nadie, como por ejemplo la que tuve con usted.»*. La habitación destinada a la psicoterapia la usaban de almacén. Las pacientes eran enviados a los MIRs que hacían una entrevista diaria de unos cuantos minutos en el comedor, en el medio de la confusión. La privacidad de las conversaciones era inexistente. Las terapias y las relaciones con los médicos absolutamente limitadas. Emma me decía *«es como hablar con un trozo de madera...[se refiere al Prof. Garrone] un día para tomarle el pelo delante de otras compañeras le dije: ¿Doctor me das cincuenta pastillas? Y él me dijo: “Ya veré...”»*. *«Para las dos brujas todos somos unas camas y no personas: ¡No tienen respeto por las personas!»*.

Cuando Emma se encontraba mal acudía a su psiquiatra territorial. Escondida en el lavabo, le llamaba al menos una vez a semana y el médico iba a

⁴⁴⁵ Emma se había trasladado al campo con su nueva pareja. Un hombre al que quería pero con el que no tenía *«mucha afinidad intelectual»*. El traslado al pueblo de su pareja la había deprimido sobre todo por la ausencia de relaciones sociales (*«son todos campesinos»*). En el mismo período también la relación con su hija se había deteriorado después de su ingreso en la clínica.

visitarla «*para hacerme psicoterapia*». La falta de comprensión entre médico y paciente era un hecho cotidiano: «*ellos no querían entender...yo no quería salir el domingo pasado [para las vacaciones de Navidad] ¿Es que no entendieron que tengo problemas con mi hermana?*».

Silvia⁴⁴⁶ una paciente-informante que presentaba un sincretismo sobre la visión de su enfermedad tanto tradicional como biomédica a la que dedicaré un espacio por esa suya particularidad, solía decir que tenía «*un poco de miedo a hablar*» de sus visiones con los médicos. «*Cuando lo hice, durante mi primer ingreso, los médicos no entendieron*». De hecho, Maria observó en más de una ocasión que «*no hay mucha tolerancia hacia los aspectos personales de los pacientes*».

Los problemas relacionales con los psiquiatras fueron también reportados por el personal de enfermería «*Con los médicos, pues, depende...con algunos bien, comparten los mismos espacios, nos ayudamos y todo, pero con otros hay un alejamiento muy fuerte, más que en otros pabellones. De hecho, para quién viene de fuera de la Psiquiatría encuentra ese alejamiento impresionante (...). A nivel también personal (...) nosotros nos abrazamos, besamos, compartimos la vida, ellos no lo hacen*» [Maria].⁴⁴⁷ Lucia, otra enfermera de la clínica, añade que «*son más cuadrículados, tal vez por su preparación universitaria*»; «*son fríos con nosotros – comenta Giovanni – ¡Imagínate con los pacientes!*». La dificultad relacional no era sólo con las pacientes, también entre el mismo personal.

Durante mi estancia había una joven psiquiatra enferma de cáncer. Llevaba peluca y estaba muy delgada. Cuando la vi me resultó evidente que acaba de terminar un ciclo de quimioterapia. Claro que había podido padecer muchos otros problemas, pero había signos que me hicieron pensar en un tumor. Marco confirmó mis sospechas. Me dijo que no sabía mucho, ni siquiera de qué tipología era. Le pregunté cómo era posible desconocer el estado de salud de su profesora, alguien a la que veía todos los días y además, compañera de trabajo de su padre. «*No son cosas de las que hablemos*» y liquidó mi exceso de interés. Durante las reuniones observaba los vínculos que se habían instaurado entre los *strutturati*. Esta mujer estaba siendo aislada poco a poco de sus

⁴⁴⁶ Paciente brasileña ingresada por un trastorno *borderline* de personalidad.

⁴⁴⁷ Jefa de los enfermeros en el pabellón de mujeres de la clínica a Génova.

competencias y apartada de las relaciones profesionales y humanas. Era la única que tenía un plan de investigación y que se bajaba artículos del viejo ordenador. La actitud de los otros docentes era condescendiente, sobre todo la del director, casi fastidiado por tener cerca de sí alguien que padece una enfermedad feroz. Ella aprovechaba las reuniones para comunicar los progresos de su trabajo o comentar artículos sobre nuevas terapias. La dejaban hablar sin mirarla a los ojos, sus opiniones no eran consideradas y al término de su exposición sobre el paciente o un nuevo fármaco se cambiaba de discurso. Nadie comentaba lo que ella decía. De una crueldad inadmisibles. Además ella seguía empeorando, aumentaban sus ausencias, su rostro evidenciaba los signos de la dolencia física y psicológica. Un día Marco me dijo que no le quedaba mucho. Le pregunté si era su diagnóstico personal o si el realmente el oncólogo lo había confirmado. «*Me lo dijo mi padre*». Nunca volvimos a hablar del tema. Pero el trato reservado a ella me hizo pensar que el clima en la clínica era verdaderamente enfermizo.⁴⁴⁸ La frustración que se respiraba en el pabellón era muy elevada, no había alegría en el trabajo, tampoco ganas de interactuar con los demás.⁴⁴⁹ La práctica se había convertido en algo mecánico, aburrido y el paciente era siempre abandonado a sí mismo, alejado de la realidad humana (y además clínica) y de una relación de intercambio recíproco. Sin hablar de que estaban totalmente ausentes los sentimientos de amor, amistad, cariño y compasión.⁴⁵⁰ La soledad terapéutica es denunciada en cada oportunidad de encuentro con las pacientes y por lo visto, también de los mismos profesionales. Esa «ética de la separación» (ADAMS, 1999: 40) se vertía también en la elección terapéutica y en la incapacidad de compartir las experiencias clínicas con todos

⁴⁴⁸ Claro, como me hace reflexionar mi Directora, lo que es incomprensible es que esta forma de actuar como “si no pasara nada” suceda en el campo de la psiquiatría dónde esperaríamos una actitud más cuidadosa y consciente de lo que vive un enfermo crónico. En otros contextos laborales suele ocurrir que se ignore al portador del estigma y aunque esto sea dramáticamente injusto (independientemente del lugar) que ocurra, entre profesionales de la *psyche* es imperdonable.

⁴⁴⁹ Nunca entendí el acercamiento adoptado en la clínica. ¿Cómo aceptar ser médico sin tener una relación con los pacientes y el personal sanitario? ¿Cómo pensar en solucionar sus problemas o al menos mejorar la calidad de sus vidas?

⁴⁵⁰ Para el desarrollo de una teoría y de una práctica médica basada en estos sentimientos consultar la obra de ADAMS, Patch (1999) *Salute! Ovvero come un medico-clown cura gratuitamente i pazienti con l'allegria e l'amore*, Urra, Milán.

los profesionales: «[con Silvia]⁴⁵¹ *no nos han dicho que estaban trabajando en dos canales: uno el de la Psiquiatría ortodoxa y el otro acerca de los aspectos de magia, woodoo, etc. (...). ¡Que lástima! Hemos perdido una ocasión para aprender (...). Si nos dijeran algo – sobre la paciente – sabríamos también como intervenir con ella (...)*» [Lucia]. Maria añade: «*No debe ser preparado únicamente el médico o el jefe de sala, sino todas las figura presentes en la Clínica, que tienen una importancia notable. (...) Por ejemplo, los OSS⁴⁵² aquí son figuras absolutamente importantes ya que interaccionan a menudo con esos pacientes, a veces recogen informaciones o confesiones (...) cosas que tampoco el médico sabe...y no sólo se ocupan de la higiene del departamento*» [Maria].

Las inadecuadas.



ULIANO, LUCAS 1978, *Il padiglione femmineile*, Cernusco sul naviglio, Milán.

«Jenny non vuol più parlare/ non vuol più giocare vorrebbe soltanto dormire. Jenny non vuol più capire/ sbadiglia soltanto non vuol più nemmeno mangiare. (...) Jenny ha lasciato la gente/ a guardarsi stupita a cercar di capir cosa/ Jenny non sente più niente (...) Io che l'ho vista piangere/ di gioia e ridere che più di lei la vita/ credo mai nessuno amò. Io non vi credo/ lasciatela stare voi non potete/ Jenny non può più restare portatela via/ rovina il morale alla gente Jenny sta bene/ è lontano...la curano forse potrà anche guarire un Giróno. Jenny è pazza/ c'è chi dice anche questo (...)
Jenny ha pagato per tutti/ ha pagato per noi che restiamo a guardarla ora/ Jenny è soltanto un ricordo qualcosa di amaro da spingere giù in fond.o Jenny è stanca/ Jenny vuole dormire Jenny è stanca/ Jenny vuole dormire.

VASCO ROSSI⁴⁵³

⁴⁵¹ Paciente brasileña de la clínica con un trastorno bipolar.

⁴⁵² Operatore Socio Sanitario. Auxiliares de limpieza.

⁴⁵³ Vasco, Rossi (1977), *Jenny è pazza*, Borgatti Music, 7:09.

Una parte de las pacientes ingresadas en la clínica psiquiátrica se identifican como personas con “trastornos mentales severos”. Con esta expresión se hace referencia a aquellos que cumplen criterios diagnósticos de diez categorías: *trastorno esquizofrénico, trastorno delirante, trastorno bipolar maníaco, trastorno bipolar depresivo, trastorno depresivo mayor recurrente, paranoia, agorafobia con ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, personalidad esquizotípica o trastorno límite de la personalidad*. Además han de tener menos de cincuenta puntos en una escala de valoración funcional, la GAF,⁴⁵⁴ y tener una duración del trastorno de más de dos años. Están internadas por indicación del psiquiatra territorial – como el caso de Emma – o porque acuden a Urgencias durante un brote, en el caso de Silvia, la mujer brasileña. También pueden haber sido llevadas por la policía. Con excepción del tratamiento sanitario obligatorio – TSO –⁴⁵⁵ las hospitalizaciones (¡la entrada, no la salida!) son voluntarias.

Yo no estaba acostumbrada a acercarme a pacientes-informantes psiquiátricos severos y no niego las dificultades iniciales. Más de una vez me pareció estar en una “casa de locos”. En el pabellón había siempre mucha confusión. De las mujeres que permanecían en un rincón durante horas sin expresión en su rostro, algunas te miraban fijamente, otras ni levantaban las pantuflas del suelo, arrastrándose hasta el final del pasillo para luego, volver atrás. Frecuentemente una de ellas se golpeaba el rostro contra la pared o en el suelo, sin emitir ningún sonido. Una vez otra se desmayó delante de mí y, casi inconscientemente, intenté sostenerle la cabeza. El personal médico me reprochó que la tocara: «*Si están en el suelo, se ocupan de ellas los enfermeros*» [Dr. Dentale]. Quedé muy angustiada, no quería “jugar al doctor”, sino evitar que se

⁴⁵⁴ GAF: *Global Assessment of Functioning Scale* (DSM - IV Axis V) «Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations» (<http://facstaff.gpc.edu/~bbrown/psyc2621/ch3/gaf.htm> [consulta el 20 de mayo, 2009]).

⁴⁵⁵ Tratamiento Sanitario Obligatorio, llamado también *ingreso forzoso* (*ricovero coatto*, en italiano) es una de las prácticas más controvertidas de la Psiquiatría. Muchos la consideran como último recurso para la salvaguardia del propio individuo y los de su alrededor. Para otros representa una forma injustificable de violencia contraria a los derechos humanos. A menudo el proceso del TSO está desencadenado por los familiares o también por personas externas al sujeto. Véase el caso emblemático de Sabbatini sucedido en Italia en 1986 (ANTONUCCI, 1986). Antes del ingreso forzoso es obligatoria una consulta psiquiátrica y los documentos deben llevar la firma del alcalde o de un funcionario municipal, aunque raramente esto suceda.

hiciera daño. “No tocar” a la paciente era una regla clave en la clínica y, desgraciadamente, en Psiquiatría que ya había conocido precedentemente. Los enfermeros solían bromear sobre eso «*¡Incluso los cirujanos tocan más!*» [Maria], «*Imagínate: ¡Lo máximo que hacen es tomarle la presión!*» [Giacomo].⁴⁵⁶ El clima siempre me resultó muy tenso y agobiante.

De todos modos, las *inadecuadas*, a excepción de unas cuantas, eran ya conocidas en los organismos de salud mental del territorio como la ASL de via Peschiera. La mayoría tenían más de cuarenta años, con la excepción de Gloria y Silvia, mucho más jóvenes que la media. En aquel entonces, excluyendo a las *teenagers*, todas habían sufrido ya unas cuantas hospitalizaciones. «*Las vemos entrar y salir. Desgraciadamente, la problemática no ha desaparecido*», me comentó muchas veces Maria. Por ejemplo, Silvia conseguía pasar apenas unos cuantos meses fuera de la clínica: «*es que tenía mucha depresión, sentimientos autolesivos y sentimientos de culpa (...) – me comentó casi justificándose – tenía ansiedad y lloraba muchísimo (...)*». En otra ocasión añadió: «*cuando me siento muy agitada, con ansiedad, tristeza y ganas de hacerme daño, de cortarme...sé que tengo que pedir ayuda y llamo a los médicos...*». Daria es otra *frequent flyer*⁴⁵⁷ iba y volvía con una frecuencia alarmante. Cuando yo llegué ya llevaba meses ingresada y obtuvo el alta al cabo de unas semanas. Volvió a los pocos días, acompañada por el marido a Urgencias. Llamado el psiquiatra de guardia pautaron de común acuerdo otro ingreso inmediato. Daria consideraba la clínica su casa a pesar de tener familia. Además se había «*enamorado locamente*» – sostenía tranquila incluso delante del marido – de un joven MIR, que era objeto de deseo de casi todas las *huéspedes* (lo que enriqueció visiblemente su ego masculino y médico), fomentando las peleas entre ellas sobre quién necesitaba o recibía mayor cuidado, así como los celos de su novia, otra *specializanda* de Psiquiatría. Esta situación siempre la observé con enorme curiosidad y me divertía. A pesar de esto, las *frequent flyers* son un problema importante para la asistencia y la atención en salud mental.

⁴⁵⁶ Enfermero de la clínica.

⁴⁵⁷ Pacientes recidivas.

En la clínica sólo el personal de enfermería parecía preocuparse por estas repetidas entradas. No estamos hablando únicamente de un fracaso en las terapias o del acercamiento de la Psiquiatría al paciente, sino también de un sistema externo que no cubre las necesidades de las personas y de sus familiares ni permite la integración y el seguimiento externo (SZASZ, 2000). A veces pensaba en aquellos hijos o maridos y en cómo ellos debían vivir todo eso. Recordé la frase de un familiar de un paciente psiquiátrico del Hospital de San Clemente: «*Tenemos una familia, además del enfermo aquí dentro*» (DEPARDON, 1977).⁴⁵⁸ ¿Cómo se organizaban? ¿Cómo vivían todos estos desdoblamientos de los espacios, los tiempos y las emociones? Desafortunadamente no tuve la posibilidad de entrevistar en la clínica a los familiares en la clínica ni a sus asociaciones como hice en los otros escenarios. A pesar de los fallos de los métodos utilizados, me hice también la idea que estas mujeres, independientemente de su enfermedad, su estado y severidad, acudían a la clínica para refugiarse de un mundo que les daba miedo, de las responsabilidades de ser mujeres, madres, amantes, hermanas, hijas o simplemente seres humanos ya que sus vidas se habían convertido en insostenibles. La “casa” y la idea de familia fueron sustituidas por la situación “cómoda” y anónima de la clínica. Todas tenían un denominador común, incluido Gloria: huían de su contexto social encontrando refugio en el lugar más anónimo y aséptico del mundo, la clínica. Nadie quería saber «*el por qué o el cómo*» [Emma], nadie les preguntaba por sus sueños, deseos, miedos, fracasos o proyectos. Nadie pretendía conocer a las personas que estaban tras aquellos rasgos uniformados por los psicotropos, vestidas con la bata, perfume barato y pintalabios rojo. En la clínica podían abandonarse al desconsuelo, despreocuparse del aspecto y olvidarse de preparar comidas o comprar. Sobre todo, no hacía falta pensar, otros lo hacían por ellas. O mejor dicho les quitaban los pensamientos. La “situación manicomial”, aunque pudiera parecer desesperante para esas mujeres, les provee de la sensación de estar cuidadas y de pertenecer a un grupo definido y organizado de reglas internas y externa, es

⁴⁵⁸ Depardon, Raymond (1980), *San Clemente*, Francia, Palmeraie et désert, 1.33: 1

decir, que dotaba de orden a sus tumultuosas vidas. No tenían tampoco la necesidad de elegir a qué hora despertarse o acostarse. En bata todo el día, fumaban mirando un muro, se tiraban al suelo hasta que algún enfermero las recogía. El tiempo lo dictaba la hora de la comida y de los medicamentos. Emma explica que *«me despertaban a las 6, pero antes que empezara la terapia ya pasaba tiempo, había cambio de guardia. A las 8, la terapia y a las 8.30, el desayuno. Se comía a las 12 (...) y por la tarde a las 19»*. Las cosas importantes se convertían en si *«la Maura cogía seis cucharones con siete pastelitos»* [Emma] durante el desayuno o quién firmaba los permisos para salir a tomar el café.⁴⁵⁹



SIMONA, GHIZZONI 2006, *Chiara*.⁴⁶⁰

Los quince minutos cotidianos de aire concedidos para consumir un refresco en la máquina del entresuelo y aprovechar para fumar unos cigarrillos eran los momentos más significativos de sus jornadas. Por cierto, la clínica, como la mayoría de los centros psiquiátricos, está concebida como “espacio tolerante” al humo donde el tabaco está permitido en casi todo el pabellón: *«Antes las acompañábamos afuera, pero últimamente siempre pasaba algo. Recientemente se pegaron con personas de otros pabellones y no podemos correr esos riesgos, por lo tanto les abrimos las ventanas y fuman aquí»* [Maria].

⁴⁵⁹ Emma sin ningún problema me cuenta: *« esas dos gilipollas [Dra. Rospio y Maya], una tarde, se olvidaron de firmarme los permisos, así que me denegaron la posibilidad de salir»*.

⁴⁶⁰ La autora es tercer premio en el Word Press Photo en el 2006 con el retrato “Chiara”, paciente bulímica de un Instituto de Salud Mental.



SIMONA, GHIZZONI 2006, *Chiara*.⁴⁶¹

También el alcohol y algunas drogas entran normalmente⁴⁶² y, al parecer, hay un intercambio de sustancias con el pabellón masculino.⁴⁶³ Se sabe, no se fomenta ni está permitido, pero se acepta en silencio, hasta que no suceda algún hecho asombroso. El último que aterrorizó al Prof. Garrone fue descubrir que muchas pacientes robaban a las otras, así que, durante mi permanencia, se cambió la regla de entrada, suprimiendo aún más la privacidad y la identidad a esas personas: se confiscaban todos los objetos personales al ingreso⁴⁶⁴ o presentes en las taquillas (descubriendo las reservas alcohólicas y de drogas de algunos pacientes), lo que puntualmente se convertía en un ingente problema para ellas y los enfermeros. «Tienes que dejar a las enfermeras tus cosas, antes no era así y es que un día empezaron a robar, ¿Te acuerdas? Me robaron un paquete de cigarros, un jabón íntimo, también ropa... a otras, maquillajes, bolsas (...). Para meterse el perfume tenía que rebuscar en la taquilla común, allá, de las enfermeras. (...). Pero, cuidar del aspecto: ¿No forma también parte de un programa de curación, Serena?» [Emma]. A veces las informantes me hacían preguntas como ésta que

⁴⁶¹ *Idem*.

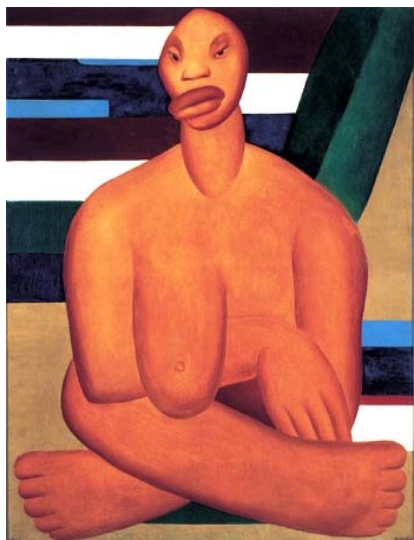
⁴⁶² «El marido [de una paciente] le llevaba el vino y, claro, empezaba a flipar (...) también whisky, grappa, tequila, vodka. (...)». [Emma].

⁴⁶³ Aunque no tengo pruebas que pasara en la clínica psiquiátrica sospecho que también había relaciones sexuales entre los “huéspedes inapropiados”. Durante una entrevista con una psicóloga de Barcelona que trabaja en una institución parecida a la clínica, confirmó los encuentros íntimos y frecuentes por la noche entre los pacientes alojados.

⁴⁶⁴ Lo mismo ocurre en la película *Alguien voló sobre el nido del cuco* cuando Randle McMurphy (Jack Nicholson) entra en el manicomio y las dos enfermeras registran sus haberes. Forman, Milos (1975), *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, USA, United Artists presents a Fantasy Film, 133 minutos.

me habría gustado responder abiertamente: «Si, Emma, ¡Si! Debería ser considerado así». Pero debía mantener una posición neutral.⁴⁶⁵

Azeide de dendê, cachaça y Tegretol®⁴⁶⁶



TARSILIA, DO AMARAL 1923, *A Negra*.

No era mi intención tratar el caso aislado de un informante en un párrafo específico pero la peculiaridad de Silvia me induce a destinarle un espacio. Hay informantes que “quedan” en la memoria por las afinidades con el investigador o por los momentos compartidos. Otros por sus historias. Silvia es una de estas últimas. Su narración fue muy sugestiva, me sedujo la dualidad – tradicional y

⁴⁶⁵ Mi descripción de la clínica psiquiátrica podrían evocar al recuerdo las tratadas en libros y novelas sobre las cárceles de mujeres. Añado algunos ejemplo bibliográfico donde es posible encontrar analogías: Chacón, Dulce (2002), *La voz dormida*, Alfaguara, Madrid; Hernández Holgado, Fernando (2003), *Mujeres encarceladas, la prisión de Ventas: de la República al Franquismo, 1931-1941*, Marcial Pons, Madrid; Olesti, Isabel (2005), *Nou dones i una guerra. Les dones del 36*, Edicions Proa, Barcelona; Solé i Barjau, Queralt (2004), *A les presons de Franco*, Edicions Proa, Barcelona. Véase también <http://www.presodelescorts.org/es/node> [consulta el 23 de mayo, 2009].

⁴⁶⁶ El *Azeide de dendê* es un aceite obtenido del fruto de la palmera, *dendezeiro* (*Elaeis guineensis*) utilizado tanto en platos afro-brasileños como en los rituales de Candomblé. La *cachaça* es un aguardiente que se obtiene de la caña de azúcar. Mientras que el *Tegretol®* es un fármaco derivado de la carbamazepina, utilizado como anticonvulsivo para epilepsia (psicosomática o temporal, formas mixtas, crisis focales), neuralgias y manía (TORTA, 2005). Producto de *Novartis farmacéutica*.

biomédica – en la que vivía y expresaba su malestar. Ningún otro informante presentó tan radicalmente esta singularidad. Es frecuente que el paciente-informante, y no sólo en el contexto psiquiátrico, atribuya su malestar a un conjunto de elementos que contemplen elaboraciones personales de hechos supersticiosos, religiosos o de sentido común. Esto se suele descubrir durante las entrevistas en profundidad y no sólo corresponden a la explicación de la enfermedad sino a las modalidades de cura. Pero el sincretismo y el pluralismo causal y asistencial no estuvieron tan acentuados como en esta informante brasileña. Silvia recurría a los rituales de magia blanca y de *candomblé* para curarse.⁴⁶⁷ Ubicaba su trastorno en el cuadro de las «*enfermedades espirituales*» producidas por la presencia de «*dos exus*» – espíritus-demonios – y de un ritual de magia negra que una mujer le hizo años atrás como venganza «*porque siempre he sido mala*». Por otro lado, colocaba su sufrimiento en un contexto biomédico y utilizaba bastante adecuadamente una terapia psicofarmacológica. Llamaba su malestar «*depresión*» e ingresaba voluntariamente en la clínica psiquiátrica cuando se percibía «*agitada y con comportamientos autolesivos*».

Tardé un tiempo en conocerla, en la clínica tuve la impresión que los médicos la tenían un poco “escondida”. Demasiado pintoresca para aquel contexto. Igualmente, no creo que la mayoría de los médicos fueran conscientes de esa duplicidad o, en caso contrario, no le prestaba ninguna atención. Supe por Marco que el Prof. Garrone clasificó a Silvia como un «*caso folklórico*» y archivó simbólicamente todos «*sus excesos de originalidad*» [Marco] en manos del Dr. Lucas. Él, como comentó el personal de enfermería, no anotó el caso ni, por lo visto, compartió sus resultados con los compañeros. En efecto, no fue el Dr. Lucas quien me habló de ella sino Marco: «*pero, tu que estás interesada en las culturas ¿Por qué no te ocupas de Silvia, la bipolar con elementos de magia?*», me dijo un día.

⁴⁶⁷ Silvia habló de *candomblé* y *macumba* durante las entrevistas de modo totalmente indistinto. En ese contexto no daré referencias teóricas sobre los dos rituales ya que refiero sólo la experiencia que ella me narró. Generalmente, el *candomblé* se entiende como una «*religion that provides the spiritual foundation and superstructure of Bahian life with regional variations and names such as Macumba, Shango, Casas das Minas, and so on (...)*» (WALKER, 1990) o el «*lugar en donde se celebran las fiestas de los orixa*» (ZIEGLER, 1976: 341). Para profundizar sobre el tema, véase por ejemplo: Redko, (2003) o Seligman (2005).

Entrevisté a casi todos los MIRs, también en el pabellón de los hombres, para saber si alguien estuvo interesado profesionalmente en el caso de Silvia o había trabajado con ella en sus dos ingresos precedentes. Me habría gustado llevar a cabo un estudio en conjunto con un médico. Sólo encontré una *especializanda* que prestó servicio en Urgencias la noche en que Silvia acudió por primera vez. Fue ella quien recogió toda la anamnesis inicial del caso. Su interés derivó en la posibilidad de presentar la tesina de final de carrera⁴⁶⁸ en torno los aspectos culturales de la enfermedad mental, así que transcribió detalladamente el material recogido. Tardó un mes en llevármelo. Luego abandonó la idea cuando vio que el Dr. Lucas sacó un artículo sobre el caso de Silvia utilizando su material sin pedirle el consentimiento ni citarla. De todas formas, tanto el artículo como el material de la MIR no resultaban muy interesantes para los fines de mi estudio. Faltaban las ideas de Silvia, sus explicaciones y su manera de vivir la duplicidad de la enfermedad. La actitud biomédica de interpretar sus visiones y las continuas referencias a Tobie Nathan dieron lugar a un ensayo teórico más que una descripción etnopsiquiátrica. Tras el artículo y el interés inicial del caso, Silvia volvió a ser una paciente como las otras, con un trastorno *borderline* de personalidad. De hecho, durante las reuniones médicas nadie mencionó nada sobre su visión tradicional de los trastornos mentales. Yo la conocía simplemente por sus datos biográficos (hecha exclusión de su origen brasileño) y por la patología, aunque nunca la encontré por el pasillo. Descubrí en seguida que solía pasar el tiempo leyendo en su habitación o escuchando música. No se relacionó mucho con las otras *inadecuadas*, con la excepción de Emma que hablaba y mantenía contactos con todo el pabellón.

Marco me presentó a Silvia directamente como antropóloga. Ella pareció contenta de hablar conmigo y me dio la impresión de conocer perfectamente mi disciplina porque sabía lo que me interesaba. Conversé con ella muchas veces y, con la excepción de la primera entrevista, siempre fue en horarios “particulares”, es decir, por la tarde y durante las fiestas, fuera de las miradas

⁴⁶⁸ Después de los cuatro años de escuela de especialización hay que preparar una tesina final y presentarla delante de una pequeña comisión.

indiscretas de los médicos. Pude grabarla sin problemas. Nos sentábamos en una mesa del comedor. Ella empezaba a contar, a veces también durante horas. A menudo, otras pacientes se acercaban, celosas de la atención que una *bata blanca* prestaba exclusivamente a una de ellas. Esta situación me incomodó mucho. La constante necesidad de atención no era sólo dictada por el aburrimiento o por reacciones infantiles, sino por la ausencia de un verdadero contacto con los demás. Todas necesitaban consideración, tenían ganas de confrontarse, contar, compartir con alguien sus experiencias y esto casi nunca sucedía. Desafortunadamente yo disponía de apenas tres meses y Silvia, Emma y Gloria cautivaron todos mis espacios.

Silvia es una mujer negra, alta, con un rostro espléndido. Su cuerpo estaba «*hinchado*» por los medicamentos o así ella me explicó el cambio físico en los últimos años. Resultaba fascinante, con un físico voluminoso, completamente distinto al de una italiana. Percibí que este elemento sumado a su origen *exótico*, fomentaba ideas y conjeturas entre el personal médico. Algo que noté también en Urgencias cuando un psiquiatra de sala 13 fue llamado a atender a una joven y bellísima prostituta negra. La promiscuidad aparente, en el caso de Silvia, y la explícita, en el otro caso, producían comportamientos estereotipados, andro y eurocéntricos que nunca había percibido en otros escenarios. Tal vez porque siempre trabajé con mujeres médicas. Durante su primer ingreso, Silvia confirmó tener una vida sexual activa y que en Italia había sido contratada como bailarina brasileña en un restaurante. En su carpeta médica esta información adoptaba un matiz de prostitución. En efecto, con un pellizco de malicia, Marco me presentó a Silvia directamente como una *ex-traineuse*, algo que en seguida descarté en mis entrevistas en profundidad con ella.

A pesar de su condición de hospitalizada se cuidaba mucho. Durante su estancia en la clínica, utilizaba maquillaje y lentillas verdes, perfume de marca y ropa “cómoda” colorada. Algo totalmente diferente a las otras *huéspedes*. Cuando la entrevisté tenía treinta y tres años. Hablamos en italiano durante todos los encuentros. Ella tenía un dominio perfecto del idioma y una

capacidad de expresión envidiable. Además, a diferencia de la mayoría de las personas entrevistadas en escenarios psiquiátricos, Silvia mantenía una lógica impresionante cuando reportaba su experiencia de vida. Algo bastante insólito entre los otros pacientes-informantes entrevistados. Era capaz de articular el discurso en orden cronológico, sin perder el hilo ni repetirse, manteniendo siempre un doble acercamiento – tradicional y biomédico – respecto a su malestar (su vida, sus ideas).

Nació en Río de Janeiro y vivió en un barrio marginal, en el confín de la ciudad, cerca del campo. Me describió su infancia enriqueciéndola con recuerdos felices, aunque a menudo los contrastaba con la pobreza padecida en aquellos años. Hoy no tiene vínculos familiares muy fuertes (los padres viven y, con la excepción de una hermana que vive en Italia, los demás residen en Río). Vuelve una vez al año a Brasil donde puntualmente se hace tratar su «*enfermedad espiritual*».

Llegó a Génova en 1992 con su hijo, fruto de «*la relación más importante*» de su vida. Al parecer, cada año, independientemente de estar casada, se encuentra con el padre biológico de su hijo y viven unos «*meses de pasión*» en Río, hasta su regreso a Génova. Este hombre «*de sangre africana y negro*» cuando nació el bebé «*era drogadicto*», razón por la que le abandonó y aceptó migrar a Italia con el niño. Unos conocidos le ofrecieron trabajar como bailarina en un restaurante brasileño⁴⁶⁹ y ella, «*sin pensárselo mucho*», aceptó. «*Nunca tuve problemas de papeles; más bien raciales por mi color de piel*», me comentaba.

En Italia tuvo dos uniones significativas, una con su actual marido, un hombre mucho mayor que ella con el que tiene una buena «*relación de cariño*».⁴⁷⁰ La otra, la tuvo recién llegada a Génova con su empresario. Una historia «*intensa y pasional*» hasta que ella se dio cuenta que el hombre «*se aprovechaba*». Le organizaba espectáculos en diversas ciudades del norte de Italia «*y yo no veía*

⁴⁶⁹ Ha sido el segundo restaurante extranjero que llegó a la ciudad después de los chinos. Los autóctonos estaban encantados. Tuvo muchísimo éxito y abrieron en seguida otro restaurante de la misma cadena. Además de una muy buena cocina presentaban un espectáculo de danza típica brasileña.

⁴⁷⁰ Este hombre cuida dulcemente del hijo y de ella y, cada año, le paga, «*sin demandar demasiado*», su estancia en Brasil.

ni un duro». De esta relación nació una hija. Cuenta haberse hastiado de ese hombre («*pretendía que bailara también embarazada y yo ya no aguantaba más*»). La relación duró varios años hasta que un día, a través de un procedimiento legal, revocó la custodia de la niña. Ella cree haber sido «*engañada*» por su pareja y por su suegra. Dicho momento coincidió con su primera crisis oficializada por el sistema biomédico y la consecuente hospitalización: «*cuando me di cuenta de lo ocurrido [haber firmado un papel en el que declaraba la renuncia de la hija] me quise hacer daño. Quería golpearme, herirme (...). Me ingresaron en la clínica por primera vez*». Antes de la separación de la hija la situación con su ex pareja era ya muy tensa y decía que llevaba un tiempo «*deprimida*». Poco antes de quedarse embarazada acudió a un neurólogo que le recetó unas gotas.⁴⁷¹ Además de las tensiones vividas con su compañero empezó a tener problemas con la hermana, llegada del Brasil para ayudarla a cuidar del hijo mayor mientras ella trabajaba. Pasado un tiempo, la hermana se enamoró de un italiano, se casó y cambió de ciudad, no pudiendo cuidar más del sobrino. En este período Silvia nota que no conseguía hacerse cargo de todo y «*empecé a tener problemas en la cabeza – se toca la extremidad –*». Estas razones, más las continuas peleas de pareja, indujeron al compañero a quitarle la niña. Además de estas explicaciones, ella relaciona las causas de la depresión con el «*don*»: un poder que su padre y también el abuelo materno beneficiaban. «*Lo heredé de mi padre [llama al padre «stregone» (brujo)]. (...) mi madre nunca supo nada de todo eso (...). Mi padre tenía visiones de acontecimientos trágicos que se iban a cumplir pero casi nunca llegaba a tiempo, así que el evento ya se había ejecutado*». Tras la muerte de un niño que el padre no consiguió salvar, repudió el don. Ella lo cuenta como algo muy decepcionante que nunca llegó a entender completamente. Insiste mucho sobre el tema del rechazo del padre. Percibo que ella vive estos elementos espirituales como un empeño, una responsabilidad. Más de una vez dice que no es un juego. No se puede refutar, sino asumir lo que implica tener estas habilidades. Ella me explica que su don es diferente al del progenitor y se caracteriza por ver «*espíritus sin luz*», es decir, «*personas muertas en accidentes*

⁴⁷¹ No se acuerda exactamente que fármaco fue ni la diagnosis del neurólogo.

(...)). «*El ciclo de vida es de cincuenta años y si se muere antes – me explica – como a los veinte, quedan treinta años sin luz*». En esta ocasión Silvia debe haber notado en mi una particular expresión que interpretó como incredulidad, así que añadió: «*¿Sabes que? Tampoco vemos el aire, pero sabemos que existe y ocurre lo mismo con los espíritus sin luz*». En realidad yo estaba pensando sobre quién me había hablado antes de los espíritus sin luz y le comenté esa experiencia con otra persona. Ella se relajó y empezó a contarme que sigue viendo muchos espíritus a su alrededor. No tuve el valor de pedirle si también en aquél momento había algunos. Debo ser honesta, a veces me dejaba sugestionar por los cuentos de Silvia sobre los espíritus sin luz o los *exus*. Tal vez venía influenciada por el contexto manicomial donde desarrollábamos las entrevistas, por el frío y la oscuridad de las tardes genovesas que hacían de escenario idóneo para sus relatos. Por otra parte era un mundo completamente desconocido para mí. Recuerdo que también me prestó un libro sobre el Candomblé y, de manera muy infantil, demoré un tiempo antes de empezar a leerlo como si tuviera miedo de llevar los espíritus a mi casa.

«*Desafortunadamente*», unos años más tarde, las visiones se hicieron más intensas hasta llevarla, refiere ella, a la enfermedad mental: «*seguía viendo cuerpos (...). Ha sido el período más difícil de toda mi vida, veía muertos en cada rincón, tenía muchos ataques de pánico y miedo a todo. Me pasaban cosas raras en la casa, me sentía llamar en un oído (...). También los médicos decían que estaba loca*». Le pregunto si sabía a qué era debido el cambio, las razones de su empeoramiento. Ella dice que todo dependía de un ritual de magia negra que celebró una mujer: «*enterraron mi nombre con un cadáver*». Cuando le pregunté por qué le hicieron algo de semejante, me contestó que la culpa era de su manera de ser: «*siempre he tenido un carácter difícil, agresivo, vindicativo...tenías enemigas*». Esta magia negra fue lo que desencadenó violentamente su «*forma de locura*». La segunda hospitalización fue a consecuencia de esa magia negra. En este ingreso los médicos concretaron el diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Resulta interesante observar que ella, consciente del diagnóstico médico y del

significado de su enfermedad, seguía llamando a su malestar «*depresión*».⁴⁷² Además de la magia negra, ella decía que su ingreso dependía «*en un 60%*» también de la presencia de los *exus* que «*son espíritus-demonios...cada uno tiene su nombre, hay San Giorgio, Santa Bárbara y muchos más. Uno de los míos forma parte de los orixás (...)*».⁴⁷³ Tienen también funciones diferentes y... no son cosas bellas de llevar encima, ¿Sabes? tengo que hacer muchas cosas para ellos. Pretenden mucho...piden atenciones, hacen muchas solicitudes». Descubrió sus *exus* a los siete años cuando a causa de su temperamento rebelde sus padres la llevaron a una clínica espiritual. “La mama”, es decir, la sacerdotisa, le quitó «*el mal*» por medio de unos cuantos papeles absorbentes y le dijo que desde su nacimiento tenía dos *exus*: un hombre y una mujer. «*El problema – observa ella acordándose de aquel episodio –, ha sido que cuando me dijeron que tenía los exus, nunca les di de comer y tal vez por eso enfermé. No hice nada de nada, ¿Entiendes? Se quedaron muchos años con hambre, por eso me enfermaba porque estaban enfadados conmigo. Así que me pasa de todo. A veces también pasa que Figueria [el exu femenino] y Baragbo [el varón] pelean entre ellos*». Para que los *exus* no se enojen tiene que preparar una vez cada mes una comida especial donde cada ingrediente tiene un significado específico: «*preparo una masa con harina blanca, miel y azeite de dendê, que representa la sangre, porque es rojo, luego hay la cachaça que es muy parecida al vodka y es el agua, pongo velas que son la luz, un cigarro encendido que representa el humo, las nubes y, en fin, carne encebollada [un tipo normal de carne que se sofríe con un poco de cebolla] (...)* Son todas cosas naturales. Se deja todo en un plato durante tres días y luego se lleva a un lugar en el medio de la naturaleza, se les llama [a los *exus*], se habla con ellos y se saludan». Tras la comida, ofrece a Figueria una rosa «*ya que le encanta el perfume*» y a Baragbo un cigarro. Le enseñaron este ritual durante su segundo ingreso en la clínica espiritual, el verano pasado, es decir, entre su primera y segunda hospitalización. En esta ocasión la sacerdotisa le dijo que tenía también un número “ocho” en la espalda: «*algo muy grave*» si bien no

⁴⁷² Véase el párrafo “El cultural business. ¿Dónde colocamos la diversidad?” y el Anexo III. “Listado. Informantes y Pacientes” en la columna Tipo de trastorno para el Migrante/Familiare donde está reportado el nombre del malestar según el informante. También consultar el trabajo de Martínez-Hernández (1996) sobre los *nervios*.

⁴⁷³ Son fuerzas o energías de la Naturaleza.

consigue explicarme exactamente, o yo no entendí, en qué consistía ese “ocho”; qué consecuencias acarrearía y cómo curarlo.

La permanencia en la «*clínica espiritual*» costaba mucho dinero así que no pudo completar los procedimientos de magia blanca que “la mama” le había ofrecido y pautaron únicamente el ritual de «*purificación*». Debía ponerse un vestido blanco y sumergirse en una bañera: *«Me adormecí aunque no tenía sueños. Me quedé una hora y media. En este tiempo ellos trabajaron. Después del ritual, la mama me dijo las cosas que tengo que evitar: andar en Internet, comer callos, alubias blancas y otras comidas que han sido utilizadas en el ritual. Sobre todo no puedo entrar en un cementerio»*. Al año siguiente decide quedarse seis meses en Río con su hijo y busca otra clínica cerca de la ciudad. Descubre que su prima trabaja en centro espiritual, la clínica *Umbanba*: *«empecé la terapia pero era demasiado caro, así que decidí no acudir más... además tenía el avión para volver a Italia a los pocos días. La mama me decía que era mejor que siguiera porque tenía demasiada energía negativa, ella me repetía “cuidate mucho, presta atención porque estás en peligro. Es una cuestión de vida o de muerte”. (...) En fin, dejé la terapia, pero al día siguiente me robaron el bolso con toda la documentación: el pasaporte italiano, la visa, etc. ¡No sabía que hacer! ¿Entiendes? ¿Qué podía que hacer? Dios mío, estaba desesperada. Empecé los trámites con el consulado italiano (...) mi marido de Italia me ayudó mucho. Pero había que esperar, me dijeron que no podía viajar (...). ¿Cómo se puede pensar que esto no ha sido una coincidencia? Así que volví a llamar a la mama y seguí con ella la terapia (...) me ingresan tres días en el centro»*. En estos tres días le hicieron tres rituales: el primero de purificación, el siguiente para quitarle la «*mala energía*» que la hacía enfermar y el último para homenajear a sus *exus*. *«La purificación la hicimos en el bosque. Consistía en una limpieza del cuerpo con hierbas y algunos alimentos que compré (...) [ella hizo una comida especial con ingredientes que en Italia no se encuentran]. Me pusieron en una bañera con una mujer que me sujetaba la cabeza y otra el cuerpo. En este caso, sólo las mujeres pueden participar en el ritual... Me limpiaron, prepararon un compuesto de hierbas y me envolvieron con vendas blancas. La sacerdotisa pronunciabas palabras que yo no entendía, era un idioma... una lengua desconocida, pero tenía que repetir con ella esas palabras (...). Nunca me dejaron sola, justo por la noche me pude retirar a casa de mi prima a dormir. Se me hincharon los*

pies, pero después de tres días volvieron a la normalidad». El segundo procedimiento resultó más complejo y violento: «Necesitaba tener un vestido blanco y muy sudado [le pregunto cómo hizo para conseguir ropa transpirada y ella me explicó simplemente que hacía demasiado calor]. Tenía que procurarme dos pollos de granja vivos (...) el sacerdote pasó primero el animal por todo mi cuerpo para absorber la energía negativa (...) El pollo se cargó tanto de energía mala que falleció en seguida... [Me repite más de una vez que no es agradable de ver]. Después, hubo un momento problemático porque un participante del rito no estaba de acuerdo con Baragbo [el exus masculino]... así que el rito se detuvo para pedir permiso a mi exu masculino para seguir adelante... El segundo pollo estaba dedicado a él». El último consistió en alimentar a los exus. «[La comida] se deja unos tres días y luego se entierra en un lugar en medio de la naturaleza». Le pregunto si alguien consumió la comida y ella me confirma que se queda intacta. «Se sirve en un plato hecho de terracota brasileña. La mamá me explicó como hacerlo».

Al regresar a Italia dice encontrarse bien hasta que un día vuelve a ser agresiva consigo misma. Acude a Urgencias donde la trasladan voluntariamente a la clínica psiquiátrica de San Martino. Esta es su tercera hospitalización, entre la segunda y la tercera pasan unos siete u ocho meses. Le pregunto el por qué de todo esto y me dice que la culpa es suya por no cuidar de sus *exus*. Aunque esto, dice, no explica muy bien su tercera hospitalización y simplemente afirma que tiene una llamada pendiente con “la mamá”: «tengo que preguntarle bien qué pasó para entender esta recaída».

En el último encuentro me reveló que preguntó a la *mamá* si volvería a tener a su niña consigo ya que ahora era lo que más la inquietaba. Además la niña demostró tener el “don” porque de pequeña jugaba con los espíritus sin luz y ella quería protegerla y explicarle en qué consiste todo esto. La sacerdotisa le revela que su ex pareja morirá pronto, aunque no le puede decir exactamente la fecha: «dentro de un año o más» dijo. A partir de su muerte ella podría recuperar la custodia de la niña. Me confía que estas informaciones no las reveló a los médicos y que ya presta mucha atención a lo que puede o no puede contarles. Admite que se sintió el centro de la atención durante el segundo

ingreso y que el Dr. Lucas le hacía infinidad de preguntas, pero que luego nadie ha vuelto a interesarse por ella. A pesar de ello, dice que se siente «*contenta con la terapia farmacológica...ahora estoy con el Dr. Marco y hemos cambiado la cura...me siento bien*».

Le pregunto si tiene más confianza en un método que otro, pero ella me contesta que en ambos, sin diferencia alguna. Toda su vida, su manera de enfrentarse a ella se basa en este sincretismo. Incluso la enfermedad resulta un perfecto dualismo entre la visión tradicional y la biomédica. Me explicó que no hacía falta recurrir a un centro biomédico en Brasil, ya que con los centros espirituales estaba a gusto y que acude a la clínica en Génova porque «*aquí funciona así*». Es decir que se adapta al sistema que tiene más relevancia en un determinado contexto. Dicho con un refrán popular español “*Allá donde fueres, haz lo que vieres*” o en la versión inglesa: “*When in Rome, do as Romans do*”.

Silvia demuestra constantemente su confianza en la Biomedicina al mismo tiempo que en su sistema tradicional. Si ella lo hubiera querido, el marido le habría pagado estancias más largas en Brasil para curarse. Lo que quiero decir es que no se apoyaba en un sistema de asistencia en lugar de otro porque no encontraba un nivel de correspondencia entre la creencia personal y el sistema de cura oficial aplicado. Ni estaba decepcionada con ninguno de los dos. Como ocurre en el caso ya citado del “alboroto de lombrices” en San Juan Sacatepéquez (VILLANUEVA Y OTROS, 2007)⁴⁷⁴ se recurre a remedios tradicionales porque son compatibles con el modelo explicativo de la enfermedad y, a diferencia de los biomédicos, pueden curar las lombrices porque hay una correspondencia lógica entre la explicación y la cura. En cambio Silvia mantenía constantemente una doble visión tanto en la explicación causal de la enfermedad como de las curas. Por una parte, el malestar tenía su origen en la presencias de los *exus*, del símbolo “ocho” en la espalda y de una especie de mal de ojo elaborado por una mujer con un cadáver. Por lo tanto la cura consistía en el dar de comer a los *espíritus-demonios* y practicar los rituales de purificación. Por la otra, la responsabilidad y el peso de ver crecer a su hijo sin la ayuda de la

⁴⁷⁴ Este ejemplo es tratado en el Capítulo “Políticas Psiquiatras”.

hermana que la había abandonado «*huyendo con un italiano*», las constantes disputas con el padre de la hija y la consiguiente pérdida de la custodia, la indujeron a una “depresión” y la llevaron a ingresar a la clínica y a utilizar *Tegretol*. Para muchos de mis informantes el sistema tradicional garantiza una sanación, mientras que el biomédico sólo una cura. Para Silvia ambos son una cura, un alivio temporal a su condición de «*diversa*».

EL DIPARTIMENTO D’EMERGENZA E D’ACCETTAZIONE DEL E.O. OSPEDALI GALLIERA DE GÉNOVA



RICHARD SHOCK, s.f., *Medical staff pushing patient on trolley.*

El Departamento de Emergencia y de Aceptación - DEeA - es una *struttura complessa d’urgenza di primo livello*, perteneciente al *E. O. Ospedali Galliera*⁴⁷⁵ con la función de intervenir en las urgencias médicas y/o quirúrgicas. Abierto las veinticuatro horas todos los días al año.

El *Galliera* fue edificado entre 1877 y 1888. Es un hospital público y goza de financiación estatal.⁴⁷⁶ Su fundadora, la noble genovesa Maria Brignole Sale De Ferrari,⁴⁷⁷ Duquesa de Galliera, puso en el estatuto del nosocomio que el

⁴⁷⁵ *Ente Ospedaliero Ospedali Galliera*

⁴⁷⁶ Es decir que recibe financiaciones públicas. El asesor de salud de la Regione Liguria, Claudio Montaldo, declaró el año pasado (2007) que la financiación fue de 108 millones de euros.

⁴⁷⁷ Génova 1811- Génova 1888. Filántropa, co-financió la realización del canal de Suez.

