

# Etnopsiquiatría como mediación intercultural

Francisco Raga Gimeno\*

**Resumen:** En el presente trabajo se analizan, desde la perspectiva crítica de la mediación intercultural, algunas de las principales propuestas de psiquiatría transcultural y de etnopsiquiatría que se han venido desarrollando en el ámbito europeo en las últimas décadas. Se presentan las causas que han provocado la creación de servicios de psiquiatría específicos para usuarios extracomunitarios y los posibles efectos de guetización que pueden provocar dichos centros, y se analizan las críticas planteadas en torno a determinadas propuestas etnopsiquiátricas que otorgan un especial protagonismo a las prácticas tradicionales propias de las culturas de origen de los usuarios.

**Palabras clave:** etnopsiquiatría, mediación, intercultural, hibridación, guetización.

## Ethnopsychiatry as intercultural mediation

**Abstract:** This article analyzes some of the main European proposals in transcultural psychiatry and ethnopsychiatry in recent decades, from the critical perspective of intercultural mediation. It presents the causes underlying the creation of psychiatric services specifically for non-EU members and the ghettoization that may result from the existence of such services. It also reviews critiques of certain ethnopsychiatric proposals that grant special importance to the traditional practices of users' cultures of origin.

**Key words:** ethnopsychiatry, mediation, intercultural, hybridization, ghettoization.

Panace@ 2014; 15 (40): 290-300

Recibido: 1.IX.2014. Aceptado: 23.IX.2014

## 1. Introducción

No existe ningún ámbito de la vida pública o privada de las personas en el que la cultura no deje su impronta. Sin embargo, en algunos campos el peso específico de las características culturales cobra una especial relevancia. Un caso paradigmático lo encontramos en el ámbito de la salud mental, que constituye un auténtico cruce de caminos en el que confluyen aspectos tan fundamentales para la cultura como la relación entre mente y cuerpo, la relación entre el individuo y su entorno social, natural y sobrenatural, o la consideración de determinados comportamientos como socialmente aceptables o como patológicos. A lo cual hay que añadir el protagonismo que, debido entre otras cosas al escaso papel de los marcadores biológicos, presentan los procesos comunicativos y las relaciones interpersonales entre psiquiatras y usuarios.

El papel determinante de la cultura en los procesos comunicativos que se desarrollan en el ámbito de la atención sanitaria en general, y de la psiquiátrica en particular, entre otras cuestiones, ha provocado complejos, y en ocasiones enconados, debates en torno a los límites de la labor de intérpretes y mediadores. En Raga Gimeno *et al.* (2014) analizábamos, específicamente a partir de un estudio de caso, el papel de la mediación interlingüística e intercultural en las entrevistas clínicas entre psiquiatras autóctonos y usuarios extranjeros, y llegábamos a la conclusión de que las características propias del campo de la salud mental extreman la complejidad de los dilemas surgidos en torno al grado y la forma de aplicación de principios como el de imparcialidad, contextualización cultural, control de la interacción o delimitación de las competencias profesionales.

Pero más allá de los retos prácticos que para los profesionales de la comunicación supone la atención psiquiátrica a usuarios extranjeros, aspecto que no abordaremos de manera específica en el presente trabajo, el ámbito de la salud mental plantea complejos dilemas respecto a la idea misma de diálogo intercultural. En un anterior trabajo (Raga Gimeno, en prensa) planteábamos la hipótesis de que los procesos de diálogo intercultural deberían adaptarse a las características específicas del ámbito en el que se desarrollan. En concreto apuntábamos la idea de que aquellos campos en los que las características culturales desempeñan un papel especialmente significativo podrían requerir diálogos interculturales de carácter más integral, que apuntaran a soluciones que contemplasen la posibilidad de generar auténticos espacios de hibridación cultural. En este sentido, señalábamos que el ámbito de la psiquiatría presenta serios obstáculos a dos principios básicos sobre los que se apoya el diálogo intercultural. Por un lado, las profundas y complejas diferencias observadas entre la concepción de la salud mental en la psiquiatría biomédica y en los sistemas de salud tradicional dificultan enormemente establecer una base común, un punto de encuentro, sobre el que establecer el diálogo. Por otro lado, la reinterpretación clínica de las concepciones tradicionales de la salud mental, su asimilación al modelo biomédico, llevada a cabo por la psiquiatría occidental, difícilmente permite un diálogo bilateral, en el que desde el interior de la propia psiquiatría se propicie un acercamiento a la visión tradicional de la enfermedad mental. Este estado de cosas nos llevaba a plantearnos, como señalábamos anteriormente, la necesidad de propuestas

\* Universitat Jaume I, Castellón (España). Dirección para correspondencia: [raga@trad.uji.es](mailto:raga@trad.uji.es).

interculturales de carácter integral, que incluirían, entre otras posibilidades, el establecimiento de servicios de psiquiatría transcultural.

Hay que señalar que desde la propia psiquiatría se viene desarrollando, desde hace unas décadas, un intenso debate en torno al papel que deben desempeñar los aspectos culturales en la atención a usuarios procedentes de los diferentes puntos del planeta. Como apuntan Fassin y Rechtman (2005: 352):

Unlike other fields of medicine, psychiatry took an interest very early on in the eventual clinical and therapeutic variants linked to culture