Arzobispo de Génova presidiría *per sempre* su Obra Pía con poderes temporales: nómina del director general, gestión del presupuesto y supervisión del trabajo del comité ético. Por lo tanto, aún hoy, la orientación política del hospital está muy influenciada por la Curia. El actual presidente es el Arzobispo de Génova, Angelo Bagnasco, también presidente de la *Conferenza Episcopale Italiana* - CEI -

.⁴⁷⁸

En la ciudad de Génova existen cinco servicios de Urgencias y sólo dos están en los barrios centrales: uno es el del *Galliera* que tiene como zona de referencia el casco antiguo y los barrios de sus alrededores. El otro es San Martino, el complejo universitario que incluye también la clínica psiquiátrica, especializada en cirugía de emergencia y traumatología, situado en la parte más “alta” de la ciudad.

El DEeA se ubica en la planta baja del hospital, accesible para peatones y ambulancias. Está compuesto por diversas dependencias, todas unificadas a través de la red informática⁴⁷⁹ y con una cercanía espacial que permite al paciente y al personal sanitario moverse con extrema facilidad. Entrando por la puerta principal de Urgencias hay un pequeño atrio donde se ubica la oficina de información y la de la Policía. En esta antecámara existe un acceso directo a la sala de clasificación, selección y atención, denominada *Triage*, que sólo se usa en caso de extrema emergencia. El personal sanitario recurría a ella exclusivamente para salir sin cruzarse directamente con los enfermos alojados en la sala de espera. En otras circunstancias, el paciente o la camilla entran por el acceso central, ubicado frente a la *waiting room*. Superada la antecámara, se accede a un cuarto muy espacioso que conecta la entrada a las salas de Observaciones Breves Intensivas - O.B.I. -,⁴⁸⁰ al despacho de la administrativa (Benita), el del

⁴⁷⁸ Últimamente ha habido numerosas polémicas entre la Regione Liguria y el Arzobispo Bagnasco. En el campo sanitario (porque también hay otros aspectos sociales como el próximo *Gay Pride*, por ejemplo) las razones atañen al aborto, la “píldora del día después” y la inseminación artificial. Consultar: Costante, Alessandra (2008a), «Pillola del giorno dopo introvabile al Galliera», 8 Aprile, 2008, *Il Secolo XIX*; Costante, Alessandra (2008b), «La Regione ferma al Galliera la fecondazione in provetta 4 marzo 2008», 4 Marzo, 2008, *Il Secolo XIX*.

⁴⁷⁹ Junto al SATMI es la mejor infraestructura informática encontrada durante el trabajo de campo.

⁴⁸⁰ El objetivo del O.B.I. es reducir las hospitalizaciones inadecuadas y evitar las dimisiones precoces de la Urgencia. De tal manera se garantiza al paciente una mayor seguridad y la

director del Departamento (el Dr. Camillo) y la sala de espera para pacientes y acompañantes. Este ambiente es el centro neurálgico de las Urgencias, dotado de numerosas sillas de plástico marrón.⁴⁸¹

Cuando una persona acude a Urgencias unas flechas en el suelo le guían hasta el mostrador del *Triage* donde un enfermero procede a registrar al paciente mediante un código de colores según la gravedad referida del malestar. Por lo tanto, la lista de espera no la dicta el orden de llegada del paciente, sino el código de gravedad atribuible al *Triage*. Esa pantalla es consultable también *on-line*. Encima a la puerta de acceso del espacio operativo – *post-Triage* – está colgada una pantalla-*display* para verificar la lista de espera y las prioridades de visitas. Cada paciente tiene un número identificativo que está marcado en la pantalla con colores, a veces también están presentes otros signos, como asteriscos. El personal sanitario se comunica por medio de signos ajenos a un no sanitario que poco a poco fui aprendiendo. La mayor parte de ellos son para dar informaciones inmediatas a los profesionales que aún no han visitado al paciente sin necesidad de consultar la carpeta médica. Los enfermos indicados con *fast track* son lo que necesitan un recorrido preferencial, «una vía más rápida» [Dra. Severa].⁴⁸² El *fast track* está indicado en la carpeta médica o en el pabellón externo por cuatro equis, mientras que las tres equis muestran que el paciente ha sido remitido o estaban implicadas las fuerzas del orden; dos equis que está destinado al despacho de los Códigos Blancos y una sola identifica ancianos o discapacitados. Además, había otros códigos de colores, independientes de la gravedad: si en la pantalla interna el nombre y apellido del enfermo estaba marcado en azul significaba que era un paciente aún por visitar, si era verde que ya había sido asistido, rojo que había sido trasladado al O.B.I. y negro un *fast track* (ALLUÉ X., 1998).

ejecución de protocolos diagnósticos evaluables y normalizados. Véase: <http://galliera.it/obi>, [consultado el 23 de enero, 2009].

⁴⁸¹ Decidí dejar en la versión definitiva del texto estas partes descriptivas del contexto. Porque creo que el ambiente físico condiciona mucho el trabajo y la elaboración teórica de esto. Además facilita al lector una “imagen” del contexto. En las ciencias humanas existen diversos precedentes. Véase el trabajo de Sudnow (1971), por ejemplo, sobre la organización social de la muerte.

⁴⁸² Médica que trabajaba en el despacho de los Códigos Blancos.

El acceso al *post-Triage* está cerrado desde el exterior. El médico o enfermero llaman directamente al paciente atravesando la puerta que separa el espacio operativo de la sala de espera. Cada vez que se abre ese paso, los pacientes se levantan y asaltan al personal médico con las peticiones más variadas. En Urgencias los espacios físicos no son tan marcados y rígidos como en una consulta psiquiátrica. Lo que caracteriza el *poder blanco* y lo distingue es, sin duda, la *bata* que identifica y separa a los médicos de los enfermeros o de los OSS. Estos últimos llevan una bata de color diferente al blanco, mientras que los enfermeros lucen una *t-shirt* o chaqueta corta hasta la cintura de algodón blanco grueso. A pesar de esto las figuras profesionales son muchas y no siempre es sencillo identificar el internista del técnico de RX. Como en el DEeA me disfrazaba de médico, experimenté en diversas ocasiones cómo la actitud de las personas cambia en el momento en que me ponía la bata, incluso la de los profesionales de otros pabellones del hospital. Entendí rápidamente que la bata representaba un “privilegio” que pudiera ser utilizado como ventaja para el trabajo de campo.

En la *waiting room*, como en el resto del departamento, reinaba mucha confusión y desorden. Describir las Urgencias es sencillo porque se caracterizan por alborotos y por el paso de numerosas personas: médicos de otros pabellones, enfermeros, OSS, camilleros, personal de las ambulancias, familiares, pacientes ambulatorios que, confundidos, acudían a Urgencias en busca de la salida del hospital y los «casos humanos» [Daniela].⁴⁸³ Con esa terminología se incluían personas que necesitaban de un trato especial. Es decir, que tenían diversas dificultades sociales (menores no acompañados, personas que no hablaban el idioma) o casos graves de discapacidad, intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos no graves, casos de violencia y también personas sin techo. A veces, aunque es totalmente contrario al ordenamiento del hospital, en la sala de espera se quedaban uno o dos sin techo y hasta que alguien les decía algo, pasaban allí el tiempo refugiándose del frío. A lado del despacho de

⁴⁸³ Enfermera del DEeA. Fue mi tutora durante mi estancia. Principalmente trabajaba en el O.B.I.

Benita, había dos máquinas de *Vending* con café y refrescos. El espacio de esas máquinas, detrás de las sillas de la sala de espera, accesible a todos, era el lugar de descanso y encuentro del personal sanitario, utilizado sobre todo por los enfermeros para reunirse con los que prestan servicios en el O.B.I.

La sala del *Triage* es más grande que las otras; tiene unas cinco camillas separadas entre ellas por unas cortinas verdes y un pasillo grande donde generalmente espera el paciente recién llegado con la ambulancia. Cada vez que hay una urgencia o un código rojo traído por la Cruz Roja o quién sea, se avisa anticipadamente al *Triage* para darle tiempo a preparar el material y liberar personal sanitario ocupado con otros pacientes menos graves. En esta sala hay dos mesas, el ordenador “central” desde el cual los pacientes son registrados («*aunque está bloqueado, no se pude entrar en Internet*» [Michele]),⁴⁸⁴ una impresora para recibir los resultados de los exámenes de laboratorios e instrumental sanitario diverso.

Las salas de consultas son tres, suelen estar ocupadas por dos médicos, con la excepción de los sábados, los lunes y las urgencias (accidentes graves) en que los médicos de guardia son tres. En caso de emergencia también el dirigente médico responsable del DEeA, el Dr. Camillo, presta servicio.

La primera sala de consulta es la del internista, la segunda quirúrgica. Habitualmente asistía a las visitas con el internista con excepción de casos particulares. Uno de estos fue el mundial de fútbol del 2006, ya que cada partido jugado por el Ecuador⁴⁸⁵ produjo unos cuantos accidentes y peleas que originaron heridas que precisaron de suturas y la mediación de un traductor, así que era un buen momento para ahondar en la cultura latina en Génova.

⁴⁸⁴ Enfermero del DEeA. A menudo trabajaba en el *Triage*, en el mostrador, es decir que atribuía los códigos de colores a los pacientes.

⁴⁸⁵ Fue un éxodo increíble del equipo del Ecuador que llegó hasta los octavos de final, perdiendo 1-0 con Inglaterra. Cada partido ganado parecía que hubiesen vencido la final del Mundial. Una masa considerable de ecuatorianos, vestidos con los colores propios del país, hartos de cervezas y música, se vertían en las calles centrales de la ciudad hasta llegar a la plaza De Ferrari, corazón de Génova. Allí celebraban el rito de bañarse en la *fontana* que los autóctonos reservan sólo para los grandes eventos futbolísticos (el triunfo al Mundial, ganar un derby, el descenso de una de los dos equipos a una liga inferior, la victoria de la liga, etc.).



SERENA, BRIGIDI 2006, *Victoria Ecuador con en el Mundial de fútbol* (Alemania, 2006). Commenda di Prè, Génova.

Diecisiete médicos prestan servicio en el DEeA. El horario es muy duro, sobre todo porque falta siempre personal (baja maternal o por enfermedad, vacaciones, etc.). A menudo operaban varias horas seguidas y el trabajo, puedo asegurarlo, no es nunca tranquilo ni relajado. Por cierto, la experiencia en el DEeA me hizo reconsiderar notablemente la figura del médico. Nunca conseguí dormir una noche o descansar por más de media hora seguida. Es una actividad que requiere constantemente la máxima atención. Al mismo tiempo, es un oficio de contacto y al servicio de los demás (extranjeros, ancianos, madres aprensivas, situaciones desesperadas, etc.) y a menudo puede resultar muy agotador.

Los enfermeros eran casi tantos como médicos y, como ellos, tienen dificultades con los turnos. Sorprendentemente, el equipo tiene una perfecta relación entre ellos. Cada médico es consciente de las capacidades “extra” de los enfermeros, así que, sin problemas, recurren a Margherita en los *casos humanos*,⁴⁸⁶ a Lorenzo para una segunda lectura de los electrocardiogramas,⁴⁸⁷ o a Marco para calmar un anciano alterado.⁴⁸⁸ No vi, como en la clínica, una separación casi por castas entre los profesionales. Cada médico hacía la primera visita en su despacho. Según el diagnóstico, enviaba al paciente a otros pabellones a hacerse exámenes (RX, por ejemplo) o llamaba a otros especialistas (neurólogos, psiquiatras, oculistas, cardiólogos, etc.) que acudían directamente

⁴⁸⁶ Enfermera con una especial inclinación para hablar y escuchar a las personas.

⁴⁸⁷ Enfermero, había hecho un curso de especialización en cardiología y era muy útil en la lectura de los electrocardiogramas.

⁴⁸⁸ Joven enfermero muy simpático que siempre sabía cómo tratar con personas ancianas y calmarlas.

a los locales del DEeA. En ese caso, la persona se aloja temporalmente en los boxes, pequeñas habitaciones que se extienden a lo largo el pasillo donde están, en los casos más graves, monitorizados. Hay unas cinco habitaciones, aunque muchos pacientes también se quedaban en el pasillo sobre las camillas o en sillas de ruedas por falta de espacio. A veces, son tan numerosos los enfermos en el *post-Triage* que es difícil moverse. Al final del corredor, hay una sala con taquillas para el personal médico y dos lavabos. Y también una pequeña habitación destinada a cocina, donde de noche se guisan exquisitos platos de pasta o se come *focaccia*⁴⁸⁹ en la madrugada.

Fuera del *post-Triage*, en el espacio de la sala de espera, se encuentran otras dependencias pertenecientes al DEeA. La más interesante es la sala del O.B.I., que tiene seis camas y dos para las urgencias para pacientes que, de acuerdo con las indicativas de los médicos, se queden en “observación” para profundizar en el diagnóstico. El tiempo de hospitalización es muy breve, de las tres a las veintitrés horas y siempre están presentes un médico y un enfermero. El otro espacio es la sala específica para la atención primaria de los pacientes *triagiado* con códigos blancos, es decir, las patologías que pudieran haber sido tratadas a nivel ambulatorio o por el médico de cabecera, llamado oficina de los *Codici Bianchi*. Este despacho se ha convertido en poco tiempo en un centro de atención específica para migrantes ya que la mayoría de los casos de código blancos que llegan a Urgencias pertenecían a los extranjeros sin documentos regulares (BRIGIDI Y OTRO, 2006; BRIGIDI Y OTROS, 2008_b). Aquí trabaja un médico internista y una enfermera y está abierto de lunes a viernes, de las nueve de la mañana hasta las dos de la tarde.

En general, los familiares de los pacientes no pueden quedarse mucho tiempo a lado del enfermo en las salas del *post Triage*, con la excepción de los menores.⁴⁹⁰ Urgencia no es un lugar seguro, los riesgos de dañarse, contagiarse,

⁴⁸⁹ La *focaccia* es una de las razones para volver siempre a Génova: es una especie de pan hecho con aceite de oliva y sal. Existen con diferentes ingredientes añadidos: cebollas, olivas, calabacines, etc. Representa el desayuno típico de cada genovés. La gente que trabaja en el puerto solía desayunar, después del turno de noche, con una copa de vino blanco ligure (*gianchetti*) y focaccia con cebollas.

⁴⁹⁰ O al contrario, si uno de los padres estaba ingresado y el menor se quedaba afuera.

desmayarse o impresionarse son numerosos. Además, no pueden invadir la *privacy* de los otros enfermos. Muchas personas consiguen entrar aprovechando algunas distracciones de los familiares que saliendo, dejan la puerta abierta. Una de mis tareas “no explícitas” era también la de echar a los familiares, autóctonos y extranjeros, fuera de los espacios operativos, sobre todo si había códigos rojos. Hay que vigilar mucho. Una vez tuve que alejar a la mujer y a la hija de un hombre que tuvo un paro cardíaco. Todo el mundo se precipitó en el box y la médica me gritó que expulsase a los familiares. Me encontré en una situación muy incómoda, sentí abusar de un poder que no era el mío, pero al mismo tiempo tenía, probablemente por nuestra visión occidental de concebir al sufrimiento y a la muerte, la responsabilidad de *proteger* a los familiares. Ellos no se habían dado cuenta de que la emergencia interesaba a su ser querido. Pero allí, en aquel momento vacilé. Fue el único momento en el que perdí el control de la situación durante el trabajo en Urgencia. Miraba a la hija y pensaba que podría haber sido yo, que en la otra pared habría podido estar mi padre con un paro cardíaco (¿No tenía derecho a saberlo?). No tuve elección, yo no era médico ni viví otras experiencias parecidas hasta entonces, por lo tanto, tuve que atenerme al protocolo. Les eché. Sin decir a una mujer que su marido estaba clínicamente muerto ni a la hija que se había quedado huérfana de padre y, por primera vez en mi vida, asistí a la muerte. Más bien la espíe, quedándome entre el pasillo y la sala de reanimación. Totalmente aterrorizada de lo que la *Nera Signora* significa.

El cuerpo “vacío” de aquel hombre y el encarnizamiento con el que, dramáticamente, los médicos y los enfermeros estaban intentando reanimarlo me impactó profundamente. Como casi todo el personal sanitario estaba en aquel box, el vacío en las salas operativas era inquietante. Había diversos pacientes en el pasillo, justo ante la entrada de esa sala. No sabía qué hacer. Hasta que me di la vuelta y vi que los pacientes me estaban observando con una extraña expresión. Probablemente se preguntaron por qué, durante una emergencia, una médica se quedaba en el pasillo sin intervenir. Alguien me preguntó qué estaba pasando. Le contesté que había un código rojo y decidí

entrar en la habitación. Cerré la puerta, así que los pacientes no podían mirar en el interior y volví a espiar. Era una intrusa que estaba participando en un momento íntimo y personal. Me concentré meticulosamente en cada movimiento del personal sanitario. Grabé en mi memoria todo: los olores, los ruidos, las voces. La Dra. Piras estaba de pie sobre un pequeño taburete para llegar mejor al pecho del paciente. Un enfermero le había cortado la camisa. Quedaban unos trozos en el suelo. Otros estaban pendientes de unos cuantos fármacos y del instrumental. Entraba mucha luz por la ventana y se intuían las sombras del exterior, ignorantes de lo que estaba pasando.

Con una coordinación perfecta Lorenzo sustituyó a la Dra. Piras en el masaje cardíaco ya que ella estaba exhausta. Pasaron varios minutos. Estaba muy nerviosa. ¿Qué tenía que hacer? ¿Qué se presupone debe hacer una antropóloga en un momento como éste? Mi rol pautado no me protegía como persona de lo que sentía. Pensé en rezar. Tal vez pedir ayuda a una entidad superior para que aquél hombre pudiera enfrentarse al final de su vida o ¿Tenía que hacerlo para que volviera? ¿Para que no muriera?⁴⁹¹

No recordaba las palabras de las oraciones. Recité unos mantras budistas hasta que el brazo del paciente, inadvertidamente chocó con el del enfermero, y cayó de la camilla. Un trozo inerte, inmóvil, sin vida. Dejé de rezar y busqué la muerte. ¿Se veía algo? ¿Nos estaba mirando desde arriba como cuentan las personas con NDE?⁴⁹² No vi nada. Sino dos tiempos, uno el de la urgencia, de los movimientos rápidos de los profesionales y de la tecnología. El otro dilatado, lento, un tiempo de paz. Sí, percibí paz. Tal vez, pensé, la muerte no da tanto miedo como parece. Quizá sea realmente un momento de armonía total. En cuando pensé esto, su corazón volvió a latir. Lorenzo, sudado y fatigado por el esfuerzo, recibió las felicitaciones de todo el equipo. Acababa de salvarle la vida. O restituirle algo que probablemente habrá sido de poca utilidad visto el tiempo del paro. «*No se pueden predecir los daños cerebrales*» me dijo luego la Dra. Piras. Quizás esto me angustió más.

⁴⁹¹ Como dice Clarissa Pinkola (1993: 3) «(...) la necesidad de permitir a la muerte acercarse al moribundo».

⁴⁹² Near-death experience.

Poco a poco el personal fue volviendo a sus oficios y yo con ellos. Me senté en la consulta y esperé a la Dra. Piras. Hablamos mucho. Para mi sorpresa ella estaba emocionalmente tan involucrada como, descubrí en seguida, todo el personal sanitario. Había ocurrido algo aquel día que me permitió pensar en los médicos como personas, sentimentalmente responsabilizados de sus pacientes. O probablemente de la misma vida, con sus crueldades e injusticias. Trabajar con psiquiatras me había hecho perder de vista completamente los sentimientos, ya que en ellos están siempre dramáticamente ocultos.

El enfermo fue trasladado inmediatamente a otro hospital por cuestiones logísticas y la Doctora llamó a los familiares. Por pudor no quise estar presente en la entrevista. Yo les había alejado en un momento en el que deberían, por lo menos, saber qué estaba pasando. Me fui al lavabo de los médicos, me senté en el váter, y escribí mi nota de campo.

El despacho de los Codici Bianchi.

Cuando me presenté al médico responsable del DEeA, Dr. Pedro Camillo, transgredí completamente las reglas italianas del formalismo. Una mañana, sin cita previa, me presenté en su oficina. No tenía ni mi CV ni un proyecto para presentarle. Quería, por primera vez durante el trabajo de campo, evaluar si el lugar era idóneo para la presencia de una antropóloga, si realmente era un espacio interesante para estudiar el acceso de los migrantes al sistema sanitario italiano. O sea, inspeccionar el *terrain*, para no encontrarme en una situación tan ajena como en la clínica. El problema era que los extranjeros que había encontrado en los otros escenarios tenían una buena “red” social, la mayoría llevaba años en Italia, había reagrupado las familias y no presentaban las mismas características observadas en el SATMI. Sabía que, también en Génova, había un colectivo amplio jurídica y socialmente desprotegido, pero desconocía su recorrido sanitario. ¿Cómo accedían? ¿Quién les atendía? Además, el

aparado jurídico vigente determina una neta separación en la gestión sanitaria de personas administrativamente no en regla. El DEeA representaba la clave.

El Dr. Camillo, sorprendentemente, me recibió y escuchó atentamente mis precedentes experiencias. Le fascinó el estudio que estaba llevando a cabo en la ASL de Via Peschiera con la Dra. Pista. Además, como ya he reportado, los psiquiatras prestaban servicios nocturnos también en sala 13. La migración era un tema pendiente para el departamento y de absoluta actualidad. Tras una breve conversación me dijo: «*Serena, te puedo llamar Serena, ¿No? Eres bienvenida aquí, haré todo lo que esté en mi mano para facilitar tu entrada en el campo*» [Dr. Camillo]. En menos de una hora había acordado otro escenario, lo que en la clínica me había costado meses y frustraciones. El responsable del DEeA me indicó cómo moverme para empezar a trabajar. Había que entregar mis credenciales (CV, documentos de la beca, del Doctorado, proyecto, etc.) al Director general del E.O. Ospedali Galliera. Si aprobaba, tenía que presentar el proyecto al Dirigente de las Gestiones de Recursos Humanos, el Dr. Bergonzi, y proceder a un seguro personal de 100.000 euros en caso de muerte y 400.000 euros por invalidez permanente. En pocos días, me hice la póliza de responsabilidad civil a terceros y la de infortunios por un tiempo de tres meses, renovable, que me costó cincuenta euros.⁴⁹³ Presenté el proyecto al responsable de Recursos Humanos y obtuve el visto bueno para empezar el trabajo de campo. En los despachos administrativos se mostraron muy interesados en mi estudio. El Dr. Bergonzi, después de una entrevista, me facilitó el contacto con la asistente social, advirtiéndome que era una piedra miliar del trabajo social y me aconsejó que le comunicara todo lo que hacía para no incomodarla «*mejor tenerla amiga que enemiga*» [Dr. Bergonzi]. Por un momento tuve miedo de encontrarme con otra figura parecida al Dr. Garrone. En los días siguientes quedé con ella. Me pareció una mujer muy atenta y celosa de su espacio, probablemente conquistado con mucha fatiga en un ambiente compuesto exclusivamente por médicos. Me recibió en el hospital, justo a tiempo para entender que no representaba ningún peligro para su profesión. En los

⁴⁹³ Renové el seguro tres veces, una de las cuales fue Pedro a pagarla de su propio bolsillo.

siguientes nueve meses la vi otras tres o cuatro veces acompañada de algunos “casos humanos”. Mantuvimos una relación cordial sin ningún interés por profundizarla por parte de ambas.

Mi primer día Pedro (yo también le tuteaba y le llamaba Pedro) me explicó en pocos minutos cómo funcionaba el DEeA. Después, llamó a Daniela, enfermera, hispanohablante e interesada en el campo de la migración, convirtiéndola en mi tutora. Muy animada, me mostró la sala del *Triage*, del *post-Triage*, del O.B.I. y del despacho de los Códigos Blancos. Fui presentada al personal sanitario como antropóloga. El Dr. Camillo con una circular interna advirtió al equipo de mi futura presencia (¡Qué maravillosa organización!). En el despacho de Benita, la administrativa del DEeA, pusieron una taquilla para poderme cambiar y dejar guardar mis cosas. Daniela me procuró dos batas blancas y me ilustró sobre dónde encontrar las llaves de varios despachos en caso de necesidad: si, por ejemplo, me quedaba por la noche o hasta que Benita ya se hubiera ido y cerrado su oficina.

La mayoría de los médicos no estaban interesados a mi trabajo, aunque entendieron perfectamente que mi papel era “seguirlos” durante las consultas médicas y “observar”. Pocas personas mostraron curiosidad por saber en qué consistía el estudio y sus razones, mostrando más el encanto por Barcelona que por la Antropología de la Medicina. A pesar de esto, todos los médicos se mostraron muy abiertos y atentos en el explicarme o implicarme en su trabajo. Una experiencia perfecta. El equipo de enfermería tardó más tiempo en entender que, a pesar de la bata blanca, no tenía ningún conocimiento médico y operaba como antropóloga. No diagnosticaba, no visitaba ni conocía los nombres del instrumental que a veces me solicitaban. Acompañaba o, mejor dicho, corría tras del internista quedando en una posición flexible, disponible (tanto con el personal sanitario como con los pacientes-informantes) y *aterapéutica*.

Acordé con el Dr. Camillo y con Daniela que los primeros meses permanecería en el despacho de los *Codici Bianchi*, el ambulatorio específico para los casos menos graves que acudían a urgencias y señalados en blanco.

Empecé entusiasta la misma mañana. Conocí al médico internista, la Dra. Severa, y a la enfermera, Mapi que prestaban servicio allí. El ambulatorio estaba abierto desde las nueve de la mañana hasta las dos. La Dra. Severa y Mapi me explicaron el complejo funcionamiento de una urgencia y sus diferentes lenguajes.

En el despacho de los Códigos Blancos me sentaba a lado de la médica y presenciaba el encuentro con todos los pacientes. Estos tres meses se parecieron mucho al SATMI en las logísticas del trabajo. En este contexto no hacía falta que el médico me presentara como antropóloga o *especializanda*. La privacidad en urgencias tiene otro significado que en una consulta psiquiátrica. Además el paciente acepta tácitamente la confusión de figuras profesionales no siempre muy bien identificadas que se alternan en su recorrido terapéutico. La investidura de la bata garantiza el acceso a los espacios íntimos del paciente y le devuelve la idea tranquilizadora de ser “cuidado”. Aunque, a veces, esto no es así. El paciente exponía sus dolencias a la médica que procedía al reconocimiento. La Dra. Severa garantizaba la intimidad corporal corriendo la cortina y separando el ambiente de la consulta del de la exploración. Inicialmente tenía mucha curiosidad por observar también esta parte del trabajo de un médico, sobre todo porque en Psiquiatría está totalmente ausente. En seguida entendí que aún no estaba preparada para ver erupciones cutáneas, puntos infectados, picaduras de insectos y secuelas de enfermedades crónicas. Y agradecí la privacidad.

El Dr. Camillo había dispuesto una habitación prácticamente no utilizada por el personal médico, adyacente al despacho de los códigos blancos, donde yo pudiera efectuar las entrevistas con los migrantes. Sólo yo tenía las llaves de este estudio. Era mi espacio privilegiado de encuentro con ellos. Esencialmente utilizaba el modelo ya empleado en el SATMI,⁴⁹⁴ concentrándome más en algunos aspectos que en otros, como el ataque de nervios,⁴⁹⁵ los remedios

⁴⁹⁴ Formulé un cuestionario dividido en numerosas secciones que nunca utilicé como tal. Esto me servía como protocolo para desarrollar la entrevista. Nunca hice leer o compilar directamente al informante este modelo. Véase Anexo X. “Modelo cuestionario”.

⁴⁹⁵ Véase párrafo “Mujeres al borde de una ataque de nervios”.

naturales,⁴⁹⁶ la derivación del informante y el uso de centros paralelos de atención primaria.

Uno de mis primeros días llegó un paciente que había padecido un ataque de pánico. Le derivaron al despacho de los códigos blancos porque cuando llegó ya no tenía síntomas evidentes de ansiedad y parecía muy tranquilo. La Dra. Severa le habló y luego le visitó. En el momento de la extracción de sangre empezó a tener miedo y a gritar. Abrazó a la enfermera y no quiso sentarse ni hablar con nadie. Así que llamaron al psiquiatra de la sala 13. Salimos los tres para entrar en otra habitación más tranquila y yo imaginaba proceder con una intervención psiquiátrica urgente. El médico habló más conmigo que con el enfermo. Le exploró durante un minuto, le recetó *Entact*®, 10g,⁴⁹⁷ me saludó y se fue. Este fue mi primer encuentro con la Psiquiatría hospitalaria. Una vez más me convencía de que había algo totalmente equivocado en la Psiquiatría.

Durante el tiempo de permanencia en el despacho de los *Codici Bianchi* confirmé lo que poco a poco había madurado en el trabajo de campo en los escenarios psiquiátricos. “Lo cultural” no era algo ni “nuevo” ni tan ajeno a un médico. Esto está presente tanto en los autóctonos como en los extranjeros. Cada persona tenía su idea de la enfermedad, su manera de explicarla y las razones por la cuales había enfermado. La mayoría referían haberse auto-medicado bajo consejo de amigos, vecinos o Santa Televisión («pero ¡lo escuché en la TV!»), demostrando un uso siempre enfermizo de los fármacos y manteniendo sus creencias tradicionales o familiares («tomé leche con ajo y no me pasó el resfriado»). Sobre todo ocurría con las personas ancianas que enriquecían su relato con multitud de detalles fascinantes. La dificultad no es el migrante en si mismo sino el conjunto de la diversidad cultural presente en los dispositivos de salud.

⁴⁹⁶ Véase Anexo XI. “Hierbas, Animales e infusiones con funciones sanadoras según los informantes entrevistados”.

⁴⁹⁷ Se usa en caso de tratamiento de episodios depresivos mayores, ataque de pánico con o sin agorafobia (TORTA, 2005). Producido de Innova Pharma.

Una antropóloga multifuncional.

Tras la iniciación de tres meses, me sentí preparada para el gran paso: entrar en las salas del *post-Triage* y empezar los turnos. Lo hablé con Daniela, estuvo de acuerdo conmigo, era interesante para mi investigación ver también otras gravedades en diferentes franjas horarias. Poco a poco, cuando tuve más confianza, sobre todo en mí misma, también empecé a hacer noches. Participaba en todas las consultas de urgencias en presencia de personas latinoamericanas (a veces también autóctonos) y al poco tiempo me llamaban a los diferentes boxes cada vez que había un paciente hispanohablante, para facilitar la recogida de los datos de la anamnesia y asegurarse de que el paciente había entendido bien los procedimientos médicos y las curas. Inicialmente por parte de los enfermeros esto se convirtió en algo que “podría hacer” también con todos los extranjeros, así que me solicitaban en los casos de pacientes procedentes de África, esperando una ayuda o un apoyo lingüístico en francés o en inglés, o con pacientes serbios, turcos o eslavos, hasta casi garantizar con mi presencia una “política sanitaria correcta”. Dejé muy claro que no era capaz de traducir o mediar en idiomas diferentes del español. ¡Ya es tan complicado con el castellano! Insistí en el uso de los servicios de mediadores telefónicos, pero la realidad de urgencias no es conciliable con eso. Es verdaderamente un ambiente con tiempos acelerados, donde todo debe ser pensado y realizado de la forma más veloz. Es un ámbito donde el tiempo asume otro significado: el mediador cultural es, a menudo, sustituido por un miembro del mismo equipo socio-sanitario que, por su lengua materna o por conocimiento, logra entender y comunicarse con el enfermo. No se habla de mediación sino de traducción y, a veces, de intuiciones empáticas y lingüísticas, porque los tiempos de acción son acelerados.⁴⁹⁸ Evidentemente esto conlleva numerosos riesgos. Por ejemplo, un día acudió un paciente eslavo que se había cortado durante el trabajo y precisaba ser suturado (código verde). El médico requería el consentimiento

⁴⁹⁸ Consultar el trabajo desarrollado con mediadores culturales en Génova en Brigidi (2009a).

para ponerle el suero antitetánico. El paciente no hablaba ni inglés ni italiano, así que me llamó el médico de turno, el Dr. Marin, al box quirúrgico para ayudarlo a explicar al paciente los riesgos de la vacuna antitetánica. «*¿Qué tengo que hacer?* – me preguntó el Dr. Marin – *¡No entiende ningún idioma...!*». Fue una situación muy extraña porque el Dr. Marin buscaba de mí el consentimiento para ponerle el suero, como si mi presencia pudiera determinar lo que era correcto hacer. Me sentí mal. Al enfermo no le amparaban los derechos de saber, conocer y consentir, y se asombró porque vio dos *batas blancas* discutir animadamente sin entender nada. Debí creer que nuestras dudas tal vez dependían de su condición médica que, a excepción de la mano, no presentaba ningún otro problema médico. Dije al Dr. Marin que quizás podíamos llamar al acompañante (pero había venido sólo) o al servicio de traducción telefónica que yo, en cuanto “experta de culturas”, no podría permitirme hacer nada ni tomar una decisión médica ni en lugar del paciente. El Dr. Marin me contestó que no tenía tiempo, que había muchos otros enfermos con códigos verdes esperando y casi fastidiado por no haberle solucionado el problema, le puso el suero haciéndole firmar el papel de consentimiento. Sólo tuve coraje de decirle que no era correcto. Igualmente le entendía. ¿Y si un día este paciente demanda al hospital por haber sido engañado?

Otra vez acudió una mujer ecuatoriana transportada en ambulancia en un estado de salud bastante comprometido (problemas respiratorios y cardíacos, etc.). Por su gravedad y urgencia me acerqué a ella sólo después que los enfermeros hubiesen procedido con la anamnesis y los exámenes principales. Ella casi no hablaba italiano, pero los enfermeros me dijeron que no había necesidad de una traducción «*son tan parecidas que se entiende todo (...)* ¡*Sólo hace falta poner una “s” al final de las palabras!*» [Giovanni]. La paciente me dijo que había ya estado ingresada varias veces en el hospital, pero no se acordaba en qué pabellón. Era una de aquellas mañanas de extrema confusión y la paciente que acudió en ambulancia no había sido aún registrada en el ordenador, desconociendo así su historial médico. Tardó una media hora antes de acordarse las razones de sus precedentes ingresos. La mujer padecía SIDA.

Nadie sabía que esa palabra corresponde a la internacional AIDS. Además, una mala praxis de los enfermeros en el *post-Triage* consiste en el no utilizar casi nunca los guantes para hacer extracciones. Principalmente es un problema de tiempo. Avisé de repente al personal sanitario que estaba justo enviando la muestra de sangre al laboratorio. La similitud, comúnmente reconocida entre italiano y español, puede generar confusión en la relación terapeuta-paciente y también omisiones de algunas informaciones fundamentales a causa del desconocimiento lingüístico de ambas partes (alergias, nombres de patologías infecciosas, embarazo, presencia de elementos externos en el cuerpo, sin hablar de los fármacos utilizados, etc.). Hay que pensar que la similitud lingüística resulta una aproximación cultural y no garantiza un intercambio despejado entre los actores.

También fui solicitada por la policía en todos los casos “humanos” como sostén del paciente o, a menudo, del personal. Sucumbí a mi ineficacia médica con mis capacidades humanas que, a veces, consistían simplemente en saber escuchar. Sobre todo con pacientes psiquiátricos y, aunque sobrepasara mis objetivos de trabajo, lo hacía casi como un *training* en locura. Una vez el jefe de policía me llamó a su despacho para contarme que habían traído a una chica discapacitada con signos evidentes de violencia sexual. La sospecha recaía sobre el director del centro donde ella se alojaba. La situación era muy delicada y la prensa no debía enterarse de esa situación. El policía me pidió si podía hablar con la chica para averiguar algunos datos. Yo me quedé bastante decepcionada y honrada al mismo tiempo. Le dije que no tenía formación, que una psicóloga era mucho más indicada que una antropóloga en una situación así. Además, necesitaba el permiso del director, porque esto se salía de mis tareas habituales. Sé que el policía habló con el Dr. Camillos de esto y le dijo que no hacía falta involucrarme en una situación tan compleja.

Desigualdades en salud. Los códigos colores y los usuarios latinos indocumentados.

Durante el trabajo de campo al DEeA con un equipo interdisciplinario⁴⁹⁹ se llevaron a cabo dos investigaciones sobre el modelo de gestión de los usuarios sudamericanos en las urgencias (BRIGIDI Y OTROS 2006; BRIGIDI Y OTROS 2008b). Estos estudios evidenciaron el rol significativo de la Ley de Extranjería (L.1998/286) en el acceso y uso del DEeA por parte de personas sin permiso de residencia, identificadas con la tarjeta de *extranjero temporalmente presente* - STP -.⁵⁰⁰ Como he discutido en el precedente capítulo, el ingreso de personas indocumentadas no representa un problema *per se* si Urgencias no fuese el único espacio para recibir atención sanitaria primaria. Por lo tanto, observamos cómo la legislación presente en Italia produce obstáculos en tres campos distintos. En primer lugar, en los usuarios autóctonos y extranjeros, lo que se traduce en un excesivo tiempo de espera para las prestaciones precisadas (y en quejas), un mal uso de los recursos sanitarios (acudir por un resfriado al *pronto soccorso* porque están sin derecho a tener un médico de familia)⁵⁰¹ y sobre todo una sensación de desprotección en el colectivo con STP (¿Dónde tenemos que presentarnos para una prescripción médica? ¿Dónde consigo las vacunas?). Además, el equipo sanitario desconocía el sistema jurídico y no entendía el porqué de la enorme afluencia de personas indocumentadas a las urgencias. La mayoría del personal sanitario entrevistado atribuía la presencia masiva de migrantes a razones relacionadas con la falta de tiempo, condiciones sociales y culturales y horarios laborales y no al sistema legislativo. Lo que resultó más desconsolador fue la consolidación de la idea que los *latinos* «*tienen un umbral*

⁴⁹⁹ El equipo estaba compuesto por diversas figuras profesionales, diversos médicos que prestan servicio en el DEeA, el director médico del Departamento, una bióloga experta en análisis cuantitativo, un responsable de las áreas de aplicación sanitaria y yo, en calidad de antropóloga.

⁵⁰⁰ La tarjeta STP, como la ley 1998/286 ha sido tratada ampliamente en el Capítulo 3.

⁵⁰¹ Urgencia, en italiano.

del dolor muy bajo» [Lorenzo]⁵⁰² respecto los autóctonos y que por esa razón eran asiduos frequentadores de las urgencias. El consistente número de personas extranjeras y el hecho que los profesionales se vieran forzados a desempeñar el rol de médicos de cabecera curando patologías no urgentes, podría generar a largo plazo subestima profesional que, evidentemente, repercutiría en los pacientes. Como último aspecto, la situación afecta al sistema político sanitario generando formas de ambigüedad, descontrol y otros procedimientos paralelos de asistencialismo.⁵⁰³

Durante esos estudios nos concentramos en los datos del 2005.⁵⁰⁴ Los usuarios totales de ese año fueron 51,000 pacientes de los cuales 3,832 eran procedentes de la América Central y Meridional.⁵⁰⁵ De esos, poco más de la mitad, es decir 1,951 personas, tenía una tarjeta STP (35.52% hombres y 64.48% mujeres),⁵⁰⁶ que indicaba tres renovaciones sucesivas (Gráfico 4.). Esto significaba el tercer año de condición sanitaria precaria y exclusivamente relegada a las urgencias (o al voluntariado).

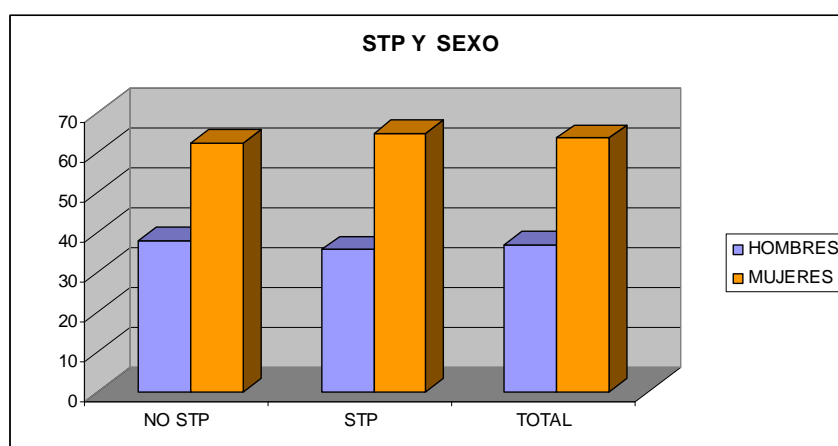


Gráfico 4. STP y sexo. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2008.

⁵⁰² Enfermero del DEeA.

⁵⁰³ Hablaremos de esto en el párrafo “Los centros *invisibles* de salud en Génova”.

⁵⁰⁴ Empezamos el estudio en los primeros meses del 2007, pero los datos del 2006 aún no habían sido elaborados por el departamento de estadística y no eran completamente accesibles.

⁵⁰⁵ Para estas investigaciones elegimos exclusivamente algunas nacionalidades de Centro y Sur América en base a la presencia elevada de estos colectivos en el territorio genovese. «Ecuadorians are the most numerous, accounting for 72.34% of all Latin American patients entering the ED, followed by Peruvians (9.45%), Chileans (5.43%), Colombians (2.82%), Brazilians (2.35%), Dominicans (2.32%), Argentines (1.98%), Bolivians (1.72%), Venezuelans (0.97%), Salvadorans (0.39%), Mexicans (0.16%) and Hondurans (0.08%)» (BRIGIDI Y OTROS 2008b: 7).

⁵⁰⁶ El número elevado de las mujeres confirma las características del flujo migratorio sudamericano observadas en el segundo capítulo.

Lo que precisamente llamó la atención de un análisis preliminar de los datos fue la elevada presencia de códigos blancos y, por ende, de patologías “no urgentes” por lo que este colectivo acudía. La hipótesis era que esto podría ser una consecuencia directa de la Ley de Extranjería pero no supimos en qué términos y cómo podría afectar al DEeA. Decidimos proceder a la investigación por medio del estudio de los códigos colores. Estos nos indicaban si los pacientes padecían trastornos que pudieran ser tratados por el médico de cabecera o a nivel ambulatorio o necesitaban realmente de atención médica urgente. El análisis cuantitativo de los datos evidenció que el 19.75% de los pacientes centro y sudamericanos presentaba un código blanco, el 69.81% verde, el 10.07% amarillo y sólo el 0.37% un código rojo. Decidimos comparar estos datos con los de los autóctonos del mismo año y observamos cómo estos difieren notablemente en el caso de los códigos de gravedad blanco, amarillo y rojo aumentando su similitud en el verde.

El personal sanitario refería que también los autóctonos accedían al DEeA por razones no urgentes. A veces justificaban esta actitud por las ausencias de los médicos de familia. Michele decía «*los médicos de primaria no se encuentran antes o después del fin de semana*». Muchos ancianos se quejaban de las repetidas ausencias de su médico y la derivación «*a otros desconocidos*».⁵⁰⁷ A pesar de esta falta de educación sanitaria y los problemas reales de atención primaria (repetir el médico de familia, los horarios limitados de visitas), la diferencia entre extranjero con STP y personas regularmente inscritas al SSN es muy elevada confirmando la hipótesis inicial. Por otra parte la atribución de los códigos de gravedad requiere algunas consideraciones. El trabajo *triagístico* fue señalado también por los profesionales sanitarios como una «*dificultad laboral*» [Lorenzo]⁵⁰⁸ porque resulta compleja: debe ser rápida, la decide un sólo

⁵⁰⁷ Anciano acudido al DEeA por una gripe. Cuando la médica le explicó que no debía dirigirse a ellos con estos problemas, el paciente le explicó detalladamente las dificultades de encontrar y ser recibido por su médico de cabecera. Así que optó por la Urgencia. El relato de este hombre era muy parecido a de las mayorías de los autóctonos y extranjeros regularmente inscritos al SSN.

⁵⁰⁸ Enfermero del DEeA.

enfermero que no visita al enfermo (el paciente y el sanitario están separados por un cristal) y se atiene a las descripciones de los síntomas referidos. Entrevistando el personal sanitario emergió que existen particulares reglas de asignación de los códigos: «*el dolor torácico tiene una cultura aparte...nadie se toma la molestia de subestimarlo*» observó Giovanni y, por exclusión de eso, los criterios de asignación se quedaban en un territorio «*subjetivo e incierto*». A veces los médicos se quejaban de la atribución de colores visitando los pacientes, notando una excesiva “generosidad” en el uso del código de gravedad verde, por ejemplo. Incluso, algunos adivinaban el enfermero de turno en el *Triage* por la cantidad de códigos verdes. Ulterior problema con los pacientes *latinos* es que éstos «*refieren a menudo siempre las mismas patologías, por lo tanto no es sencillo crear un cuadro diagnóstico y triagiarlos*» [Lorenzo]. Como por ejemplo, cefaleas, algias pélvicas y algias durante la gestación. Esto podía traducirse en una subestimación del padecimiento por parte de los profesionales, explicando así el número elevado de códigos blancos también entre extranjeros inscritos en el *Sistema Sanitario Nazionale - SSN -*, o generar aproximaciones y malentendidos.

Decidimos también examinar el diagnóstico médico de salida de los pacientes sudamericanos. Junto con un médico de Urgencias, Manuele, observamos todos los diagnósticos elaborados por estos colectivos durante el 2005 y elaboramos veintiséis categorías diagnósticas recapitulativas y generales⁵⁰⁹ sobre las cuales preparar el análisis cuantitativo con el fin de observar las categorías que no deberían ser tratadas en urgencias, sino en un ambulatorio, como por ejemplo trastornos ginecológicos, fiebre/gripe, prescripción/solicitud, faringitis, algias abdominales, etc. Durante todas las bandas horarias, los paciente centro-sur americanos acudían principalmente por *Traumas* (19.28%), *Abdominalgias* (9.13%), *Abandonos*⁵¹⁰ (6.29%), *Aborto/Gestación* (5.38%), *Trast. obstétrico-ginecológico* (3.58%), *Pedir recetas* (2.77%) *Fiebre/Gripe*

⁵⁰⁹ Trauma; Abdominalgias; Enfermedad osteo-articular y muscular a-traumáticas; Medicina interna/cirugía; Abandono; Aborto/gestación; Urología; Problemáticas respiratorias; Trastornos ginecológicos; Odontalgia; Trastorno Dermatólogo; Prescripción/solicitud; Fiebre/gripe; Enfermedad infecciosa; Trastorno Neurológicos; Oftalmología; Ansia/agitación psicomotora; Enfermedad ORL ; Etilismo ; Por acertar; Otagia; Violencia; Diabetes; Tentativa suicidio; Trastornos mentales; Faringitis.

⁵¹⁰ Por Abandono se entienden las personas que han dejado el Hospital antes de ser visitados.

(2.69%), *Trat. Neurológicos* (2.45%), *Ansia/Agitación psicomotriz* (1.96%), *Etilismo* (1.54%), *T.S.* (0.16%), *Tras. Mentales* (0.13%).

La muestra procedente de Ecuador en el DEeA



OSWALDO, GUAYASAMÍN 1948, *Quito verde*.

Tanto en Barcelona como en Génova, el colectivo ecuatoriano es el más numeroso.⁵¹¹ Y también en los accesos al DEeA, por esa razón elaboramos un análisis detallado de este colectivo. El 57.11% de los 2,772 pacientes ecuatorianos tiene una tarjeta STP, mientras que el 42.89% está regularmente inscrito al SSN. Es decir, tiene una situación administrativa regular. Efectuamos el análisis también comparando los códigos colores, las patologías reportadas y el horario de acceso a urgencias. La mayoría de estos acude durante la franja horaria de la mañana (8:00-13:59).

Este dato nos resulta importante ya que confirma las hipótesis iniciales. De hecho, un autóctono no se presentaría por la mañana porque tiene la posibilidad de acudir de su médico de familia.

⁵¹¹ Véase el Anexo VII. y lo VIII. “Estructura de la población según cifras oficiales a 1 enero de 2007 en Barcelona” y “Estructura de la población según cifras oficiales al 31 de diciembre 2007 en Génova”.

Horario	Frecuencia en porcentaje
Mañana (8:00-13:59)	4906
Tarde (14:00-19:59)	3005
Noche (20:00-7:59)	2089

Gráfico 5. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2008.

Observando las patologías en función del horario, notamos que en la primera franja de la mañana acuden por *Abdominalgias* (45.03%), *Trast. obstétrico-ginecológico* (19.20%) y *Recuesta de prescripciones* (17.55%). Ligeras diferencias se observan en la tarde, donde las *Abdominalgias* (31.27%) siguen siendo el problema principal, siguen los *Trast. obstétrico-ginecológico* (28.19%) y *Fiebre/Gripe* (13.75%). Durante el horario nocturno, además de los ya mencionadas *Abdominalgias* (36.87%), los *Trast. obstétrico-ginecológico* (20.62%) y *Fiebre/Gripe* (13.75%), se observa también el *Etilismo* (16.25%).

El análisis de los datos evidenció una vez más que se accede al DEeA para resolver diversos problemas que no deberían ser tratados por un servicio de urgencias.⁵¹² De este análisis se desprende que los sujetos con STP acuden mayormente por solicitar recetas (85,19% vs STP 14,81% no STP), problemas ginecológicos (69,90% frente a 31,10%) y fiebre (64,04% vs 35,96%). Por la categoría de ansiedad y agitación psicomotora, el 58,67% de los pacientes de América Latina eran migrantes legales, mientras que el 41,33% eran de STP. Sólo en el caso de los ecuatorianos la situación es diferente; 39,53% tenían un permiso de residencia válido.

Por lo que respecta el alcoholismo, sin embargo, la situación se invirtió. En el 65% de los casos los problemas relacionados con el alcohol entre los ecuatorianos se trataron por la noche, y en el 57,50% de estos casos, la persona tenía un permiso de residencia válido, lo que sugiere que podría haber un vínculo entre problemas relacionados con el alcohol y el miedo de ser denunciado como un migrante ilegal (BRIGIDI Y OTROS, 2008).

⁵¹² Véase el trabajo de Allué X. en urgencia pediátrica (1999).

El santo lunes



NICK, FEAEFF 2004, *Immigrant* .

«Si beve per ricordare, si mangia per dimenticare»
MONTALBÁN VÁZQUEZ MANUEL⁵¹³

«Hoy no me puedo levantar/(...)Me duelen las piernas, me duelen los brazos/ me duelen los ojos, me duelen las manos/(...) Hoy no me puedo concentrar /tengo la cabeza para reventar/ (...) hoy me quedo en casa guardando la cama/hay que ir al trabajo, no me da la gana/ (...) nada me puede hacer andar»
MECANO⁵¹⁴

El tema del consumo del alcohol ha tenido cierta relevancia durante la investigación, sobre todo en la estancia genovesa debido al número de informantes con problemas étlicos que coincidían en la ASL y en el DEEA. Mis tutores en la clínica y en la ASL me rogaron explícitamente que me ocupara del tema, además de profundizar en el fenómeno de los *ataques de nervios*.

Durante la estancia al DEEA tuvo ocasión de presenciar diversos casos por exceso de alcohol en pacientes sudamericanos. En cambio, de los datos estadísticos reportados, lo que no comparece, fue la cantidad de veces que las personas acudían a urgencias por un mismo trastorno, como es el caso del

⁵¹³ Es una frase de Pepe Carvalho en el libro *Il centro avanti è stato assassinato verso sera*. Montalbán, (1991).

⁵¹⁴ Mecano - Ana Torroja, los hermanos Nacho y José María Cano - (1981), *Hoy no me puedo levantar*, 3, 16, C.B.S. Columbia.

etilismo. Este problema representaba un número estadísticamente no relevante⁵¹⁵ aunque de extremo interés a las finalidades de este trabajo. Frecuentemente las personas latinas que accedían al DEeA a causa de un excesivo consumo alcohólico estaban ya fichados en la red sanitaria pública. Muchos de ellos eran pacientes de la ASL de salud mental y, entonces, ya formaban parte de mi red de informantes. Lo más atractivo de los diálogos mantenidos⁵¹⁶ fue que, según la mayoría de los entrevistados, el consumo elevado de alcohol no representaba un problema médico específico que pudiese motivar el acceso al DEeA. En efecto, las entradas por alcoholismo no advienen nunca por voluntad del interesado, pero los pacientes llegan siempre acompañados de amigos, familiares, ambulancias o policía porque se encuentran en estado psicofísico alterado/inconsciente.⁵¹⁷ La mayoría de las veces, el paciente se quejaba abundantemente de su ingreso o consiguiente hospitalización. Por una parte, subestimar las condiciones del malestar físico debido al alcohol es una consecuencia del mismo acto (siendo el alcohol un inhibidor). Por la otra, «tomar» para los entrevistados era «normal» [Omar].⁵¹⁸ «Es algo del carácter, no se el por qué...exageramos mucho más en todo, en el beber, en el comer, en las fiestas» [Eric].⁵¹⁹ Incluso, «forma parte de nuestra cultura» [Carlos]. O sea que *tomar* constituye en el imaginario colectivo de los informantes⁵²⁰ un acto común, banal, libre de consecuencias para la salud. La normalización cultural del consumo (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1996) encuentra, paradójicamente, rescuento también entre los profesionales de salud⁵²¹ o los jefes de empresa que viven los excesos alcohólicos como algo de ordinario.

⁵¹⁵ Las personas con etilismo eran sólo cincuenta y nueve.

⁵¹⁶ En este contexto las informaciones obtenidas no proceden únicamente de pacientes/informantes diagnosticados en el *Triage* con un trastorno alcohólico, sino de la totalidad de los entrevistados en los diversos escenarios sanitarios. De hecho, durante las entrevistas siempre preguntaba a mis informantes sobre las costumbres con la bebida y los ataques de nervios.

⁵¹⁷ Esto vale tanto por los autóctonos como por los migrantes.

⁵¹⁸ Paciente del SATMI con diagnóstico de alcoholismo.

⁵¹⁹ Paciente del DEeA. Acceso por ataque ansioso.

⁵²⁰ En este caso me refiero también a las entrevistas desarrolladas con informantes informales y no sólo extranjeros. La normalidad, hoy en día, es tomar diariamente alcohol.

⁵²¹ Menéndez y Di Pardo (1996) en su trabajo en el campo observan que los profesionales sanitarios no diagnostican a los pacientes ni los tratan o los curan en términos de alcoholismo.

Muchos de mis informantes me contaron la costumbre propia o de sus compañeros de no acudir al trabajo los lunes por la mañana «*perchè erano alla frutta*» [Carlos].⁵²² El absentismo laboral de los *lunes* consecuencia del excesivo consumo alcohólico, está también consignado por el *Institut Català d'Avaluacions Mèdiques* (TRUJOLS, 2008) como problema también generalizado entre una franja de edad juvenil.

A consecuencia de la riqueza y la complejidad del argumento, el tema del consumo alcohólico y sus excesos necesita de un apartado específico y requieren «de la aplicación de una perspectiva integral» (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1996: 26). Como explican los autores, esta cuestión obedece a características multicasuales, articulaciones socioculturales y económicas. Igualmente, el fenómeno ha asumido, en parte erróneamente, connotaciones étnicas correspondientes al colectivo *latino* después de la consistente ola de personas procedentes de Sudamérica en los territorios observados. Digo equivocadamente por dos razones: en primer lugar porque el estudio del caso necesitaría una profundidad de análisis que el discurso público nunca contempla. Me refiero a los estereotipos generados por la prensa, los lugares comunes y también por los profesionales académicos reos de proveer a los periodistas de un fácil material de especulación. Es totalmente absurdo pensar que exista una directa correlación entre etnia, migración y alcoholismo. En segundo lugar, hoy el fenómeno se ha propagado visiblemente a todas las clases sociales, franjas de edad y sexo que no se pueden reducir como pertenecientes a una cultura o subcultura (juvenil, profesional, etc.). Dicho esto, es innegable que la «*normalidad*» [Gina] referida por mis informantes y que encuentra respuestas análogas en las costumbres española e italiana de acompañar el final del día con una copa, podríamos decir que forma parte de una cultura alimentaria latina, así como de la mediterránea-católica que conlleva el placer por la bebida alcohólica. O tal vez el “vicio”. Esto sin embargo, no es lo mismo que pensar que «*los ecuatorianos son una manada de*

⁵²² Expresión italiana para decir que estaban hecho polvo. Carlos se expresaba mejor en italiano que en castellano, llevando ya bastantes años en Italia.

borrachos» [Livio].⁵²³ Por lo tanto la difusión del alcohol en determinadas poblaciones es el resultado de múltiples factores no vinculados a la pertenencia étnica ni a las condiciones de los migrantes o de ser migrante. Aunque siguen presentes representaciones *fuertes* del alcoholismo identificadas con estratos socioeconómicos bajos,⁵²⁴ hoy por hoy, las condiciones económicas precarias no representan un elemento determinante. Hay que tener en cuenta también que el consumo alcohólico es a menudo favorecido por algunas condiciones ambientales. El alcohol es un vasodilatador,⁵²⁵ aumenta la sudoración (con una inicial impresión de calor), ayuda a soportar el calor.

Tomar lo identifican los informantes como el momento que separa la vida laboral de la ociosa, divertida e incluso familiar. Es decir, permite concluir la jornada laboral y sus problemas. Es un espacio de relajación, de socialización, a menudo en las calles, donde se comparte la misma cerveza con amigos y compañeros o familiares. Al mismo tiempo permite evadirse de situaciones complejas (problemas conyugales, subempleo, etc.) (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1996: 26).⁵²⁶ Ninguno de mis informantes reconoció tener un problema directo con el alcohol, sino que el motivo de la ingesta fue la despedida del trabajo, las dificultades familiares o simplemente una manera de festejar el fin de semana y estar con la familia. Hay también que tener en cuenta el carácter de *emulación* del fenómeno que convierte al uso de alcohol en una práctica ritual. Muchos de mis informantes ya no se planteaban si les apetecía una cerveza, *tomaban* porque era fin de semana y estaban en compañía de amigos y familiares. Esto no representaba para ellos excederse en el consumo. Las tomas del *week-end* se mencionaban únicamente cuando narraban lo que habían hecho durante el sábado o el domingo. Pero a la demanda si habían tomado alcohol durante la semana contestaban que no.

⁵²³ Informante informal italiano.

⁵²⁴ En particular, como observan Menéndez y Di Pardo (1996) la ocupación de albañil sintetiza los rasgos estereotipados de este problema.

⁵²⁵ Aumenta la dilatación venosa y capilar a nivel superficial.

⁵²⁶ Estoy absolutamente convencida que si empezáramos un estudio de campo en uno de los frecuentadísimos “Bar Manolo” de Barcelona obtendríamos las mismas respuestas.

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Menéndez (1988; 1990; MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1996) dicha normalización cultural del exceso alcohólico encuentra respuestas sólo cuando se interponen problemas familiares. En el momento en lo que el hombre no cumple con su papel social de trabajador y no contribuye económicamente a los gastos familiares o hay actos de violencia doméstica, las mujeres que conciben el «*alcohol como un demonio*» [esposa de Alberto], solicitan ayuda médica.⁵²⁷

Muchos de mis informantes condenan el estilo de vida de sus paisanos: «(...) *me da un poco de vergüenza ver a mis paisanos como toman, como se emborrachan, las mujeres allí, se olvidan de todos... vergüenza, vergüenza*» [Alberto]. Aunque los justifican: «*uno viene acá a trabajar y ve cómo las mujeres están trabajando todo en día...y ellos tomando cerveza, se divierten (...). Porque la mujer se pasa todo el día trabajando. Si yo fuera otro me pasaría el día borracho, con mis amigos, pero se acaba mal...*». La mayoría de los hombres evidencia la frustración de no poder contribuir a la economía familiar. Pero lo que más molesta es la diferencia del papel de género que la migración produce. Las mujeres encuentran trabajo con mayor facilidad, en consecuencia aprenden antes el idioma, disponen de una red social más fuerte y asumen más poder en la familia.

Muchos vinculan también los excesos alcohólicos a la dramática situación de sus países: «*la cultura es tan poco consistente (...) la gente está tan perdida que nos queda otro que beber*» [Carlos]. Para Omar era también un asunto político «*cada tres días hay un bolero... estar borracho es algo de bueno, los trabajadores que están en casa, en el paro o despedido se van al bar a tomar, es sencillo: cervezas y peleas, cervezas y peleas. El gobierno promueve eso, no nos cuida. En el bolero hay música romántica, las mujeres te dejan...además el alcohol puro se encuentra rebajado, es un control social, ¿Entiendes? Tomamos porque no hay nada*» [Omar]. Incluso atribuyen los excesos a la costumbre ecuatoriana de pagar a la semana y

⁵²⁷ Alberto y su esposa eran pacientes de la ASL. Él tenía una «Trastorno Controlado Impulsivo» y ella participó en algunos encuentros.

no al final de mes *«me gastaba toda la paga semanal en alcohol...aquí ya no lo hago, ya que es mensual, tengo más control»* [Gaetano].⁵²⁸

Mis informantes tomaban principalmente cerveza. Eric decía que *«es como vosotros [italianos] tomáis vino, nosotros tomamos cerveza (...)»* o *«alcohol puro, a veces, mezclamos alcohol con la cerveza»* [Carlos]. El puro, es alcohol de 40º, 50º o 60º grados, *«tiene también gustos. En Ucay hacen el mejor. Es parecido a la grapa⁵²⁹ y tiene un efecto inmediato»* contaba Carlos. *«Inicialmente el puro te quema todo, luego ya no sientes nada»* [Jesús].⁵³⁰ Se toma *« con la familia, en casa, pero también vamos en la licorería, que son como pequeñas tiendas que venden sólo alcohol (...)»* [Eric]. En Génova, probablemente porque no están todos los miembros familiares y las casas son muy pequeñas, los sudamericanos se reúnen en la Comenda di Prè y beben allí desde la tarde hasta el amanecer.

EL SERVEI D'ATENCIÓ TRASTORNO MIGRANTE

«Stand-by: Barcelona, 14 de febrero 2005.

Esta mañana - por seguridad - he ido a ver si el SATMI está efectivamente en Via Laietana. No es que estuviera emocionada, pero no quería llegar con retraso o equivocarme...bien diferente de lo que me esperaba: el edificio es el clásico señorial-decadente y anónimo de Via Laietana con dos ascensores en aluminio que sólo verlos ime han producido un ataque! Por suerte, está en el primer piso.

Intro: *Voy por la tarde, llamo al timbre y dos personas, hombre y mujer, casi seguramente marroquíes, me saludan con aire cómplice, sobre todo ella me ha dado la impresión de que se sentía feliz por ver a otra persona. Sonrío, saludo y me acerco a la administrativa:*

-«Hola soy Serena Brigidi, la chica italiana que ha venido a ver a la Dra. Ortega...»;

⁵²⁸ Paciente de la ASL afecto de etilismo.

⁵²⁹ Destilado alcohólico italiano.

⁵³⁰ Joven paciente de la ASL con «Psicosis aguda».

- «Sí, un momento por favor». Tomo mi libro, *Stiff*,⁵³¹ disimulando la contraportada que muestra la fotografía de un cadáver y empiezo, tranquilamente, a leer. Siete páginas después llega la Dra. Ortega que, sin preliminares ni superfluos remilgos, me saluda y me indica que entre. Nos acomodamos en una mesa redonda y empezamos a hablar. Para romper el hielo le pregunto en seguida por su hijo. Ella me habla de los dos niños (fallé: ¡Tiene dos hijos, no uno!). (...).

Después, hablamos de trabajo. Digo tres tonterías sobre la beca, el catalán que estoy aprendiendo y me doy cuenta que no es el día ideal para hablar español... las palabras me salen con dificultad (...). Después, le digo lo que hemos pensado y le presento un proyecto que, para mi sorpresa, retiene. En pocas palabras le cuento que no tengo una idea precisa. Quiero observar y después desarrollar un proyecto más delineado, concepto que repetiré tres veces más. Intento ir a lo práctico: qué me interesa del SATMI; por qué como psiquiatra ha llegado a la migración y salud mental; cuánto tiempo dura una consulta; que orientación terapéutica tiene y, después, algo acerca de las "buenas prácticas" y, sobre la comparación que quiero hacer con Génova. Entra en pánico: «No se si saldremos bien de esta comparación» me dice. Siento el deber de explicarle que Génova no tiene aún desarrollado el concepto "cultural" de atención a los migrantes. Me confía lo que no funciona en el Servicio, casi por justificarse: «no tenemos tiempo, me parece que en realidad no estamos haciendo algo verdaderamente útil. Si, las terapias y la correspondencia positiva, pero: ¿Luego? Son sólo cuatro horas a la semana... un poco de auto-valoración nos irá bien». Los mismos problemas de siempre, pienso, la satisfacción personal y la sensación de hacer verdaderamente algo útil no son siempre alcanzables. Le digo que estoy lista para efectuar el campo, si no es una molestia para ella. Asintió sorprendida. Tengo la ligera impresión, confirmada en otros momentos, de "rompere i coglioni".

⁵³¹ Seco, duro.

Go-on: Entro en la habitación, bien lejana al olor a limón de mi primer psiquiatra y de su estudio moderno que, por más de un año, mis padres han contribuido a pagar...

Break-souvenir: Inevitable: cuando pienso en el Dr. Caviglia - aunque fue uno de los periodos más difícil de mi vida - noto una sensación de beatitud inigualable... tal vez, más que nada, porque ha sido capaz de restituirme la imagen de un simple hombre, que de oficio era médico y psiquiatra, que sonreía conmigo y sobre todo, cuando Simonino ha muerto, ha llorado en una de las demostraciones más verdadera y humana que jamás haya conocido en mi vida, enseñándome mucho. Yo luchaba por no mostrar al mundo que tenía el alma desgarrada. Sin embargo él, del otro lado, se permitió conmoverse. Me contó que a la misma edad también perdió a su mejor amigo, enfermo de cáncer

Go-on two: Aquí estamos: 3x4 metros, muchas ventanas, largas y estrechas, dispuestas en el muro delante de la puerta de entrada, cada una cubierta con cortinas blancas. El muro a la izquierda está torcido: completamente en diagonal (!!!). Fea mesa en madera, ordenador viejo, pequeña estantería con manuales intactos y recientes, todos en español. Retumban los DSM. Me pongo cómoda a su lado, pensando en la proxémica y me siento como una intrusa en un espacio en el que las palabras van a ser densas y cargadas de energía, hasta tal punto que van a resonar como un eco en el minúsculo universo de la consulta.

The first Mad: Llega la primera persona. No, son dos. Me cuesta entender que una de las dos es la mediadora lingüística. Se presentan con grandes sonrisas y la loca me da el beso de presentación, al cuál respondo. «No, eso no» dice Dra. Ortega, sonrío y me disculpo (...). Es el primer encuentro. Observo. Ella no parece incomoda ni cohibida. Me hubiera muerto si en mis visitas psiquiátricas hubiera estado otra persona además de mi analista y yo.

Un poco de anamnesis sin un verdadero hilo conductor. La Dra. Ortega procede, todavía, con un orden: domina una situación

confusa. Una que habla ruso, la otra que traduce palabra por palabra y la doctora que pregunta e intenta tomar apuntes en uno de los diversos papeles de la mesa: es el caos. Interviene con audacia, sin mala educación ni ejerciendo poder: es fuerte, me gusta. Me quedo a escuchar, la situación está tensa, el aire inmóvil, tengo incluso miedo a cambiar de postura. La Dra. Ortega está sentada en la punta de la silla y no quita los ojos de la intérprete y de la paciente, olvidándose de los papelitos. Ya de por sí, es una locura, una escena divertida: yo que tomo apuntes, la otra en vilo sobre la silla moviéndose con destreza entre las dos, la rusa que habla gesticulando enseñando unas uñas de puta madre (¡Esa ha salido de la esteticista esa mañana!) y con una pulsera de perlas falsas blancas, grandes como un bombón en el antebrazo derecho. Es fea, pero fascinante y sobre todo sensual, imagino que a un hombre le puede gustar mucho. Si me la encontrara por la calle nunca la hubiera imaginado ucraniana, más bien sudamericana. En fin, está la otra mujer que habla ruso (pero: ¿No eran todas súper guapas las chicas del Este?), alta y sin ninguna gracia, amarilla tinta, porque el color de su pelo no se puede definir rubio, que traduce como una autómatas cada término. La doctora le pide, más de una vez, que no traduzca singularmente cada concepto, que haga un resumen para comprender el sentido de sus palabras.

Me choca por la precisión lingüística, no podría, me confundiría: una que habla mi idioma materno, la otra que hace preguntas en español y que traduzco simultáneamente: las lenguas no son mi fuerte, eso está claro.

La historia parece "normal", la chica no tiene padre, fallecido años atrás, vivía con la madre y dos hermanos. Ella es la mediana. Tiene una romance con un hombre, desde hace años. Él está casado, pero la mujer vivía en el extranjero, por lo tanto se presenta como divorciado. La chica hace referencia al dinero y a algunas personas que la buscaban. Al regresar la esposa del amante, el dinero desaparece y con él también las personas que la indagaban. La historia empieza a ser confusa, no se entiende si el

dinero era de ella o de él. Más de una vez durante la visita hablará de dinero y de la riqueza como algo que tiene mucha relevancia para ella. La Dra. Ortega, sin embargo, no le da mucha importancia a ese aspecto.

- «Bien - le pregunta dulcemente - ¿Por qué Barcelona, por qué España y cuánto tiempo llevas aquí?»

- «Vive mi tía materna, llevo tres años», contesta ella.

Me detengo sobre los tres años: ¿Cómo es posible que no entienda una palabra? Dice haber trabajado y también haber vivido sola: ¿Por qué a las más sencillas preguntas formuladas en voz clara por la Dra. Ortega no ha mostrado el más mínimo sobresalto ni interés? Me deja perpleja.

La doctora critica su proyecto migratorio:

- «¿Cómo?! ¿¿¿Te lo has pensado sólo en un mes???»

Ella, con una superficialidad-sensualidad típica del adolescente, moviendo los ojos arriba abajo, responde sonriendo:

-«¡Cómo todos!»

- «Y no, ¡No como todos!» subraya la psiquiatra excesivamente irritada.

Aquí encuentro a la doctora demasiado dura, estrecha, atenta a la regla. La chica tiene sólo 25 años, consigue los papeles para entrar en España, "imagínese si pasara un año para organizarme el viaje", leo ese pensamiento en sus ojos, que, por primera vez, han brillado.

Siguen hablando. Me pregunto qué tiene de extraño, no me doy cuenta que entre los diversos papelitos de Dra. Ortega hay también un volante de las urgencias y de la Cruz Roja.

- «¿Te gustaba vivir en Ucrania?» le pregunta.

- «Todo me costaba, la familia, los amigos» en aquel entonces lo interpreté como una metáfora, pero volviendo a leer los apuntes me surge la duda de que, tal vez, ella se refería siempre a esa (¿suya?) condición económica. Cuenta su viaje en

autobús. Pienso seguramente que era una Euroline y recuerdo mis viajes Italia-España en esos medios ridículos y malolientes. La policía que te para en cada frontera y me entra risa... Cuando llega a Barcelona pide al conductor que le llame un taxi, el chófer espera la llegada del taxista para indicarle el pueblo donde tiene que llevarla: Castel del Sol. La Dra. Ortega corrige el nombre de la localidad a la traductora con "Castelldefels", pero la chica insiste:

- «me acuerdo muy bien, se llamaba así». A partir de ese momento la traductora asume una actitud muy rara.

La chica se quedará viviendo dos años en casa de la tía, antes trabajó en Barcelona cuidando una señora, pero como no era «ni profesional ni conocía el idioma» (insistentemente lo repite la traductora), pierde el trabajo y acaba trabajando en una fábrica durante un año.

Vuelve el caos. La chica gana mayor seguridad y asume, literalmente, más espacio, frente a la mediadora que ahora asume un actitud que inicialmente había descifrado como cohibida, pero creo que sería mucho más correcto decir de mortificación; se repliega sobre sí misma y mira a fijo los ojos de la doctora, como para decirle algo, pero no intuí qué quiso decir, tampoco ella. Vive la situación como un peso y no comprendo el por qué... incluso pienso que es por el hecho de que son paisanas, que es por ello que siente vergüenza, pero no se...

Después de la visita le explico esa percepción a la psiquiatra, que únicamente comenta: «es rusa», gesticulando con las manos. No se qué pensar.

La mediadora reanuda la traducción palabra por palabra diciendo que no entiende nada de lo que sin conexión alguna le dice chica. Su discurso desorganizado va sobre "relación/relaciones" y un hombre. La Dra. Ortega interviene, desvelándome el final de la historia (o, tal vez, su inicio):

- «¿Has tenido un hijo? ¿Quién es el padre? ¿Se trata de ese hombre del que me hablas?»

- «No, no, no relaciones» asume una sonrisa opaca, encantada, casi ausente. No variará más su expresión sino para añadir - contenta - que en Ucrania "había utilizado un procedimiento para quedarse limpia", dijo.⁵³² Las tres nos quedamos bastante desorientadas. Más de una vez la mediadora y ella intentaron entender el sentido del "procedimiento para quedarse limpia", pero nada.

- «¿Quién es el padre del niño?»

- «No»

- «¿Del espíritu santo?» pregunta provocándola, la psiquiatra

- Ella sonríe divertida.

- «¿Has vivido por la calle?»

- «Si»

- «¿Sabías que estabas embarazada?»

- «No relaciones». El discurso procede sin sentido, repite más de una vez el binomio relación/relaciones y la presencia de hombres, dinero y boda. Ahora soy yo quien no cree haber entendido bien o haber perdido, distrayéndome, algunas palabras.

Insiste en que no sabe cómo contar la historia, porque se avergüenza.

Me deja asombrada, incrédula. Intento disfrazar mi expresión pero, honestamente, no creo de conseguirlo. El discurso es cada vez más confuso. Ni doctora ni la traductora entienden.

Parece como si el tiempo no hace falta alrededor de la chica fuera más de espacio; es como si el aire se descompusiera, se ralentizara. Todo, todo es lento, pero no angustioso. Es una percepción que a menudo tengo delante de los pacientes con

⁵³² Ni yo entendí a lo que se refería, ya que luego dice algo sobre el embarazo, creo que podría ser sobre tomar la píldora o algo de parecido. Pero quedé en el misterio.

problemas mentales. Es el tiempo fragmentado de la locura. Como la infancia y el dolor. Difícil de explicar.

Ella está perdida en esa dimensión casi inalcanzable.

La psiquiatra cambia el discurso, le pregunta por la televisión:

- «el informe de alta del hospital dice que creías que la televisión te hablaba». Sonríe, la traductora dice no entender casi nada. Al término de la entrevista hace una referencia al dinero y a las chicas como ella, pero responde (¿A qué pregunta?) que no.

La doctora le prescribe un medicamento con la esperanza, me confiesa luego, que en la próxima visita, fijada para el lunes siguiente, pueda estar un poco más lúcida. De momento vive en un albergue, pagado por la Cruz Roja, no toma los medicamentos porque no tiene dinero para comprárselos, pero la traductora añade que en realidad es la Cruz Roja quien le paga los medicamentos. La psiquiatra le recomienda:

- «Tómala sólo por la noche, es importante, ya verás que te harán bien»

- «Si, si» contesta con esa sonrisa inocente.

Salen las tres. Me quedo sola, echo un vistazo a los papeles de urgencias, la diagnosis es Psicosis. Anoto. Al regresar, la doctora dice mirándome: «No está mal para ser tu primera experiencia».

Le pregunto por el niño: «¿Dónde está?» Su respuesta me hace evocar una multitud de preguntas para todo lo que no le encuentro sentido: «¿Por qué nunca habló del bebé?...¿Recién nacido? Pero: ¿Cómo?» La psiquiatra me explica:

- «Eso es ser psicótico» me contesta, observando, sin embargo, que hay algo que contradice esa diagnosis en su comportamiento. Me dice que no le gusta nada la intérprete.

Siento un vacío en el corazón, pero sigo sin prestar demasiada atención a lo que me evocan las historias de los pacientes.

***The second Mad:** La Dra. Ortega sale y vuelve sin duda más relajada con el segundo paciente, hablan en francés, pide al hombre si hay alguien problema por mi presencia y contesta negativamente. Me pregunta si yo entiendo el francés, respondo que no tengo problemas. Pero el hombre cambia y habla en un casi perfecto castellano: está aquí desde sólo hace dos meses. Sorprendente.*

*Se habían visto ya bastantes veces, la doctora está relajada y él no se quita la chaqueta. Tampoco las otras dos pacientes lo hicieron. Resulta extraño porque la consulta del psiquiatra parece un no-lugar, un espacio de paso, donde no hace falta ponerse cómodos. Parece que unos y otros tienen prisa, como en las consultas de medicina general. Es un hombre guapo, ojos azul oscuro, piel bronceada, pero hay algo en él que no me gusta. Escucho, pero me resulta difícil prestar atención. No encuentra trabajo, es alcohólico, ha vivido por la calle y lleva su CV a diversos lugares. Oído y visto, me aburre un poco, además me molesta, hay algo en él que me irrita. Es muy educado y a veces se dirige a ambas. La psiquiatra, en cambio, parece adorarlo, charlan, ella le aconseja sobre qué poner en el CV sugiriéndole que no resalte su formación técnica demasiado cualificada (es químico, creo que con tres años de licenciatura), para buscar trabajo en la limpieza o en la hostelería. Él está deprimido y necesita mimos y confirmaciones. Me recuerda el personaje "gafado" de la película *Elling*⁵³³ por los modales educados, la gentileza y la lentitud. Odio la gente lenta, me irrita, siempre me ha molestado. Fede dice que tengo "prisa por morir". Tal vez en esa habitación la loca era yo. (¿En una consulta psiquiátrica siempre hay que buscar un loco?) Siguen con sus discursos "normales", los problemas y los consejos maternos de la Dra. Ortega. Pienso que debe estar más cómoda con los hombres que con las mujeres.*

⁵³³ Petter Naess (2001), *Elling*, Noruega, 90'.

Encima, había pensado: ¿Qué demonio hace este aquí? la dimensión cultural no aparece, el tío es francés, culto e increíblemente consciente de la situación, no encuentra trabajo se ha casado con una mujer que no quería, bla, bla... Observo sus particularidades para no aburrirme: su ropa es de óptima calidad, pero sucia, la chaqueta, de piel clara, está en realidad negra en varios puntos. Él, sin embargo, parece limpio.

Se levanta, saluda, me estrecha la mano y mirándome a los ojos y me dice:

- «Merci»

No me gustó. No consigo entender el por qué.

La doctora regresa como si hubiera presentado su flor en el ojal, entusiasta me pregunta si me había gustado. Miento para no decepcionarla. Después, durante cinco minutos de pausa con su colega psicóloga, comentan los casos, así que me entero que el francés tiene un trastorno de la personalidad, vivía en Lyon y tenía problemas con la familia, sobre todo con el padre. Casado con una mujer más vieja, un día deja todo: trabajo en el laboratorio, mujer, casa y se traslada a la calle. Pide la limosna y empieza a beber.

Ahora el francés empieza a gustarme más y entiendo el negro de la chaqueta. Llegó a Barcelona en tren. «¿Por qué Barcelona?» le pregunto a la psiquiatra.

- «...son preguntas que hice meses atrás...» entiendo que no lo recuerde «ah...si, porque le dejaron dinero, estaba indeciso entre Italia y España»

De todos modos: ¿La dimensión cultural?

Work-mates Break: *La psicóloga que ha llegado es sin duda más joven y menos preparada que la Dra. Ortega, pero muy enérgica. Me cae bien. Cuenta de dos marroquíes, los dos que había encontrado en la entrada. Un problema sexual, la pareja no tiene relaciones y después de otras visitas han sido derivados al SATMI por la presencia de "dificultades culturales" en la*

interpretación del malestar. Parece que ella, ya durante la primera noche de bodas se desmayó (¡Vaya, pobrecita!). Estaba presente la imagen de una prima que se había enamorado del marido. Esa mujer le echó el mal de ojo. Se habla de magia. La psicóloga está contenta y le entusiasma el caso. Lo define como «muy chulo». Volverán dentro de un mes.

The last Mad: *La psiquiatra Ortega sale y vuelve con dos chicas, por fin ambas latinas.*

Se sientan sin quitarse las chaquetas. Se presentan. El clima es muy alegre, todas somos mujeres. Una de las dos es muy joven y como conversan muy tranquilamente, me cuesta entender quién es el sujeto de esta consulta.

Ana es colombiana, tienen 25 años pero aparenta muchos menos. Hace tres años que está en tratamiento en el SATMI. La otra es la tía materna, que vive en Londres. Y está súper orgullosa de esto: en todas las intervenciones (que han sido muchas) lo ha subrayado.

La tía recién le ha comprado unas botas y ella está muy feliz por alguna razón muy concreta. Ana se muestra cargada de ideas redundantes. Dice a la doctora que quiere hacer algún deporte o unos cursos para ocupar la mente. La tía sonrío asintiendo. Su comportamiento es ridículo: parece el del peluquero con unas viejas amigas, me mira y mira a la psiquiatra como si no se diera cuenta verdaderamente de que su sobrina está aquí por algo. Interrumpe el listado de las cosas que quiere hacer Ana para pedir a la doctora por qué, cuando hace deporte, le viene sueño. Yo me quedo sin palabras, no puedo creérmelo: «No porque, sabes, mi marido dice que no es normal», observa la tía. La psiquiatra le dice que no es nada de raro y le cuesta recuperar el discurso emprendido por la pobre Ana. Ella afirma estar muy bien y repite casi de memoria el listado de las bellas actividades que podría hacer también porque «no quiero tomar medicamentos toda la vida». La psiquiatra Ortega hace una analogía con la diabetes explicándole, dulcemente, que a menudo

no se puede hacer de menos a las medicinas y ella no tiene la culpa, sino la necesidad. Tanto la doctora como Ana hablan del estado de su enfermedad («mi enfermedad», «enfermarse») como perfectamente metabolizado. Me pregunto porqué. No me gusta esa posición. Pero es demasiado pronto por expresar mi pensamiento. Hablan de la medicina para estimular la serotonina. La psiquiatra le explica cómo funciona. Dice que tiene ansiedad por comer, que quiere siempre picar algo. La tía vuelve a interrumpir aconsejándole que coma sólo fruta, «así no engordas» dice contenta. La doctora confirma que es un efecto colateral normal del medicamento y que en breve pasará. La tía interviene nuevamente sugiriendo que es importante leer el prospecto. La psiquiatra alza la voz y dice: «Noooo», si alguien tiene dudas hay que preguntar al médico, pero nunca leer el prospecto porque nos asustamos inútilmente.

Odio los médicos cuando dicen esas cosas. De hecho en italiano al prospecto le llamamos "il bugiardino", el mentiroso.

Ella tiene ganas de conocer gente, de jugar a vóley playa o algo por el estilo. La doctora le sugiere que se informe de las actividades en el centro cívico de su barrio.

Le prescribe otros medicamentos.

La visita acaba con la misma alegría con la que empezó. Ana, bajo la sugerencia de la tía muestra las botas a la doctora que no consigue disimular su disgusto. Ella está levantada, Ana sentada y su tía sigue hablando de muñecas con botas de las que no recuerda los nombres. La psiquiatra finge conocerlas para cortar la discusión. Las dos se levantan, saludan y, por fin, salen.

A la vuelta, me dice que Ana es psicótica aguda, tuvo una crisis al mes de llegar aquí y fue ingresada. El pasado noviembre tuvo otra crisis muy fuerte que la deprimió mucho.

- «¿Dónde está su madre?» pregunto.

- «En Colombia»

- «¿Ha venido sola?»

- «*Si, pero ahora está con un tío materno*».

A pesar de todo, me resulta difícil imaginar mi vida sin mi madre, sobre todo si estuviera enferma, joven y sola en un país extranjero. Pruebo sincero dolor por Ana»

Empecé mi trabajo de campo al *Servei d'Atenció Trastorno Migrante* el Día de los Enamorados, el 14 de febrero de 2005. En seguida me llamó la atención la estructura del centro. El SATMI es muy diferente a los CAPs que había visitado. Probablemente se edificó originariamente como vivienda privada y pronto fue transformado en un departamento médico. De hecho es muy grande y con muchas habitaciones, once para ser precisos. Todas con el mismo estilo. Ausencia total de colores. Me pregunto constantemente por qué en el contexto psiquiátrico existe ese deterioro en la decoración. ¿Los locos no tienen el derecho a un poco de estética?⁵³⁴

La habitación de la entrada es muy grande y se ha convertido en la sala de espera. Tiene una forma alargada pero un poco irregular con paredes teñidas de amarillo-crema. Hay numerosos asientos de plástico, nuevos, que imitan la madera. Dos mesitas pequeñas con unas cuantas revistas viejas que nadie lee sobre jardinería, coches y un catálogo de moda. Al final de esta pared están los dos lavabos para los pacientes. Pero, lo más importante de esos lavabos es que cuando dejé de utilizarlos para acceder al de los profesionales (*dentro* del departamento médico) cambié también de actitud hacia el trabajo de campo. El acceso a los *otros* WC fue un paso importante. Había dejado en parte de sentirme “*fuera de lugar*”.⁵³⁵

Frente a los servicios, la puerta de acceso a los despachos médicos: rigurosamente cerrada. Se abre únicamente desde dentro y es de uso exclusivo para los pacientes. Los profesionales acceden a las salas médicas por otra puerta ubicada en el rellano exterior. En las dependencias psiquiátricas la articulación

⁵³⁴ Siempre pensamos en los locos, pero en realidad ellos están de paso en la institución. Deberíamos preguntarnos más por los profesionales que trabajan en estos centros ocho horas diarias durante cinco días a la semana. ¿Les afectaría en su trabajo y, también, en su salud mental?

⁵³⁵ Véase el párrafo “*Observation II. Observación absorbente. Exotopia*”.

abierto/cerrado, dentro/fuera, accesible/inaccesible son elementos esenciales: delimitan, defienden y sostienen la profesionalidad sanitaria. En todos los escenarios psiquiátricos los límites están bien marcados.

En la pared frente a la entrada de la sala de espera, han hecho una habitación para los pacientes fumadores, separada por un cristal. Un detalle “original” sino fuera porque en un centro psiquiátrico, las reglas contra el humo no encuentran seguidores entre los pacientes. Como ya he observado, la mayoría de los *locos* fuman y mucho (CAMPO, 2002). Y está perfectamente tolerado. Nunca oí un psiquiatra mencionar a un paciente los daños que provoca el humo.

La *waiting room* es el “reino” de los pacientes. Muchos llegan antes de su horario de visitas. Probablemente porque se encuentran con otros compatriotas, conversan en su propio idioma o simplemente es un lugar a cubierto y con calefacción. También hay personas como Andrés,⁵³⁶ por ejemplo, que siempre comparece a la misma hora aunque tenga consulta a la última. Andrés lo hace como consecuencia de sus problemas con los “tiempos” («*personalidad esquizoide, trastorno obsesivo*»)⁵³⁷ Para él todo debe ser llevado a cabo de forma idéntica y repetitiva. Así que invariablemente se sienta en la silla justo detrás de la sala de fumadores y siempre lleva consigo el mismo bolso de plástico sucio y desgastado lleno de periódicos, cada uno de los cuales, doblado con minucioso cuidado y siempre en el mismo sentido. Todo el personal sabe que Andrés necesita de al menos unos quince minutos para levantarse. Tiene que cumplir su ritual. Cuando llega saca unos periódicos del bolso y los coloca bajo la silla con movimientos rítmicos, lentos y repetitivos. Para levantarse tiene que hacer lo mismo pero al contrario. La primera vez que lo vi lo encontré terriblemente cómico. Nunca había visto *live* algo parecido. Pensé en la película *Nadie es perfecto*, con Jack Nicholson,. En seguida me di cuenta de la atrocidad de esa enfermedad: toda la vida está programada y recalada con rituales. No hay

⁵³⁶ Argentino.

⁵³⁷ La psiquiatra que le visita escribe como impresión general: «*Deterioro psicofuncional significativo en los últimos años que le aboca a vida marginal (ya no puede trabajar, no relaciones afectivas (...)). Quejas del rendimiento intelectual, dificultades para organizarse y molestia tensional (en ojos y cabezas)*».

libertad de acción, movimiento ni posibilidad de cambio. Desesperante. Prohibitiva cada relación humana. A pesar de sus graves problemas, la sala de espera representa para Andrés su único espacio social, el lugar donde encuentra gente y no se «*avergüenza de sus tics*». ⁵³⁸ A menudo pensé que la *waiting room* podrían ser su terapia, mejor que los «*decepcionantes*» encuentros con los profesionales.

A lado de la sala de fumadores, está Rosa, la administrativa. La barra del mostrador crea una especie de separación con la sala de tal manera que permite organizar un minúsculo despacho provisto de ordenador, impresora, *post-it* colorados, bolígrafos y diversos cajones bajo la mesa. Rosa es una figura neurálgica en el SATMI. Está en el limen del juego: *dentro* del centro en contacto con los profesionales socio-sanitarios sin pertenecer a la categoría, pero *fuera* de los despachos médicos, en relación constante con los pacientes sin serlo. De hecho, es la primera persona con la que hablan los *locos*. Escucha al paciente, conoce sus problemas, sus manías, sus justificaciones y sus frustraciones. Cada día les observa. Expuesta casi como una barrera física de protección para los profesionales, media, vigila e interacciona con ellos. No es sencillo. Dice haber aprendido a no involucrarse, «*poner distancia*» y «*a ser más profesional*» con los años. Lo curioso es que unos seis meses atrás ⁵³⁹ se despidió del trabajo para acabar los estudios como educadora: «*quiero ayudar...quiero hacer algo práctico, ¿sabes?*». Rosa mantiene diversos roles, sobre todo actúa como intermediario logístico entre las exigencias de los pacientes y las de los profesionales. Comunica con estos últimos principalmente a través del teléfono y del ordenador o bien también cuando uno del equipo acompaña al paciente hasta la puerta de entrada al despacho. A las 16.10 pasa la *Agenda* de las *disponibilitats* a cada terapeuta. Un simple papel con el número de expediente del paciente y su nombre. Además incluye la *agenda forçada*, es decir, los horarios de los pacientes extras. Esto es un papel que cada lunes imprime para las dos psiquiatras, la

⁵³⁸ Mi directora me hace notar que esto suele pasar también entre otros enfermos crónicos con estigmas: «estamos como en casa, junto a otros iguales».

⁵³⁹ Noviembre 2008.

psicóloga y la enfermera, y cuando lo solicitaba también para mí. De manera que siempre sabía si había un paciente sudamericano y con quién tenía visita.

Otra competencia de Rosa es poner en las mesas de cada profesional la historia clínica del paciente antes de la visita: un sobre de papel grande que contiene, para los pacientes antiguos,⁵⁴⁰ un cuestionario acerca de los datos socio-antropológicos elaborados durante las primeras visitas. Pero en todos los demás incluye también datos médicos como el alta de urgencia, visitas previas, cartas de otros profesionales y análisis de sangre si el paciente tiene enfermedades infecciosas particulares. Yo puedo acceder a todas estas informaciones pero no las puedo copiar ni sacar del SATMI. Aunque siempre intentaba ocultarme un poco cuando estudiaba el historial médico para no ser molestada u observada con curiosidad. Tal vez era sólo mi percepción, pero advertía incomodidad por parte de todos cuando lo solicitaba.

«3x4 metros.

La habitación de Dra. Ortega tiene aproximadamente unos doce metros cuadrados. Un espacio inaceptablemente minúsculo para recibir.

La puerta de entrada del despacho es en madera y está situada exactamente frente a las ventanas de la habitación. Todas las paredes están pintadas de un color blanco-verde hospital: el color de los hospitales o de los manicomios. La ventana es la única variación de tono de la habitación, de madera verde, compuesta por diferentes cristales.

La perspectiva es muy sugestiva: el casco antiguo de Barna. Lástima que la tengo a las espaldas.

El techo, blanco, es la parte más nueva: iluminación moderna, equipo antiincendio y parece de un material insonorizado. Estos detalles me llaman la atención, me pregunto por qué rehacer el techo y no remodelar la habitación entera.

⁵⁴⁰ Inicialmente al SATMI se compilaban para cada paciente un cuestionario socio-antropológico. Después, el aumento considerable de los pacientes hizo que la recogida de las informaciones fuera únicamente oral sin ser transcrita en un segundo tiempo.

El muro del lado de la entrada es irregular, torcido desde el interior. Es paradójico, quita espacio vital a la consulta. Además, esta pared es una pequeña galería de los horrores. Un cuadro de un tigre con un pajarito colorado hecho con punto de cruz (¡de un feo asombroso!) está colgado a la altura de la cabeza de los pacientes. Probablemente para asustarlos más de lo que están. El otro, más sobrio en Japanese style, de tinta negra, representa tres flores y dos ramitos. Aterrador. En la misma pared un calendario del 2005, blanco y amarillo, esponsorizado por el fármaco AstraZeneca® «para el sistema nervioso central» y unos cuantos papeles (sin una función precisa) colgados desordenadamente en el lado de la Dra. Ortega: Erisonet®, Lamictal®, Crimsomet®.

"Mi lugar" es una silla marrón, bastante cómoda. A lado la mesa de la psiquiatra, a espaldas la ventana y exactamente frente a la puerta de entrada. Esas son mis coordenadas. Yo soy la primera "cosa" que el paciente debería ver entrando. Aunque muchos de ellos entran con la cabeza baja y si notan mi presencia, me ignoran. Son tristes estos pacientes, de una tristeza contagiosa.

En la pared, a mi izquierda, hay una puerta que comunica con el despacho de enfermería y una insignificante estantería que tampoco en el mercadillo de las rebajas de IKEA se vendería. Encima han colocado un calendario que dice: «El alcoholismo es una enfermedad que tiene tratamiento» de Bristol®.⁵⁴¹ Cada día, antes de la llegada de los pacientes, lo miro y lo leo como si fuera un mantra de la buena suerte. Ni presto atención al sentido de las palabras. Lo leo obsesivamente e ignoro el por qué. A mi lado, la mesa pequeña de la psiquiatra que suele estar ordenada y despejada: un ordenador viejo, papeles, bolígrafos y el teléfono. Nada más. Todos los objetos llevan la marca de productos farmacéuticos. Debajo de la mesa un reposapiés de plástico gris inutilizado que miro con envidia porque a mí si que me vendría bien colocar mis pies en algún lado. Estoy incómoda sentada

⁵⁴¹ Bristol-Myers Squibb es una empresa farmacéutica.

durante muchas horas. Ni puedo moverme todas las veces que quiero. Siento no poder producir ningún sonido...

Detrás la mesa hay dos sillas: una para el paciente y la otra para el mediador. Estos tres por cuatro metros no dan para mucho».

LA AZIENDA SANITARIA LOCALE 3 "GENOVESE" DE SALUD MENTAL.

«Stand-by: *Génova, 28 de enero de 2006.*

Hoy empiezo. Es curioso entrar aquí como antropóloga. Me produce una rara sensación, como un escalofrío por la espalda. Estoy emocionada al mismo tiempo que preocupada por si encuentro a demasiadas personas que conozco y eso puede comprometer el trabajo.

¿Cómo gestiono o explico a mis conocidos mi presencia en un centro médico? Además, no son las urgencias, es un centro de SALUD MENTAL...la gente sigue avergonzándose de acudir o necesitar un psiquiatra. No puedo quedarme en la habitación durante una consulta con todo el mundo...Génova no es Barcelona. En Génova conozco a demasiadas personas...violaría una privacy, un espacio de intimidad...mucho más que en BCN. Ya veremos...

Go-on: *Hay mucha confusión, muchas personas que entran y salen. Esto me tranquiliza. No se, me siento más segura, cómoda. Mi papel está cubierto por los diferentes profesionales presentes. Además, los espacios están menos marcados. Una antropóloga no desafina.*

Incluso, no es sencillo distinguir los psiquiatras de los otros profesionales sanitarios. Aquí, a diferencia de los otros lugares, se perciben pocas separaciones entre ellos. Ni el vestuario indica los roles.

(...)».

A diferencia de la situación de Barcelona, que como hemos visto, dio lugar a algunas realidades de la asistencia psiquiátrica al colectivo extranjero, Génova

no tiene ni en el sector público ni en el privado interés por la atención mental específica al migrante. Esta esencialmente es la razón por la que en la capital Ligur transité por diversos escenarios sanitarios y estuve unos meses en la *Azienda Sanitaria Locale 3 "genovese"* de Via Peschiera. Esencialmente elegí el centro de Via Peschiera por su ubicación⁵⁴² en cuanto a su proximidad territorial con el casco antiguo al que acceden numerosos migrantes.

Con la Ley 180, la Ley Basaglia, en Italia han sido instituidos los Servicios de Salud Mental en el propio territorio, con la competencia de asistir a las personas en su ambiente y promover la salud psiquiátrica. Este departamento es la sede organizativa y gestiona la coordinación de las actividades en el territorio. El centro desarrolla tareas de consultorio y a domicilio durante doce horas de lunes a viernes y cinco horas el sábado por la mañana; y consultas especializadas para la hospitalización y programación terapéutica. Los ingresos en las dependencias psiquiátricas pueden proceder del Departamento de Estructuras Hospitalaria llamadas SPDC - *Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura* - presentes en los establecimientos hospitalarios de las ASL o de las Clínicas Psiquiátricas especializadas. Los SPDC son servicios situados en una estructura hospitalaria con el fin de ofrecer una respuesta terapéutica, de ingreso, en el caso que haya sido acertada la no posibilidad de actuar con medidas terapéuticas alternativas. Se desarrollan las funciones diagnósticas, reducción de síntomas y colaboración en la definición de un tratamiento integrado con los dispositivos territoriales.⁵⁴³ Una característica del centro es el trabajo en red con todas las agencias presentes en los barrios, tanto institucional como informalmente y con voluntariado para coordinar los recursos y seguir a los pacientes de formas integral. El día está dividido en dos turnos de seis horas. El turno médico es de guardia para las llamadas procedentes de la *Guardia medica*,

⁵⁴² Los barrios que confluyen en el centro cuentan aproximadamente con 168 mil habitantes y, en efecto, representan todo el centro de Génova: Casco Antiguo, donde viven mucho migrantes, Castelletto, zona residencial, Oregina y Lagaccio, zonas populares, Portoria y Carignano, Foce, Albero, zonas residenciales y S.Martino.

⁵⁴³ A diferencia de la Clínica Psiquiátrica donde el ingreso es voluntario de acuerdo con el médico de familia o el psiquiatra.

*Vigili Urbani, Polizia, Figili del Fuoco*⁵⁴⁴ etc. e incluso de familiares o vecinos, tanto para intervenciones urgentes de personas conocidas y seguidas en los servicios como para las desconocidas que se encuentran en el servicio de competencia territorial y que manifiestan problemas psiquiátricos agudos. En estos casos, el médico y el enfermero llegan con un coche de la ASL en treinta minutos al lugar de la llamada, evalúan la situación y si es necesario hacen un Tratamiento Sanitario Obligatorio, TSO.⁵⁴⁵

A la ASL acuden muchos extranjeros, no obstante no hay mediadores culturales ni existen cursos o formaciones sobre diversidad cultural en salud. Las personas extracomunitarias son acogidas sin diferencia alguna respecto a las demás; no se solicita el permiso de residencia y a veces los fármacos son entregados a los pacientes ya que disponen de un cierto número de psicofármacos repartidos directamente por la ASL. Además el centro funciona también como servicio de primer nivel, en el sentido que responde a las urgencias sin que sea necesaria la derivación del médico de familia. Muchas personas proceden del SPDC a causa de su estado de gravedad porque necesitan de un seguimiento territorial después del ingreso para evitar la repetición de los episodios psicóticos. Cabe destacar que a nivel legislativo⁵⁴⁶ las personas sin documentos no deberían ser acogidas en el centro, aunque, como me explica la psiquiatra, «*confiamos en el sentido común de los operadores...la idea es seguir, a pesar de la situación administrativa, la gravedad de los casos, así como se sigue un tratamiento con los italianos sin empadronar que resultan ilocalizables o que llegan de otras ciudades, pero que se encuentran muy mal*» [Dra. Pista].

La unidad operativa de via Peschiera es solicitada normalmente por los profesionales socio sanitarios y por los pacientes del *Centro di Salute Mentale* – CSM –⁵⁴⁷ y se encuentra en una calle del barrio de *Portoria*, distrito muy cercano

⁵⁴⁴ Bomberos.

⁵⁴⁵ Como ya he reportado, este tratamiento está previsto por la ley italiana cuando hay patologías que ponen en peligro la salud de la persona o ésta no acepta el ingreso y no son posibles las curas extra-hospitalarias. El procedimiento se comunica al Alcalde y al Juez Tutelar, dura siete días y puede ser renovado por otros siete días.

⁵⁴⁶ Véase el párrafo sobre la legislación en materia de migración en Italia.

⁵⁴⁷ En el texto se ha preferido utilizar la sigla ASL para que este centro no sea confundido con un CSM del *Servei Català de la Salut*.

al centro de la ciudad y bastante bien comunicado con los medios de transporte públicos. Esta es una de las zonas que prefiero de Génova. Es bastante abierta, con una brisa característica y, entre un palacio y el otro, se entrevén los techos de las viejas casas del casco antiguo. Para llegar recorría una *crêuza*⁵⁴⁸ muy poco conocida que comunica via Serra con via Peschiera. Me encantaba caminar hasta el centro de salud mental.

La sede del CSM es una construcción de tres pisos, en origen era la portería de una hermosa *villa del 700*, que aún se encuentra detrás del servicio. El palacete ahora está adaptado como vivienda privada y tiene una entrada diferente del dispositivo médico, ya que éste tiene un acceso directo desde via Peschiera. Una habitación larga y estrecha, tras el *hall* principal, divide el acceso de los profesionales sanitarios de los pacientes. Un pasillo ubicado a la derecha lleva a los profesionales al salón médico, mientras que a la izquierda está la sala de espera, grande y cuadrangular. Amplias ventanas delimitan el lado externo de esta habitación. A lo largo de todo el perímetro de la sala están dispuestas desordenadamente las sillas de plástico oscuras y unas mesitas con la revista *D. Repubblica delle donne*, suplemento cultural del sábado del periódico de centro-izquierda italiano *La Repubblica*. Este detalle ya describe la orientación política del centro.

La *waiting room* es un espacio alegre, caracterizado por un considerable tránsito de personas. A veces los profesionales no entran por el pasillo a la derecha y acceden al salón médico directamente desde la sala de espera. Tras unas semanas, yo también asumí esta costumbre, lo que me permitía controlar si ya habían llegado los pacientes-informantes, observarlos, controlar los flujos según la hora o dialogar con algunos informantes. Luego entraba en la sala de los médicos y me sentaba en un sillón esperando a la Dra. Pista.

En la ASL se percibe poca separación arquitectónica y funcional entre los usuarios y también entre los mismos profesionales. Hecho muy curioso puesto que, excepto en el DEeA, nunca observé un espacio médico donde las jerarquías estuvieran (casi) ausentes.

⁵⁴⁸ Término en dialecto ligure que significa sendero.

Como ya he evidenciado anteriormente, no existen despachos ocupados siempre por los mismos profesionales. Las salas de consultas están situadas en la planta baja y en la superior. Son habitaciones diversificadas entre ellas, algunas más anchas, otras más pequeñas. Todas con una amplia ventana, una mesa de madera muy parecida a la de los colegios, un teléfono y una estantería. En algunas hay un sofá viejo y rojo, que da un toque *bohemiènne* a las salas. El paciente se sienta delante de la mesa en una de las dos sillas de plástico. Los muros están decorados con estampas famosas o cuadros de pacientes. Parece más una escuela que un centro médico.

En el tercer piso se encuentra el Centro de Día. Una estructura nacida después de la Reforma Psiquiátrica. Esencialmente es un centro de rehabilitación para los pacientes a cargo de los Centros de Salud Mental y SPDC y ofrece tratamientos intensivos de grupos y rehabilitación con inserción social y autonomía personal. Esta planta está dividida en un espacio para terapia, un pequeño gimnasio, un laboratorio y una cocina, donde los pacientes una vez a la semana aprenden a cocinar y consumen la comida. Yo no participé en las actividades de este centro, me limité a las consultas “territoriales” exclusivamente con pacientes-informantes sudamericanos.

«(Waiting-time), sentada en el sillón... 23 de febrero de 2006. Llevo casi una hora aquí sentada. Es mi lugar. Un sillón junto a la calefacción. A mi me parece un lugar insólito para poner una silla. Precisamente este sillón que no tiene nada que ver con lo que hay alrededor. Quién sabe de dónde lo sacaron. Además está sucio y consumido. Me gustaría conocer su historia. Tal vez sobraba y lo pusieron en esta esquina de la habitación. Y, seguramente, soy la única en aprovecharlo.

Después, espero...

Ya acabé el periódico y el artículo que llevaba conmigo...

Mi trabajo de campo se caracteriza por sus larguísimas esperas...espero papeles, vistos buenos, resoluciones de becas, ingresos, profesionales, pacientes, docentes...

Después, todo es muy positivo en el trabajo en la ASL, si no fuera por la espera. La Dra. Pista siempre está ocupada, liada o en alguna emergencia. Y yo espero. Será mi destino formar parte de la tapicería...por suerte aquí, en la sala de los médicos y no en la de espera, como me pasaba en el SATMI.

Ayer encontré a Maria y ambas tuvimos momentos de embarazo antes de saludarnos. Después, no le pedí nada ni lo hizo ella conmigo. No quiero pasarme, aprovecharme de una situación. Ni quiero saber lo que le pasa...

Los profesionales ya se acostumbraron a mi presencia y ni caso hacen de lo que hago. A veces converso con las dos enfermeras (ayer de cremas anticelulíticas y de masajes) o con la asistente social. Últimamente también con la otra psiquiatra que se ocupa de uno de mis informantes. Es muy amable y está interesada en lo que hago.

Esta sala es una confusión increíble. El teléfono suena constantemente y los profesionales que entran y salen son muy numerosos...agendas dejadas en la mesa grande, pizarras con números útiles apuntados, pacientes que entran en la sala sin "autorización", el administrativo que grita para que el paciente le oiga bien (pobre viejo), un calendario de los congresos...gente que come, fuma un cigarro (no se debería, pero hoy hace un frío que te cagas). En la ASL el personal está compuesto por un director, ocho médicos psiquiatras, seis psicólogas, cuatro asistentes sociales, doce enfermeros, dos educadores, un administrativo y un telefonista...¡vaya barullo de gente!»

VISITAS Y DERIVACIONES. SATMI Y ASL.

A pesar de ser dos centros completamente distintos, tienen muchas características en común concernientes a la gestión del paciente migrante como la nacionalidad, la distribución por sexo, edad, la presencia de una cobertura sanitaria y la patología mental tratada.

En ambos centros el administrativo fija una primera visita que tendrá aproximadamente unos cuarenta minutos de duración y puede ampliarse en el caso de que esté presente un mediador. La “primera” resulta fundamental ya que se elabora la anamnesis. Las informaciones que proporciona el paciente son utilizadas por el terapeuta no sólo para elaborar el historial clínico, sino que incluyen también datos socio-demográficos y socio-antropológicos (Gráfico 6.) que amplían la visión del paciente y las sucesivas entrevistas clínica. De hecho, tras el primer encuentro se define el proyecto terapéutico.

Datos Sociodemográficos	Datos Socioantropológicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ País de procedencia; ▪ Fecha de nacimiento; ▪ Edad; ▪ Estado civil; ▪ Estudios; ▪ Profesión en su país; ▪ Situación laboral en su país de origen; ▪ Profesión en este país; ▪ Situación laboral en el país; ▪ Tiene contrato, papeles, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zona de procedencia en el país de origen; ▪ Tiempo de residencia; ▪ Primera migración; ▪ Religión/Práctica religiosa/Cumple con los preceptos que manda su religión; ▪ Si en su tiempo libre se relaciona sobre todo con miembros del mismo grupo étnico; ▪ Vivienda; ▪ Núcleo de convivencia; ▪ Principal motivo de la migración; ▪ Decisión de búsqueda de tratamiento psicológico/psiquiátrico; ▪ Cuánto tiempo ha pasado desde que comenzaron los síntomas hasta que ha buscado ayuda; ▪ Por qué se ha tomado este tiempo para acudir.

Gráfico 6.

Durante los primeros meses en el SATMI presencié muchas primeras visitas también cuando el paciente no era *latino* para familiarizarme con el trabajo psiquiátrico. Después me concentré sólo en este colectivo. Mientras que en la ASL estuve presente únicamente en una, ya que durante mi estancia no hubo

ningún caso de “nuevo acceso” por parte de pacientes latinoamericanos y de los autóctonos elegí espontáneamente no participar por la posibilidad de conocer al paciente o a las personas de las que hablaban.

Como es posible observar del Gráfico 7., las actividades globales del 2005,⁵⁴⁹ consistieron en 68 primeras visitas por el SATMI y 26 en la ASL.⁵⁵⁰

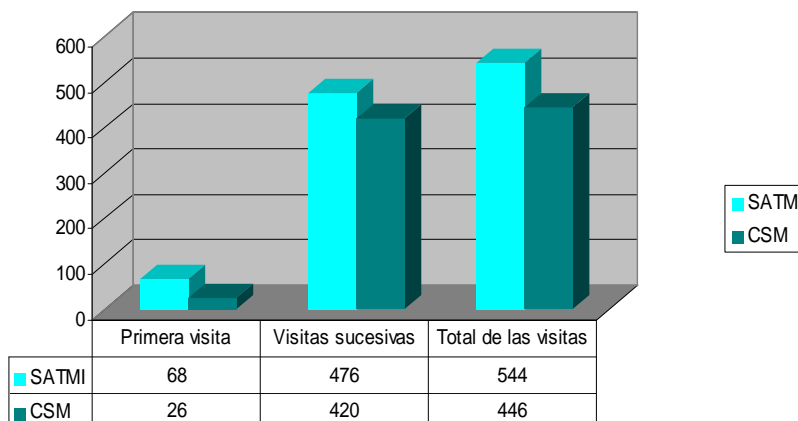


Gráfico 7. Actividades Globales SATMI y ASL. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

Tanto en el SATMI como en la ASL las modalidades de visitas sucesivas son principalmente de carácter psiquiátrico como se observa del Gráfico 8. (respectivamente 317 y 380). Difieren de las otras intervenciones ya que en el SATMI el seguimiento psicológico resulta mayor respecto a la ASL donde se desarrollan más visitas con las asistentes sociales. El trabajo enfermero también es otro eje importante en la asistencia al migrante. Esencialmente, como explica Silvia, controlan «el estado de salud general del paciente, si pueden cuidar solos de sí mismos, las actividades de la vida diaria, si duerme y come bien, si ha engordado o disminuido de peso, si toma bien la medicación, etc.». Por lo tanto el paciente mantiene una relación individual con cada terapeuta.

⁵⁴⁹ Todos los datos referidos en este párrafo corresponden al año 2005.

⁵⁵⁰ Los datos de la ASL se refieren sólo a la muestra de pacientes latinos.

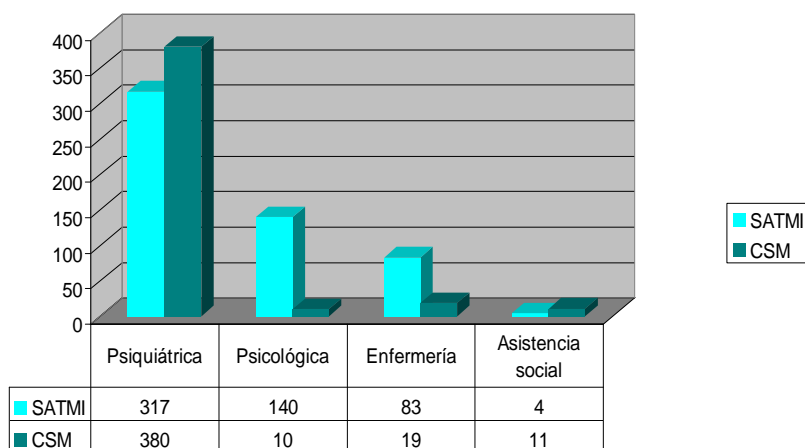


Gráfico 8. Modalidades de visitas sucesivas SATMI y ASL.
 Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

Además de las entrevistas psiquiátricas, la terapia psicofarmacológica, las entrevistas psicoterapéuticas y el tratamiento rehabilitatorio para pacientes psicóticos y en algunos casos, la administración directa de los fármacos (terapia antipsicótica *depot* mensual)⁵⁵¹ como ocurre en el SATMI, las intervenciones de la ASL contemplan también: terapia de familia; visitas domiciliarias; ingresos programados y urgentes tanto en el SPDC como en el hospital general; intervenciones psicoeducacionales para los padres; grupos de autoayuda para pacientes alcohólicos; inserción en becas y en cursos profesionales; distribución de subsidios; pensiones de invalidez o de administrador de sostén en caso de incapacidad de proveer la vida cotidiana; inserción en comunidades terapéuticas y en residencias protegidas para los casos más graves.

En las visitas sucesivas se profundizan aspectos sobre las expectativas del *proyecto migratorio*, es decir, si según la valoración del mismo paciente, éstas se han cumplido, si el estatus profesional y social ha empeorado, si tiene planteado regresar al país natal, etc. Además siempre se averigua si están en contacto también con otros Servicios Sociales y de Salud presentes en el territorio. Claramente tanto el SATMI como la ASL deberían estar en estrecho contacto con ONGs, asociaciones, entes que se ocupan de migración o salud.

⁵⁵¹ Véase, por ejemplo, la intervención de Jose Vicente Pérez y Fuster Soto al VIII Coloquio REDAM: “Estudio etnográfico sobre la eficacia clínica del tratamiento depot en pacientes esquizofrénico”.

Pero esto, a veces, se hace es más individualmente y por vía oficiosa. Es decir que es el mismo terapeuta quien contacta con otro profesional para obtener una tutoría para su paciente sin proceder a través de los medios oficiales. Observé mucha desorganización entre los diversos entes y también escasa voluntad de cooperar el uno con el otro. Algo que debería ser fundamental en el trabajo con migrantes ya que la ausencia de una red entre las diversas asociaciones/ONGs contribuye a producir falsas informaciones sobre temáticas como salud y legislación. De todos modos, las sucesivas visitas se van adaptando también a las características de los mismos pacientes, como explica la psiquiatra del SATMI: *«intento no ser rígida, pero quiero controlar la situación. Depende también si el sujeto habla bien o mal el castellano, si está el mediador cultural o el traductor y qué patología tiene el paciente, de su carácter...»* [Dra. Ortega].

En el SATMI si ya son pacientes poseen una tarjeta de identificación que deben mostrar a Rosa. Un papelito de la dimensión de una tarjeta de crédito, emitida por el mismo centro, en la cuál figuran los datos del *servei* (dirección, números de contactos) y del psiquiatra, aunque en realidad nunca está reportado el nombre del médico. En la otra cara de la tarjeta, Rosa apunta las visitas: día, mes y hora. En la parte inferior, una nota: *«sempre que vingui vostè a visitar-se presenti aquesta targeta a Recepció»*. Por costumbre, las visitas sucesivas se establecen al término de la consulta y, sino hay indicaciones particulares del terapeuta, el paciente será visitado de promedio cada quince o veinte días. Lo mismo ocurre en la ASL. La única diferencia es que en el centro genovés el seguimiento está establecido directamente por el profesional con el paciente. Un dato importante es que a menudo los pacientes no se presentan a las citas así que entre una visita y la otra suele pasar mucho más tiempo. La falta de continuidad en el seguimiento la reportan todos los psiquiatras como un grave problema presente no sólo entre el colectivo de migrantes. Además, no todos los pacientes tienen la costumbre de avisar si no pueden acudir a la cita. La minoría justifica su ausencia en la consulta siguiente pidiendo disculpas. Es tan raro recibir una explicación que, cuando ocurre, el psiquiatra mismo lo suele evidenciar “encantado” por lo ocurrido. A veces, entre el personal del SATMI

observé que justificaban demasiado al paciente ausente, por lo menos conmigo: «es que... no tiene teléfono», «vive en la calle», «trabaja muchas horas». El clima flexible parece casi fomentar en el paciente una falta de responsabilidad hacia los profesionales y acerca de su cuidado. Responsabilizar al paciente es otro tema difícilmente alcanzable en el contexto de la migración y la salud mental que afecta a los terapeutas. Además, sumado a los cambios en la programación de las citas, muchos de los pacientes del SATMI y de la ASL se presentan fuera de horario pidiendo hora. A diferencia de un genérico CSM o de la ASL en los cuales se cogen sólo las urgencias, en el SATMI se intenta de responder a la demanda cotidiana presente. Mientras que en la ASL si no es una urgencia se cita para otro día.

Un paciente será derivado al SATMI en los casos en que exista una «patología en relación a la migración» [Dra. Ortega] pero también «cuando concurren aspectos culturales» [Dra. Ortega] que puedan influir en el proceso diagnóstico y terapéutico. Como, por ejemplo, necesidad de un mediador, entender si lo que refiere tiene connotaciones patológicas o menos en su contexto cultural y también en los casos en los que el paciente este desprovisto de una cobertura sanitaria. Sin duda alguna, lo más difícil de este trabajo fue entender *cuando* y *cómo* se presenta la diversidad cultural y si ésta justifica concretamente la apertura de servicios específicos para migrantes.

En el Gráfico 9. observamos como el 69% procede de la red sanitaria de San Juan de Dios de Salud Mental y también de otros centros sanitarios públicos como el Hospital del Mar, mientras que el 31% procede de ONGs o Asociaciones como la Cruz Roja Española o de *Salut i Família*.

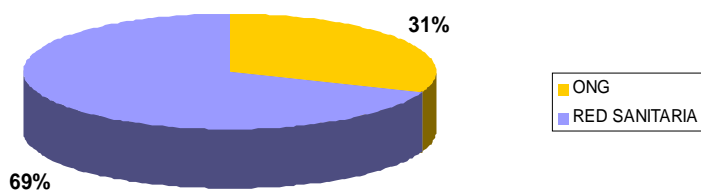


Gráfico 9. Derivación SATMI. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

Mientras que en la ASL, los pacientes pueden acceder gratuitamente, previa solicitud para visita psiquiátrica o psicológica al médico de cabecera. Esta modalidad la utiliza el 21% de los casos (Gráfico 10.). Con el *volante médico* el paciente se puede presentar al centro mediante un *acceso directo*. Además de esto, existe la posibilidad de intervención por parte de otros servicios: la Azienda Local (Servicios para Ancianos, Servicio para Discapacitados, Servicio para las Drogodependencias, Consultorio Familiar, SPDC) o los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Génova, los Centros de Escucha para personas sin domicilio fijo y también los familiares, vecinos y las fuerzas del orden, en el caso de un comportamiento que preocupe de individuos que no requieren por sí mismos ayuda (TSO).

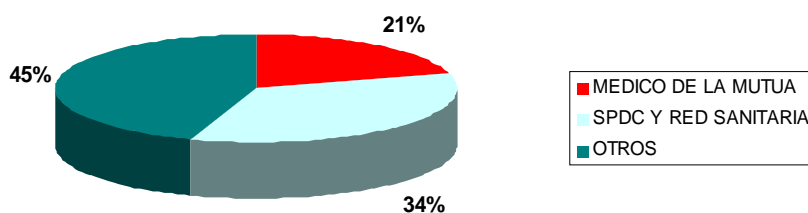


Gráfico 10. Derivación ASL. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

LOS PACIENTES-INFORMANTES MIGRANTES.

La procedencia de los extranjeros en los centros refleja perfectamente la estadística de larga escala en los territorios de Barcelona y Génova.⁵⁵² En el SATMI el mayor porcentaje es de personas que proceden de África (34%), Latinoamérica (26%) y Asia (19%). En la ASL el colectivo extranjero más numeroso es lo *latino* (45%) siguen los africanos (26%) y los de la Europa del Est (19%). Por lo que concierne a la distribución por sexo (Gráfico 11.) en ambos centros las mujeres latinas resultan acceder en número significativamente mayor respecto a los varones. Dato ya encontrado también en el estudio realizado en el DEeA (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b).

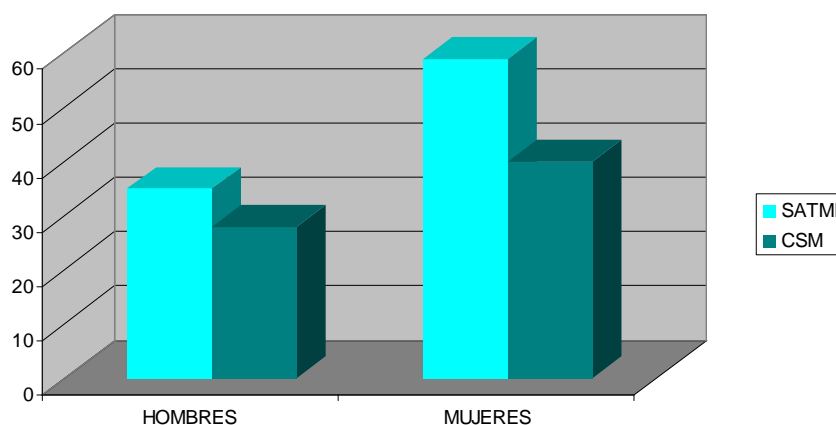


Gráfico 11. Distribución por sexo. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

Por lo de la edad, el 44% por el SATMI y el 66% por la ASL son personas en la faja de edad entre los 21-40 años. Porcentuales elevadas también en *range* de 41-60 años mientras que muy baja en la de 0-20 años y casi totalmente ausente en la de mayores de 60. Este resultado nos confirma que estamos hablando de un colectivo que migra en búsqueda de trabajo. La ausencia de ancianos también revela una característica fundamental de la migración ecuatoriana: ellos se quedan en su país a cuidar de los nietos y de la familia. Quién migra es la persona, como ya visto, mujer, en edad laboral.

⁵⁵² Véase Anexo VI. y VII. acerca de la procedencia de la población migrada en al ciudad de Barcelona y Génova en el 2005.

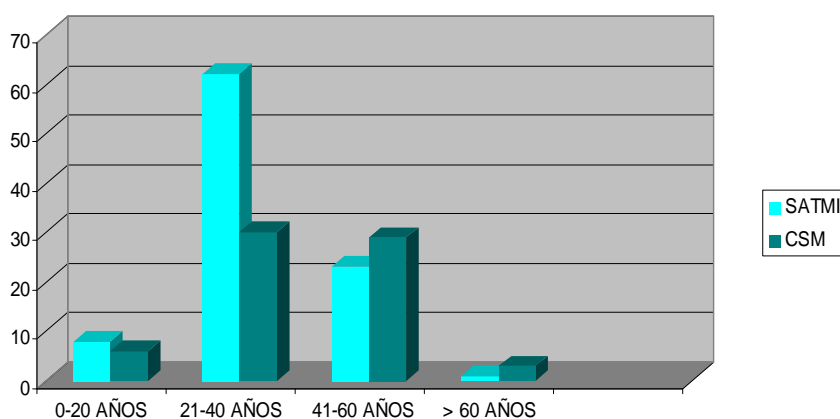


Gráfico 12. Distribución por edad. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

En ambos los centros la mayoría de las personas tienen una cobertura sanitaria, respectivamente el 73% en el SATMI y el 68% por el centro de Génova, reafirmando una vez más que las personas que a nivel administrativo no se encuentren en regla tienen dificultades para acceder a los recursos sanitarios públicos prefiriendo dirigirse a estructuras de salud paralelas o de urgencias.

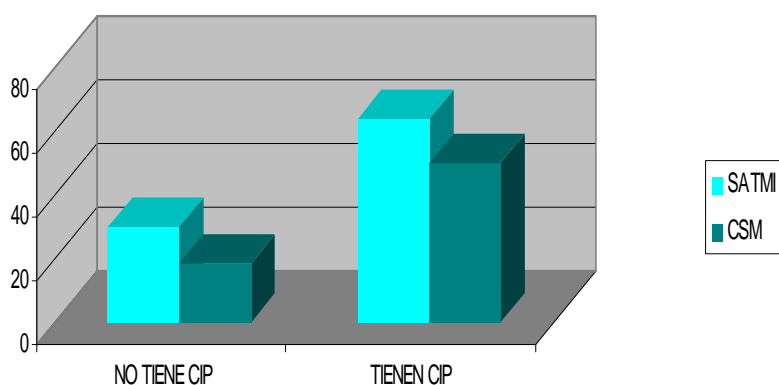


Gráfico 13. Cobertura sanitaria. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

Por lo que concierne el diagnóstico, los resultados en ambos los dispositivos coinciden. Los trastornos ansiosos, los depresivos y los psicóticos son los más padecidos entre las personas atendidas en los dos dispositivos de salud mental. Con trastornos ansiosos - T.A. - se indican los diagnósticos del espectro de la ansiedad, angustia con o sin agorafobia, trastornos adaptativos con

sintomatología ansiosa, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de ansiedad no especificado y trastornos por estrés agudo. Mientras los trastornos depresivos - T.D. - incluyen depresión mayor, trastorno adaptativo con sintomatología depresiva, distimia, trastorno depresivo no especificado. En fin, los trastornos psicóticos - T.P. - son trastornos esquizofrénicos, reacción psicótica breve, trastorno bipolar, trastorno psicótico no especificado, trastorno psicótico.

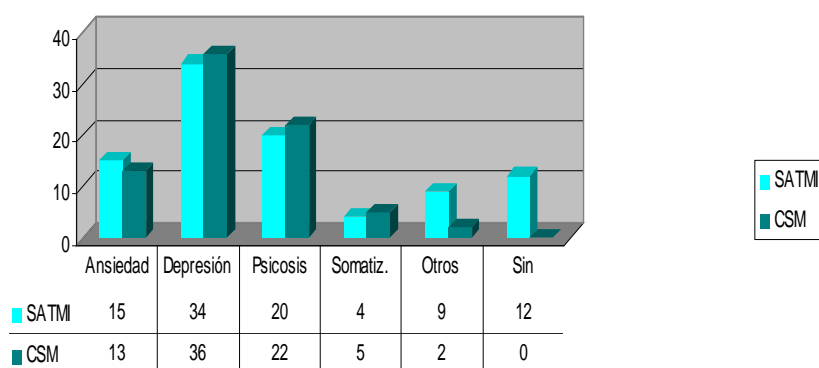


Gráfico 14. Diagnóstico SATMI y ASL. Fuente: BRIGIDI Y OTROS, 2007.

LOS CENTROS INVISIBLES DE SALUD EN GÉNOVA.

«(...) e per tutti il dolore degli altri è sempre un dolore a metà»
 FABRIZIO DE ANDRÈ⁵⁵³

A diferencia de la realidad catalana⁵⁵⁴ y a pesar de la importante presencia latina en el territorio, no existen estudios significativos en salud y migración, con excepción de los trabajos realizados en el DEeA de Génova (BRIGIDI Y OTROS, 2006; 2008_b). En estos últimos años las investigaciones se han desarrollado en un marco socioeconómico, por parte de los principales centros que se ocupan de

⁵⁵³ De André, Fabrizio (1996), *Disamistade*, en "Anime Salve", BMG Ricordi, Italia.

⁵⁵⁴ Véase los trabajos de Meñaca Arantza o Lurbe i Puerto Kàtia, por ejemplo.

migración,⁵⁵⁵ proponiendo análisis cuantitativos donde, con la excepción de unos cuantos estudios, resulta incuestionable la carencia de un material “de campo”. Esto no sólo evidencia un desinterés científico acerca del tema migración y salud en la ciudad, sino que ha supuesto por mi parte un esfuerzo para entender cómo y de dónde procedían las derivaciones a los centros públicos de salud. En cambio, en Barcelona, la red de asociaciones y las ONGs que representan *manifiestamente* una red de soporte al SATMI son conocidas, participan en investigaciones, publican materiales, participan en congresos, y jornadas y hacen formación. No se quedan en la sombra.⁵⁵⁶

Durante el trabajo en la clínica psiquiátrica, mi tutor, el Dr. Lucas, me comunicó la existencia de la asociación *Città Aperte* que atendía a migrantes irregulares en el casco antiguo. Sus investigaciones no habían dado ningún dato puesto que tanto los pacientes de dicho centro como algunos médicos que prestaban servicios en él, se negaron a acogerlo, a pasarle más información. Analizando ese resultado *negativo*⁵⁵⁷ atribuimos la responsabilidad a su profesión de médico psiquiatra y pensamos que tal vez una antropóloga resultaría mejor aceptada. Nada más erróneo. Visité en diversas ocasiones la asociación y tras de mucho insistir tuve la posibilidad de encontrarme un par de veces con la presidenta. Esos encuentros, como veremos, no se revelaron de ninguna utilidad para mi trabajo, manteniéndome a debida distancia del dispositivo de asistencia primaria. Al mismo tiempo, unos informantes del DEeA me hablaron de centros voluntarios de atención primaria separados del casco antiguo. Intuí que existía una red paralela a la oficial que sucumbía a los déficits de las leyes de extranjería en el tema de acceso al SSN. Empecé mi investigación a través los medios oficiales, buscando en los listados de la

⁵⁵⁵ Fondazione Auxilium, CEDRITT y Centro Studi Medi son las más activas. Pues, *Centro Ascolto Don Luigi, Centro Scuola Nuove e Laboratorio Migrazione, Ufficio Immigrati*.

⁵⁵⁶ Esencialmente por esto que no desarrollé entrevistas particulares con administrativos o representantes de estas asociaciones u ONGs que habrían sido sin duda alguna interesantes, pero me habrían llevado más allá del tema en el caso de Barcelona. No excluyo que en futuro procederé a realizar un análisis de las mismas.

⁵⁵⁷ No creo que exista en el trabajo de campo un resultado positivo o negativo. Es decir, que también lo inesperado siempre conllevan a alguna información. En este caso estipulamos una hipótesis, que en seguida se reveló errónea, pero nos facilitó una importante y preciosa información con la que íbamos a chocarnos: la “clausura” de estos servicios hacia el exterior.

Comune las asociaciones de migrantes que se ocupaban de temas socio-sanitarios. Desafortunadamente, estas informaciones resultaron no actualizadas y no constaba ninguna concerniente al tema de salud. Opté por dirigirme a las organizaciones más poderosas que intervienen en migración. Con desconcierto descubrí que tenían muy poca información socio-sanitarias, reenviándome «*para profundizar*» [Administrativa] a la Cruz Roja y en el caso de problemas específicos como alcohol, droga y salud de la mujer a otras instituciones. No encontré nada *específico* para las personas en una situación administrativa no regular. Me di cuenta que únicamente se asociaba el tema de la migración a las problemáticas legales. Es decir, a la regularización de la situación administrativa en Italia, la reagrupación familiar y la gestión y trámite de papeles. En consecuencia, mis informantes se convirtieron en la principal fuente de información y conocimientos de estructuras de atención sanitaria alternativas a las oficiales. Demoré casi seis meses para elaborar un listado de centros de atención primaria para migrantes “irregulares” y un año y medio para completar una breve etnografía de estos. Incluso, muté y readapté mi rol constantemente en función de la asociación o de la persona con la que hablaba. A veces, sencillamente encontrar el número de la asociación era una faena increíble porque se alojaba en una vivienda privada o había sido recientemente trasladada. Sin duda fue una notable escuela de “campo”. La gente no hablaba, no sabía, y los que trabajaban en los centros no veían muy bien mi pertenencia a la Universidad. Lo interpretaban probablemente como algo demasiado oficial y en contradicción con la “clandestinidad” de la migración. Además, la impresión, mutada en hipótesis y confirmada como resultado del trabajo, fue que todo estaba regulado por mucha *omertá* – ley del silencio –. Una clausura total. Demasiadas veces me preguntaron si era periodista y repetía constantemente la finalidad de mi análisis. Utilicé todas las estrategias conocidas sin obtener mucho éxito. Hasta notar que casi todas las asociaciones estaban involucradas con iglesias católicas, así que opté por presentarme directamente a los clérigos, menos desconfiados y más abiertos a mi interés por el fenómeno de la atención sanitaria a los migrantes.

Durante el trabajo de campo dividí las asociaciones en tres grupos: los que dispensan información sanitaria general pertenecientes a instituciones públicas o privadas muy conocidas, las que distribuyen prestaciones gratuitas para los *sin papeles* y los centros exclusivos para la salud de la mujer de los que, en este contexto, no vamos a tratar. En la primera categoría entran el *Centro Servizi Integrato del Comune de Genova*, el despacho de los *Codici Bianchi* del DEeA, el ente eclesial *Fondazione Auxilium* y la *Associazione Italiana Oltre Le Frontiere - Anolf* - afiliada a la *CISL*.⁵⁵⁸ Las dos primeras dispensaban una asesoría bastante limitada, de carácter indirecto, genérico y ministerial ya que están relegadas a *flayes* sobre maternidad, infancia, mutilaciones genitales, etc.). Además, como ya he observado, la mayor parte de los profesionales del DEeA desconocían por completo la temática migratoria, ignorando leyes o cómo solicitar documentos sanitarios. Mientras que la *Fondazione Auxilium* y la *Anolf* elaboraron conjuntamente un folleto informativo acerca de la tarjeta STP que, para mi estupor, estaba redactado exclusivamente en lengua italiana, y sólo era localizable en los locales de la *Anolf* y no proveía de las informaciones sobre cómo hacer la tarjeta STP ni dónde acudir para recibir atención sanitaria. A mi parecer completamente inútil si la finalidad era la de informar a personas extranjeras.

En el segundo grupo, cuatro centros se ocupan de facilitar un servicio médico de base tanto para los niños como para los adultos, más el centro *Salute Donna* que garantizaba asistencia en el caso de problemas ginecológicos: prueba Papanicolaou, análisis de sangre y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles. Interesante observar cómo los servicios pediátricos fueron los más accesibles al final del trabajo de campo. Refiero trozos de las entrevistas porque evidencian cómo los problemas sociales y laborales influyen en el acceso o en el tipo de patología. Además confirman los obstáculos en el seguimiento del paciente migrante.⁵⁵⁹ El primero, la asociación *Camici&Pigiama*, está abierto todos los viernes por la tarde. No tuve problemas para acceder y entrevistar a

⁵⁵⁸ *Confederazione Italiana Sindacati dei Lavoratori*, sindicato italiano.

⁵⁵⁹ Véase el párrafo *Dificultades en el acceso y los cuidados. Profesionales y migrantes*.

los médicos que colaboran gratuitamente con la asociación (dentista, neuropsiquiatra infantil y pediatras). La mayoría de ellos están afiliados al Instituto Giannina Gaslini.⁵⁶⁰ La asociación *Camici&Pigiama* es conocida a nivel nacional a partir de las numerosas intervenciones públicas en favor del derecho a la salud de los migrantes y de las severas críticas del SSN por parte del discutido fundador del centro, el médico Paolo Cornaglia Ferraris. El centro nace con el deseo de desarrollar «una cultura del diálogo entre quién cura y quién es curado» (CORNAGLIA, 2000: 7). Como ocurre en el DEeA, la mayoría de los accesos proceden del colectivo ecuatoriano. Según un pediatra entrevistado las madres sudamericanas «son más hipocondríacas y también aprensivas respecto a las italianas (...). Existe la tendencia a enviarlos más pronto al parvulario...pero esto es evidentemente una exigencia de trabajo» [Dr. Angus]. Como estas mujeres no tienen la documentación en regla y no gozan de la baja maternal, necesitan regresar lo antes posibles a sus empleos. Las razones del pediatra son muy parecidas a las de los italianos: «tal vez hay más sarna y piojos» [Dr. Angus]. La Dra. Melini, neuropsiquiatra infantil, observó que para trabajar con migrantes hace «falta una organización», es decir, que su «trabajo presupone visitas de control, también cada seis meses». Esto es el obstáculo más relevante según la doctora «(...) más que hacer un diagnóstico, es darle indicaciones sobre cómo tratar la patología. Yo lo que necesito es verlos con periodicidad. Mantener un contacto. Les digo que vuelvan, pero nunca lo hacen (...). Después - añade - si tuviera que curar una enfermedad del aparato respiratorio, ves al enfermo una vez y le das los fármacos; pero en mi trabajo es diferente, es cuestión de identificar el problema, yo no sé cuál es el síntoma verdadero o ni tampoco si es fruto de algo más (...). Tal vez algunas personas tienen predisposición genética y a la que puede superponerse una somatización por la tensión...». Dra. Melini se siente frustrada por su situación profesional «necesito más tiempo para la anamnesis» y condiciones donde ejercer su profesión «una vez, necesitaba hacer un trazado por una epilepsia, pero claro, allí no puedo hacerlo y entonces, fijé otra cita para el control del fármaco y... no he sabido nada más de ellos». Este es un problema común a mucho de los profesionales de salud mental

⁵⁶⁰ Hospital pediátrico de fama mundial. Véase el sitio <http://www.gaslini.org/> [consulta el 12 de julio, 2007].

entrevistados. Según ella, además de la ausencia organizativa del centro, «*la desorganización de la familia*» es otra de las razones que complican el trabajo. «*A veces pienso que las madres no es que se interesen mucho*» y «*a menudo vuelven cuando quieren*». Las mismas dinámicas fueron también evidenciadas en el SATMI. Asimismo, los aspectos relacionales entre los profesionales y los padres son definidos como bastante difíciles por algunos médicos. La Dra. Melini define a los padres como «*personas particulares*» probablemente refiriéndose, de forma políticamente correcta, a cómo son abordados algunos temas (maternidad, crianza, enfermedades) respecto a la cultura eurooccidental.⁵⁶¹

La otra asociación visitada fue el *Ambulatorio Pediatrico Pré*, abierto el miércoles por la tarde, dirigido por un médico pediatra jubilado. El Ambulatorio está vinculado a un centro de emergencia abierto todas las tardes para cuestiones de primera necesidad de los bebés: alimentarias, ropa y medicamentos. La responsable comentó que fue concebido «*para las personas que no existen*» [Beatrice]. El *Ambulatorio* recibe el soporte de las cuatro parroquias de la zona y también de Cáritas. Como en el precedente, «*la mayoría de los niños son ecuatorianos – me comentó el pediatra – luego hay muchos del Este, Egipto, Senegal, Marruecos, Argelia, Perú, Colombia y Albania. Ningún chino*». Mientras las enfermedades principales son reconocidas como sarna, pediculosis, resfriados y tos; «*sin duda depende de las condiciones de vida, de los espacios en los que se alojan (...)*». El médico observó que «*muchos llegan al servicio de pediatría esperando de obtener, utilizando al niño, algo para comer (...). Vemos situaciones de muchas dificultades*» [Dr.Vigoli]. «*La principales diferencias culturales – analizó el médico – consisten en la alimentación después de la lecha materna...pero, a ver, cada uno debe desarrollar sus tradiciones: ¡No voy imponer el régimen de las Asociación Italiana de Pediatras! Sin duda el instinto materno no tiene diferenciación cultural, ¡es universal!*» [Dr.Vigoli].

Para los adultos STP, además del DEeA, se hacía referencia al *Consultorio Familiare Della Croce Rossa*.⁵⁶² Un ambulatorio médico que garantizaba también

⁵⁶¹ En ejemplo de la maternidad y del alejamiento de los hijos después de la migración ha sido ya referido.

⁵⁶² No conseguí visitar el centro durante el trabajo de campo.

un soporte en cuestiones legales. El centro tuvo una ubicación en una de las calles más comerciales de la ciudad, un poco fuera del casco antiguo, pero cerró sin explicaciones, trasladando las actividades sanitarias a la sede central, situada en otro barrio. La clausura del dispositivo fue tan violenta y poco publicitada que durante todo mi año de permanencia a Génova seguí viendo colas delante del portal de acceso.

Otro centro, sin duda el más interesante y al mismo tiempo inaccesible, fue el primero que contacté, el *Ambulatorio Internazionale Città Aperta* abierto de lunes a viernes después de las cinco. Este centro nació en 1994 por medio de una asociación llamada *Città Aperta* y se profesa totalmente laico aunque durante dos años la Iglesia de San Donato le prestó sus locales. Actualmente se encuentra en un espacio concedido por el Ayuntamiento en el casco antiguo. La asociación se enorgullece de sus expedientes 9,334 carpetas y unas 25,000 visitas realizadas ⁵⁶³ y recibe únicamente migrantes con STP «*ya que los demás tienen derecho a médico de cabecera*» [Loretta].⁵⁶⁴ La mayoría del personal sanitario hablaba español, francés o inglés. Las dos personas con las que hablé (administrativa y presidenta) me explicaron que años atrás había muchísimos africanos (Senegaleses, Marroquíes, Nigerianos) mientras que ahora son sudamericanos (la mayoría de Ecuador) y personas del Este (Rumanos, Ucrainianos, Albaneses) las que representan el colectivo más numeroso. Las principales enfermedades tratadas son las gastrointestinales, la hipertensión, resfriados, problemas dermatológicos, alergias, tuberculosis, artritis, amigdalitis y problemas articulares «*causados por el trabajo*», observaron. Aunque la mayoría sostiene las entrevistadas eran enfermedades psicosomáticas, incluso la administrativa del servicio afirmó que el 70% de los casos.

Muchos de los entrevistados, tanto pacientes como profesionales, para referirse a la enfermedad utilizaban a menudo el término *psicosomático*. Probablemente habría que abrir un párrafo entero sobre el uso común de dicha palabra, para aclarar el cómo y el por qué la emplean. Generalizando, diré que

⁵⁶³ Datos obtenidos durante la entrevista con la administrativa en 2005.

⁵⁶⁴ Administrativa del centro.

muchos profesionales que recurrían a esta explicación conocían poco la realidad de la migración y tendían a reconducir todas las molestias padecidas como consecuencia del estrés. En cambio, lo curioso es que la mayoría de los migrantes entrevistados no tenían ni idea de qué era “esto de lo psicosomático”. ¿Dónde está? ¿Cómo se cura?

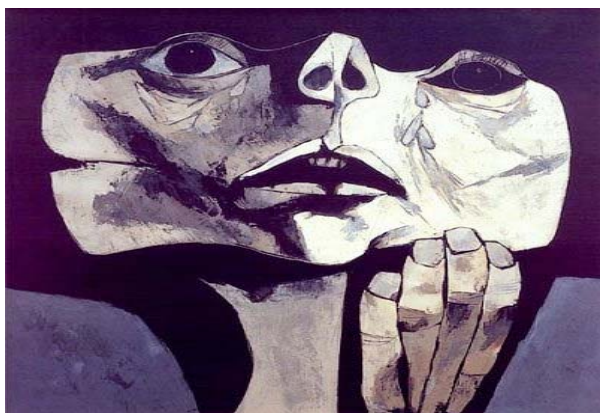
Simplificar lo que padecen las personas no las tranquiliza. La explicación que les daban «es que con la migración, el cambio de casa, de idioma, cultura...es normal que tenga cefaleas» o aún peor cuando responsabilizaban a las madres por las molestias de los niños: «sabes, ha migrado...». “Psicosomático” me sonaba más a una forma de subestimar lo que referían los migrantes.

El *Ambulatorio* tampoco podía prescribir recetas médicas. La totalidad de los centros utilizaban muestras de fármacos o dispensaban los procedentes de muestras médicas o de algunas donaciones privadas y religiosas. Lo mismo que ocurría en el SATMI, por ejemplo. Además el *Ambulatorio* tenía algunos acuerdos con unas cuantas farmacias del casco antiguo que vendían medicamentos a precios rebajados si se presentaba la tarjeta de *Città Aperta*. En ningún caso fue posible entrevistar a los farmacéuticos ya que se negaron a proporcionarme información. Cabe destacar que más de una vez en el DEeA se presentaron migrantes con un papel del *Ambulatorio* que “enviaba” a los pacientes para efectuar exámenes especializados, pero sin acuerdo previo entre ambas organizaciones. De hecho, la mayoría del personal sanitario no reconocía la existencia de dicho centro ante mi presencia y de todos modos los pacientes derivados no podían obtener ventajas ni en la espera de la atención sanitaria ni en la intervención médica previa a la prueba (anamnesis, exámenes preliminares, etc.).

Las asociaciones visitadas tenían folletos informativos sobre sus actividades sólo en italiano y, lo que es más absurdo, estaban colgados en el interior de las dependencias. Es decir, confiaban en el “pasa palabra” como medio propagandístico. Por eso los profesionales del DEeA desconocían la existencia de las asociaciones y sus actividades asistenciales. Con el tiempo, la

impresión fue que cada uno de los centros hacía su trabajo y no tenía interés en ampliar su espacio ni crear una red de contactos. De hecho, no existía una organización que les acogiera y eran casi nulas las relaciones entre ellas. Todos vivían una forma de asistencialismo voluntariamente silencioso y mi presencia fue concebida como una intrusión a menudo obstaculizada. Nunca me fue posible participar en las consultas médicas, reuniones del equipo, entrevistar a pacientes ni a los médicos. Incluso, las asociaciones no hacían resumen estadístico (con la excepción de *Città Aperta*) ni informes sobre sus actividades asistenciales, o así me lo comentaron, ni promovían sus experiencias a través de actos públicos/formativos. Todo se desarrollaba en el silencio. Personas *invisibles* en centros *invisibles*. Probablemente, siendo la Ley de Extranjería incompleta en materia de acceso sanitario, las asociaciones se encontraban en una situación ambigua a nivel legislativo. A pesar de esto, cabe destacar que la presencia de estos centros, por absurdo que parezca, aumentaba la confusión hacia el sistema sanitario generando “leyendas urbanas” entre migrantes (presencia de curanderos o médicos “más capaces” que otros, posibilidad de obtener papeles acudiendo a uno de esos centros). Sobre todo, se ponía en entredicho su eficacia en el momento en que los migrantes eran invitados a acudir a urgencias para efectuarles los análisis clínicos, lo que ponía en una situación incómoda al personal del DEeA. Aunque la necesidad de estas asociaciones era reconocida como una “exigencia social” (o ¿Deber cristiano?) tanto por las dificultades legislativas como por el número de extranjeros presentes en el territorio, me parece importante no considerar ni relegar la salud a un tema de voluntariado, porque le quitaría la dimensión de derecho y, asimismo, de obligación institucional. Es decir, permite a las administraciones “cerrar los ojos” fomentando situaciones paralelas y descontroladas de atención sanitaria caracterizadas por una actitud caritativa, de tal manera que no se elabora una intervención útil y eficaz en este marco. La salud no se puede limitar a una situación voluntarista ni se puede relegar a los dispositivos de urgencia.

“MUJERES AL BORDE DE UN ATAQUE DE NERVIOS”⁵⁶⁵



OSWALDO, GUAYASAMÍN 1983,
Llanto.

«Como decía Raphael, “los hombres lloran también”, pero yo creo que las mujeres lloran mejor. Esta es la razón de “Mujeres al borde de un ataque de nervios” y no “Hombres al borde de un ataque de nervios”. (...). No voy a negar que los chicos sufrimos, y que la soledad nos pesa tanto como a una feminista, pero ¿A quién le interesa hoy día hacer una película sobre el tema? A mí, desde luego, no. Las chicas, esas sí que saben comportarse cuando su novio las planta. No conocen el pudor, ni el sentido del ridículo, ni esa cosa horrenda que antes se llamaba amor propio. Sus reacciones están llenas de registros.(...)»

PEDRO ALMODÓVAR⁵⁶⁶

Durante una parte del trabajo de campo en el DEeA tuve la posibilidad de contactar con personas que habían sufrido lo que ellas describen como un "ataques de nervios", con sus familiares y con las personas que conocían a alguien que lo habían visto o vivido. Este grupo fue entrevistado fuera del contexto sanitario porque ninguno de ellos fue ni derivado ni atendido en Urgencias por problemas concernientes a los *nervios*, por trastornos ansiosos o por un diagnóstico de ansiedad o de enfermedad psíquica. Ni tampoco durante su pasado clínico o su ingreso. Además, el ataque de nervios es un tema

⁵⁶⁵ El párrafo es un extracto de la comunicación presentada en el V coloquio de la REDAM a San Sebastián con el título: “Mujeres al borde de un ataque de nervios. Presentación de algunos casos en mujeres latinoamericanas” en el 2006 y, en el mismo año, en el congreso EASA, Bristol con el título “Immigrant Latin American Women on the Verge of an Ataque de Nervios”. El artículo completo se puede encontrar en Brigidi (2009b). El título ha sido liberalmente tratado de la homónima película de Almodóvar, Pedro (1987).

⁵⁶⁶ Almodóvar, Pedro (1998) «Nervios y Lágrimas», en <http://www.clubcultura.com/clubcine/clubcineastas/almodovar/> [consulta el 7 de julio 2006].

delicado, evoca recuerdos tristes, accidentes, duelos y traumas, y por ello debe ser tratado con discreción. No se puede abordar a las personas e introducir de inmediato esta cuestión, pues lo único que se obtiene es alejamiento, frialdad, rigidez o falsa información.

Defino el ataque de nervios como un rito semiestructurado dependiente de la cultura. Es decir, un comportamiento codificado en determinadas culturas proveniente no sólo del acontecimiento mismo, sino principalmente, de la posición subalterna ocupada por la mujer y vinculada a los sistemas de creencias y valores de la sociedad. Retengo que el ataque de nervios esté relacionado con el estatus de la mujer, pero, sobre todo, con el papel afectivo-emotivo que ella representa en la familia. En esta línea, el objeto de análisis no se puede limitar a la persona con ataque de nervios, sino que debe hacerse extensivo al conjunto de los individuos que participan en él y al dispositivo para resolverlo. En otras palabras, resulta importante observar el fenómeno del ataque de nervios en su conjunto y no solamente en sí mismo, pues considero la respuesta al fenómeno como indisociable del fenómeno mismo. El ataque de nervios es un ejemplo de cómo las emociones de duelo, sufrimiento y miedo intenso por un cambio imprevisto en el propio orden social, son representadas corporalmente por parte de mujeres y que el rol de la familia o del entorno social es totalmente necesario para desarrollar el fenómeno. Es decir, el ataque de nervios es una forma social de expresar el duelo pero también está socialmente formada tanto por la participación de la familia en los actos de cuidado como por los espacios donde se cumple, por eso hablamos de fenómeno. Esto supone observarlo en el marco del contexto cultural en que se manifiesta, y subrayar las dinámicas de poder, las cargas emocionales y sus significados. El punto interesante reside en cómo la crisis se transforma en oportunidad, o sea, en cómo el desorden (no sólo emotivo) se transforma en orden. Esto tiene lugar durante la *"teatralización del cuidado"*, cuando el fenómeno del ataque de nervios responde a una exigencia de curar el dolor y de solucionarlo. Las causas de un ataque están generalmente vinculadas a un conflicto familiar, muerte o accidentes imprevistos, aunque las personas

entrevistadas utilizan lo «*inevitable*» [Thelma] para referirse a ello. Es decir, se trata de un acontecimiento imprevisto que crea un desequilibrio y que está vinculado a sus creencias mágico-religiosas. En los casos observados durante el trabajo de campo, el fenómeno no es aún tan relevante como para inducir a las personas a buscar asistencia médica o acudir a una urgencia. Probablemente, cuando la familia no comprende el ritual o no desempeña el rol esperado por diferentes circunstancias, la persona decide acudir al servicio de urgencias, transformando así “algo cultural” en una posible categoría diagnóstica.

Los informantes frecuentemente describen el ataque de nervios como una forma «*epiléptica*» [Débora]⁵⁶⁷ a causa de la pérdida del conocimiento, los temblores y la rigidez (la mano se cierra en puño). Puede producir desmayos, pérdida temporal de la memoria y migraña, y van acompañados de crisis de llanto y gritos. De las descripciones de los informantes es posible evidenciar unos elementos centrales. En primer lugar la idea que el ataque es algo «*natural*» y «*común*» [Débora] a todas las mujeres y por ende forma parte de su «*manera de ser*» [M^a del Mar]. El segundo tema es la corporeidad presente en este fenómeno, tanto en la manifestación escénica de la crisis como en el tratamiento. Vamos por orden. El primero aspecto es lo que convierte el ataque de nervios en un fenómeno frecuente, ni siquiera patológico según las personas entrevistadas. Esta idea definida por Débora como «*natural*» y «*común*» no debe ser interpretada a través de matrices *naturalizadores*. Lo que quiero decir con dicha palabra es que no se debería dar mayor incidencia a las explicaciones sobre las diferenciaciones biológicas, alejando la posibilidad de una lectura de género necesaria para comprender no sólo el valor simbólico del ataque, sino la presencia de la familia y el dominio femenino del acto. Lo que ocurre también con otros malestares “típicos de las mujeres” que indujeron a los investigadores hacia estimas epidemiológicas, insensibles a la diferencia entre la predominancia e incidencia (SÁEZ-BONAVENTURA, 1988) y o perfiles sociales donde las mujeres, con rasgos específicos, se convierten en categorías de riesgo con el fin de estigmatizar, regular y lentamente destruir comportamientos,

⁵⁶⁷ Débora decía: «*hay que tener cuidado con la lengua, siempre*».

situaciones conflictivas y/o experiencias de padecimientos. Efectivamente, los análisis epidemiológicos ponen de manifiesto que el ataque de nervios es un malestar típicamente vinculado a la mujer (OQUENDO Y OTROS, 1992; OQUENDO, 1994; LÓPEZ Y GUARNACCIA, 2000; GUARNACCIA Y OTROS, 2003). Dichas investigaciones han trazado un perfil social de los sujetos padecientes: mujeres mayores de 45 años, con un bajo nivel de instrucción, desempleadas, con experiencias de separación o divorcio, y una pérdida en el entorno familiar (GUARNACCIA Y OTROS, 1993). Ese enfoque ha sido utilizado casi como recurso exclusivo por los análisis científicos pasados. Aunque, según mi opinión, la intención de los informantes es subrayar la presencia no alarmante de un ataque durante situaciones de dramas, conflictos o lutos.⁵⁶⁸ Al mismo tiempo, indica un elemento clave en el estudio del fenómeno: el rol principal de las mujeres como sujeto padeciente y no como objeto patologizado. Por otra parte, la práctica médica hegemónica ha construido y establecido las etapas de un “deber femenino” (SCHEPER-HUGHES, 1997) tanto en las fases sexuales-reproductivas de las mujeres, como en sus aspectos más emotivos. Dentro de un pensamiento dual eurooccidental que encuentra una presuntuosa expectativa epistemológica en la *universalidad*, la Biomedicina determina lo *qué* es apropiado, *cuándo* y *cómo* es correcto hacerlo, asimismo, lo *qué* deberían sentir emocionalmente las mujeres. Como consecuencia de ambas prácticas, la mujer ha sido pensada histórica y culturalmente sujeta a la esfera emotiva. En el ataque de nervios individuamos significados vinculados tanto con las posiciones de las mujeres en el hogar y en la familia, como con las prácticas sociales de éstas que implican una diferenciación en los espacios (físico y emocionales),⁵⁶⁹ asimismo, una separación de funciones y roles durante el fenómeno del ataque vinculados con las imágenes de fortaleza del hombre y cuidado de la mujer. Además, los informantes observaban que el ataque de

⁵⁶⁸ «To understand what they feel, they compare their own experience with culturally given descriptions of emotion and then construe that experience in terms if those linguistic descriptions (ROBERTS, 1988 citado de REBHUN, 2006: 136)

⁵⁶⁹ Los trabajos en antropología de las emociones han puesto en evidencia cómo los hechos biológicos no determinan las experiencias sociales y que, por lo tanto, las experiencias, las emociones y sus expresiones y manifestaciones no son universales (LUTZ, 1988; LUTZ Y WHITE, 1986; ABU-LUGHOD Y LUTS, 2005; PUSSETTI, 2005).

nervios es algo que concierne a «*su propia manera de ser*» [M.ª del Mar],⁵⁷⁰ o sea, con el modo de reaccionar frente a la vida: «*en Centroamérica y Sudamérica se actúa de manera diferente – observaba Cecilia – exteriorizamos más las emociones y sentimientos. Sobre todo las mujeres*». Sin embargo, cada entrevistado, reconocía el vínculo estrecho entre las expresiones emocionales y las mujeres, observando cómo el rol convencional de los hombres está más sujeto a un control emocional. Lo específico de la mujer no es la emoción en sí misma, sino la forma de expresar dolor, duelo, sufrimiento a través del cuerpo y los espacios donde mostrarlo. Hay hombres que padecen de *nervios*, pero parece que muy pocos experimentaron un ataque propiamente dicho. Las manifestaciones de rabia,⁵⁷¹ por ejemplo, y también crisis de llanto son identificadas por ambos como parte de la vida emocional de hombres y mujeres sudamericanos, si añadimos además el incentivo “expresivo” representado por el alcohol, pero el ataque, como fenómeno escénico creado y desarrollado en presencia de la familia en lugares concretos (hogar/funeral), está reservado a las mujeres.

Por lo que concierne la “corporeidad”, los informantes describían las emociones con expresiones vinculadas directamente con el corazón. Observé que utilizaban frecuentemente expresiones como «*tengo el corazón roto*» [Cecilia] o «*tengo dolor de corazón*» [Mabel] para explicar diversos malestares de naturaleza emocional. Es decir que tanto los hombres como las mujeres entrevistadas, materializaban las emociones situándolas en un espacio físico preciso, el pecho, y responsabilizan de ellas a un órgano concreto, el corazón. Lo mismo que hacían otros informantes cuando hablaban de sus malestares mentales atribuyendo a la «*cabeza*» [Carlos] la responsabilidad de su infelicidad y/o problemas. Además, según ellos, el corazón padece de riesgos “físicos” en caso de excesiva carga emocional y representa simbólicamente un momento central del acto de cuidado físico y psicológico que la familia desempeña con

⁵⁷⁰ Paciente ingresada al DEEA por un ataque de artritis. Ecuador, 57 años

⁵⁷¹ La rabia, como describe Lutz, representa una de las emociones “esperada” por parte de los hombres. Por el contrario, las mujeres «are expected to experience the entire range of emotions more frequently and deeply, with the possible exception of anger» (LUTZ, 1986)

respecto a la persona que vive un ataque (dedo del corazón)⁵⁷² La noción de *teatralización del cuidado* (BRIGIDI, 2009_b) se ha utilizado para describir el momento del ataque y la participación de los parientes en el acto del autocuidado familiar. La teatralización transforma el acontecimiento trágico-natural en social. En él se asiste a una muestra de cohesión y solidaridad. El valor simbólico de este proceso se pone de manifiesto también en las acciones concretas que se llevan a cabo en el autocuidado familiar. Se trata de formas sencillas en las que cada miembro de la familia desempeña un papel vinculado con las imágenes de cuidado de la mujer o de fortaleza del hombre. Por ejemplo, las mujeres ponen colonia en la nariz, en las manos y en el cuello; rezan; facilitan un vaso de agua con azúcar a la persona con un ataque de nervios, mientras que los hombres golpean violentamente el rostro de la persona y le tiran el *dedo del corazón*: «Sí, no es que esté comprobado —me explica una informante—, pero la gente lo cree... dicen que abriendo este dedo no puede venir un infarto... [...]. ¿Sabes? El dolor puede dar un ataque al corazón y tirando del dedo del corazón se reduce la carga en eso» [Maire].⁵⁷³ El dolor se concentra en el corazón, sede de las emociones, y para permitir que estas fluyan libremente hay que facilitar el tránsito y desbloquear el “canal del amor” abriendo el dedo medio. El empleo de la simbología del corazón como instrumento para hablar de emociones, expresarlas y manifestarlas y, al mismo tiempo, como elemento esencial en la práctica de sanar a la persona que padece el ataque evidencia cómo los planos físico y emocional se piensan a menudo como un conjunto en la visión latina. Sus imágenes del cuerpo son, sin duda, menos duales y conservan tanto los aspectos sociales de la enfermedad como las matrices mágicas. La salud se concibe como un equilibrio de diversos elementos en el que convergen trabajo, ambiente, amor, familia, pobreza, etc. En la enfermedad, entendida como desequilibrio, influyen aspectos tanto físicos como espirituales

⁵⁷² El *dedo del corazón*, o sea el dedo medio, es el elemento más original que se ha puesto de manifiesto durante el trabajo de campo con los informantes. El *dedo del corazón*, o *dedo medicinal*, tiene un valor mágico-curativo; encontré su descripción en diversos relatos de migrantes ecuatorianos, así como colombianos y peruanos, aunque creo que depende más del vínculo con la tradición mágico-religiosa que del país de procedencia.

⁵⁷³ Paciente del DEeA, ecuatoriana.

y astrales.⁵⁷⁴ Por ello resulta fundamental el autocuidado familiar, que cumple la liturgia de la reconducción. Además, mis informantes no acudieron al servicio de urgencias en busca de tratamiento contra los *nervios* y nunca me explicaron que utilizaran recursos de la Biomedicina para paliar un ataque, ni en su país de origen ni en el extranjero.

Por lo visto, la migración y los cambios que de ella se derivan no afectan al fenómeno del ataque de nervios, siempre y cuando la persona no se encuentre sola. Cabe destacar que el ataque de nervios tiene un significado peculiar porque se desarrolla *con* la familia y *a través de* ella. No en vano, el ataque de nervios es una moderación del dolor por medio del rito que incluye a todos los miembros de familia. La persona que ha sufrido un ataque es portadora de un malestar “superior”, resultado de un incidente específico e incontrolable (por ejemplo, una muerte o un accidente), y manifiesta la crisis por medio de respuestas culturales aceptadas («*somos así*» [Thelma]) pero también estratégicas (REBHUN, 1993). El ataque de nervios tiene una *característica social*, por la cual éste conlleva siempre “dominio público”, ya que se desarrolla en un contexto donde el acto mismo se transforma en fenómeno: es reconocible y aceptado. Esta característica social, asimismo, tiene evidentemente un significado que podemos definir como *político*: tiene efectos significativos en la esfera familiar, como ya hemos visto, que participa en el evento, de manera que la carga simbólica del proceso aumenta. En definitiva, el fenómeno ataque de nervios se puede contemplar como un “lenguaje comunicativo” (DEL PUENTE Y PEZZONI, 2006). Además, tiene un valor *oxýmōros*,⁵⁷⁵ es decir, de “contenedor” y, a la vez, “amplificador”. *Delimita* el duelo de la familia y la *une*. Representa un punto de fuga para los miembros que se centran en el malestar, desempeñando un papel establecido de cuidado, lo que desplaza la atención del “hecho” (muerte, accidente, etc.) al ataque. Desprivatiza el momento de una significación real y la transforma en una simbólica. Al mismo tiempo, tiene

⁵⁷⁴ Por ejemplo, el mal de ojo, el susto, el empacho, el colerín e, incluso, el mismo ataque de nervios

⁵⁷⁵ Del griego *oxýmōros*, figura lógica que permite reunir en una misma expresión palabras de sentido opuesto o excluyente que originan un nuevo sentido.

también una acción *dilatadora*, porque en esta realidad simbólica todo tiene una carga dramática, de desesperación intensa, de gestos externos, gritos, llantos, movimientos y de esta visualización nace el concepto de la “teatralización del cuidado”.

El cultural business. ¿Dónde colocamos la diversidad?



AZIZ, ANTHONY Y CUCHER, SAMMY, 1995, *The Dystopia Series “Maria”*.

«Il vero diverso non é il trasgressivo ma chi
rimane senza volto»
MARCO MENICOCCHI⁵⁷⁶

«È soltanto agli occhi di un'altra cultura che la nostra propria cultura si svela in modo completo e
profundo (...). Noi poniamo a un'altra cultura nuove domande che essa non si poneva (...)».
MICHAEL BACTHIN⁵⁷⁷

Es necesario en este punto, casi al final, reflexionar sobre la *diversidad cultural* en la atención a la salud mental. No retengo que la diversidad se pueda representar sólo en términos de idiomas, hábitos alimenticios, procedencias

⁵⁷⁶ Marco Menicocci (s.f.) *Il corpo da scrivere. Dal tatuaggio al piercing: uso espressivo delle modificazioni del corpo* <http://www.fortepiano.it/PagineDelTempo/Materiali/pdtmat014.htm> [link desaparecido].

⁵⁷⁷ Bachtin, Michail (1988), *L'autore e l'eroe*, Einaudi, Turín, p. 359.

ajenas o religión. La lengua y las costumbres por otras creencias son sólo una parte de lo que definimos como *cultural*. Si la diversidad consistiera exclusivamente en lo dicho anteriormente, los científicos sociales no tendrían problemas para explicar y definir⁵⁷⁸ ni los profesionales durante las delicadas fases de elaboración del diagnóstico. La diversidad cultural en la atención a la salud/salud mental es un concepto complejo. No debemos tener miedo a utilizar o pensar en la complejidad. La diversidad consiste en la manera de vivir, pensar y representar el malestar. Las expresiones «*me saltó el corazón*», «*tengo hormigas en el corazón*» o «*una bola en el estómago*» (BRIGIDI, 2009_b)⁵⁷⁹ son manifestaciones que los informantes verbalizan a su interlocutor,⁵⁸⁰ *idioms of distress*.⁵⁸¹ Unas exteriorizaciones que contemplan la influencia de la realidad de pertenencia, del léxico familiar, de las experiencias del sujeto. De su *historia*. También resulta fundamental entender lo que ha originado dicho estado en el sujeto (creencias, religiones, magias, energías, encuentros, muertes) los procesos de descripción, la evolución de la aflicción, así como de tratamiento y prevenciones.

Volveré de nuevo al ejemplo de la *depresión*. Por lo averiguado durante el *terrain*, la mayoría de mis informantes llamaban a su trastorno mental *depresión* a pesar de que muchos tenían un nivel de instrucción tal de saber y entender que su enfermedad era en realidad otra.⁵⁸² Tras un periodo inicial en el que pensaba haberme encontrado con un importante descubrimiento científico,

⁵⁷⁸ El trabajo de un antropólogo en el campo sanitario debe «*rendere le differenze accessibili, renderle familiari*» (BEN JELLOUN, 1990: XVI)

⁵⁷⁹ Lo del corazón han sido expresiones recogidas de informantes suramericanos. Véase Brigidi (2009_b). Lo de la bola en el estómago procedió de una mujer italiana que me describió detalladamente esta bola: se movía, era rígida e, incluso, ella podía tocarla y «*visualizarla*». Consultando el médico le pregunté que opinaba de esta “bola” y él, con mucha sencillez, me hizo reflexionar que cada paciente tiene su manera de describir la vivencia corporal de la enfermedad. A veces el médico entiende esas sensaciones, incluso son descritas en los libros de medicina, otras le resultan totalmente ajenas y la exploración muestra que el órgano interesado no era en realidad lo que pensaba el paciente. A pesar de la utilidad a la hora de delinear un diagnóstico es fundamental que el paciente se exprese con “su personal idioma cultural” porque esto tranquiliza al paciente. De otra parte, ¿Quién mejor conoce la molestia experimentada sino el mismo paciente?

⁵⁸⁰ Uso este término para que puedan entrar en dicha categoría también las ciencias sociales y no sólo los terapeutas.

⁵⁸¹ Expresión de malestar.

⁵⁸² Lo mismo que advenía tiempo atrás cuando se identificaba cualquier malestar emocional con: “estoy mal de los nervios”.

observé que también la mayoría de los autóctonos encontrados en centros de salud mental prefirieron utilizar el término de “depresión” hablando de su estado de salud. Tuve la impresión que no se trataba de un descubrimiento prestigioso, sino simplemente de “comodidad”. Es decir que empleaban la palabra que les resultaba socialmente más aceptada, la más corriente, lo que hoy en día no parece ser considerado por la ciudadanía como una “enfermedad” propiamente dicha, sino un estado emocional. Incluso, la “depresión” no aísla, no mete miedo y es algo que se puede (en parte) controlar y curar⁵⁸³ sobre todo si comparada con el diagnóstico real del paciente-informante: «*psicosis aguda*», «*personalidad esquizoide*», «*trastorno obsesivo*», etc.⁵⁸⁴ Lo que quiero decir es que no se diagnostica ni se presenta al paciente una depresión en términos de cronificación e incurabilidad. La depresión es algo menos misterioso o “contagioso”.⁵⁸⁵ En parte desresponsabiliza⁵⁸⁶ al padeciente y encuentra respuestas positivas a la hora de confiar a los demás de qué se sufre ya que muchos conocen la experiencia en sus entornos. Ahora bien, el concepto de “depresión”, además, como cualquiera aflicción, compromete a otros elementos: visiones del cuerpo y manera de sanar y cuidar al malestar. Más que afirmar la existencia de una etnoanatomía⁵⁸⁷ entre mis informantes diría que cada persona tenía una radicada percepción subjetiva del cuerpo. Las personas entrevistadas retenían que la *cabeza* era la parte responsable de su enfermedad⁵⁸⁸ y, según ellos, ya que esta no respondía sólo a estímulos

⁵⁸³ Así dicen las campañas públicas: algo de lo que no tenemos que avergonzarnos y que todo el mundo padece.

⁵⁸⁴ Véase el diagnóstico de mis informantes, en el Anexo III.

⁵⁸⁵ Respecto a los casos de psicosis por ejemplo. Durante el trabajo de campo me di cuenta que la psicosis ha menudo se entendía como un trastorno de piel. Probablemente confundido por la consonancia con la psoriasis. Mientras que la esquizofrenia era concebida como una enfermedad grave, sin solución y sinónimo de locura. Por lo tanto un estado totalmente irreversible.

⁵⁸⁶ Ya que en un cierto modo también implica causas ajena al sujeto como la familia, la sociedad, el trabajo, etc.

⁵⁸⁷ Es evidente que nociones de etnoanatomía las encontramos entre poblaciones que mantienen un sistema médico tradicional poco influenciado de lo hegemónico. Un ejemplo de etnoanatomía procede de la gente de San Juan Sacatepéquez. Véase párrafo “La salud como producto. ¿De qué hablamos cuando nos referimos a la salud?”. Aunque no era el caso de mis informantes.

⁵⁸⁸ No ha habido un informante que, explicándome su malestar, no se tocaba la testa. Incluso mucho afirmaban que la enfermedad estaba dentro de la cabeza.

orgánicos, estaban implicados también fenómenos de otras naturalezas. Por lo tanto las soluciones a los problemas contemplaban habitualmente el uso o la consulta de *otros*⁵⁸⁹ medicamentos y terapéutas. Esto podría consistir en visitar un curandero por el excesivo cansancio producido por la depresión,⁵⁹⁰ en el abertura del *dedo del corazón* en el caso del *ataque de nervios* (BRIGIDI, 2009b), tomar una taza de infusión de hierba luisa o maracuyá para los *nervios* o algo más complejo como poner «carbón a los pies de la cama - y - dos vasos de agua llenos (...) comprar sábila, (...) - y para sanar definitivamente el mal de nervios había que - procurarse una cinta roja, atar una cabeza de ajo con ella, y colgarla a la plantita esa que llora [rezuma la sabia]» [Vincenzo]. Lo curioso es que cuando preguntaba a los autóctonos cómo se curaban sus “achaques” (o por qué habían enfermado) emergían un uso de hierbas, alimentos o animales comparables a los de mis informantes sudamericanos.⁵⁹¹ Por lo tanto cuando hablamos de una diversidad cultural en salud no nos referimos sólo a los distintos colectivos, sino a las singularidades de las personas. Debemos, ante todo, pensar en una «diversità soggettiva ed in seguito etnica» (BRIGIDI, 2009a: 405). Sin embargo, la(s) migración(es) ha puesto en evidencia, tal vez en modo incisivo y penetrante, la diversidad en la necesidad y en el proceso de salud/enfermedad/atención. Aunque cada profesional sepa que la diversidad siempre ha existido en los dispositivos sanitarios. Lo que marca la diferencia es el grado de dicha diversidad y los procesos de hibridación. (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006). En efecto, se prefiere hablar de una Psiquiatría Cultural (TSENG, 2001; LEWIS-FERNANDEZ Y OTROS, 1995) cuando la diversidad cultural es

⁵⁸⁹ El término otros se refiera a la medicina hegemónica.

⁵⁹⁰ Alberto había acudido a diversos curanderos en Guayaquil por curar su «depresión». Estos profesionales habían sido siempre buscado de la esposa de él, harta de sus «largas siestas en el sofá de casa».

⁵⁹¹ Ajo, infusiones de hierbas, cebolla, *peperoncino*, limón, miel, diversos tipos de alcohólicos, caldo de pollo y incluso utilizar conejos o gato (vivo) para aliviar el dolor en zonas locales. Sin hablar del uso de agua santa, agua de Lourdes, agua de ríos mágicos, rezar, orar, peregrinaciones en santuarios (FEDELE, 2008), etc. También quiero subrayar que la titulación de estudio o el nivel cultural de una persona no influye directamente en esto. No es el grado de instrucción sino la transmisión familiar a influir en esto.

una realidad cotidiana en los dispositivos de salud.⁵⁹² Esto permite pensar que la Psiquiatría es «también un sistema cultural» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006: 2271) donde tanto el paciente como el profesional posee su cultura. Lo que pasa es que hoy en día lo cultural se *trata*, se *comercia* y se *vende*. También se podría hablar del negocio de los migrantes. Veamos las causas. En primer lugar la responsabilidad está en parte dictada las “definiciones de bolsillo” impuestas a los investigadores sociales y por las necesidades de la *fast health* consecuencia directa de nuestro modelo sanitario. Con definiciones “de bolsillo” me refiero a cómo el trabajo antropológico se ha transformado en proveedor de resúmenes estratégicos, explicaciones sencillas y lineales sobre las alteridades a los profesionales de salud. Cuando de sencillo y lineal no hay nada. Traducciones, en versiones reducidas, de las realidades y de cómo seguir trabajando con todas estas multitudes, como si la cultura fuese un “recipiente rígido”. Además, la cuidadosa atención a los términos con lo que nos expresamos ha llevado a cambiar y readaptar los conceptos para darle más ímpetu. Así que “lo cultural” está empleado como sufijo no sólo para garantizar una atención específica y cuidadosa (¿De diez minutos?) sino para dar más incidencia a nociones que ya en si deberían llevar a la misma semántica. Tanto científicos sociales como profesionales de salud se pierden en definiciones redundantes juntando conceptos básicos como respecto, humildad, sensibilidad, etc. con los términos de *cultural* o *étnico*. ¿El respeto no es ya en si mismo un respeto cultural? En este terreno de lo *political correct* asumen un significado confuso y emblemático el uso de la “cultura” en la Etnopsiquiatría o la Psiquiatría transcultural⁵⁹³ porque casi parecen renegar de sus orígenes política e ideológicas (BENEDUCE, 1998).⁵⁹⁴

⁵⁹² Donde la psiquiatría cultural se entiende «como la búsqueda de respuestas ante una sociedad en donde lo exótico se ha tornado ya cotidiano y lo cotidiano ha adquirido un carácter híbrido y mestizo» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006: 2270).

⁵⁹³ Así como etnomedicina y etnopediatria, etnopsico[patología], mediaciones culturales, hospitales étnicos, *cultural competence continuum*, fluidez cultural, competencia institucional, competencia estructural, competencia cultural clínica, competencia multiculturales de *counseling*, etc.

⁵⁹⁴ Me refiero a las ambiguas conexiones entre el poder colonial y la psiquiatría, la idea de “comprender” para un mejor control social (PRINCE, 1995; BENEDUCE, 1998)

La mercantilización del modelo médico hegemónico hace que la cultura se convierta en objeto de ocupaciones lucrativas y especulaciones. La diversidad se ha transformado en un capital y desafortunadamente no en un capital humano (MARENCO Y PRAUSSELLO, 1996).⁵⁹⁵ Algo que resulta incomprensible e intraducible previa realización de las numerosas ofertas educativas en materia cultural.

A menudo en el trabajo con los migrantes observamos una *reificación de la cultura*. Es decir, concebir la cultura como una identidad “en sí” que se puede situar y aislar y que el individuo hereda y transmite. El concepto del “contenedor”. Pero la cultura se transforma, cambia, se plasma y se asimila. La cultura representa en el sujeto un «equipaje flotante» (BARGACH, 2007: 12). No podemos colocar las dificultades de acceso, cuidado, terapéuticas, etc. sólo en la diversidad cultural en el caso de la atención a la salud mental al migrante. Esto conllevaría a una *etiología cultural*: los malestares originan el encuentro - desastroso - entre las dos culturas con «el riesgo - también - de confundir lo *natural* con lo cultural» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 1996)⁵⁹⁶ o aún peor que haya algo de enfermizo en dicha cultura. No podemos utilizarla para explicar o interpretar acontecimientos que deriven de un funcionamiento familiar o social, porque a veces, buscamos trazas culturales en lo más sencillo y evidente. Tampoco podemos dejarnos contagiar del *Síndrome de Salgari*.⁵⁹⁷ El uso del concepto de depresión entre mis informantes suramericanos no es un signo cultural vinculado con una pertenencia geográfica, sino que describe una cultura médica hegemónica que trasforma acontecimientos en patologías y epidemias según reglas que responden más bien a cuestiones comerciales y campañas políticas que culturales. Al mismo tiempo, no debemos pensar que los migrantes deberían ser atendidos sólo por ser migrantes. Es decir, por una *Psiquiatría inmigrada*, jugando una vez más con las caras paradójicas de la

⁵⁹⁵ Por ejemplo los cursos, formaciones, libros, apertura de centros específicos (hospitales étnicos, cementerios, tanatorios), casas farmacéuticas...

⁵⁹⁶ Cursiva mía.

⁵⁹⁷ El síndrome de Salgari (MAZZETTI, 2001) es la fascinación por lo exótico que viven los profesionales socio-sanitarios buscando patologías raras y jamás descubierta en pacientes migrantes.

migración. En la dinámica terapéutica, el profesional pierde/adquiere su identidad/pertenencia cultural según las necesidades del dispositivo. Por una parte se convierte en *sujeto neutro* cuando recibe confidencias, dudas y temores de otro profesional sociosanitario o paciente acerca de comportamientos ambiguos de sus compatriotas (BRIGIDI, 2009_a), por la otra, es *sujeto activo* frente a las dificultades vinculadas con la migración.⁵⁹⁸

Sin embargo lo cultural debe tener un valor fundamental en el análisis del paciente, no puede ni debe ser subestimado, aunque no podemos permitir que esto se transforme en un objeto material. La *cosificación* de lo cultural atribuye a los factores socio-culturales el mismo trato reservado a las variables biológicas. Concebir la identidad del sujeto en el mismo orden que el diagnóstico, tratamiento y sintomatología está equivocado (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2006). Lo mismo que descartar o sustituir otros elementos. Cómo la historia del paciente-informante. Ese bagaje fluctuante de lo que habla la psiquiatra marroquí Bargach (2007). Un concepto que devuelve la subjetividad: tanto su *pasado* como el *aquí y ahora* del individuo. En el contexto migratorio la *historia* del paciente-informante, en un sentido demartiniano del término,⁵⁹⁹ significa incluir también el presente, el ambiente actual, lo extranjero y sus asimilaciones. Algunos de mis informantes conocidos en Génova se expresaban mejor en italiano que en castellano y cada vez que podían elegir el idioma, optaban por la lengua adquirida. Esto no es sólo un síntoma de asimilación, respecto a la investigadora italiana o una manera de renegar de sus orígenes, sino una evidencia concreta: llevaban más años en Italia que los que habían pasado en Ecuador. Me refiero sobre todo al grupo de adolescentes que entrevisté en Génova. Sus experiencias sexuales, los primeros viajes, las primeras salidas con los amigos habían sido vividas, en el contexto italiano, en lengua italiana para muchos de ellos. Esta es una evidencia que a la hora de

⁵⁹⁸ La elección de un terapeuta a menudo se funda en su sexo, su apellido (¿Extranjero o autóctono?), color de piel, etc.

⁵⁹⁹ «L'esperienza della storia (...) è l'esperienza costitutiva dell'uomo: proprio tale esperienza, infatti, fonda la coscienza, che è intergralmente nel margine operativo lasciato dai momenti critici dell'esistenza. Ma costituisce l'uomo anche il rischio di perdere la presenza, di restare prigioniero della situazione, senza margine operativo (DE MARTINO, 2002: 271).

pensar y tratar con el paciente-informante extranjero está removida como si su formación, esencia y persona fueran sólo “las de antes”.⁶⁰⁰ Su formación, experiencia de vida, acontecimientos significativos vividos en el país extranjero. Lo cultural, entonces, se transforma. La subjetividad no puede presidir un acontecimiento tan relevante como la migración (vivir y aprender a vivir en otro país). Evidentemente tampoco se habla de una subdeterminación por lo cultural, es decir, que es en la cultura autóctona donde es necesario buscar el origen y el remedio de los males o de sus conductas.

Por costumbre cuando se habla de diversidad cultural a los profesionales es para desarrollar una política culturalmente competente en los servicios, incluyendo la ayuda a los pacientes y sus familias para utilizar esas políticas de manera adecuada como instrumentos clínicos. Pero ¿Cuándo y en qué términos la diversidad cultural requiere una intervención *específica*?

Por el hecho de no ser terapeuta no puedo evidenciar lo que es una técnica eficaz de atención a la salud mental de migrantes, pero me permito reflexionar sobre algunas cuestiones. La orientación propuesta de Nathan (1996_a; 1996_b; 1998) utilizada, copiada y readaptada en diversos centros de salud mental contradice drásticamente las reglas de la *intimidad* y *privacidad* de la Psiquiatría eurooccidental. Es decir que en parte reniega de su sistema cultural. Reproducir las modalidades terapéuticas de la tradición del paciente extranjero en el contexto migratorio me parece completamente erróneo. Estas estrategias sostienen que la cultura de origen tiene un relieve más influyente en la persona, en el sujeto. Es decir, su experiencia, lo asimilado, lo ocurrido y el malestar que sufre debe ser reconducido sólo al pasado y al choque entre el sistema tradicional de pertenencia y el sistema eurooccidental. Incluso esos dispositivos no pueden ser sostenibles por un sistema sanitario. Y no lo son si pensamos que la diversidad implica multitud de especificidades profesionales y esto no sólo

⁶⁰⁰ De hecho son numerosos los cursos o la atención a la recuperación de la identidad perdida con niños y adolescentes para que no olviden, por lo menos, su lengua materna. El *Centro Scuola e Nuove Culture* de Génova hace unos años que ha introducido cursos de recuperación de árabe, chino, español con niños de las escuelas primarias. Véase <http://www.scuolenuoveculture.org/> sección *Progetti* y luego *Schegge di Cultura* [consulta el 12 de febrero, 2008].

tendría costes elevadísimo, sino que sería difícilmente realizable. La preparación necesaria del profesional implicaría un cambio radical en la formación médica y psiquiátrica. Un ulterior punto es la necesidad de crear espacios físicos idóneos y neutrales para llevar a cabo estas *especialidades* como los usos de elementos *ajenos* al terapeuta que convertirían la consulta en algo más folklórico. Sin hablar del aspecto más emblemático del asunto: habría que garantizar una coherencia/complementariedad a nivel administrativo, legislativo y sanitario para que el sistema público sanitario e incluso el privado y todas las asociaciones y ONGs se hicieran cargo de la diversidad con eficacia. Algo que en ambos países está ausente y sería muy complejo de obtener porque existen demasiados elementos e intereses contrastantes. Observamos como es totalmente distinto recibir una prestación *urgente* y poder ejercer un derecho. Paradojicamente llevan al mismo resultado: unos gastos excesivos para el sistema. Igualmente habría que pensar en otros grupos de identidad: ¿por qué destinar recursos públicos a personas *invisibles*, personas no votantes, personas que una vez *sanada* volverían a sus países? Habría que aplicar la misma cláusula que con las becas de investigación: si invertimos en tí en términos de gastos sanitarios, luego tendrás la obligación de trabajar para nosotros al menos cinco años y no podrás volver a tu país, o nos prometes que jamás volverás a enfermar.

El fundamento teórico de los centros *específicos* de atención a la salud mental de migrantes reside en la planificación cultural. Pero creo que un dispositivo psiquiátrico debería siempre establecer objetivos de futuro, pronósticos sobre resultados y criterios de alta, incluir la perspectiva del paciente y de su familia en el contexto de su cultura específica, tomar en consideración alternativas basadas en el soporte social o comunitario del paciente, identificar las responsabilidades de los equipos (y de los pacientes y sus familias), incrementar la coordinación y colaboración. Programar es aprender a gestionar el tiempo y obtener en el dispositivo un espacio de formación continua y de investigación. Algo casi ausente por lo observado durante el trabajo de campo.

Otra cuestión concierne a la preparación de los profesionales. Ser culturalmente competentes significa tener una flexibilidad no sólo mental durante el trabajo, ser creativos, saber trabajar en equipo, reconocer los límites (no sólo terapéuticos) pedir ayuda e involucrar mediadores o personas competentes. Además de poder expresarse en otros idiomas. Pocos profesionales saben “pedir ayuda”. Pocos mediadores culturales son capaces de trabajar con y para los profesionales y el paciente.

Probablemente antes de pensar en un sistema sanitario público, habría que llevar a cabo análisis en los pocos centros que se ocupan de migración o donde acuden un número elevado de migrantes para entender dónde están los problemas y seguir con una formación continua y puntual. Porque la diversidad cultural en salud mental no se presenta sólo en lo más evidente (color de piel, lengua, expresiones folclóricas). Habría que instruir a los centros que derivan a los migrantes porque la mayoría pueden perfectamente ser atendidos en centros de salud mental *heterogéneos* junto a las diversidades de los autóctonos y con los autóctonos. Lo que tenemos hoy en día son profesionales aterrorizados y frustrados frente a esta misteriosa diversidad cultural. Por muchas razones ya están privados de la espontaneidad, del instinto y la vocación de la profesión. No sólo la cultura se ha vuelto un negocio sino que la diversidad, ese elemento espléndido y fascinante, está ahora concebido como un elemento patológico. A veces tuve la impresión que los centros *específicos* nacieron con el intento de reeducar o reconducir la diversidad, como una escuela de verano para ponerse al día con los demás. Cuando la identidad cultural hubiera sido descifrada se podía volver a un simple CAP donde la diversidad ya no podría contagiar a nadie.

Sin embargo, tenemos los problemas sobre lo que trabajar. Y no será el descubrimiento científico más importante del año, pero son muy parecidos a lo que los autóctonos refieren y a los que los profesionales que trabajan con ellos cuentan. La negación de la experiencia cultural del paciente⁶⁰¹ y del terapeuta,

⁶⁰¹ «Ignorar el sujeto o pensarlo en términos de identidades casi indistinguible de las características del grupo local, de la etnia, de la comunidad de pertenencia, de tal manera que el sujeto adquiriría/expresaba los rasgos de estas unidades consideradas homogéneas, integradas,

la falta de tiempo por escuchar activamente al enfermo «*sólo me permiten estar 10 minutos con los pacientes*»,⁶⁰² a su entorno, a los compañeros de trabajo y la total ausencia por investigar, trabajar en equipo son las dificultades más significativas de los centros *específicos* o *heterogéneos*.

A partir de esta conciencia si que podemos planificar, aunque lo podemos hacer no manteniendo la mirada en lo local sino involucrando los distintos niveles: institucional, administrativo, concienciar a los políticos, los ciudadanos, los profesionales y a los pacientes.

coherentes, auténticas, etc. que caracterizaban simultáneamente a la cultura y a su sujeto. Esta concepción que niega la posibilidad teórica de separar al sujeto de su cultura en términos de individuo y/o agente (...) era muy conveniente en términos metodológicos, dado que reforzaba un imaginario profesional según el cual la entrevista y convivencia con unos pocos sujetos proveía de información sobre la totalidad de la cultura, ya que cada sujeto expresaba más o menos isomórficamente (...) a su comunidad» (MENÉNDEZ, 2002: 109).

⁶⁰² Me dijo el ortopédico de mi hija para justificarse de su extremo retraso y mis quejas pues mi pequeña llevaba más de una hora esperando sin poder comer.

CONCLUSIONES.

«(...) fare una tesi significa divertirsi e la tesi è come il maiale, non se ne butta via niente»
UMBERTO ECO⁶⁰³

La observación de Eco (1977) es curiosa, pero cierta: hay que elaborar la tesis *con placer* y aprovechar íntegramente el material recogido y elaborado. A pesar de todo, cuando se llega al final de cualquier cosa, la fatiga parece disminuir y quedan los momentos más divertidos. Incluso lo que me hizo sufrir durante el *terrain* como las desaventuras con el profesor Garrone o las sensaciones de frustración y angustia experimentadas por la estaticidad de mi posición, las evoco con más serenidad y algunas también con una sonrisa. Una tesis, además de asemejarse a un *maiale*, la compararía también con un *figlio*: un tiempo de gestación, un parto y, sucesivamente, una larga fase de crianza. Tal vez esta última debería ser *eterna* o así nos gustaría que lo fuera. Pero hay que decir “basta”, “ya la he acabado”, “puede sostenerse sola”, por difícil que sea dejarla. Por esto también Eco piensa en su utilización futura. Una tesis queda como punto de referencia y con los años se completa o se añaden nuevas temáticas fruto de sucesivas experiencias y de las críticas recibidas. Y es evidente que siempre se omiten aspectos sobre los que nos habría gustado profundizar. Me habría interesado concentrarme más en las expresiones de los pacientes por ejemplo, elaborar más sus historias y la vivencia de los familiares, así como la de los profesionales de salud encontrados. Da pena no poder aprovechar todo el material recogido. Pero, por diferentes razones dije – dijimos – “basta”.

Lo que espero haber conseguido es evidenciar cómo la etnografía se puede convertir en un «instrumento reflexivo para repensar la “cultura de la psiquiatría”» (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2006: 2272). Intenté dar a la etnografía un significado preciso, de ahí el uso del diario de campo y de secciones más *tímicas* e introspectivas. Uno de los objetivos era que la etnografía fuese un método de

⁶⁰³ «Elaborar una tesis significa divertirse y la tesis es como el cerdo no se tira nada de él». Umberto, Eco (1977), *Come si fa una tesi di laurea*, Bompiani, Milán, p. 247.

evaluación *al servicio de* los dispositivos sanitarios. Creo que las condiciones necesarias para garantizarlo consisten en que en ella se *observan* y *escuchan* a todos los actores presentes en el escenario. Los informantes son los pacientes y los profesionales. Incluso los familiares, los administrativos, los operadores socio-sanitarios y todos aquellos que tienen un vínculo con el contexto analizado. Y eso, cómo hemos visto, no es sólo el espacio geográfico del trabajo de campo (GUBER, 2004). La mutabilidad del *anthropos camaleonticus* en los dispositivos de salud permite como en la película *Dead poets society* de Weir (1989) “subir a la mesa” y no tener una única visión de la realidad. Es decir, tener conciencia del *fenómeno de paralaje*.⁶⁰⁴ Algo que en la observación de la relación médico-paciente es evidente y no sólo cuando el objeto es la experiencia del trastorno mental padecido. El antropólogo experimenta la existencia de uno y más mundos durante su trabajo. Por eso resulta fundamental incluir en la etnografía también la esfera intuitiva vivida. Las emociones trascienden la dimensión racional y permiten otra forma de conocimiento: muestran al antropólogo *cómo* observa (SCLAVI, 2003). La alteridad se convierte, entonces, en un valor por medio de un desarrollo consciente y un intercambio con los sujetos. Sclavi (2003: 172) en su libro demuestra la importancia de comprender a los demás por medio de una «*tensione dialogica*». La antropóloga observa que es necesario *exponerse*, permitir a los sujetos expresar opiniones y percepciones diversas. El investigador no se pone en lugar de otros, pero deja espacios a la diversidad (BACTHIN, 1988; SCLAVI, 2003; COZZI, 2002; 2004). Y cuando entendí esto, cambié completamente mi acercamiento al campo.

La etnografía en el contexto sanitario evidencia las discordancias, las etiquetas locales de cada uno de los sujetos, la manera de concebir el trastorno mental, la práctica y el cuidado. Por eso no debe estar vinculada con la institución por deberes morales y/o económicos. La etnografía es un relato libre y también *implicado*. El antropólogo jamás resultará ajeno al campo, no puede

⁶⁰⁴ Del gr. *παράλλαξις*, cambio, diferencia. La paralaje es una desviación angular de la posición de un objeto que observado desde dos puntos de vista distinto aparentemente cambia su posición en el escenario.

no involucrarse con sus informantes y esto, a pesar de las críticas, no afecta en absoluto su profesionalidad.

Otro aspecto extremadamente relevante es la función *cognoscitiva* y *formativa* que la etnografía puede tener. También podemos decir que es su escatología, su fin último. Es notorio en la literatura antropológica y psiquiátrica que el terapeuta contribuya a aumentar el conocimiento sobre la enfermedad mental padecida del paciente, pero raramente sucede lo contrario. La importancia de las *illness narratives* sobre de la experiencia de padecer y enfermarse es fundamental para comprender al paciente y mejorar el tratamiento clínico, la relación entre los actores y la comprensión de la misma enfermedad.⁶⁰⁵ Una etnografía crea reflexiones, por eso debería ser accesible a todos. Debe llegar (ser leída, escuchada) por los profesionales. Esto aclara también el rol de un antropólogo – ni enfermo, ni médico – en un contexto de la salud y de la enfermedad. Mejora la comprensión.

Tanto los migrantes como los profesionales han sido los sujetos principales de la etnografía y son el enlace para explorar las instituciones médicas. Hay que reconocer que el desarrollo del trabajo ha estado marcado vigorosamente por el objeto de estudio *migración*, sobre todo si pensamos que ha sido llevado a cabo en dispositivos de salud públicos en España e Italia. El estudio de *migrantes* ha facilitado la entrada a los centros de salud permitiéndome estudiar las reglas internas de esos centros y, obviamente, facilitándome la posibilidad de observar también a los profesionales sin que este objetivo fuera demasiado explícito y pudiera comprometer la entrada o el análisis. Finalmente, me ha permitido una *gestión* más autónoma de las informaciones acerca de mis pacientes e informantes. Sin duda, un estudio con autóctonos hubiera comportado dificultades ya que habría requerido una explicación inmediata de mi presencia in-activa y a-terapéutica a los pacientes. Con los extranjeros mi rol *estático* estaba en parte suplido por el conocimiento de la lengua madre de los informantes en Italia, así que tenía, en cierto modo un

⁶⁰⁵ En este sentido asume aún más fuerza la técnica *Video Intervention/Prevention Assessment – VIA* – (RICH, 2000_a): una etnografía visual que enseña a los médicos las dificultades de los pacientes.

papel activo en el proceso de atención, enfermedad y cuidado. Además, no se han observado directamente actitudes diferentes en la gestión del paciente extranjero, sin embargo, existe una *naturalidad* implícita en la relación con los migrantes que a veces consiste sólo en tutearles (BRIGIDI Y OTROS, 2008_b), y otras en proporcionar menos explicaciones sobre los procedimientos que emplean.⁶⁰⁶ El temor a interpelar a los médicos, la visión de la autoridad y también el desconocimiento del sistema de atención y derechos de los usuarios hace que los extranjeros resulten, como pacientes, más *silenciosos* que los autóctonos y de más fácil observación por parte de la institución (y de la antropóloga).

Una dificultad relacionada con el campo fue la presentación de mi profesión a los informantes. La gran mayoría de médicos y enfermeros desconocían o tenían ideas equivocadas del oficio de antropólogo [*«pasarse años en lugares exóticos y escribir libros (...)»*]. Muchos me asociaron a una psicóloga o una mediadora. Y estoy segura que aún hoy no saben que hacía una no médica disfrazada de *bata blanca*. Mi aparente rol “inactivo” en algunos escenarios de los dispositivos sanitarios tuvo como contrapartida mis respuestas a las demandas del personal para que tradujera, mediara, explicase al paciente sudamericano todo aquello que no podían transmitir. ¿Si me hubiera presentado como socióloga habría sido lo mismo? Probablemente no, porque el oficio de sociólogo no solo es más conocido, sino más cercano, en algunos aspectos, al campo sanitario. El antropólogo media, el sociólogo mide; el antropólogo trabaja con cada persona *en profundidad*, el sociólogo en la cantidad; su profesión resulta más autónoma y menos molesta en el contexto; no observa, reelabora los números. Tal vez no necesita tampoco conocer al personal médico ni a los pacientes.

Muy pocos migrantes sabían exactamente qué era y qué hacía un antropólogo. Otros, se quedaban sólo con lo de “ólogo” aproximando mi profesión a las innumerables que habitan en un dispositivo sanitario sin preguntarse por qué o cómo. Lo importante era que alguien se ocupara de ellos. Una parte seguían pensando que era médica, su doctora, que iba a visitarles en

⁶⁰⁶ Algo de observado también con los ancianos.

casa y se interesaba por sus familiares. Yo siempre subrayaba que no había estudiado Medicina y que mi interés hacía ellos procedía exclusivamente de mi interés etnográfico y no de la metodología clínica. No sabía leer exámenes, RX, Tac ni aconsejarles sobre qué tenían que tomar. Pero, a pesar de esto, yo seguía siendo su *médica*. El cariño con el que fui recibida por los migrantes me hizo reflexionar. El personal sanitario estaba a su disposición pero no podía dedicarles mucho tiempo. Y como adviene también en otras categorías de pacientes, ellos necesitan más tiempo para explicar y entender, contar sus experiencias anteriores, tomar confianza y revelar al médico cuestiones íntimas que inciden en su estado de salud. Nadal me dijo un día: «*tomar droga es lo único que me permite seguir adelante sin tener miedo de lo que veo y oigo*». A su médico, por muy preparado y atento que sea, nunca se lo digo. Conocí hombres que tardaron meses en revelar a su psiquiatra que «*de repente*» [Omar] padecían impotencia. Yo lo supe en seguida. ¿Qué hace distinto mi trabajo respecto al del médico? La presencia, la atención, acordarme de pequeños detalles de sus vidas, darles algo de mi, decir un “a mi también pasó”, sonreírles, abrazarles cuando hacía falta. Ofrecerles un medio para llamar a su familia, aconsejarles sobre donde poder comer dignamente por cinco euros. El tiempo que dedicaba a ellos, la escucha activa. Una mirada sincera. Conocí terapeutas muy preparados y capaces, pero la distancia en la relación médico-paciente es aún enorme.

De todos modos el migrante no es “el problema” de los dispositivos sanitarios, tampoco lo son los *abuelitos*, los *recidivantes*, los crónicos o los hipocondríacos. A pesar de una falta de información y educación sanitaria generalizada que los proveedores de salud no parecen interesarse en solucionar, la diversidad en los dispositivos sanitarios estaba y está presente. *Desde siempre*. Hoy es más consistente y reivindica su espacio. Cambian las políticas de protección social (MORENO, F. 2004) aunque, en la práctica, no ha habido una modificación relevante. Por lo tanto el problema, si de problema podemos hablar, esta en el modelo de gestión de dicha diversidad más que en la de cada sujeto. Una de mis inquietudes ha sido saber *cómo y de qué manera* la

presencia de los migrantes, en el marco específico de la salud mental, ha obligado a modificar la *praxis* psiquiátrica. Los resultados de campo han evidenciado que en la experiencia cotidiana no se habla de nuevos síndromes vinculados a la migración, ni si utilizan definiciones en boga entre los periodistas o series televisivas. Tampoco se observa un protocolo *Made in USA*. Se sigue más bien el “poco científico” *sentido común*. En el centro específico de atención mental para migrantes no se aplicaban estrategias externas o extrañas a la cultura del terapeuta. La mayoría de los psiquiatras con los que trabajé, con excepción de la clínica donde parece que la *Legge Basaglia* aún no se conoce, tenían claro que la diversidad forma parte de su trabajo y no está sólo vinculada al color de piel, a una nacionalidad o una religión. El idioma complica la comunicación, pero lo que a menudo olvidamos es que un terapeuta está acostumbrado *desde siempre* a trabajar con campesinos, migrantes peninsulares, personas de diferente estatus social y grado de instrucción. Muchos terapeutas saben hablar otros idiomas e, incluso, un *dialecto*, insertar expresiones comunicativas no autóctonas para que el paciente se encuentre a gusto, simplificar los conceptos y devolverlos más accesibles. Con la excepción de la *clínica psiquiátrica*, observé que la mayoría de los profesionales manejaban bastante bien la diversidad cultural. Por esa razón, también el asunto de la clínica es emblemático. En el caso de Silvia no se aplicó una estrategia que pudiese integrar sus dos mundos, ni fue considerada su explicación. Simplemente, y muy *manicomialmente*, fue eliminada su experiencia brasileña. Durante el trabajo de campo tuve ocasión de constatar cómo la transmisión de los saberes tradicionales acerca de la prevención de las enfermedades, su atención y cuidado se iba modificando con las nuevas generaciones.⁶⁰⁷ A menudo los elementos mágicos y las creencias se convertían en “juegos” de superstición y amuletos de buena suerte entre amigas extranjeras y autóctonas. Esa es otra razón por la cual la ocasión de explorar la visión de Silvia y

607 Sobre todo los recuerdos. Algunas informantes me explicaban los relatos que les contaban sus abuelas en su país natal y que ellas seguían reproduciendo, aunque no recordaban demasiado bien los elementos o el orden de los rituales (como la práctica para quitar el mal de ojo) ni para qué servían exactamente.

aprender de ella fue infelizmente desaprovechada por los profesionales de la clínica. Aunque fue un caso aislado. A veces las dificultades de algunos profesionales resultaban de la escasa experiencia en el campo que se convertía en una menor capacidad de “contener” al paciente. Pero, la mayoría de las veces, las barreras procedían del mismo dispositivo, de la legislación vigente y de su desconocimiento, de la ausencia de recursos sociales y económicos que impedían llamar a un mediador, y del tiempo para la formación. Sobre todo uno de los problemas más graves consiste en la omisión de investigaciones internas, algo absolutamente nuclear en un centro de salud o de salud mental. No se puede entender que dichos dispositivos no tengan la oportunidad de llevar a cabo estudios y publicar los resultados de sus trabajos. Demasiado material desaprovechado, excesiva experiencia perdida. Aunque fuera sólo para poder disfrutar de los datos estadísticos y tener unos cuantos encuentros al año entre los profesionales para comentar y reflexionar sobre los casos más difíciles, las técnicas aplicadas, las emociones experimentadas deberían ser un compromiso para cada centro. Asimismo, he observado como el desconocimiento de la legislación en materia de migración y salud produjo equívocos entre los profesionales. Esto se podría suplir con un pequeño encuentro de pocas horas cada año para explicar al personal cómo ha cambiado la normativa y por qué los migrantes acceden a determinado horarios y no a otros. Además, el *Ajuntament* de Barcelona y el *Comune* de Génova tienen la obligación de proveer listados detallados de los recursos presentes en la ciudad para los «grupos de identidad diferenciada» (MENÉNDEZ, 2002: 101), en nuestro caso, recursos en materia de migración: para los problemas administrativos-legales, sociales, educativos, médicos, higiénicos, de viviendas, etc. accesibles a todos. Estos centros, asociaciones, ONGs, etc. que se ocupan de migración deberían colaborar entre ellos. El hecho de que esto no se produzca y sea tan difícil comunicar e interaccionar con ellos, me induce a pensar que la atención al migrante se presta no con el propósito de resolver las dificultades presentes, sino con la intención de mantener estables las condiciones que las generan. La ausencia de relevancia pública, de auxilio, de apertura al exterior, de

informaciones claras producen, en mi opinión, demasiados riesgos: la salud no es un acto caritativo ni de voluntariado. La salud es un derecho que debe ser ofrecido en primer lugar por un servicio público de salud. Es una obligación de Justicia. La presencia de formas de asistencialismo voluntariamente silenciosas permite a las administraciones no asumir su responsabilidad fomentando situaciones paralelas y descontroladas de atención sanitaria caracterizadas por una actitud compasiva, sin elaborar una intervención útil y eficaz en este marco. La salud no se puede limitar a una situación misericordiosa, ni se puede relegar a los dispositivos de urgencia. Lo que quiero decir es que la migración no se debe transformar en un *business* para la propagación de centros sin ánimo de lucro. Como especulan sobre las condiciones precarias de las personas, no contribuyen a mejorar el acceso a los sistemas oficiales de salud no sólo de los migrantes sino de otras minorías (discapacitados, enfermos de trastorno mental severo, etc.) ya que los enfermos terminan acudiendo al dispositivo oficial para resolver los problemas de diagnóstico clínico y tratamiento. Las ONGs tienen la obligación de colaborar con los centros oficiales como ocurre entre el SATMI y *Salut i Família* o *Camici & Pigiami* y el Hospital Gaslini por ejemplo, o no tiene ningún sentido su presencia ni a nivel político – con la *invisibilidad* no se cambia nada –, ni médico si luego para hacer un RX les derivan a urgencias. Esas formas de asistencialismo desarrollan ambigüedades peligrosas en relación con el sistema sanitario. A muchas asociaciones en Génova accedían también autóctonos en situación particularmente desfavorecida. Lo que conlleva, en el futuro, el riesgo de que los centros público de atención sanitaria sean aprovechados sólo por las clases sociales que tienen acceso a la información y a la educación en salud y con eso se consigue a la larga un deterioro en la calidad de las prestaciones públicas. No creo que repensar el modelo de gestión de la diversidad signifique crear un sistema paralelo de salud. Creo que estamos frente a un fallo en el mecanismo de respuesta a la demanda de la migración y, por lo observado, esto procede más bien de las administraciones poco involucradas e interesadas en la cuestión migratoria (como en temáticas geriátricas, discapacidades, etc.).

El *universalismo* (universalidad entendida como igualdad en las exigencias y necesidades) de la cobertura sanitaria no impide que existan diferencias muy significativas en las estructuras de provisión y financiación de los sistemas sanitarios en ambos Estados. Esta es una de las razones del surgimiento de centros *específicos* de atención a la salud mental del migrante. El hecho de que éstos estén vinculados a instituciones religiosas nos hace volver al discurso anterior, que hay algunos intereses para que el tercer sector y los entes no laicos se ocupen de migrantes y no el Estado. Tratar a los migrantes sería una inversión sin beneficio para el Estado puesto que se corre el riesgo que se vuelvan a sus países. Confirmando que sobre la salud siempre se piensa en términos de ingresos económicos y que los Estados especulan más con los beneficios actuales que con las futuras: sanar enfermedades crónicas en lugar de prevenir. Además tratar la salud a las minorías diferenciadas implicaría también asumir la responsabilidad en relación a vivienda, sistema educativo, servicios sociales, etc. con el riesgo de dar legitimidad a los otros grupos. Concluyendo, denegar o limitar el acceso de los migrantes a los sistemas públicos de salud, elaborar políticas y propuestas de ley en materia de migración y salud poco claras, permite (y legitima) a los Estados que en caso de cambio en el ciclo económico, los extranjeros pueden ser expulsado sin ningún tipo de remordimiento. Pero con ello se pone en cuestión la idea de Justicia con la que se ha constituido nuestra sociedad.

ANEXOS

ANEXO I.

«SALTÉ A LA ESPESURA». EL ESTADO IRREVERSIBLE DEL CAMBIAMIENTO⁶⁰⁸

«Siempre caro me fue este yermo cerro
y esta espesura, que de tanta parte del último horizonte el ver impide.
Mas sentado y mirando, interminables espacios a su extremo, y sobrehumanos silencios, y hondísimas
quietudes imagino en mi mente;
hasta que casi el pecho se estremece.
Y cuando el viento oigo crujir entre el ramaje, yo ese infinito silencio a este susurro voy comparando: y en
lo eterno pienso, y en la edad que ya la muerto y la presente y viva, y en su voz.
Así entre esta inmensidad mi pensamiento anega:
y naufragar en este mar me es dulce»
GIACOMO LEOPARDI⁶⁰⁹

Intro

De niña, mi tía Adriana hablaba siempre de *su* Roma y, aunque algunas fotografías demuestran mi presencia en la tierra natal de mi padre y de toda su familia, en aquella época yo no sabía donde estaba esa “cosa suya”. Con los años, las nociones elementales de geografía prevalecieron sobre mi inocente ignorancia, dejando a Roma y mis fotos más abajo de Génova. Pero en ese punto la expresión tan íntima de mi tía, se daba de bruces con mis leves nociones de gramática italiana: o mi tía había *comprado* Roma, o habían errado al enseñarme los adjetivos posesivos. Lo que más me alarmaba era que nadie hacía objeciones sobre *su* Roma, aumentando las dudas atroces con las que crecí.

De mayor, tuve el valor de preguntarle, con la inocencia que a veces, en los niños, es mortal, por qué tenía una extraña hinchazón, como una pelota, en el cuello, y por qué Roma era suya. No contestó a lo primero ni a lo segundo. Sus ojos viejos y lívidos se llenaron de lágrimas. «*Roma è mia e basta* – observó – *Roma...*». ⁶¹⁰

Mi padre, sabedor de los límites de su hija, me explicó que de nuestra familia sólo el tío Luciano quedó en Roma y que tía Adriana sufría por la distancia, la gente y «*su vida de antes*».

Nunca pensé dejar Génova. Así que, “sencillamente”, pregunté: ¿Por qué no regresa?, «*Porque no tiene motivos para volver...*» me contestó mi papi. Todo quedó en un misterio, que sólo se desvelaría mucho más tarde, al observar alejarse “mí Génova” desde la cubierta del buque.

Siempre me he preguntado por qué diablos no volvió antes a su bella casa entre el Monte y el Papa, antes de colorear también con lividez sus pensamientos, sus gestos y amalgamar aquella hinchazón en su cuerpo. Ser de

⁶⁰⁸ Traducción de Josep M. Comelles y Marta Allué.

⁶⁰⁹ Leopardi, Giacomo (1883), «L'Infinito», en Edoardo Sonzogno (Ed.), *Prose di Giacomo Leopardi Volume Unico*, 5ª Edizione Stereotipa, Milano, p.62.
Pazzaglia, M. *Letteratura italiana: testi e critica con lineamenti di storia letteraria*, vol. 3, Zanichelli, Bologna.

⁶¹⁰ «*Roma es mía y ya está*»

Roma o de Santa Maria Rossa,⁶¹¹ donde pasó tantos años, no la hacía diferente cuando volvió definitivamente a la capital. La diferencia era nuestra: algo menos en qué pensar, escandalizados por una naturaleza cruel que nos envejece y nos hace imbéciles. Y Roma ha vuelto a ser, otra vez, un lugar más o menos allá abajo de Génova.

First part

Años atrás, una psicóloga me preguntó si quería escribir algo para un congreso sobre “el cambio” con un enfoque antropológico. El tema era muy vasto y la idea era, y con mayor razón, mi argumento de “batalla”, hablar del “cambio” durante el viaje y del viajero.⁶¹² Pero el estorbo *in honorem* de Arnold Van Gennep y Eric Leed en mi cabeza me forzaron a cambiar de tema: hubiera citado cosas ya dichas.

Luego vino la migración. En aquel entonces sentía tener, simbólicamente, mi casa “llena de migrantes”, con diferentes trastornos, para colocar en algún lado en previsión de otro *impotente* congreso. Además, lo peor era que habría acabado enfadándome conmigo misma por ser o demasiado académica o tan presuntuosa que no miraría a nadie y me permitiría sostener que definir es un coñazo: «flor y amor» (SABA, 1961), ¿Son o no son las rimas más antiguas y difíciles del mundo?

Así que garabateando los términos actitud, estado, físico, mental, irreversible, reversible, me fijé en la palabra *actitud*. Actitud frente al cambio que no es un estado patológico, aunque tal vez sí pánico a perder las costumbres. Por eso intenté irme lo antes posible de Génova. Me hubiese gustado crecer en la época del *Grand Tour*, convertir en arte la idea de irme, pero un siglo después me hubieran condenado como «*aliénés voyageurs*» (TISSIE, 1887) o como mujer con «*réaction antisociale*» (BENON-FROISSART, 1908: 289). Hoy vago, vagué y perdí a Génova: ¿Esto es o no es irreversible?

Hace tiempo que intento colocar esos pobres migrantes en un discurso sensato que haga felices a mis profesores y que no me avergüence de mi banalidad. De esta guerra interior entre ser «*sobria y rigurosa*» [Prof. G.]⁶¹³ o permitirme considerar la locura como una «*extrema sabiduría*» (DICKINSON, 1997) ha emergido la conciencia del dolor por las tierras abandonadas y *definitivamente* muertas, conmoción por esos recuerdos, lágrimas por las canciones que evocan la patria. Yo que italiana jamás me he sentido, me descubro conmoviéndome durante una fiesta Budista de Nochevieja en

⁶¹¹ Es un pueblo cerca de Garbagnate, en provincia de Milán.

⁶¹² Elaboré la tesis de disertación sobre “La hermenéutica del viaje y la formación del *hombre viator*” (BRIGIDI, 2001).

⁶¹³ Mi tesis de Licenciatura duró tres larguísimos años. Mi director era un personaje muy excéntrico y peculiar (se le hablaba de usted). Arrepintiéndome de ello, creo haberlo elegido (pasé una innumerable cantidad de pruebas antes de que me aceptara) por su dureza, su formalismo y su precisión. Los tres años se caracterizaron por continuas diarreas en cada tutoría y por sus lecciones sobre cómo tenía que comportarme, hablar (no poner las manos en *su* mesa, no llamarle *mi* profesor, etc., etc.), vestirme (no utilizar perfume, ni ropa colorada) y ser sobria, firme, poco emotiva (el entusiasmo es algo que se debe manifestar sólo por la lectura de los clásicos). Él siempre me repetía: «*Brigidi: ¡tiene que ser sobria y rigurosa!*».

Barcelona, escuchando un “*O Sole Mio*” que desarmó al pobre cantante lírico tibetano. Cada *Fratelli d'Italia* – admito que aquí hay también una carrera olímpica fracasada – me hacía «*temblar el corazón y dejar de respirar*» (VASCO, 1993):⁶¹⁴ la patria, mi casa, *mi* Génova y sobre todo *mis* locos migrantes.

Pusimos algunas fotografías en blanco y negro sobre las paredes, pero Génova parece lejana, incluso Pegli,⁶¹⁵ odiado y denigrado es aquel lugar encantador donde siempre hace más calor que en Génova.⁶¹⁶ Me cuesta admitir que cuando estoy mal recurro a la meditación permitiéndome caminatas nocturnas por los *vicoli*, saboreando la panorámica de *Spianata* e impregnándome de salinidad en *Boccadasse*. Beato tu que la espesura habías sólo guardado, viejo *lisiado* amigo.⁶¹⁷

Así, cómo le explicas al emérito psiquiatra que nosotros, extranjeros, migrantes, tenemos algunos trastornos – también mentales – y que padecemos de ansiedad y de insomnio, pero no por ello necesitamos y, sobre todo, no aceptamos ser definidos como afectos al Síndrome de Ulises.

No osaría tampoco llamarla nostalgia, melancolía o «*melanconioia*» (MASINI, 1991),⁶¹⁸ es algo que se acerca mucho más a la conciencia de una falta de pertenencia o de haber “salido afuera” de la pertenencia. Y creo que aquí los años de la experiencia juegan un rol fundamental. No lo habría creído nunca, pero me estoy convenciendo de que Génova ya no es mía. O mejor dicho, en el pensamiento aún existe, pero en realidad te rechaza matando cada razón de *nostos*.⁶¹⁹ Dejándote suspendido, flotando entre dos mundos.

Poco tiempo atrás, me pregunté por qué Sepúlveda, tras su exilio, no volvió a Chile. Luego, mientras caminaba por mis territorios, sin encontrar mis huellas, intuí. Tiene miedo al cambio, teme no encontrar aquello por lo que ha seguido luchando y por lo que ha soportado las violencias, los abusos y la humillación hasta el exilio. Por cierto, si luego regresas y descubres que tu arrugada tierra se ha sometido a un *lifting*, ¿Qué haces? Y no es sólo aquel nuevo restaurante con galardón, abierto en un lugar dónde antes apenas se adentraban los audaces, ni tampoco los amigos hoy casados, gordos con hijos e hipoteca, sino que quizás ella, Génova, la vieja señora, se ha cansado de esperarte. En el fondo, si volviera atrás, cambiaría sólo el día de mi *laurea* y, tal vez, a mi director de mi tesis de grado, nada más.

No porque no te ame, Génova mía, pero tenía que buscarme la vida. Tal vez es cierto que eres «*bella sólo para recordar*» (DE ANDRÉ Y BACCINI, 1990)⁶²⁰ y demasiado “voluminosa” para llevar consigo.

⁶¹⁴ Rossi, Vasco (1993), «Gabri», en *Gli Spari Sopra*, Emi, 4:33.

⁶¹⁵ Pegli es el barrio de la costa, en el poniente ciudadano, donde me crié.

⁶¹⁶ Las personas que viven en el centro consideran Pegli como periferia. Desde siempre hay peleas y bromas sobre las cualidades de los barrios del poniente ciudadano, una de las cuales es que en Pegli hace un clima más apacible.

⁶¹⁷ Mi profesora de italiano y amiga, Giovanna, se enfadaba muchísimo cuando leía o escuchaba que Leopardi elaboró su precioso material sólo porque era lisiado y no por su *genialidad*.

⁶¹⁸ Masini, Marco (1991), «Malinconioia», en *Malinconia*, Ricordi, 4:45.

⁶¹⁹ Viaje del retorno, así llamado el viaje de Ulises.

⁶²⁰ De Andrè, Fabrizio y Baccini, Francesco (1990), «Genova blues», en *Il pianoforte non è il mio forte*, CGD, 3:44.

Second part

¿O estará el recuerdo sujeto al cambio? Me parece una buena observación: lo sabemos todos, que el recuerdo hiere y todo puede lisiarse. La cuestión es que te sientes extranjero también en tu propia casa. Por eso fue una necedad que tía Adriana volviera a *su* Roma, porque mi padre vuelve sólo para los funerales y Sepúlveda se queda entre sus bellas fronteras imaginarias: abusando de una Europa mezquina e insensible.

El hecho es este: se te acaba el papel, necesitas dos fotocopias. En Génova saldrías sin dudarlo, sabrías cuánto te costaría, pero en Barcelona te encuentras dando vueltas en el vacío entre cemento derretido por el calor y algunas cucarachas que jadean inútilmente. No sabes dónde ir. Un mes después estás en Génova, sorteando las obras aún en marcha de “Génova 2004” y esquivando ratones locales, buscas algo que no sabes ya donde está o tal vez, simplemente, no te acuerdas. Las ideas se aclaran, te ves en medio de una masa que no quiere saber quién eres; la fascinación por lo exótico se acaba, los amigos están invirtiendo “en el futuro” e intentas volver a “casa” de tus padres – donde te alojas – pero los trenes tienen mayores retrasos y te encuentras observando tu ciudad también cuando estás sumergido en ella.

¿Qué está cambiando?

Uno espera que al regreso el mundo se detenga; esperas contar y ser escuchado y alguna fiesta en tu honor. Estas segura de encontrar un plato de *spaghetti* como primera señal inequívoca de haber vuelto a “casa”, pero te someten a una tímida ensalada y a fruta *made in Spain*. Hasta tu pizzería preferida se ha mudado y el dueño ha muerto. Preguntas, confundida, dónde se encuentra la parada del autobús 17 a personas que muy lejanamente reconocen tu adorada cadencia *zeinese* (salvo cuando hablas en inglés);⁶²¹ no te miran a la cara, y cuelgan sus bolsos detrás, en la espalda. Por un exceso de escrúpulo preguntas también si el 17 sigue llegando siempre al *Ospedale San Martino* obteniendo sólo un movimiento de la cabeza.

Ellos siguen adelante, tú a menudo te quedas parada imaginando aquel mundo sin ti y no lo ves tan bien. Imaginas que no es la misma cosa *acá y allá*, pero, al fin y al cabo, lo es sin ti. Y es un largo viaje querido Arnold, el paso entre dos mundos, tu lo definías como *marge*, yo lo estoy viviendo como única realidad – elegida – de existencia.

The end

Mis migrantes se burlan de mi, observándome casi con pereza: «¿Lo has elegido tu verdaderamente?» preguntan. «Explícanos – añaden – cómo ha sido que has venido por tu voluntad, cuando nosotros llegamos estibados en un barco lleno de cucarachas y olores nauseabundos y con el riesgo de que nos dieran una patada en el culo nada más llegar». Yo tomé un avión – pienso en silencio – ofertas Ryanair, 25 euros ida y vuelta, Turín–Girona. Me justifico subrayando que vine en busca de experiencias, soy una viajera, aún mejor, soy una antropóloga, tal vez nacida en un siglo equivocado como me sugiere un implacable y aburridísimo Goethe

⁶²¹ Genoves en dialecto ligur.

acordándome que *Bildung ist immer Umbildung*⁶²² y que me hubiera gustado también recoger mariposas exóticas o recorrer los caminos sagrados del Tíbet como Alexandra David Neel.

Ellos siguen observándome, ojos intensos, danzas en sus gestos: «¿Por qué no vuelves a tu casa?». Silencio a Goethe, y con las lágrimas en los ojos les digo que no sé muy bien donde está “casa mía”. Me siento confundida. Me sonrío maternalmente: «comprenderás, cambiarás y volverás, siempre se vuelve. Como los salmones, al menos de muertos, se vuelve».

*Mia, speremü*⁶²³ encontrar el camino.

Barcelona, 2005.

«Amé palabras simples que ni uno
osaba. Me encantó la rima flor
amor,
la más antigua difícil del mundo.
Amé la verdad que yace en lo hondo
como un sueño olvidado, que el dolor
amiga redescubre. Con miedo el corazón
se le aparea, y ya no lo abandona
Te amo a ti que me escuchas y a mi buena
carta dejada al final de mi juego»
UMBERTO SABA⁶²⁴

⁶²² La formación es siempre una transformación

⁶²³ Expresión en genoves: “Mira, esperamos”.

⁶²⁴ Saba, Umberto (1961), «Amai», in *Il Canzoniere (1900-1954)*, Einaudi, Turín. Traducción de Rodolfo Alonso en <http://www.triplov.com/letras/Umberto-Saba/Poemas/Ame.html> [consulta el 17 de marzo, 2009].

ANEXO II. LISTADO PROFESIONALES Y EXTERNOS

Nombre "Ficticio" ⁶²⁵	País, Ciudad,	Sexo y Edad ⁶²⁶	Profesión	Centro
ADIL	Italia	H 1969	Gerente de la Fundación Auxilium	FUNDACIÓN AUXILIUM
ALEX	España	H 1978	Barman	EXTERNO
ANDREA	España	H 1980	Enfermero	SATMI
ÁNGELA	Chile, Santiago	M 1975	Ingeniera. Actualmente restauradora	EXTERNO
BEATRICE	Italia	M 1948	Responsable	CENTRO ASISTENZIA PRÉ
BENITA	Italia	M 1967	Administrativa	DÉEA
CARLA	Angola	F 1965	Psiquiatra	SATMI
CRISTIAN	Ecuador	H 1978	Paleta	EXTERNO
DANIELA	Italia	M 1949	Enfermera y mi tutor en el DEeA	DÉEA
DR. ANGUS	Italia	H 1972	Pediatra	CAMICI&PIGIAMI
DR. BERGONZI	Italia	H 1945	Directivo de la gestión de recursos humanos	DÉEA

⁶²⁵ Es costumbre en antropología no utilizar el nombre verdadero del informante para preservar su *privacy*.

⁶²⁶ De algunas personas conocía la edad. Para los demás es un dato que he supuesto.

DR. CAMILLO	Italia	H 1940	Médico	DÉEA
DR. DENTALE	Italia	H 1956	Psiquiatra	CLÍNICA
DR. GARRONE	Italia	H 1947	Director de la clínica psiquiátrica	CLÍNICA
DR. LUCAS	Italia	H 1955	Psiquiatra	CLÍNICA
DR. MARGHERITIS	Italia, Génova	F 1956	Neuróloga	E.O. HOSPEDAL GALLIERA
DRA. ORTEGA	España	M 1967	Psiquiatra	SATMI
DRA. PALMAS	España	M 1949	Psiquiatra	CAP SALUD MENTAL
DRA. PISTA	Italia	M 1954	Psiquiatra	ASL
DRA. ROSPIO	Italia	M 1950	Psiquiatra	CLÍNICA
DRA. SEVERA	Italia	M 1960	Médico	DÉEA
DR. VIGOLI	Italia	H 1938	Pediatra	CENTRO PEDIATRICO PRÉ
ENFERMERA A.	Italia, Génova	F 1973	Enfermera	ASL
ENFERMERA B.	Italia, Génova	F 1977	Enfermera	ASL
EVA	Perú, Lima	M 1965	Psicóloga	EXTERNO COORDINACIÓN DE MUJERES LATINOAMERICANAS
FÁTIMA	Italia	M 1963	Ginecóloga	FUNDACIÓN AUXILIUM
FEDERICO	Italia	H 1976	Mi pareja	EXTERNO

FILIPPO	Italia	H 1983	Estudiante de Medicina	EXTERNO
GAYA	Ecuador, Guayaquil	M 1962	Responsable Coordinación de mujeres Latinoamericana	EXTERNO COORDINACIÓN DE MUJERES LATINOAMERICANA
GIACOMO	Italia	H 1962	Enfermero	CLÍNICA
GIOVANNI	Italia	H 1963	Enfermero	DÉE A
INMACULADA	Perú, Lima	M 1958	Coordinación de mujeres Latinoamericanas	EXTERNO COORDINACIÓN DE MUJERES LATINOAMERICANAS
INTERNISTA	Italia	F 1967	Médico Internista	DÉE A
INTERNISTA	Italia	F 1962	Médico Internista	DÉE A
JOSEP	España	H 1975	Enfermero	SATMI
LAIA	Catalunya	M 1974	Creadora de joyas	EXTERNO
LIDIA	Comunidad Valenciana	M 1975	Psicóloga	SATMI
LINA	Catalunya	M 1980	Psicóloga	SATMI
LIVIO	Italia	H 1968	Enfermero	EXTERNO
LORENZO	Italia	H 1978	Enfermero	DÉE A
LORETTA	Italia	M 1940	Administrativa	CITTÀ APERTA
LUCIA	Italia	M 1969	Enfermera	CLÍNICA
M^a DEL CARMEN	Venezuela Caracas	M 1957	Antropóloga Coordinación de mujeres Latinoamericana	EXTERNO COORDINACIÓN DE MUJERES LATINOAMERICANA

M^a DEL PILAR	Venezuela, Caracas	M 1965	Periodista Coordinación de mujeres Latinoamericana	CONTEXTO EXTERNO COORDINACIÓN DE MUJERES LATINOAMERICANA
MAELIA		M 1973	Neuropsiquiatra infantil	CAMIRI&PIGIAMI
MANUEL	Italia	M 1965	Bióloga, responsable Città Aperte	CITTÀ APERTE
MANUELE	Italia	H 1977	Médico	DÉEA
MAPI	Italia	M 1953	Enfermera	DÉEA
MARCO	Italia	H 1978	MIR en psiquiatría	CLÍNICA
MARGHERITA	Italia	M 1972	Enfermera	DÉEA
MARIA	Italia	M 1964	Enfermera	CLÍNICA
MAURA	España	M 1951	Psiquiatra	CAP SALUD MENTAL
MAYA	Italia	M 1976	MIR psiquiatría	CLÍNICA
MERCÈ	Republica Dominicana, Santo Domingo	M 1964	Directora de la Asociación dominicana <i>"Hermanas Mirabal"</i>	CONTEXTO EXTERNO HERMANAS MIRABAL
MICHELE	Italia	H 1967	Enfermero	DÉEA
NEURÓLOGO	Italia	M 1958	Neurólogo	DÉEA
OTTILIA	Italia	F 1956	Psiquiatra	CLÍNICA
PADRE F.	Italia	H 1948	Sacerdote	CONTEXTO EXTERNO IGLESIA SAN SIRO
PEP	Catalunya	H 1981	Estudiante Master Antropología de la Salud	CONTEXTO EXTERNO

PIER	Italia	H 1976	Designer	CONTEXTO EXTERNO
PIETRO CAMILLO	Italia	M 1945	Directivo médico responsable del DEA, médico	DÉEA
PROF. G.	Italia	H 1945	Director de tesis de grado.	CONTEXTO EXTERNO
PSICÓLOGO ASL	Italia	H 1945	Psicólogo	ASL
PSIQUIATRA A.	Italia	M 1952	Psiquiatra	ASL
PSIQUIATRA B.	Italia	F 1954	Psiquiatra	CLÍNICA
PSIQUIATRA C.	Italia	H 1958	Psiquiatra	DÉEA
PSIQUIATRA D.	Italia	H 1962	Psiquiatra	DÉEA
ROSA	España	M 1975	Administrativa	SATMI
SARA	España	M 1972	Enfermera	SATMI
SEÑOR PIEROTTA	Italia	H 1943	Vendedor	CONTEXTO EXTERNO. TIENDA ETNICA SALIDA SAN GIOVANNI
SEVERA	Italia	M 1964	Cirujano	DÉEA
SISTA	Italia	M 1977	Administrativa	CONTEXTO EXTERNO
VICKY	Italia	M 1967	Enfermera	DÉEA

ANEXO III. LISTADO INFORMANTES Y PACIENTES

Nombre "ficticio" ⁶²⁷	País, Ciudad.	Sexo y Edad ⁶²⁸	Profesión	Grado de parentesco con el infor.	Patología ⁶²⁹	Tipo de trastorno para el Migrante/Familiar ⁶³⁰	Centro
ANA	Colombia, Cali	M 1986	Trabaja en una oficina	/	«Psicosis aguda»	No define su enfermedad	SATMI
ANDRÉS	Argentina, San Lorenzo	H 1950	Pensión de invalidez	/	«Personalidad esquizoide, trastorno obsesivo»	«Enfermo de...bueno, no se»	SATMI
ALBERTO	Ecuador, Guayaquil	H 1964	Desocupado. Algunas horas en limpieza	/	«Trastorno Controlado Impulsivo»	«Depresión»	ASL
CANDIDA	Chile, Viña del Mar	M 1960	Trabaja en un bar	/	«Neurosis pasiva»	«Yo estoy enfermo de los nervios»	SATMI
CECILIA	Chile, Santiago,	M 1967	No trabaja	/	«Depresión, Síndrome ansioso»	«Depresión»	SATMI
CARLOS	Ecuador	H 1976	Ayudante de Cocina	/	«Etilismo»	/	ASL
DARIA	Italia, Génova	M 1967	Ama de casa	/	«Síndrome bipolar»	«Depresión»	CLÍNICA
DÉBORA	Ecuador, Quito	M 1973	Oficina	Hija Maria Elena	/	«Ataque de nervios»	DÉEA
DAVID	Argentina, Buenos Aires	H 1977	Actualmente de baja. Trabajó en oficina		«Síndrome ansioso»	«...Tengo ataque de ansiedad»	SATMI

⁶²⁷ Es costumbre en antropología no utilizar el nombre verdadero del informante para preservar su *privacy*.

⁶²⁸ Conocía las fechas de nacimiento de todos mis informantes por acceder a los datos biográficos de su historial clínico.

⁶²⁹ De lo que estaba escrito en su informa o historial clínico.

⁶³⁰ Es decir, las contestaciones a las preguntas: ¿Sabes lo que tienes? ¿Me explica su problema/malestar? ¿Cómo define su malestar?.

ERIC	Ecuador, Catarama	H 1984	Trabajo por horas en limpieza, albañilería.	/	«Síndrome ansioso»	« <i>Porque pensaba que tenía (...) problemas neuroológicos</i> »	DEEA
EMMA	Italia, Génova	M 1948	Ama de casa	/	«Anorexia»	«Anorexia»	CLÍNICA Y ASL
FEDERICO	Italia, Génova	H 1925	Jubilado	Marido Neyda	«Psicosis Afectiva y Alzheimer»	« <i>Enfermedad psicosomática</i> » ⁶³¹	ASL
GAETANO	Bolivia, La Paz	H 1959	Desocupado	/	«Etilismo»	/	ASL
GIOVANNA	Bolivia, La Paz	M 1952	Portera	Hermana de Gabriele y tía de Desire	«Etilismo; Esquizofrenia»	« <i>Etilismo (el hermano); «mi sobrina...no se que tiene</i> »	ASL
GLORIA	Italia, Génova	M 1986	Estudiante	/	«Tentativa de Suicidio»	/	CLÍNICA
GINA	Perú, Arequipa	M 1981	Limpieza	/	«Algias abdominales en paciente nerviosa»	« <i>Dolores abdomen y nervios... »</i> »	DEA
HARRY	Perú, Lima	H 1968	Limpieza	Hermano de Juan Carlos (no entrevistado porque el hermano no quiso)	«Psicosis esquizofrenica»	«Psicosis»	ASL
JAVIER	Venezuela, Caracas	H (trans) 1959	No trabaja a causa de un accidente. Tiene pensión	/	«Trastorno de ansiedad, Depresión»	« <i>Depresión</i> »	ASL
JIMENA	Bolivia, Trinidad	M 1961	Desocupada a causa de la enfermedad (cáncer)	/	«Trastorno de adaptación con cuadro depresivo»	/	SATMI
JESÚS	Ecuador, Guayaquil	H 1977	Desocupado	/	«Psicosis aguda»	« <i>Esquizofrenia</i> »	ASL

⁶³¹ Era el marido que llevaba a cabo las entrevistas conmigo ya que Neyda no hablaba. La definición de la enfermedad es del marido.

LAURA	Ecuador, Guayaquil	M 1989	Estudiante	/	«Algia abdomen, vómito de sangre. Sospecha bulimia»	«Nada»	DEEA
LAIA	Bolivia, La Paz	H 1977	Desocupada	/	«Esquizofrenia»	/	DEEA
MANOLO	Brasil Porto Seguro	H 1975	Desocupado	/	«Trastorno de adaptación»	/	SATMI
MABEL	San Salvador	M 1952	Pensión por discapacidad	/	«Depresión»	«Depresión»	ASL
Mª DEL MAR	Ecuador, Quito	M 1942	Canguro	/	/	«Ataque de nervios»	DEEA
MAIRE	Ecuador, Los Ríos	M 26	Asistente periodista	/	«Ataque de pánico»	«Nervios»	DEEA
MARGOT	Colombia, Medellín	M 1956	Cuida ancianos	/	«Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos»	«Depresión»	SATMI
NADAL	Bolivia, Santa Cruz de la Sierra	H 1980	Albañilería	/	«Trastorno bipolar»	«Estoy enfermo...enfermo»	SATMI
NIEVES	Perú, Lima	M 1929	Jubilada	/	«Psicosis Afectiva y Alzheimer»	«Enfermedad psicosomática»	ASL
OMAR	Perú, Lima	H 1961	Desocupado	/	«Etilismo»	«Pues, estoy enfermo...»	SATMI
RAMÓN	Perú, Lima	H 1963	Trabaja en un despacho	/	«Esquizofrenia»	«Esquizofrenia»	SATMI
SILVIA	Brasil, Río De Janeiro	M 1975	Pensión de invalidez	/	«Trastorno borderline»	«Depresión y enfermedad espiritual»	CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
SABRI	Chile, Santiago	M 1952	Artista	/	«Depresión»	«Epilepsia»	CAP SALUD MENTAL
TEODORA	Ecuador, Quito	M 1950	Cuidadora de ancianos	/	«Episodio Psicótico Acudo»	«Me cogía depresión»	ASL

THELMA	Ecuador, Guayaquil	M 1957	Desocupada	/	«Crisis histérica en paciente embarazada y etilismo»	«Ataque de nervios»	DEEA
VINCENZO	Italia, Génova	H 1939	Jubilado	/	«Síndrome esquizoafectiva en personalidad histeroide »	«Depresión»	ASL
WASHINGTON	Ecuador, Guayaquil	H 1969	Limpieza	/	«Síndrome ansiosa»	«Ansiedad, angustia»	ASL

ANEXO IV. CATALUNYA Y LIGURIA, BARCELONA Y GÉNOVA.



Posición de la *Regione Liguria* y de la *Comunitat Autònoma de Catalunya* en el mapa europeo.

Fuente: Elaboración propia.









Imagen b.1. 21 Regiones de Italia.

Fuente:
http://www.falcoservices.it/contatti/servizi_italia?regione=calabria,
[consulta el 18 de octubre, 2008]



Imagen b.2. Las 17 CCAA.

Fuente:
https://www.dgsfp.meh.es/mediadores/Punto_Unico_RegistroCCAA2.asp,
[consulta el 3 de noviembre, 2008]

GÉNOVA	BARCELONA
 <p data-bbox="226 563 1048 622">Imagen C.1. <i>Símbolo del Grifone e la croce di San Giorgio</i>, escudo de Génova.</p>	 <p data-bbox="1379 555 1783 584">Imagen C.2. Escudo de Barcelona.</p>
País: Italia 	País: España 
Regione: Liguria 	CCAA: Catalunya 
Provincia: Génova	Comarca Barcelonés: Barcelona
Coordenadas: 44° 24' 40.16" S, 171° 4' 2.42" W	Coordenadas: 41° 23' 0" N, 2° 10' 0" E
Altitud: 19 msnm ⁶³²	Altitud: 9 msnm
Superficie ⁶³³ : 231,1251 Km2	Superficie ⁶³⁴ : 10.079,51 Km2
Población: 610.804 hab. ⁶³⁵	Población: 1.595.110 hab. ⁶³⁶
Densidad: 2642,74 hab./Km2	Densidad: 15.825 hab./Km2
Fuente: Para Génova: http://www.comune.genova.it/ ; http://it.wikipedia.org/wiki/Genova#cite_note-statistica_genova-0 , [consulta el 4 de diciembre, 2008] Para Barcelona: http://www.barcelona.es/ ; http://www.municat.net:8000/omunicat/owa/mun_p01.dad_ens?via=0&cod=0801930008&err=0 ; http://es.wikipedia.org/wiki/Barcelona ; http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=3&V0=1&V1=08019 , [consulta el 4 de diciembre, 2008].	

⁶³² Metros sobre el nivel del mar.

⁶³³ Área de las 9 *circoscrizioni*.

⁶³⁴ Área de los 10 distritos.

⁶³⁵ Datos del 30 de junio, 2008. Pubblicazioni dell'Unità Organizzativa Statistica del Comune di Genova, *Genova Statistica - Annuario, Notiziario Statistico*. http://www.comune.genova.it/portale/template/viewTemplate?templateId=4vh9n9c8es_layout_j3mz5ekbd1.psml, [consulta el 7 de octubre, 2008]

⁶³⁶ Datos del 2007. <http://www.bcn.es/estadistica/castella/dades/anuari/cap02/C020104.htm> [consulta el 4 de diciembre, 2008]

GÉNOVA



CIRCOSCRIZIONI GENOVESI	SUPERFICIE KM2
GÉNOVA	23.112, 51 ⁶³⁷
1. Génova Centro Est	7,0774
2. Centro Ovest	4,8520
3. Bassa Val Bisagno	7,8974
4. Val Bisagno	41,7317
5. Val Polcevera	33,2711

Imagen D.1. Mapa de los 9 municipios, circoscrizioni di decentramento comunale.

Fuente: <http://www.tu6genova.it/> [consulta el 2 de diciembre, 2008]

Leyenda:

1. Génova Centro Est: las zonas de Prè, Magdalena, Molo (*Vicoli*). En esta *circoscrizione* se encuentran también los centros “invisibles” de salud para los migrantes, la Urgencia del E.O. Ospedali Galliera y el CAP 3 Salute mentale di Via Peschiera.
2. Centro Ovest: Comprende la zona de Sampierdarena, principal centro de empadronamiento de migrantes latinos.
7. Ponente: Incluye Pegli, el barrio donde me crié.

Las *circoscrizioni di decentramento municipale*, no corresponden al **área metropolitana** que ha sido definida con una Ley Regional del 22 de julio, 1991, n. 12, modificada por la Ley Regional del 24 de febrero, 1997, n.7; e incluye además del *Comune di Genova*, Arenzano, Avegno, Bargagli, Bogliasco, Busalla, Camogli, Campoligure, Campomorone, Casella, Ceranesi, Cogoleto, Davagna, Isola del Cantone, Masone, Mele, Mignanego, Pieve Ligure, Recco, Ronco Scrivia, Rossiglione, Sant'Olcese, Savignone, Serra Riccò, Sori, Tiglieto, Uscio, Crocefieschi, Montoggio, Torriglia, Fascia, Fontanigorda, Gorreto, Montebruno, Propata, Rondanina, Rovegno, Valbrevenna, Vobbia, Lumarzo.

⁶³⁷ De este valor ha sido excluido la superficie del Puerto, contemplada en al estadística de la comuna de Génova pero que no forma parte de las 9 *circoscrizioni*.

BARCELONA

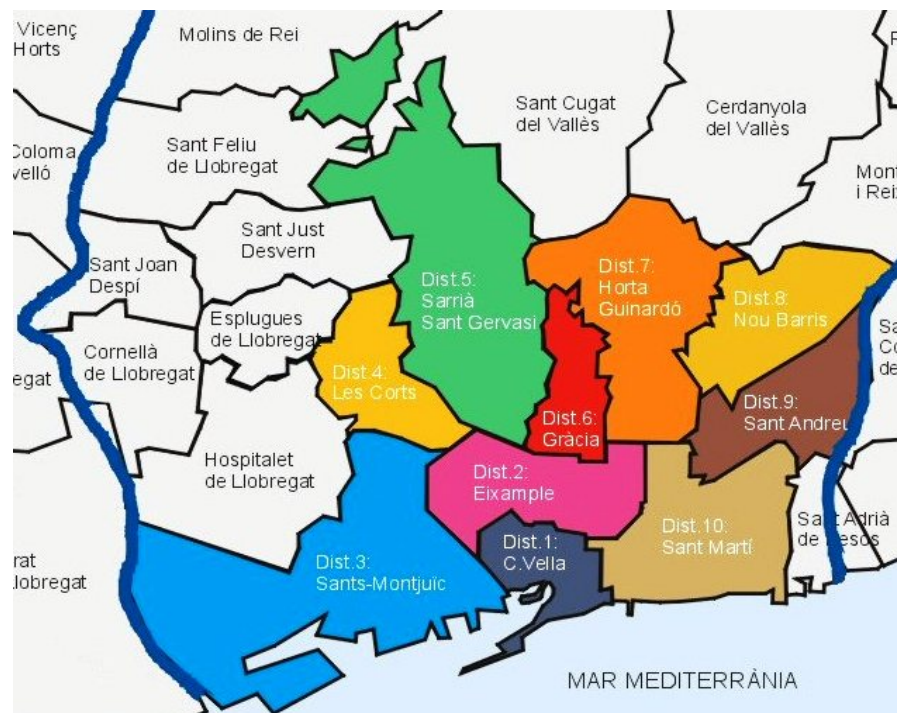


Imagen c.1. Mapa de los Distritos de la ciudad de Barcelona.

Fuente:

<http://www.resa24.se/arkiv/spanien/barcelona-guide-109>
 [consulta el 21 de noviembre, 2008]

DISTRITOS	SUPERFICIE KM2
BARCELONA	10.079,51
1. Ciutat Vella	422,54
2. Eixample	748,15
3. Sants-Montjuïc	2.187,59
4. Les Corts	602,15
5. Sarrià-Sant Gervasi	2.010,76
6. Gràcia	418,90
7. Horta-Guinardó	1.195,45
8. Nou Barris	805,38
9. Sant Andreu	656,87
10. Sant Martí	1.031,72

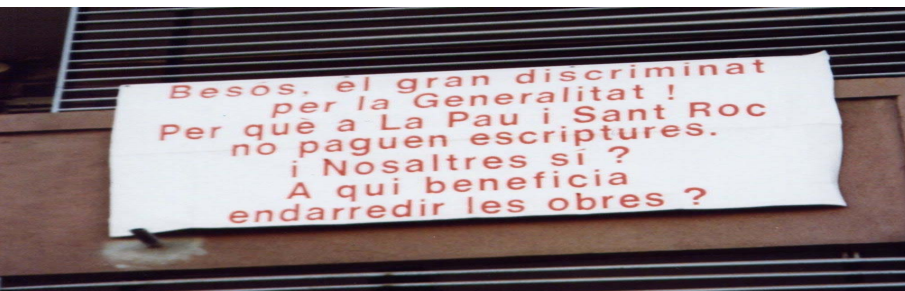
Fuente:

Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona Fuente: Institut Municipal d'Informàtica. Sots-Direcció de Sistemes Gràfics i Cartografia
<http://www.bcn.es/estadistica/castella/dades/anuari/cap01/C0101030.htm>
 , [consulta el 4 de diciembre, 2008]

Leyenda: Dist. 1 Ciutat Vella: SATMI y CSM salud mental. La aérea metropolitana de Barcelona comprende 36 municipios.

ANEXO V. EL BARRIO DE LA MINA

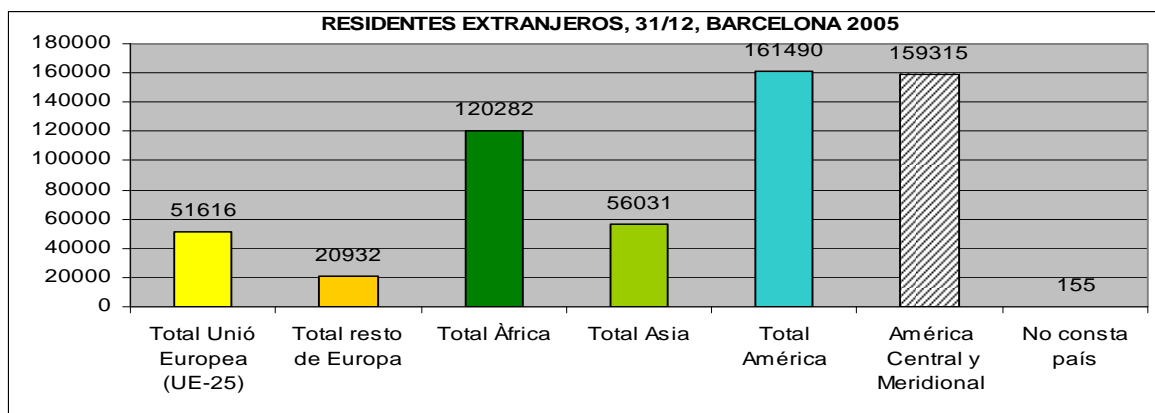




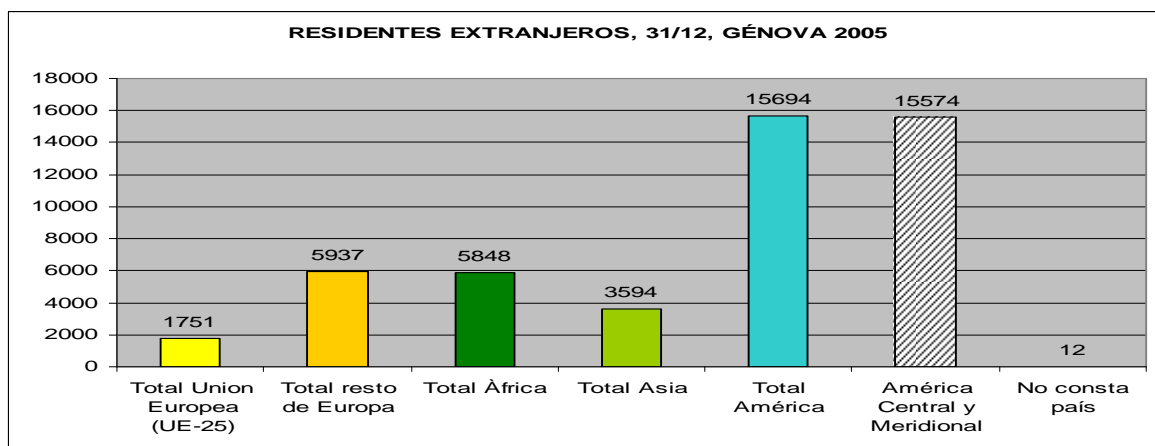
«Besòs, ¡el gran discriminado por la Generalitat! ¿Por qué La Pau y San Roc no pagan escrituras y nosotros si? ¿A quién beneficia el retraso en las obras?»



ANEXO VI. PROVENIENCIA DE LA POBLACIÓN INMIGRADA EN LAS CIUDADES DE BARCELONA Y GÉNOVA EN 2005



Fuente: elaboración propia. Datos del Instituto Nacional de Estadística, España.



Fuente: elaboración propia. Datos del Instituto Nacional de Estadística, Italia.

ANEXO VII.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIFRAS OFICIALES A 1 ENERO DE 2007 EN BARCELONA

País de nacionalidad	TOTAL	Hombres	Mujeres
TOTAL	1.595.110	755.370	839.740
Española	1.349.111	627.495	721.616
Extranjera	245.999	127.875	118.124
EUROPA			
Unión Europea			
Resto Europa	11.712	5.647	6.065
Alemania	6.126	3.049	3.077
Austria	612	294	318
Bélgica	1.205	644	561
Bulgaria	1.400	722	678
Checa, República	345	130	215
Chipre	19	8	11
Dinamarca	449	219	230
Eslovaquia	204	80	124
Eslovenia	76	36	40
Finlandia	362	143	219
Francia	10.536	5.276	5.260
Grecia	521	264	257
Hungría	279	100	179
Irlanda	727	421	306
Italia	17.211	9.769	7.442
Letonia	74	21	53
Lituania	224	146	78
Luxemburgo	20	9	11
Malta	12	7	5
Países Bajos	2.089	1.186	903
Polonia	1.650	823	827
Portugal	2.913	1.615	1.298
Reino Unido	5.282	3.122	2.160
Rumania	4.673	2.277	2.396
Suecia	1.496	677	819
ÁFRICA			
Resto África	1.592	1.078	514
Marruecos	12.816	7.981	4.835
Argelia	1.538	1.149	389
Nigeria	810	501	309
Guinea	609	294	315
Senegal	578	479	99
Ghana	471	418	53
América Norte y Central			
Dominicana, República	6.535	2.632	3.903
México	4.548	2.124	2.424
Estados Unidos de América	2.744	1.369	1.375
Cuba	2.291	1.056	1.235
Honduras	2.107	795	1.312
Salvador, el	769	277	492
Resto América del Norte y Central	1.298	576	722

América Sur			
Ecuador	24.187	10.901	13.286
Bolivia	16.065	6.417	9.648
Perú	14.277	6.411	7.866
Colombia	12.168	5.593	6.575
Argentina	10.208	5.238	4.970
Brasil	6.950	3.108	3.842
Chile	5.052	2.623	2.429
Venezuela	3.408	1.538	1.870
Uruguay	3.061	1.583	1.478
Paraguay	2.648	885	1.763
Resto América del Sur	4	2	2
Asia			
Pakistán	12.735	11.134	1.601
China	10.728	5.743	4.985
Filipinas	6.187	2.828	3.359
India	3.205	2.638	567
Bangla Desh	1.689	1.362	327
Japón	1.365	634	731
Resto Asia	2.715	1.604	1.111
Oceanía			
Australia	219	104	115
Nueva Zelanda	52	36	16
Países sin relación diplomática	142	70	72
Apátridas	11	9	2

Fuente:

Departament d'Estadística del Ajuntament de Barcelona

<http://www.bcn.cat/estadistica/catala/index.htm>, [consulta el 6 de octubre, 2008]

ANEXO VIII.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN CIFRAS OFICIALES AL 31 DE DICIEMBRE 2007 EN GÉNOVA⁶³⁸

País de nacionalidad	TOTAL	Hombres	Mujeres
Italiana	289.287	326.399	615.686
EUROPA	4.281	4.180	5.271
Unión Europea	3388	1275	2113
Europa Centro Oriental⁶³⁹	5743	2736	3007
Otros país europeo⁶⁴⁰	320	169	151
Alemania	210	86	124
Austria	44	20	24
Bélgica	39	15	24
Bulgaria	80	21	59
Checa, República	27	4	23
Chipre	2	2	0
Dinamarca	29	12	17
Eslovaquia	41	4	37
Eslovenia	8	6	2
España	231	57	174
Estonia	7	2	5
Finlandia	27	7	20
Francia	265	88	177
Grecia	107	64	43
Hungría	21	1	20
Irlanda	21	9	12
Letonia	13	2	11
Lituania	32	2	30
Luxemburgo	2	2	0
Malta	8	2	6
Países Bajos	56	23	33
Polonia	353	67	286
Portugal	75	43	32
Reino Unido	206	93	113
Rumania	1454	631	823
Suecia	30	12	18

⁶³⁸ Atención: los datos de Barcelona corresponden al 1 de enero, 2007, mientras que lo de Génova al 31 de diciembre del 2007.

⁶³⁹ Datos no reportados por las estadísticas del *Departament d'Estadística del Ajuntament de Barcelona*. Europa Centro-Oriental: Albania, Bielorrusia, Bosnia-Herzegovina, Croacia, Macedonia, Moldavia, Federación Rusa, Serbia y Montenegro, Turquía, Ucrania.

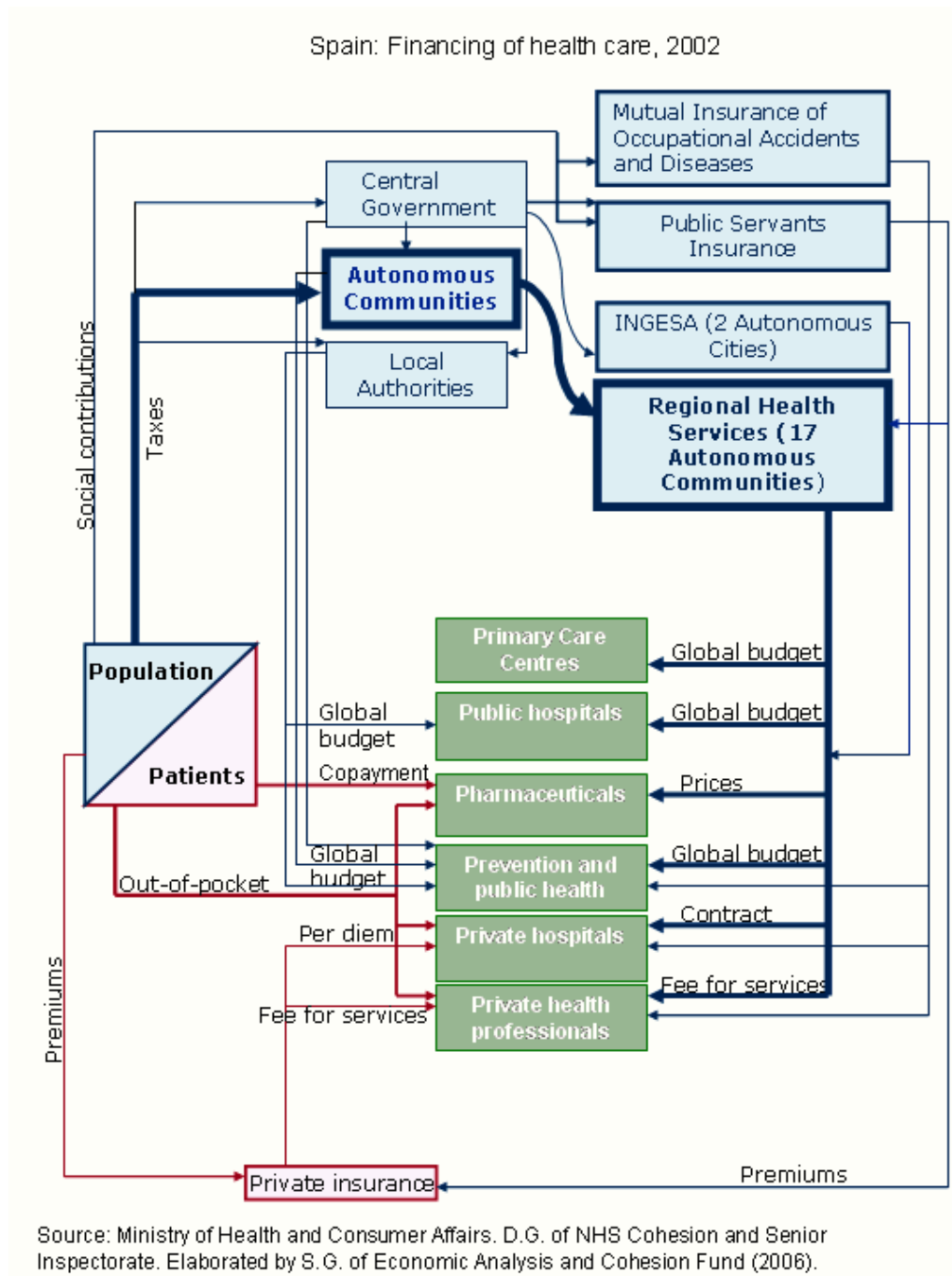
⁶⁴⁰ Datos no reportados por las estadísticas del *Departament d'Estadística del Ajuntament de Barcelona*. Otros países: San Marino, Suiza, Noruega, Islandia.

ÁFRICA	6242	4094	2148
Resto de África	81	39	42
Angola	16	8	8
Argelia	117	69	48
Benin	21	13	8
Burkina faso	6	1	5
Burundi	18	1	17
Camerún	67	37	30
Capo verde	179	56	123
Congo	4	2	2
Congo	16	7	9
Costa de Avorio	16	12	4
Egipto	156	106	50
Eritrea	124	65	59
Etiopia	60	23	37
Ghana	32	17	15
Guinea	3	2	1
Kenya	12	1	11
Liberia	13	9	4
Marruecos	3037	2145	892
Mauritius	32	15	17
Nigeria	506	136	370
Senegal	1047	922	125
Somalia	60	18	42
Túnez	619	390	229
Zambia	6	5	1
AMÉRICA			
América Norte y Central			
Dominicana, República	330	102	228
México	17	6	11
Estados Unidos de América	100	43	57
Cuba	123	22	101
Honduras	2	0	2
Salvador, el	44	16	28
Resto América del Norte y Central			
América Sur			
Ecuador	13287	5427	7860
Bolivia	69	28	41
Perú	2171	862	1309
Colombia	398	133	265
Argentina	73	39	34
Brasil	213	62	151
Chile	399	229	170
Venezuela	41	15	26
Uruguay	33	16	17
Paraguay	23	10	13
Resto América del Sur			

ASIA			
Resto de Asia	60	29	31
Bangla Desh	393	315	78
China	1216	624	529
Filipinas	456	176	280
India	508	185	323
Japón	32	7	25
Pakistán	152	128	24
Corea del Sur	22	8	14
Jordania	44	29	15
Indonesia	18	10	8
Irán	196	99	97
Irak	16	10	6
Israel	29	12	17
Kirguizistán	11	6	5
Líbano	36	27	9
Sri Lanka	842	467	375
Tailandia	42	4	38
OCEANÍA	23	13	10
Australia	9	2	7
Nueva Zelanda	2	2	0
Apátridas	12	9	3

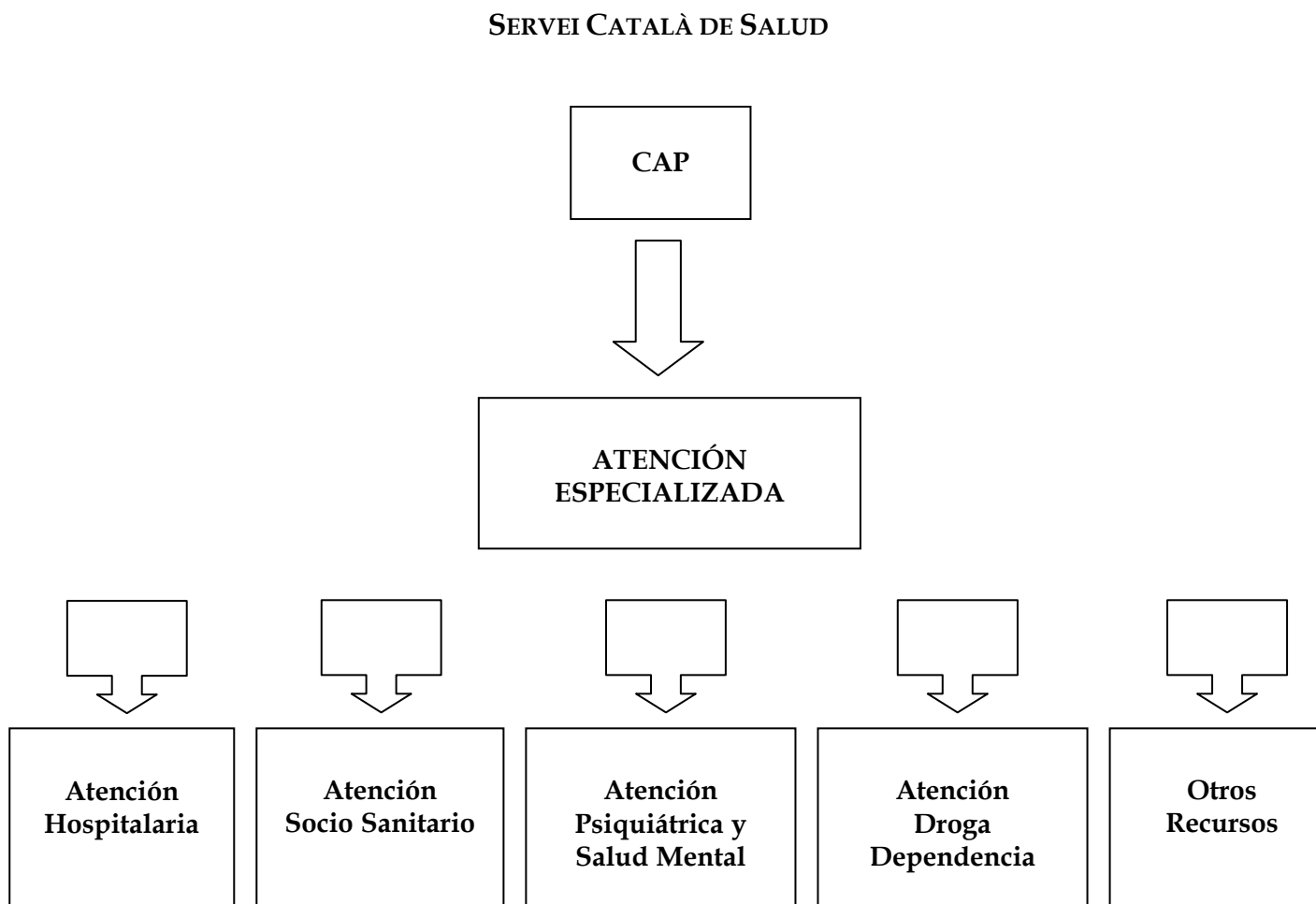
ANEXO IX EL SISTEMA SANITARIO Y LAS LEYES DE ESPAÑA E ITALIA

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL



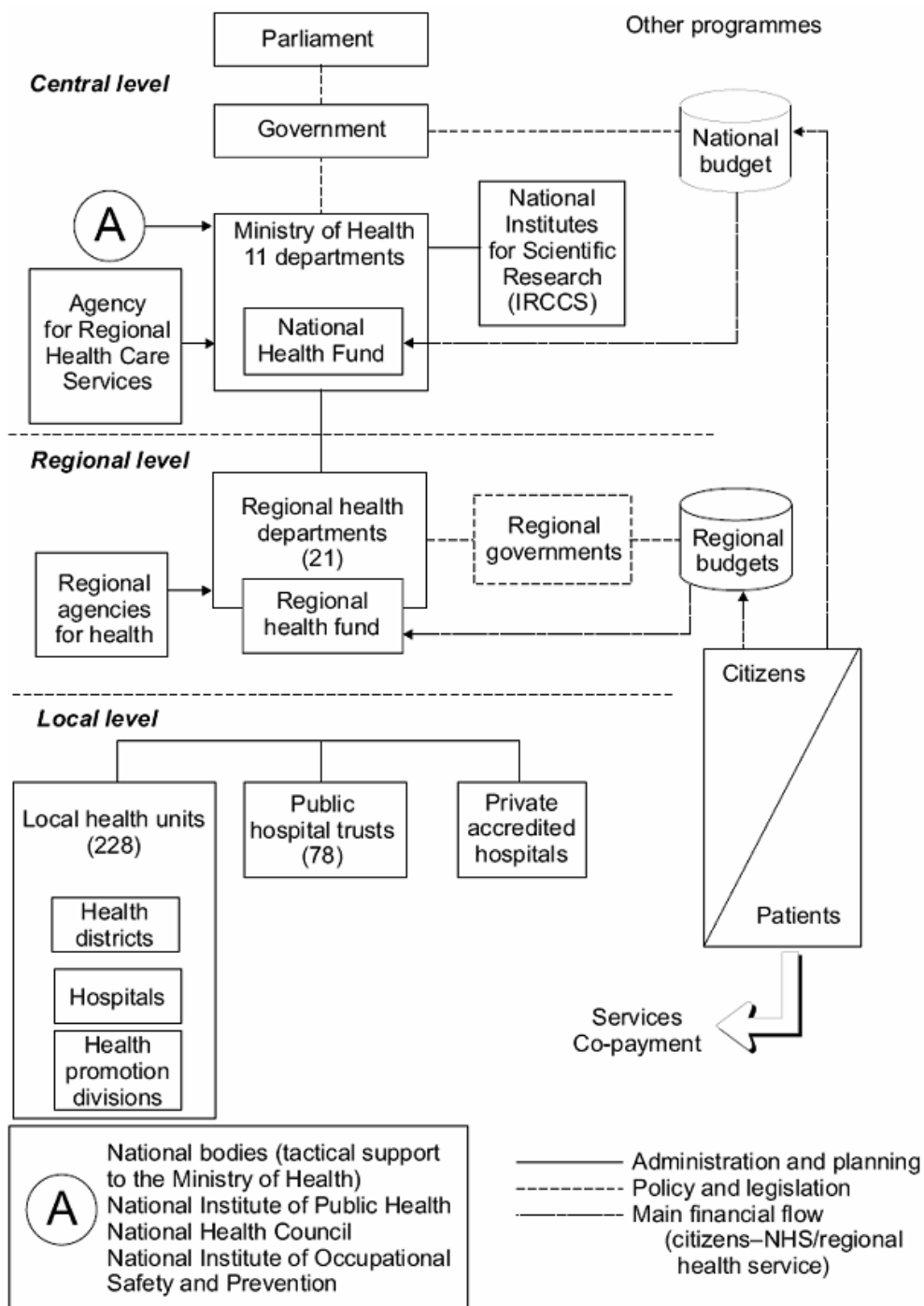
ESQUEMA DE LA LEGISLACIÓN TRATADA

LEYES DE EXTRANJERÍA ESPAÑA	LEYES SANITARIAS ESPAÑA
	Ley de base de Seguridad Social, 1963
Ley 118/ 1969	Ley de extranjería 118/ 1969 tiene también repercusiones en la expansión de la cobertura nacional a los migrantes
Decreto 522/ 1974	
Real Decreto 1617/ 1978	Constitución española, 1978
Real Decreto 1874/ 1978	
Real Decreto 1031/ 1980	
Ley orgánica 7/1985, Ley de Extranjería	Ley General de Sanidad, 1986
	<i>LLei d'ordenació sanitària de Catalunya</i> LO SC, 1990
Ley de Inmigración 4/2000; 8/2000	Ley de extranjería 4/2000 (8/2000; 14/2003) tiene también repercusiones en la expansión de la cobertura nacional a los migrantes
Ley de Inmigración 14/2003	
Real Decreto 2393/ 2004	



Fuente: Cat Salut, elaboración propia.

EL SISTEMA SANITARIO ITALIANO



Source: *Health Care Systems in Transition: Italy, 2001*. European Observatory on Health Care Systems.

Legend:

—▶ Financial flows - - -▶ Service flows ~ ~ ~▶ Transfer flows

ESQUEMA DE LA LEGISLACIÓN TRATADA

LEYES DE EXTRANJERÍA ITALIA	LEYES SANITARIAS ITALIA
	Constitución italiana, 1948
	Ley 23 de diciembre, 1978
Ley 29 de febrero, 1980	Ley de extranjería 33/1980 tiene también repercusiones en la expansión de la cobertura nacional a los migrantes
Decreto Legislativo 25 de julio, 1988	
Ley Martelli, 1990	Ley del 1990
Ley Guzzanti	
Ley Dini, 1995	
Ley Turco-Napolitano, 1997	
Ley 286/1998	Ley de extranjería 286/1998 (y su modificas) tiene también repercusiones en la expansión de la cobertura nacional a los migrantes
Ley 394/1999	
Circulare 20 de marzo, 2000	
Ley 30 de julio, 2002	
DPR 2004	

ANEXO X. MODELO CUESTIONARIO ⁶⁴¹

Data/Fecha: ____/____/____ Nome e Cognome/nombre y apellido: _____ Luogo d'intervista/lugar de entrevista: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
Paese di provenienza	País de procedencia
Città	Ciudad
Zona di provenienza nel suo paese d'origine	Zona de procedencia en el país de origen
Data di nasita	Fecha de nacimiento
Età	Edad
Sesso	Sexo
Stato civile/convivenza (nazionalità convivente)	Estado civil/pareja (nacionalidad de él/ella)
Figli	Hijos
Studi/corsi di formazione svolti nel paese d'origine	Estudios/cursos de formación en su país
Studi/corsi di formazione svolti in Italia	Estudios/cursos de formación en Italia
Professione nel proprio paese	Situación laboral en su país de origen
Situazione lavorativa in questo paese	Profesión en este país
Tipologia di contratto	Tipología de contrato

DATOS SOCIO-ANTROPOLÓGICOS	
Tempo di residenza in Italia	Tiempo de residencia en Italia
E' la prima migrazione? (Specificare se ci sono anteriori/Motivazione, luogo e durata.)	¿Es la primera migración? (anteriores migraciones/motivación, lugar y la duración)
Come è arrivato in Italia?	¿Cómo ha llegado en Italia?
Principale motivo di migrazione	Principal motivo de la migración
Si sono compiute le sue aspettative?	¿Se han cumplido sus expectativas?
Crede che sia peggiorato il suo status professionale qui? (Se affermativa: Perché?)	Cree que ha empeorado su estatus profesional acá? (Si positiva: ¿Por qué?)
Che cosa le manca di più del suo paese?	¿Qué extraña más de su país?
Quali sono le principali differenze tra Spagna/Italia e suo paese? (nel cibo, nella gente, nelle abitudini...)	¿Las principales diferencias entre España/Italia y su país? (comida, la gente, en las costumbres...)
Le piacerebbe ritornare nel suo paese in futuro? (se affermativa) Che cosa sta aspettando?	¿Piensa que le gustaría volver allí en un futuro? (Si positiva: ¿Qué está esperando para volver?)

⁶⁴¹ Fuente: Brigidi y Otros, 2008_b. El cuestionario nunca ha sido suministrado a los informantes. Lo utilizaba como hilo conductor de las entrevistas y sobre todo al finalizar anotaba los datos que surgieron durante los encuentros. La mayoría de las veces no se abordaban todos los aspectos, sobre todo los vinculados a la religión, vivienda que profundizaba sólo y cuando el informante hacía alguna referencia a ello.

Religione	Religión
Pratica religiosa	Práctica religiosa.
Compie i riti della sua religione?	¿Cumple los preceptos que mana su religión?
E' cambiata la pratica spirituale con la migrazione? In che cosa?	¿Ha cambiado su práctica espiritual con la migración, ¿Y en que?
Nel suo tempo libero si relazione maggiormente con il suo gruppo etnico?	¿En su tiempo libre se relaciona mayormente con miembros del mismo grupo étnico?
Frequenta persone spagnole/italiane?	¿Frecuenta personas españolas/italianas?
Casa/abitazione	Vivienda
Vive in affitto? (valutare se ci sono stati problemi nella ricerca della casa e chi gli affitta l'alloggio: agenzia, privato italiano, straniero o connazionale)	¿Vive en alquiler? (evaluar si han habido problemas en la búsqueda de la casa y quién le alquila la vivienda: agencia, privado italiano, extranjero o compaisano)
In che quartiere?	¿En que barrio?
Nucleo di convivenza	Núcleo de convivencia
E' soddisfatto dell'attuale sistemazione?	¿Está satisfecho del actual alojamiento?
Quanti alloggi ha girato qui a Barcelona/Genova?	¿Cuantas viviendas ha cambiado desde cuando está en Barcelona/Génova?

DATOS ANTRO-MÉDICOS	
Come mai ha deciso di cercare trattamento medico/psicologico/psichiatrico	Decisión de búsqueda de tratamiento médico/psicológico/psiquiátrico
Quanto tempo è passato da quando iniziarono i sintomi a quando ha richiesto aiuto?	¿Cuánto tiempo ha pasado desde que comenzaron los síntomas hasta que ha buscado ayuda?
Perché ha aspettato così tanto tempo per venire al servizio?	¿Por qué ha esperado este tiempo para llegar al servicio?
Che genere di problemi sanitari ha avuto nel suo paese?	¿Que problemas de salud tuvo en su país?
Come l'hanno curata?	¿Cómo ha sido curado?
Nel suo paese come funziona il sistema sanitario/salute mentale (SS pubblico/esiste il medico della mutua, etc.)	¿En su país cómo funciona el sistema sanitario/salud mental? (SS público/médico de familia, etc.)
Si sarebbe recato nella ASl di Salute Mentale se fosse stato nel suo paese?	¿En su país habría ido en el Servicio de Salud Mental?
Da chi si sarebbe recato?	O si no: ¿Dónde?
E' soddisfatto dei servizi di salute utilizzati fino a questo momento?	Satisfacción sobre los servicio de salud en general utilizados hasta el momento
Oltre a rivolgersi al SS per l'attuale problema utilizza o sta cercando di utilizzare altre classi d'aiuto? (rimedi, naturali, preghiere, curanderos, etc.?)	Además de acudir al servicio sanitario para el problema actual ¿utiliza o buscar otras ayudas? (remedios caseros/naturales, rezos, santeros, curanderos, etc.)
Si reputa una persona sana?	¿Se considera una persona sana?
Prende medicine?	¿Toma medicamento?
Ha contatti con i Servizi Sociali?	¿Tiene contacto con los Servicios Sociales?
Altri servizi come ONG, Associazioni, etc?	¿Contacto con otros Servicios de Salud, ONG, asociación?
Pensa di conoscere il sistema sanitario spagnolo/italiano?	Conocimiento de la red de servicio de salud española/italiana.
In una situazione d'emergenza a chi si rivolge?	Ante una situación de urgencia, ¿sabría donde acudir para buscar ayuda?
(Solo Genova) Conosce la tessera STP, sa che cosa è?	(Sólo Génova) ¿Conoce la tarjeta STP? Sabe que función tiene?
Ha contatto con ONG, associazioni del suo paese?	¿Tiene contacto con Asociaciones, ONG de su país?

Quando dei suoi familiari/parenti sono venuti a trovarli ha approfittato per fargli fare la tessera STP e magari una check up?	Cuando sus parientes han venido a visitarle ha aprovechado de acudir al PS/médico y hacer un check up?
Abitualmente consuma alcolici? (indagare sulla percezione soggettiva del consumo d'alcol: quale è il consumo "normale")	De costumbre: ¿Toma alcohol? (investigar sobre la percepción del consumo de alcohol: cuál es e consumo normal)
Che cosa beve?	¿Que toma?
Anche nel suo paese le capitava di bere nelle stesse quantità?	¿Es la misma cantidad que consumaba también en su país?
Secondo lei come mai è così diffuso tra i suoi connazionali bere?	¿Por qué está tan difundido el consumo de alcohol entre sus compatriotas?
Ha mai provato alcuni di questi sintomi insieme: sensazione di tremore; palpitazioni; sensazione di calore all'altezza del cuore; mani, piedi o arti in generale intorpiditi o dei movimenti compulsivi del corpo?	Alguna vez, ha tenido unos de estos síntomas: sensación de tremor; palpitación; sensación de calor al nivel del corazón; manos, pies o artos en general entorpecido o movimientos compulsivos del cuerpo?
Conosce gli <i>ataques de nervios</i> ?	¿Conoce los ataques de nervios?
(Se affermativo) Ne ha mai avuti, o qualcuno della sua famiglia? (Come si manifestano e come mai, secondo lei/ Come l'hanno curata, etc.)	(Si afirmativo) ¿Ha tenido algunos, o alguien en su familia? (Cómo se manifiestan y por qué/ Cómo ha sido posible curarle, etc.)

CONTESTO YO...

Lingua in cui si esprime	Idioma en que se expresa en la consulta
Ha bisogno dell'interprete con i medici	Necesidad de uso de interprete con los médicos

DATOS CLÍNICOS

Motivo della consulta	Motivo de consulta
A che cosa attribuisce la sua malattia?	¿A qué atribuye su enfermedad?
Sintomi che presenta	Síntomas que presenta
Aspettativa rispetto al trattamento	Expectativa respecto al tratamiento
Numero di visite realizzate	Número de consultas realizadas
Tipo di trattamento	Tipo de tratamiento
Trattamento farmacologico	Tratamiento farmacológico
Tipo di attenzione psicoterapeutica	Tipología de atención psicoterapéutica
Professionale coinvolto	Profesional involucrados
Diagnosi finale	Diagnóstico final

ANEXO XI.

HIERBAS, ANIMALES E INFUSIONES CON FUNCIONES SANADORAS SEGÚN LOS INFORMANTES ENTREVISTADOS

NOMBRE DEL HIERBA	FUNCIONES SEGÚN EL INFORMANTE	NOMBRES VULGARES	NOMBRE CIENTÍFICO	COMO SE PRESENTA	REGIÓN DE ORIGEN	COME SE PREPARA
AGUA DE CANELA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborto o amenaza de aborto se toma con café o chocolate; ▪ Diarrea; ▪ Dolores reumáticos; ▪ Dolor de estomago; ▪ Tos. 	/	Cinnamomun zeylanicum	/	Indonesia	Infusión y/o hervida
AGUA DE COCO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea; ▪ Rehidratación. 	/	Cocos nucifera Familia: Arecaceae	/	Islas del Pacífico	/
AGUA DE PARAGUAY	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Producción de leche; ▪ Digestión; ▪ Rehidratación; ▪ Purificación. 	Mate, hierba mate; tereré	Llex paraguariensis	Planta	Paraguay y Argentina	Infusión

CHANCA PIEDRA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hígado; ▪ Cálculos; ▪ Cistitis; ▪ Hipertensión. 	PERÚ: chancapiedra; INDIA: niruri PUERTO RICO: pernila del pastor; COLOMBIA: viernes santos; BRASIL: erva pombinha o quebrapedra; PARAGUAY: para-paraimi	Phyllanthus niruri, Familia: Euforbiáceas	Planta herbácea anual y silvestre	En muchas regiones sobre todo en Perú, Caribe y la India.	/
COLA CABALLO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riñones; ▪ Estómago; ▪ Artritis; ▪ Depurativo; ▪ Hemorragias. 	Equiseto; Equiseto menor	Equisetum arvense	Planta rizomatosa	/	/
HIERBA LUISA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulmones; ▪ Nervios; ▪ Flatulencia; ▪ Aerofagia; ▪ Mal aliento; 	María luisa; hierba de las tres hojas; cedrón	Lippia triphylla; lippia citriodora kunth	Arbusto aromático caducifolio	Se recoge en todo el Sudamérica	Hervida
HOJA DE BOLDO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hígado; ▪ Digestión; ▪ Cálculos. 	/	Principio activo: alcaloide, la bodina	Arbusto de hojas perennes y flores amarillas o blancas	/	
LIMÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión 	/	/	fruto	/	/
MANZANILLA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el dolor en caso de aborto; ▪ Estómago; ▪ Tos; ▪ Nervios. 	/	Matricaria chamomilla	flores y hojas	/	Infusión

MATICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hígado; ▪ Cicatrizante; ▪ Gastritis; ▪ Afecciones. 	<p>ESTADOS UNIDOS (Est): artemisia douglasiana, o artemisa; SUDAMERICA: piper angustifolium, o hierba del soldado o cordoncillo JAMAICA: piper hispidum, o 'pimentero de jamaica; TUCUMÁN: salvia stachydifolia; COSTA CHILENA: senecio cymosus o paraná; NORTE Y CENTROAMÉRICA: waltheria glomerata como cuajo.</p>	<p>Buddleja globosa Familia: buddlejaceae</p>	/	Argentina, Chile y Perú	Infusión y polvos, cocimiento; compresas y lavados; infusión
SABILA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estómago; ▪ Hígado; ▪ Cicatrizante. 	<p>Zábila; sadiva en el salvador aloe vera barbadensis</p>	Aloe vera	Planta de las familias liliáceas	origen africano, ha sido introducida por los jesuitas españoles en 1590	/

SANGRE DE DRAGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hígado; ▪ Cicatrizante; ▪ Gastritis; 	/	Croton lechleri Familia: euforbiáceas	Arbusto o árbol pequeño de entre 5-6 metros.	Originario de las regiones templadas de Sudamérica (en especial Perú) y también de África. Crece en forma silvestre sobre cumbres montañosas y regiones selváticas.	/
UÑA DE GATO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea; ▪ Antitumoral; ▪ Digestión; ▪ Hormonas; ▪ Sistema Inmunitario; ▪ Artritis; ▪ Cicatrizante 	China: uncaria rhyncophylla muy similar a la uña de gato. Existe una planta en México y en sur del Texas conocida como uña de gato	Uncaria tomentosa	Ladrillo interno de la planta	Indígenas de la selva y tribu ashaninka	Infusión, cápsulas de ladrillo seco pulverizado; te
YANTEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estómago ▪ Afecciones de piel; 	/	/	/	/	Infusión
ZORRINO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asma; ▪ Tos; ▪ Tuberculosis. 	Mofetas, zorrinos, zorrillos, mapurites o chingues	Mephitidae son una familia de mamíferos carnívoros		Las Américas	Se hace en caldo, es muy parecido a al conejo.
MONO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulmones. 	/	<i>Platyrrhini</i> y a los <i>Cercopithecoidea</i>	/	Las Américas, África, Asia.	Se bebe su sangre caliente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN LATINA EN BARCELONA Y GÉNOVA

Serena Brigidi

ISBN:978-84-692-7927-4/DL:T-2071-2009

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Lughod, Lila (1986), *Veiled Sentiments*, University of California Press, Berkeley.
- y Lutz, Catherine (1990), *Language and the politics of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge.
- y Lutz, Catherine (2005), «Emozione, discorso e politiche della vita quotidiana», Tr.ita. Chiara Pussetti, en *Annuario di Antropologia*, “Emozioni” 5(6), pp. 15-36, Maltemi, Roma.
- Acosta, Alberto (2004), «Ecuador: oportunidades y amenazas económicas de la emigración», en *Studi Emigrazione*, n.154, pp. 43- 68.
- Adams, Patch (1999), *Salute! Ovvero come un medico-clown cura gratuitamente i pazienti con l'allegria e con l'amore*, Urra, Milán.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali – ASSIR – (2006), «Tutti i ricoveri per categoria diagnostica», en *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema di salute*, “Immigrati e Assistenza sanitaria”, 5 (18), pp. 8-25.
- Agostino, Aurelio (1988), *Pensieri*, Rusconi, Milán.
- Allué, Martínez Marta (1998), *Perder la piel*, Editorial Seix-Barral, Barcelona.
- (2002), «El etnógrafo discapacitado. Algunos apuntes sobre la observación de las conductas frente a la discapacidad», en *Acciones e investigaciones Sociales*, 15, pp. 57-70.
- (2008), *La piel curtida*, Belleterra, Barcelona.
- Allué Martínez, Xavier (1999), *Urgencias, abierto de 0 a 24 horas: factores socioculturales en la oferta y la demanda de la urgencia pediátrica*, Mira Editores, Zaragoza.
- Ambrosini, Maurizio (2004), «L’immigrazione straniera in Italia. Un quadro interpretativo», en *Atti del congresso “I Latinos alla scoperta dell’Europa. Nuove migrazioni e spazi della cittadinanza”*, Génova, 17 de junio.
- (2006), «Professione: assistente domiciliare», en *LaVoce*, <http://www.lavoce.info/articoli/pagina2297.html>, [consulta el 5 de mayo, 2007]
- American Psychiatric Association – APA – (1995), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- Ancora, Alfredo y Fischietti, Alessandro (1988), «Lo stregone e lo psichiatra: dialogo tra colleghi» en *La ricerca folklorica*, “L’etnopsichiatria”, n. 17, pp. 27-29.
- Anderson, Nels (1994), *Il vagabondo. Sociologia dell’uomo senza dimora*, Donzelli, Roma.
- Anruba Enrique (ed.) (2003), *Cartografía cultural de la enfermedad: ensayos desde las ciencias humanas y sociales*, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia
- Antonucci, Giorgio (1989), *Il pregiudizio psichiatrico*, Elèuthera, Milán.
- Araya, Mariel; Brigidi Serena; Dessi Matteo; Diaz Marta; Haddiji Naima; Rabehi Fatih; Parkinson Nicolás; Tubau Guillem (2003), «Informe sobre discriminació a la població immigrada en l’accés a l’habitatge de lloguer en Barcelona», Grup Immigració, en <http://www.sodepau.org/informe.doc> [link desaparecido].

- Arendt, Hannah (2001), *Che cos'è la politica*, Einaudi, Turín.
- Arveiller, Jacques (1990), «Le Voyage Automatique. Fugues, Vagabondage et Psychiatrie», en *L'Evolution Psychiatrique*, 61, 3, pp. 579-612.
- Asamblea Parlamentaria Consejo de Europa (2000), *Condiciones sanitarias de los inmigrantes y refugiados en Europa*, Doc. 8650, 9 de febrero.
- Asociación Psiquiatras de América Latina - APAL - (2004), *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico - GLADP -*, Los Editor, Guadalajara.
- Attenasio, Luigi y Gabriele, Giuseppina (2003), «Immigrazione come valore e sapere: diritti, prevenzione e salute mentale», en Todisco, Annalisa; Gini, Gianpaolo; Volpini, Maria Paola (eds), *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, pp. 351-364, Istituto Affaroi Sociali, Roma.
- Atxotegui, Josefa (2001), «Trastornos depresivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales». *Jano Suplemento Temas candentes*, Doyma, Barcelona.
- (2000), «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial», en Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudio entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, pp. 83-100.
- (2007), «Familia y sociedad en el contexto migratorio», en VV.AA., en *Quaderns Atlàntida*, n.1, Editorial Hacer, Barcelona.
- Augé, Marc y Herzlich, Claudine (eds), (1986), *Il senso del male*, Il Saggiatore, Milán.
- (1986), *Un etnologo nel metrò*, Elèuthera, Milán.
- (1993) *Non luoghi. Introduzione a una antropologia della sur-modernità*, Elèuthera, Milán.
- Bachtin, Mikhail Mikhailovich (1988), *L'Autore e l'eroe: teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Turín.
- Baduel, Alessandra (2006), «Anima plastica. Società da lusso d'élite a scelta di massa. L'uomo italiano scopre la chirurgia estetica e insegue i bisturi. Per salvare la faccia, anzi la maschera», en *D. Repubblica delle donne*, 14 de enero, 2006, pp.41-44.
- Baker David; Stevens Carl y Brook, Robert (1996), «Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important?», en *Annals of Emergency Medicine*, n. 28, pp. 677-82.
- Bardají, Federico (2006), «Literatura sobre inmigrantes en España», en *Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Bargach, Amina (2007), «Familia y sociedad en el contexto migratorio», en VV.AA., en *Quaderns Atlàntida*, n.1, Editorial Hacer, Barcelona.
- Baricco, Alessandro (2000), *Novecento. Un monologo*, Feltrinelli, Milán.
- Barrera Tyszka, Alberto (2006), *La enfermedad*, Anagrama, Barcelona.
- Bassoli, Romeo; Bencivelli, Silvia (2006), «Il grande business degli psicofarmaci under 18», en *D. Repubblica delle donne*, del 28 de enero, p. 64.
- Bastide, Roger (1978), *Sociologie des Maladies Mentales*, Flammarion, París.

- Basaglia, Franco (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Turín.
- y Otros (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Nueva Imagen, México.
- Bauman, Zygmunt (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bolonia.
- Beltrán, Gina (2005), «Adolescentes suicidas: un abordaje desde la terapia familiar sistémica», en *Revista de la Universidad del Azuay*, n.35, pp. 213-236.
- Ben Jelloun, Tahar (1990), *Le pareti della solitudine*, Einaudi, Turín.
- (1999), *L'estrema solitudine*, Bompiani, Milán.
- Beneduce, Roberto; Pulman Bertrand y Roudinesco Elisabeth (2005), *Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*, Bollati Boringhieri, Turín.
- (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Benon Raoul y Froissart Pascal (1908), «Fugue et Vagabondage. Définition et Etudes Cliniques», en *Annales Médico-Psychologiques*, série 9me, tome 8, p. 305, París.
- Bernal, Mariola y Comelles Josep M. (2004), «Los trastornos mentales y los nuevos retos sociales: la inmigración», en *Monografías de Psiquiatría*, vol. 16 (3), pp. 46-51.
- Bernardotti, Maria Adriana (2003), «L'utilizzo dei sistemi sanitari: le esperienze degli immigrati», en Todisco, Annalisa; Gini, Gianpaolo; Volpini, Maria Paola (eds), *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, pp. 231-246, Istituto Affari Sociali, Roma.
- Bok, Sissela (2004), «Rethinking the WHO Definition of Health», en *Harvard Center for Population and Development Studies*, vol. 14 (7).
- Boltanski, Luc (2000), *Lo spettacolo del dolore. Morale umanitaria, media e politica*, Raffaello Cortina Editore, Milán
- Borja, Jordi (2005), «Revolución y contrarrevolución en la ciudad global», en *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Vol. X (578), <http://www.ub.es/geocrit/b3w-578.htm> [consulta el 12 de mayo, 2006]
- Brigidi, Serena (2001), «L'ermeneutica del viaggio e la formazione dell'homo viator», tesis de grado, en Dipartimento di Studi Umanistici - DISTUM -, Génova.
- ; Sartini, Marina; Costaguta, Chiara; Castellaneta, Marco; Rombolà, Francesco; Cuneo, Alice Elena.; Zanella, Francesco y Cremonesi, Paolo (2006), «Indagine sull'utenza Latinoamericana nel DEA dell'E.O. Ospedali Galliera, Genova», *Atti del Congresso Regionale 16 maggio, 2006, Giornale Italiano di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso*, pp. 59-64.
- ; Osorio López, Yolanda; Pezzoni, Franca y Aparició Lola (2007_a), «Atención a población inmigrante: ventajas de un servicio de atención específico», en *Actas Españolas de Psiquiatría*, n. 1 (35), p. 228.

- y Abat, Analía (2007_b), «V Congreso sobre la inmigración en España. Migraciones y desarrollo humano. Valencia, 21-24 de marzo de 2007», en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 2 (3), pp. 568-574.
 - (2007_c), «Construcciones culturales de la salud y la enfermedad. Reflexiones médico-antropológicas», en http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2200/es/contenidos/evento/mujer_inmigrante_salud/es_naro/naro.html [consulta el 15 de febrero, 2008]
 - (2008_a), «La donazione del corpo intero alla scienza: il caso di Barcellona», en *Studi tanatologici*, n. 3, pp. 139-166.
 - ; Cremonesi, Paolo; Cristina, Maria Luisa; Costaguta, Chiara y Sartini, Marina (2008_b), «Inequalities and health: analysis of a model for the management of Latin American users of an emergency department», en *Journal of Preventive Medicine & Hygiene*, Vol 49 (1), March, pp. 6-12.
 - y Marxen, Eva (2008_c), «Mētis, lobby y locura. Análisis de la influencias de Lobbies religiosos en los centros de salud mental concertados en Barcelona», en VIII Coloquio Redam “Historia, Cultura, Sociedad y Locura”, Tarragona, 17-19 de Abril.
 - (2009_a), «Mediazione culturale e migrazione. Sistemi educativi e centri d’accoglienza: la percezione dei mediatori scolastici», en *Studi Emigrazione*, XLVI, n. 174, pp. 405-420.
 - (2009_b), «Mujeres al borde de un Ataque de Nervios: Corazón Blando, Emociones y Auto Cuidado Familiar», en Esteban, M.L., Comelles, J.M., Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género y salud*, Bellaterra, Barcelona (en prensa).
- Brilli, Attilio (1988), *Il Grand Tour dell’Europa in automobile*, Silvana Editoriale, Florencia.
- (1989) *Arte del viaggiare. Viaggio materiale dal XVI al XIX secolo*, Silvana Editoriale, Florencia.
- Cabaleiro, Manuel (1997), *A psiquiatria na medicina popular galega*, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela.
- Campo Arias Adalberto (2002), «Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática», en *MEDUNAB*, vol. 5 (13), pp. 1-6.
- Camus, Albert (2005), *Lo straniero*, Bompiani, Bolonia.
- Capel, Horacio (2006), «De nuevo el modelo Barcelona y el debate sobre el urbanismo barcelonés», en *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, vol. XI (629) <http://www.ub.es/geocrit/b3w-629.htm>, [consulta el 5 de mayo, 2007].
- Capellá, Batista y Alentor, Alfred (2001), «La reforma en salud Mental en cataluña: el modelo catalán», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, Vol. 21 (79), XXI, pp.101-128.
- Capuana, Luigi (1974), *Gli “americani” di Ràbbato*, Einaudi, Turín.
- Caudill, William (1996), *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*, Escuela, Buenos Aires.
- Cerbino, Mauro (2004), *Pandillas juveniles. Cultura y conflicto de la calle*, Abya Yala, Quito.

- y Recio, Carolina (2005), «Las bandas según los medios», en Feixa, Carles (ed) (2005), «Jovenes latinos en Barcelona: espacio público y cultura urbana», en *Informe de investigación*, Ayuntamiento de Barcelona, CIMU, pp. 165-184
- Cerri-Musso, Renza (1995), *La pedagogía dell'Einführung: saggio su Edith Stein*, La Scuola, Brescia.
- Césaire, Aimé (2006) *Discurso sobre el colonialismo*, Akal, Madrid.
- Ceschi, Sebastiano (2006), «Migrazioni, legami transnazionali e cooperazione tra territori. Una ricerca sulla diaspora senegalese in Italia», en CESPI, <http://www.cespi.it/coopi-cespi/Ceschi-intro.pdf>, [consulta el 4 de abril, 2008].
- Charuty, Giordana (1988), «Lo psichiatra e i suoi “altri”», en *La ricerca folklorica*, “L’etnopsichiatria”, n. 17, pp. 21-26.
- Chan, Theodore; Killeen, James; Kelly Dominic y Guss David (2005), «Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen», en *Annals of Emergency Medicine*, vol. 46 (6), pp. 491-7.
- Checa Francisco y Soriano Encarna (1999), *Inmigrantes entre nosotros*, Icaria-Antrazyt, Barcelona.
- Cintrón, Jennifer; Carter, Michele y Sbrocco, Tracy (2006), «Ataque de Nervios in relation to anxiety sensitivity among island Puerto Ricans», en *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 29 (4), pp. 415-431.
- Clark, David (1993), *The sociology of Death*, Blackwell Publishers, Oxford.
- Coffano, Maria; Del Savio, Manuela y Mondo, Luisa (2005), «Stranieri e salute», en *Osservatorio Interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino: rapporto 2005*, Turín.
- Comelles, Josep; Udina Claudi y Casas Miquel (1975), «Oposición estructural en el medio urbano: asociaciones informales de parentesco y trastorno psiquiátrico en una enferma gitana», en *Ethnica: revista de antropología*, vol. 10, pp. 29-46.
- ; Andreu Agustí; Ferrús, Jordi J y París, Serra (1982), «Aproximación a un modelo sobre antropología asistencial», en *Arxiu d’Etnografia de Catalunya* 1, pp. 13-29.
- (1985), «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales», en *Jano*, n.655, pp. 71-83.
- (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.
- y Martínez-Hernández (1993), *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre Antropología Social y la Medicina*, Eudema, Madrid.
- (1998), «De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del estado contemporáneo», en Greenwood, D. y Greenhouse C. (eds.) *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- (1999), «De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual», en *Actas de las II Jornadas*

- Aragonesas de Educación para la Salud*, Universidad de Zaragoza-Gobierno de Aragón, Zaragoza, pp. 49-64.
- (2006), *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*, Editorial Milenio, Lleida.
 - (2007_a), «Migraciones, vulnerabilidad y la crisis del modelo de atención primaria en España», en Esteban, M.L. *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Osalde, Bilbao.
 - (2007_b), «De Girón de Velasco a Lluç. La constitución del modelo anglo-cubano-falangista de Seguridad Social en España», en Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas García- Alejo, Rafael *Medicina, Ideología e Historia en España*, CSIC, Madrid, pp. 377-388.
 - (2007_c), «Locura, quejas y malestares: cultura, sociedad y salud mental en España», en *Trabajo social y salud*, vol. 56, pp. 69-110.
- Collignon, René (1978), «Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de fann-dakar», en *Psychopathologie africaine*, XIV, 2-3, pp. 133-324.
- Collomb, Henry (1977), «La mise à mort de la famille», en *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 20 (I), pp. 40-54.
- Comunitat Europea (2004), «Regolamento (CE) n. 2007/2004 del Consiglio, del 26 ottobre 2004, che istituisce un'Agenzia europea per la gestione della cooperazione operativa alle frontiere esterne degli Stati membri dell'Unione europea», en *Gazzetta Ufficiale* L 349 del 25.11.2004
- Consolo, Vincenzo y Nicolao Mario, (1999), *Il viaggio di Odisseo*, Bompiani, Milán.
- Cooper, John y Sartorius, Norman (1977), «Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization», en *The British Journal of Psychiatry*, n. 130, pp. 50-55.
- Cooper, Brian y Morgan, Howard (1973), *Epidemiological psychiatry*, Thomas, Springfield.
- Coppo, Piero (1994), *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Turín.
- (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Turín.
- Corina, Adela y Conill, Jesús (2005), «Ética, empresa y organizaciones sanitarias», en Simón, Pablo, *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, Triacastela, Madrid, pp. 15-39.
- Cornaglia-Ferraris, Paolo (2000), *Pigiarni e camiri. Cosa sta cambiando nella sanità italiana*, Laterza, Brescia.
- (2008), *La casta bianca. Viaggio nei mali della sanità*, Mondadori, Milán.
- Courtis, Corina y Santillán, Laura (2005), «Peruanos y coreanos: construcción de subjetividades inmigratorias desde la prensa», en *NayA*, www.naya.org.ar, Buenos Aires.
- Cousins, Norman (1979), *Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir*, Editorial Kairós, Barcelona.
- Cozzi, Donatella (2002), «La gestione dell'ambiguità: per una lettura antropologica della professione infermieristica», en *La Ricerca Folklorica*, "Genere, sessualità, gestione del corpo", n.46, pp.27-38.

- (2004), «“Specchio delle mie brame”: problema metodologici dello shadowing nei servizi socio-sanitari», en *La Ricerca Folklorica*, “Antropologia della salute: temi, problemi, ricerche”, n.50, pp.101-115.
- Crapanzano, Vincent (1994), «Réflexions sur une anthropologie des émotions», en *Terrain*, “Les émotions”, n.22, pp. 109-117.
- Culler Alexandre (1895), «Contribution à la Psychologie du Vagabondage. Un Vagabond qui se Range», en *Annales Médico-Psychologiques*, série 8me, tome deux, pp. 214-226.
- Dal Lago, Alessandro (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in un spcietà globale*, Feltrinelli, Milán.
- y Quadrelli, Emilio (2003), *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*, Feltrinelli, Milán.
- Danfort, Loring M. (1982), *The death ritual of rural Greece*, Princeton University Press, Princeton.
- Dante, Alighieri (1956), *La divina commedia*, SEI, Turín.
- Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero», en *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139.
- Del Giudice, Giovanna (1998), «La riforma psichiatrica in Italia», en *Meeting of Eastern Mediterranean Countries on Psychiatric Reform: “Towards a New Mental Health Strategy”*, Limassol 23-24 novembre 1998.
- De la Torre, Patricia (2002), «La política existencial de las mujeres: del movimiento feminista, al movimiento político en el Ecuador», en *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct.
- Del Puente, Giovanni y Pezzoni, Franca (2006), «Ataques de nervios: un confronto tra una paziente ecuatoriana ed una italiana», en *Problemi in Psichiatria*, n. 38, pp. 61-80.
- Delumeau, Jean (1989) *El miedo en Occidente*, Altea, Madrid.
- de Martino, Ernesto (1958), *Morte e pianto rituale nel mondo antico. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Boringhieri, Turín.
- (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milán.
- (2002), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Roma.
- Devereux, Georges (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
- (1985), *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Flammarion, Paris.
- Diamond, Jared (1998) *Armas, gérmenes y acero*, Editorial Debate, Madrid.
- Diez, N y Osorio Yolanda (1999), «Depresión, cultura y migración», en *Jano*, Vol. 56, pp. 64-67.
- Dickinson, Emily (1997), *Tutte le poesie*, Mondadori, Milán.
- Didion Joan (1979) *The white Album*, Pocket Book, New York
- DiGiacomo, Susan (1987), «Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick», en Baer, Hans A. (ed.), *Encounters with Biomedicine. Case studies in medical anthropology*, Gordon & Breach, Nueva York, pp. 315-346.

- Di Nola, Mario (2005), *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*, Newton&Compton editori, Roma
- Diputació de Barcelona (2001), *Atlas de recursos sobre immigració estrangera de la Província de Barcelona*, Diputació de Barcelona, Barcelona.
- Donal, Antoni y Vidal M. Àlvar (2000), «La Desmedicalització de l'homosexualitat: una simple qüestió de noms?», en Òscar Guasch i Andreu (ed.), *Sociologia de la sexualitat. Una aproximació a la diversitat saxual, Pòrtic*, Barcelona, 2000, pp.141-163.
- Ducci, Edda (2008), *L'uomo umano*, Anicia, Roma.
- Dupouy, Robert y Schiff, Paul (1923), «Sur l'Étiologie et les Caractères cliniques des Certains Fugues. Automatisme Ambulatoire et Ambulomanie Constitutionnelle», en *Annales Médico-Psychologiques* 12me série, tome deux, pp. 314-332, París.
- Durán, Antonio; Lara Juan y van Waveren, Michelle (2006), «Health systems in transition. Spain», en *Health systems review*, vol.8 (4), Vaida Bankauskaite, Copenaghen.
- Durkheim, Émile (1992), *Las formas elementales de la vida religiosa*, Akal, Madrid. España
- Eco, Umberto (1966), «Edwrđ T. Hall e la proessemica», en Hall, E. (1966), *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milán, pp. 5-11.
- (1977), *Come si fa una tesi di laurea*, Bompiani, Milán.
- El Kadaoui Moussaoui, Saïd (2007), «Uso y abuso del concepto de cultura en salud mental. Una exposición a partir de dos casos», en *Quaderns Atlántida*, n.1, Editorial Hacer.
- Espigao Javier (1982) *Migraciones exteriores*, Salvat Editores, Madrid.
- Espino Granado, Antonio (Cord), (1985), «La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromisos», en *Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para labReforma Psiquiátrica*, 14 Abril 1985, Toledo.
- Esteban, Mari Luz (2003), «El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud», en *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol 3(1), pp. 22-39-
- (2006), «El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista», en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(1), pp. 9-20, Enero-Abril.
- Evans, Gary; Wells, Nancy; Chan, Hoy-Yan y Saltzman, Heidi (2000). «Housing quality and mental health», en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), pp. 526-530.
- Fassin, Didier (1996), «Exlcusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et Amérique latine», en *Revue Française de Sociologie*, 27, p.37-75.
- (2006), «La biopolítica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia», en Quaranta, I. (ed.) *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina editore, Milán, pp.303-322.
- Fedele, Anna (2008), *El camino de María Magdalena*, RBA ediciones, Barcelona.

- Feixa, Carles (2005), «Jovenes latinos en Barcelona: espacio público y cultura urbana», en *Informe de investigación*, Ayuntamiento de Barcelona, CIMU.
- Fernández Juárez Gerardo (ed.), (2004), *Salud e interculturalidad en América Latina, perspectivas antropológicas*, Abya Yala, Quito
- Ferrero, Marc, (ed.) (2005) *El libro negro del colonialismo*, La Sfera, Madrid.
- Ferrio, Carlo, (ed.) (1997), *Trattato di Psichiatria Clinica e Forense*, Vol. 2, Utet, Turin.
- Figueras Josep, Mossialos Elias, McKee Martin y Sassi Franco (1994), «Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm?», en *International Journal of Health Sciences*, 5 (4), pp. 135-146.
- Fischman, Josh (2006), «Cervello on/off. Psicochirurgia», en *D. La Repubblica delle Donne*, 18 marzo, 2006, pp. 102-107.
- Foucault, Michel (1966), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo veintiuno editores.
- (1998), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milán.
- (2005), *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid.
- Foville, Achille (1875), «Les Aliénés Voyageurs ou Migrateurs», en *Annales Médico-Psychologiques*, 5me série, tome quatorze, pp. 5-45, Paris.
- Frank, Arthur W. (1991), *At the will of the body. Reflections on Illness*, Houghton Mifflin Company, Nueva York.
- Frattoni, Franco (2006), «La nostra immigrazione», en *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema di salute*, en *Immigrati e Assistenza sanitaria*, Anno V, n.18, pp. 3-7.
- Gaio, Carlos (1987), «El fútbol, fuera de ley», en *El País*, 26 de junio.
- Gallardo, Àngels (2006), «Los inmigrantes no saturan los servicios sanitarios», en *El Periódico*, domingo, 25 de junio 2006.
- Gambaro, Fabio (2006), «La trasparenza del bene», en *D. La Repubblica delle Donne*, 8 aprile, 2006, pp. 71-78.
- García Segura, Caterina (1995), «La dimensión mediterránea de la proyección externa de Catalunya: el Arco Latino», en *Papers*, 46, pp. 43-56.
- Gautham Meenakshi; Singh Rajesh; Weiss Helen; Brugha Ruairi; Patel Vikram; Desai Nimesh; Nandan Deoki; Kielmann Karina y Grosskurth Heiner (2006), «Socio-cultural, psychosexual and biomedical factors associated with genital symptoms experienced by men in rural India», en *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13(3), pp. 384-95.
- Geraci, Salvatore; Martinelli, Barbara; Olivani, Pierfranco (2003), «Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale» en *Todisco, Annalisa; Gini, Gianpaolo; Volpini, Maria Paola (eds), Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, pp. 127-140, Istituto Affaroi Sociali, Roma.
- Geza-Roheim (1959), *Magia y esquizofrenia*, Paidós, Buenos Aires.
- Giarelli, Guido (2006), «Un paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale», en *Salute e Società. Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano*, Anno V – Supplemento al n.1, FrancoAngeli, pp. 41-49.

- Glazovsky, Nikita y Shestakov, Alexander (1995) «Environmental migrations caused by desertification in Central Asia and Russia», en *Desertification and Migrations*, Geoforma Ed., Logroño.
- Goffman, Irving (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goldstein, Jan (1985), «The wandering Jew and the problem of psychiatric anti-Semitism in fin-de-siècle France», en *Journal of contemporary history*, n. 20: 4, October.
- Gondar, Marcial (1991), *Mulleres de mortos: cara a unha antropoloxía da muller galega*, Edicións Xerais de Galicia, Vigo.
- y González, Emilio (eds.), (1992), *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría Galega*, Laidvento, Santiago de Compostela.
- González, Emilio; Comelles, Josep (comp.), (2000), *Psiquiatría Transcultural*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- González, Héctor y Pérez, Marino (2007), *La invención de trastornos mentales*, Alizanza, Madrid.
- Good, Byron (2003), *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Bellaterra, Barcelona.
- Gourevitch, Mark. (1996), «L'Evolution Psychiatrique», en *Pathologie of travel*, tome 61, fascicule 3, p. 569, Juillet – Septembre, Paris.
- (1977b), *Política y Sociedad*, Península, Barcelona.
- Gramsci, Antonio (1997a), *Le opere*, Riutini, Roma.
- Graziano, Cetara (2008), «Venti di guerra fra le gang», 22 gennaio 2008, *Il Secolo XIX*.
- Greenwood, Davydd y Greenhouse, Carol (eds.), (1998), *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*, edición española a cargo de Velasco Honorio y Prieto Jesús, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Guarnaccia, Peter; Canino Glorisa; Rubio-Stipek, Maritza y Bravo Milagros (1993), «The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology», en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 181(3), pp. 157-165.
- ; Lewis-Fernández, Roberto; Rivera, Melissa (2003), «Toward a Puerto Rican popular nosology: nervios and ataque de nervios», en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27, pp. 339–366.
- ; Martínez, Igda; Ramírez, Rafael y Canino, Glorisa (2005), «Are Ataques de Nervios in puerto rican children associated with psychiatric disorder?», en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 44 (11), pp. 1184-1192.
- Guasch, Óscar (2002), *Observación participante*, Centro de investigacione sociológicas, Madrid.
- Guber, Rosana (2004), *El Selvaje metropolitano. Reconstrucción de conociemitno social en el trabajo de campo*, Paidós, Buenos Aires.
- Guerci, Antonio (ed.) (1996) *Abstracts from 3rd European Colloquium on Ethnopharmacology / 1st International conference of Anthropology and History of Health and Disease*, en *Société Européenne d'Ethnopharmacologie*

- Strasbourg (France)/ Dipartimento di Scienze Antropologiche Università di Genova (Italia), Erga Edizioni, Génova.
- (ed.) (1997) *Guarire ieri e oggi. Domani?/Healing, Yesterday and Today. Tomorrow?* (Proceedings of the) 1st International Conference of Anthropology and History of Health and Disease / 3rd European Colloquium on Ethnopharmacology, Génova 29-2 de junio, CD-ROM, Erga multimedia, Génova.
 - (ed.), (2002) *Vivere la vecchiaia: l'Occidente e la modernizzazione*, Erga, Génova.
 - (2005), «Salute, diversità culturale, globalizzazione e multinazionali dei farmaci», Conferencia tenuta el 5 de noviembre 2005 a Génova. Material audio.
- Hacking, Ian (1998), *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Carocci, Urbino.
- (2001), *¿La construcción social de qué?*, Paidós Ibérica, Barcelona.
- Haddad, A. Gerard (1995) *Freud en Italie. Psychanalyse du Voyage*, Hachette Littératures, Paris.
- Hadji, Charles (1995), *La valutazione delle azioni educative*, La Scuola, Brescia.
- Hall, Edward (1966), *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milán
- Heidegger, Martin (1927), *Essere e tempo*, Longanesi & C., Milán.
- (1959), *L'abbandono*, Il Melangolo, Génova.
 - (1995), *Lettera sull'umanesimo*, Adelphi, Milán.
- Hughes, Robert (2004), *Barcelona. Duemila anni di arte, cultura e autonomia*, Mondadori, Milán.
- Hurtado García, Inma (2005), «De inmigrantes y extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales», en *Actas del X Congreso de Antropología*, Sevilla.
- (2007) «Planteamientos hegemónicos y usos sociales de los servicios hospitalarios de urgencias», en *Agathos*, 7(2), pp. 36-41.
- ICD - 10, *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*, Ed. It., (1992), a cura di D. Editin, M. Maj, F. Catalano, S. Lobracc, L. Magliano, Masson, Milán.
- Jefatura del Estado (1969), «Ley 118/1969, de 30 de diciembre, sobre igualdad de derechos sociales de los trabajadores de la comunidad iberoamericana y filipina empleados en el territorio nacional», en *BOE*, n.313 de 31 de diciembre, 1969, pp. 20501-20502.
- Jodorowsky, Alejandro (1995), *Psicomagia. Una terapia panica*, Feltrinelli, Milán.
- Jokisch, Brad, Kyle, David (2005), «Transformations in Ecuadorian transnational migration 1993-2003», Gioconda Herrera, Maria Crisitina Carillo y Alicia Torres (eds), *Ecuadorian Migration: transnationalism, networks and identities*, FLACSO, Quito, Ecuador, pp. 57-70
- Jung, Carl Gustav (1980) *L'uomo e i suoi simboli*, Biblioteca del pensiero moderno, Milán.
- Kleinmann, Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press Berkeley.

- (1995), *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*, University of California Press, Berkeley.
- Kottak Conrad, Philip (2000) *Anthropology the exploration of human diversity*, 6th Edition McGraw-Hill, Inc.
- Langer Susanne (1975) *Sentimento e forma*, Feltrinelli, Milán
- Lagomarsino, Francesca y Torre, Andrea (eds), (2007), *El éxodo ecuatoriano a Europa. Jóvenes y familiares migrantes entre discriminación y nuevos espacios de ciudadanía*, Abaya-Yala, Quito.
- Leighton, Michelle y Notini, Jessica (1995), *Preliminary report on desertification and migration: case studies and evaluation*, Natural Heritage Institute, San Francisco
- Leed, Eric (1992), *La Mente del Viaggiatore. Dall'Odissea al turismo globale*, Il Mulino, Bolonia.
- (1991), *La Terra di nessuno*, Il Mulino, Bolonia.
- Legge 9 gennaio 2006, n. 7, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, *Gazzetta Ufficiale* n. 14 del 18 gennaio 2006.
- Lelleri, Raffaele (2002), «Immigranti, salute, sanità. Seconda parte: punti di vista e offerta di servizi», en *Osservatorio delle migrazioni*, Centro stampa delle provincia di Bolonia.
- Leopardi, Giacomo (1979), «L'Infinito», en Pazzaglia, M. *Letteratura italiana: testi e critica con lineamenti di storia letteraria*, vol. 3, Zanichelli, Bolonia
- Lévi-Strauss, Claude (1958), *Anthropologie structurale*, Plon, París.
- Lewis-Fernandez, Roberti y Kleinman, Arthur (1995), «Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues», en *Psychiatr Clin North Am*; 18, pp. 433-48.
- Liebowitz Micheal; Salman, Ester; Jusino, Concepción y Otros (1994), «Ataque de nervios and panic disorder», en *The American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 871-875.
- Lis, Quiben (1980), *La medicina popular en Galicia*, Akal, Madrid.
- Lo, Masse y Mamaty, Isabelle (1995), «Desertification et migration. Le cas de la région de Tambacounda (Sénégal)», en *Desertification and Migrations*, Geoforma Ed., Logroño, pp 115-124 .
- López García Sara (2007), «La etnografía sobre la propia profesión. De la enfermería a la antropología», *VII Coloquio REDAM. "Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente"*, Tarragona, 5-6 de junio.
- Lopez, Steven y Guarnaccia, Peter (2000), «Culture Psychopathology: uncovering the social world of mental illness», en *Annual Review of Psychology* 51: 571-598.
- Losi, Natale (ed.), (2000), *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milán.
- Lucas, Uliano (2001), *Immagini della follia tra memoria e progetto*, T-scrivo, Roma.
- Lucas, Rodney y Barrett, Robert (1995), «Culture and psychopathology: primitivist themes in cross-cultural debate», en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19 (3), pp. 287-326.

- Luna, Lola (2004), «Exclusión e inclusión de las mujeres en el caso Latinoamericano», en *Mujeres en red*, <http://www.nodo50.org/mujeresred/politica-igl.html>.
- Lurbe i Puerto, Kàtia (2003), «L'atenció sanitària de la població immigrant extracomunitària a Catalunya: entre l'Estat y el sector voluntari», en *Revista Catalana de Sociologia*, 19, pp.99-117.
- (2005), «*La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris*», Tesis doctoral, dirigida por la Dra. Carlota Solé Puig (UAB) y el Dr. Didier Fassin (EHESS)
- Lutz, Catherine (1986), «Emotion, Thought, and Estrangement: Emotion as a Cultural Category», en *Cultural Anthropology*, 1 (3), pp. 287-309.
- y White, Geoffrey (1986), «The anthropology of emotions», en *Annual Review of Anthropology*, 15: 405-436.
- (1988) *Unnatural emotions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Magrini, Tullia (1998), «Le donne e il “lavoro del dolore” nel mondo cristiano euromediterraneo», en *Music & Anthropology* 3.
- Mapelli, Vittorio (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bolonia.
- Maragall, Joan (1981), *Antologia poètica*, Edicions 62, Barcelona.
- Marengo, Mafalda y Praussello, Franco (1996), *Economia dell'istruzione e del capitale umano*, Laterza, Florencia.
- Margolin, Arthur; Kleber, Herbert; Avants Kelly y otro (2002), «Acupunture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial», en *JAMA*, jan 2; 287 (1), pp. 55-63.
- Martín Carrasco, Manuel (2000), «La psiquiatría en España en el siglo XIX y los centros fundados por Benito Menni», en *Informaciones Psiquiátricas*, N.159, pp. 5-16.
- Martínez, Hernáez Ángel (1996), «Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de "los nervios"», en *Antropología. Revista de Pensamiento Antropológico y Estudios Etnográficos*, 12, pp. 53-74
- (1998), «L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica», en *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 5-6, pp. 7-37, Ottobre.
- ; Orobítg, Gema y Comelles Josep (2000), «Antropología y psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad», en González E. y Comelles, J. (eds). *Psiquiatría Transcultural*, Madrid, pp. 117-246.
- (2003), «La etnopsiquiatría y los culture-bound syndromes: reflexiones sobre el síndrome de Dhat», en Anrubia E. (ed.) *Cartografía cultural de la enfermedad: ensayos desde las ciencias humanas y sociales*, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, pp. 164-184.
- (2006) «Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural», en *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), pp. 2269-2280, nov, 2006.
- Matiana González, Silva (2008), «¿Qué hay después del “futuro”? La retórica de la genética humana tras el fin del PGH», ponencia en la jornada sobre *Ciencia, poder e ideología: Usos sociales de la genética y la salud pública en el siglo XX*, Residència d'Investigadors, Barcelona, 5 de marzo de 2008.

- Mckeown, Thomas (1980) *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Editorial Crítica, Barcelona.
- Medicos sin Fronteras - MsF - (2005), «Mejora en el acceso a los servicios públicos de salud de los inmigrantes indocumentados en el área sanitaria 11 de la comunidad de Madrid», en http://www.msf.es/images/InformeMadrid_tcm3-6019.pdf [consulta el 15 de febrero, 2008]
- Mellina, Chiara (2003), «Il diritto alla salute delle popolazione migrante: aspetti normativi, accesso e fruibilità dei servizi», en Todisco, Annalisa; Gini, Gianpaolo; Volpini, Maria Paola (eds), *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, pp. 227-230, Istituto Affaroi Sociali, Roma.
- Meñaca, Arantza (2004), «Salud y Migración. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar», en Fernández Juárez Gerardo (ed.), (2004), *Salud e interculturalidad en América Latina, perspectivas antropológicas*, Abya Yala, Quito, pp. 53-64.
- (2007), «Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura», en Esteban, Mari Luz, *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Osalde, Bilbao.
- Menéndez, Eduardo (1978), «El modelo médico y la salud de los trabajadores», en Basaglia F. y otros (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Nueva Imagen, México, pp.11-53.
- (1985), «El modelo medico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos», en *Desarrollo Económico. Revista de ciencias sociales*, v.24, (96), pp. 593-604.
 - (1988), *Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en américa latina*, Ciesas, D.F.
 - (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, D.F.
 - (1994), «La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?», en *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.
 - y Di Pardo, Renée (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Ciesas, D.F.
 - (1998), «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes», en *Estudios sociológicos*, n. 46, pp. 37-67.
 - (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Bellaterra, Barcelona.
 - (2005), «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos», en *Revista de Antropología Social* 33 (14), pp. 33-69.
- Miguel, Jesús de. (1976), *La reforma sanitaria en España*, Editorial Cambio, Madrid.
- (1979), *La sociedad enferma. Las bases sociales de la política sanitaria española*, Akal, Madrid.
- Ministerio de la Sanidad y Consumo (1985), *Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica*, en Ministerio de la Sanidad y Consumo, secretaria general técnica, Madrid.

- (2007), *Estrategía en salud mental del Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de la Sanidad y Consumo, Madrid.
- Ministerio de Trabajo (1974), «Decreto 2065/1974, de 30 mayo, por lo que se aprueba el texto refundido de la ley general de la seguridad social», en *BOE* n173 de 20/7/1974
- Ministero della Salute, Circolare del 24 marzo 2000, n. 5 Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di asistencia sanitaria, en *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 1/6/2000.
- (2003), *Piano sanitario nazionale 2003-2005*.
- (2006), *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.
- (2007) «Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile» (D.M. 6 settembre 2006), *Rapporto al Ministro della Salute*, Roma, 9 marzo 2007.
- Mogge, Winfried (1999), *I Wandervögel: una generazione perduta*, Socrates, Roma.
- Molteni, Massimo (s.f.), «Indagine sulla prevalenza dei disturbi mentali in un campione di preadolescenti» <http://www.giulemanidaibambini.it/doc/prisma.pdf> [consulta el 2 de marzo, 2009]
- Montalbán Vázquez, Manuel (1991), *Il centravanti è stato assassinato verso sera*, Feltrinelli, Milán.
- Montecino, Sonia (2003), «Arquetipos chilenos de femineidad», entrevista de Rosario Mena, <http://www.nuestro.cl/notas/rescate/mujeres1.htm> [consulta el 2 de enero, 2009]
- Moragas, Miquel (2008), *La Olimpiada Cultural de Barcelona en 1992: Luces y sombras. Lecciones para el futuro*, en http://olympicstudies.uab.es/pdf/wp049_spa.pdf Centre d'Estudis Olímpics UAB, Barcelona [consulta el 15 de febrero, 2009].
- Moreno, Egas Jorge (2006), «Feminización del fenómeno migratorio ecuatoriano», en *Historia Actual online*, n.11, pp. 121-132, <http://www.historia-actual.com/hao/Volumes/Volume1/Issue11/eng/v1i11c11.pdf>. [consulta el 3 de septiembre, 2007].
- Moreno, Francisco (2004), *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrantes en Europa*, Consejo Económico y Social, Madrid.
- Murphy, Robert (1990), *The Body Silent.*, Norton, Nueva York.
- Napolitano, Valentina (2007), «Of migrant revelation and anthropological awakening», en *Social Anthropology* 15(1), pp. 71-87.
- Nathan, Tobie (1996a), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Turín.
- (1996b), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Turín
- (1998), *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Colibrì, Milán.
- ; Lewertowski, Catherine (2001), *Curare. Il virus e il feticcio*, CLUEB, Bolonia.
- Nautilus, (2008) «Intervista con Giurgio Antonucci "trattamenti psichiatrici e libertà"» en *Catalogo Nautilus XX lege sotto*, n 9, p.-47-51
- Obiols, Joan (1978), «Drogas, culturas y subcultura», en *Jano*, 310, pp.18-24.

- (1981), «Factores étnico-culturales en psicopatología», en *Revista del Departamento de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 8, pp. 96-103.
 - (1988), «Antropologia e psichiatria Alcuni aspetti epistemologici e metodologici», en *La Ricerca folcklorica, "L'etnopsichiatria"*, n. 17, pp. 7-11.
- Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans - OSPDH - (2007), *Barcelona i els drets socials dels estrangers. Informe sobre l'exercici dels drets a l'educació dels menors estrangers a l'escola primària i a l'assistència sanitària dels estrangers residents a la ciutat de Barcelona*, Grafime, Barcelona.
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD - (2008), Health Division, en <http://www.ecosante.fr/OCDEENG/11.html>, [consulta el 26 de enero, 2008].
- Organización Mundial de Salud - OMS - (1948), «Preamble. Constitution of the World Health Organization», en *World Health Organization*, Genève.
- (1978), «Primary health care», en *World Health Organization*, Genève.
 - (1995), «Guidelines for clinical research on acupuncture», en *World Health Organization*, Regional Office for the Western Pacific, Genève.
 - (2002), «Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005», en *World Health Organization*, Genève.
- Oliva, Laura y León, Dinorah (2007), «La emigración del adulto como factor de riesgo en el autoestima de los adolescentes», en *Enseñanza e investigación en psicología*, vol 12(2), pp. 359-366.
- Oquendo, Maria; Horwath, Ewaldnd y Martínez, Abigail (1992), «Ataques de nervios: proposed diagnostic criteria for a culture specific síndrome», en *Culture, Medical and Psychiatry* 16, pp. 367-376.
- (1994), «Differential diagnosis of ataque de nervios», en *American Orthopsychiatric Association*, 65(1), pp. 60-65.
- Ortigue, Marie-Cécile y Ortigue, Edmond (1966), *Oedipe africain*, Plon, París.
- Pacukaj, Paolo (2006), «Per donare il sangue troppe regole», en *La Repubblica*, domenica 12 febbraio, 2006.
- Paiewonsky, Dense (s.f.), «Feminización de la migración», en *United Nation INSTRAW*, pp. 43-54, disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actrav/publ/129/7.pdf>.
- Pancheri Paolo (1999), «Volontà, attività e psicomotricità», en Pancheri P. y Cassano G. (eds.) *Trattato italiano di psichiatria, seconda edizione*, vol. I, II, III, Masson, Milán.
- Pandolfi, Claudia (1988), «Il lui manque d'avoir commue la folie», en en *La Ricerca folcklorica, "L'etnopsichiatria"*, n. 17, pp. 67-74.
- Pavlik, Valory; Hyman David; Wendt, Juliet y Orengo, Claudia (2004), «Association of a culturally defined síndrome (nervios) with chest pain and DSM-IV affective disorders in Hispanic patients referred for cardiac stress testing», en *Ethnicity & Disease*, 14, pp. 505-514,
- Pedone, Claudia (2001), «La inmigración extracomunitaria y los medios de comunicación: la inmigración ecuatoriana en la prensa española», en *Scripta nova*, revista electrónica de geografía y ciencias sociales, n.94 (43).

- (2003), «Las relaciones de género en los grupos domésticos ecuatorianos dentro del contexto migratorio internacional hacia España», *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, n. 56, pp. 79-106.
- (2004), «Relaciones de género en las cadenas familiares ecuatorianas en un contexto migratorio internacional», en *Atti del Convegno Internazionale I Latinos alla scoperta dell'Europa*, en *Nuove migrazioni e spazi della cittadinanza*, Genova, 17 giugno.
- Peloso, Paolo Francesco (2004), «Psychiatric in Genoa», en *History of Psychiatric* 15(1), pp. 27-43
- Peneff, Jean (1992), *L'hôpital en urgente. Etude por observation participante*, Métaillé, Paris.
- Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M., comps, (2000), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- Pescatello, Ann (Eds.), (1973), *Female and male in Latin American Essays*, University of Pittsburger press, London.
- Pinkola, Clarissa (1993), *Donne che corrono coi lupi*, Frasinelli, Turín.
- Pizza, Giovanni (2005), «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona», en *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 15-32.
- Pitré, Giovanni (1896), *Medicina Popolare Siciliana*, Clausen, Turín y Palermo.
- Plon, Micheal (2005), «L'infanzia di qui e d'altrove. Aspetti della cura psicoanalitica con bambini immigrati», en Beneduce, R. y Roudinesco E. (eds.), *Antropologia della cura*, pp. 324-342.
- Portes, Alejandro (1995), *The economic sociology of immigration*, Russel Sage Foundation, Nueva York.
- Porzio, Laura (2008), «Cos, biografia i cultures juvenils els estudis de cas dels skinheads i dels latin kings & queens a Catalunya» tesis doctoral, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili.
- Pribilsky, Jason (2001), «Nervios and "modern childhood": migration and changing context of child life in the Ecuadorian Andes», en *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 8 (2), pp. 251-273.
- Prince, Raymond (1995), «The central intelligence agency and the origins of transcultural psychiatry at McGill University», en *Annals of the Royal College of Physician and Surgeons of Canada*, 28, pp. 407-413.
- Provincia di Genova (1980), *I santuari della follia - Le istituzioni manicomiali genovesi dall' '800 ad oggi*, Provincia di Genova, Génova.
- Puce, Adriano (1988), «Il Male di S. Donato nel Salento, Contributo Psicologico Sociale», en *La Rivista Folklorica, "L'Etnopsichiatria"*, n. 17, pp. 43-59.
- Puigdefábregas, Juan y Mendizábal, Teresa (1995) (eds.) *Desertification and Migrations*, Geoforma, Logroño.
- Pussetti, Chiara (2005), «Vento, tempesta e incendio: i pericoli della perdita del controllo (Archipelago dei bijagó, Guinea Bissau)», en *Annuario di Antropologia, "Emozioni"*, 5(6), pp. 71-92, Maltemi, Roma.

- Queirolo Palamas y Torre, Andrea (eds) (2005), *Il fantasma delle bande. Genova e i Latini*, Fratelli Frilli Editori, Génova.
- (2006), «Il fantasma delle bande e la costruzione sociale della paura. Una ricerca etnografica sui giovani latini fra Genova e Barcellona», en <http://www.sociol.unimi.it>, [consultado el 4 de febrero, 2008]
- Raimondi, Remigio (2003), Entrevista audio, en Bassi, Bruno; Bassi Dora; Biagini, Giselda; Cappè, Lorenzo; D'Antongiovanni, Silvia y Pasquali, Alessandro (2004), *Storia dell'antipsichiatria*, documental independiente elaborado por el Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale, Italia, 57".
- Rebhun, Linda (1993), «Nerves and Emotional Play in Northeast Brazil», en *Medical Anthropology Quarterly* 7 (2), pp. 131-151.
- Redondo, Juan (1998), «La otra cara de la inmigración. El pueblo de Totana respaldó ayer a los ecuatorianos amenizados de expulsión», *El Mundo*, 18 de Agosto.
- Redko, Cristina (2003), «Religious construction of a first episode of psychosis in urban Brazil», en *Transcult Psychiatry*, 40(4), pp. 507-30.
- Rich, Micheal (2000a), «Asthma in life context: Video Intervention/Prevention Assessment (VIA)», en *Pediatric* 105(3), pp. 469-477.
- ; Taylor, S.; Chalfen, R. (2000b), «Illness as a Social Construct: Understanding what asthma means to the patient to better treat the disease», en *Journal on quality improvement* vol 26 (5), pp. 244-253.
- Risso, Michele y Böker, Wolfgang (2000), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, Liguori, Nápoles.
- Rius Sant, Xavier (2007), *El libro de la inmigración en España*, Almuzara, Córdoba.
- Roca i Sebastià, Francesc (1999), «¿Es la psiquiatría una ciencia?», en *Rev.Asoc.Española Neuropsiquiatria*, vol. XIX, n.72, pp.609-617
- Rocchi, Giovanna (2008), «The inspection process: la selezione degli emigrati a Ellis Island», en VV.AA. (2008), *Lamerica! Da Genova a Ellis Island. Il viaggio per mare negli anni dell'emigrazione italiana*, SAGEP, Genova, pp.108-121.
- Rodríguez Josep.; De Miguel Jesús (1990), *Poder y salud*, Cis, Madrid.
- Romani, Oriol (1982), «Droga i subculture: una historia cultural del "haix" a Barcelona (1960-1980)», Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona.
- Rosenhan, David (1973). «On being sane in insane places», en *Science*, 179, pp. 250-258
- Saba, Umberto (1961), *Il canzoniere (1900-1954)*, Einaudi, Turín.
- Sadock, Benjamín; Kaplan, Harold; Sadock, Virginia (2005), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Sáez Buenaventura, Carmen, (Comp.), (1979), *Mujer, Locura y Feminismo*, Dedalo, Madrid.
- (1988), *Sobre mujer y salud mental*, laSal, Barcelona.
- Sanahuja, Ramón y Rendón, Glòria (2008), «Immigració i reagrupament familiar: característiques demogràfiques i socials dels sol·licitants de reagrupament a la ciutat de Barcelona», *Jornades "Els reptes del reagrupament familiar en l'àmbit local"*, 9 d'octubre de 2008, Ajuntament de Barcelona, Barcelona.

- Sanz Abad, Jesús (2009), «Entre cumplir y hacer cosas. Estrategias económicas y simbolismo en el uso de las remesas de la migración ecuatoriana en España», tesis doctoral, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili.
- Sartini, Marina; Cremonesi, Paolo; Tamango, R.; Cristina, M.L.; Orlando, P. y SIMEU Group, (2007), «Quality in Emergency Departments: a study on 3,285,440 admissions», en *J Prev Med Hyg*, 48(1), pp.17-23.
- Sartre, Jean-Paul (1947), *La nause*, Mondadori, Milán.
- Sayad Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina Raffaello, Milán.
- Scheper-Huges, Nancy (1997), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona.
- Schreber, Daniel Paul (1986), *Memorias de un neuópata: legado de un enfermo de los nervios*, Argot, Barcelona.
- Sclavi, Marinella (2003), *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Le Vespe, Milán.
- Seligman, Rebecca (2005), «From affliction to affirmation: narrative transformation and the therapeutics of Candomblé mediumship», en *Transcultural Psychiatry*, 42 (2), pp. 272-94.
- Semelaigne, René (1894), «Automatisme Ambulatoire», en *Annales Médico-Psychologiques*, série 7me, tome 19, pp. 71-87, Paris.
- Servei Català de la Salut (s.f.), «El model sanitari català», en Cat Salut, <http://www10.gencat.net/catsalut/esp/index.htm>
- Seuba Torreblanca, Joan Carles (2005), «Consentimiento informado en sedaciones. Breves consideraciones sobre el "caso leganés"», en *InDret revista para la analisis del derecho*, 278, pp. 1-7.
- Simón, Pablo (ed.), (2005). *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, Triacastela, Madrid.
- Solomon, Robert (1977), «Emotions and Anthropology: The Logic of Emotional World Views», en *Inquiry* (21), pp. 181-199.
- Sontag, Susan (1989), *La enfermedad y sus metáforas*, Muchnik Editors, Barcelona.
- Speich, Marina (---), «Mi sono operata al cervello per vincere la depressione (ed essere felice)», en *Grazia*, pp.103-104
- Stein, Edith (1995), *Sobre el problema de la empatía*, Universidad Iberoamericana, Lomas de Santa Fe.
- Stella, Gian Antonio (2007), *L'orda. Quando gli albanesi eravamo noi*, Rizzoli, Milán.
- Stevens, Evelyn (1973), «Marianismo: The other Face of Machismo in Latin America», en Pescatello, A., (ed.), *Female and male in Latin American Essays*, University of Pittsburger press, Londres.
- Storper-Perez, Danielle (1973), *La folie colonisée*, François Maspéro, París.
- Strinati, Claudio (1995), «Una donna in attesa delle nozze», en VV.AA. *Tiziano*, Electra, Milano, pp. 17-19.
- Sudnow, David (1971.) *La organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo.

- Sumathipala, Athula; Siribaddana, Sisira y Bhugra, Dinesh (2004), «Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome», en *British Journal of Psychiatry*, 184, pp. 200-209.
- Szasz, Thomas (1990), «Deistituzionalizazione, l'ultimo capriccio della psichiatria», en Szasz, T. *L'incapace. Lo specchio morale del conformismo*, Spirali, Florencia.
- (2003), «Libertarian Principles and Psychiatric Practices: Are They Compatible?», conferencia del 25 de septiembre, 2003, registrada por The Cato Institute, Washington, DC. Trad. ita. Tristano Aimone: «Principi libertari e prassi psichiatrica».
- Taboada, Jorge Fernando (2004), «La situazione economica sociale dei paesi dell'america latina», en Vento, Salvatore (ed) (2004), *I Latinoamericani a Genova*, De Ferrari, Génova, pp.60-101.
- Tarrius, Alain (1995), «Spazi "circolatori" e spazi urbani. Differenza tra i gruppi migranti», en *Studi Emigrazione*, Roma, XXXII, n. 118 pp. 247-261.
- Tissie, Philippe (1887), *Les aliénés voyageurs. Essai medico-psychologique*, Octave doin, Editour, Paris.
- Todisco, Annalisa; Gini, Gianpaolo; Volpini, Maria Paola (eds), (2003), *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, Istituto Affaroi Sociali, Roma.
- Torta, Ricardo (ed.) (2005), *Prontuario dei farmaci per il sistema nervoso centrale*, Centro Scientifico Editoriale, Turín.
- Tosal, Beatriz; Brigidì, Serena.; Hurtado, Inmaculada (2007), «Antropólogas en bata blanca», en *VII Coloquio REDAM Etnografías y técnicas cualitativas en investigaciones sociosanitarias*, 5-6 de junio, 2007, Tarragona.
- Trujols, Albet Joan (2008), «Evaluación de las intervenciones sobre el consumo de alcohol en la atención primaria o factores predictores de la respuesta en enfermos admitidos para tratamiento del alcoholismo», Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Barcelona.
- Tseng Wen-Shing (2001), *Handbook of cultural psychiatry*, Academic Press, San Diego.
- Tsemberis, Sam y Stenfaccic, Ana (2000), «The role of an espiritista in the treatment of a homeless, mentally ill hispanic man. Psychiatric services», en *American journal of public health*, 51, pp.1572-1574
- Van Gennep, Arnold (1969), *Les rites de passage*, Mouton, Paris.
- Vento, Salvatore (ed) (2004), *I Latinoamericani a Genova*, De Ferrari, Génova
- (2004), «Il lavoro dei latinoamericani nel mutamento sociale della città», en Vento, Salvatore (ed) (2004), *I Latinoamericani a Genova*, De Ferrari, Génova, pp. 13-59.
- Vianello Renzo (1999) *Difficoltà di apprendimento, situazioni di handicap, integrazione*, Edizioni Junior, Bergamo.
- Virgilio Antonio; Defilippi, Loris; Moschochoritis Kostantinos y Ravinetto Raffaella (2007), «Right to health care for vulnerable migrants», en *Lancet*, vol. 370 (8), pp. 827-828.
- Villanueva, M., Moreno, A., Dubiel, M. et all. (2007), «Creencias populares sobre "alboroto de lombrices" en la población de San Juan Sacatepéquez»,

- Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina, curso de Antropología Médica, estudio no publicado.
- Vivancos, Eduardo (1992), «Los Otros Juegos Olímpicos de Barcelona», en *Flama* <http://www.nodo50.org/esperanto/artik33es.htm> (consulta el 5 julio, 2008).
- VV.AA. (1995a), *Hacia un mar común*, Conferència Mediterrània Alternativa, Icaria-Antrazyt, Barcelona.
- VV.AA. (1995b) *Desertification and Migration*, J. Puigdefàbregas & T. Mendizábal, Geoforma Ediciones, Logroño.
- VV.AA. (1995c), *Tiziano*, Electra, Milán.
- VV.AA. (1998) «El acceso a la vivienda. Cuadernos de información para los inmigrantes extranjeros», Deputació de Barcelona, Barcelona.
- VV.AA. (2000) *Emigració i immigració*, Deputació de Barcelona, Àrea de Cultura, Xarxa de Biblioteques, Barcelona.
- VV.AA. (2004a), *Barcelona marca registrada. Un modelo para desarmar*, Virus Editorial Barcelona
- VV.AA. (2004b) *La otra cara del Forum de las Culturas S.A.*, Edicions Bellaterra, Barcelona.
- VV.AA. (2005), *De viaje con Renzo Pianto*, Phaidon, Londres.
- VV.AA. (2007), «Familia y soceidad en el contexto migratorio», en *Quaderns Atlántida*, n.1, Editorial Hacer, Barcelona.
- VV.AA. (2008), *Lamerica! Da Genova a Ellis Island. Il viaggio per mare negli anni dell'emigrazione italiana*, SAGEP, Genova.
- Wahl, 1903), «Trois Observations de Dégénéérés Migrateurs», en *Annales Médico-Psychologiques*, série 8me, tome 18, pp. 425-436, Paris.
- Whitman, Walt (1996) *O Capitano! Mio Capitano!*, Mondatori, Milán.
- Walker Sheila (1990), «Everyday and Esoteric Reality in the Afro-Brazilian Candomble», en *History of Religions*, vol. 30 (2), pp. 103-128.
- Zampleni, Andas (1966), «La dimension thérapeutique du culte des rab», en *Psychopatologie Africaine*, II (3), pp. 295-135.
- Zanda, Tullio (2004), «La cronaca dell'anno attraverso i quotidiani», en ISMU, "nono rapporto sulle migrazioni 2003", Franco Angeli, Milán.
- Ziegler, Jean (1976), *Los vivos y la muerte*, Editorial Siglo XXI, México.

Filmografía

- Almodóvar, Pedro (1987), *Mujeres al borde de un ataque de nervios*, España-Francia, 88''.
- (2006), *Volver*, España, 110''.
- Armendáriz, Montxo (1990), *Las cartas de Alou*, España, 92''.
- Bassi, Bruno; Bassi Dora; Biagini, Giselda; Cappè, Lorenzo; D'Antongiovanni, Silvia y Pasquali, Alessandro (2004), *Storia dell'antipsichiatria*, documental independiente elaborado por el Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale, Italia, 57''.
- Benton, Robert (1979), *Kramer vs. Kramer*, EE.UU., 100''.
- Crialesse Emanuele, *Nuovo Mondo*, Italia, 118''.
- Fuller, Samuel (1966), *Corredor sin retorno*, EE.UU., 101''.
- Gutiérrez, Chus (2002), *Poniente*, España., 96''.
- Hernández, Paula (2002), *Herencia*, Argentina, 94''.
- Mingozzi, Gian Franco (1962), *La Taranta*, Italia, 20''.
- Montaldo, Giuliano (1971), *Sacco e Vanzetti*, Italia, 121''.
- Murphy, Ryan (2006), *Recortes de mi vida*, EE.UU., 116''.
- Navarino, Emilio y Mezzabotta Roberto (s.f.), *Giusto Dottore*, documental independiente elaborado por el Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale y Azimuth Studios, Italia, 63''.
- Nucci, Alex (2007), *Stagionali sfruttati nel meridione: il video-denuncia di Medici senza frontiere*, Italia, Medici Senza Frontiere, 10'56''.
- Petter Naess (2001), *Elling*, Noruega, 90''.
- Schumacher, Joel (1998), *Veronica Guerin*, Irlanda y Reino Unido, 98''.
- Sembene, Ousmane (2005), *Moolaadé*, Senegal y Francia, 117''.
- Titzina, (2003). *Folie a deux. Sueños de psiquiátrico*, (Obra teatral) Teatre Regina, Barcelona.
- Van Sant, Gus (2003), *Elephant*, EE.UU., 78'.
- Von Trier, Lars (2003) *Dogville*, Dinamarca, Suecia, Alemania, 165''.
- Weir, Meter (1989), *Dead Poets society*, EE.UU., 124''.

Exhibiciones

VV.AA. *Da Genova a Ellis Island. Il viaggio per mare negli anni dell'emigrazione italiana*, Museo Galata, del 20 de junio de 2008 hasta el 31 de octubre de 2008, Genova.

VV.AA. *Barracas. La ciudad informal*, Museu d'Història de Barcelona, del 18 de julio de 2008 al 22 de febrero de 2009, Barcelona.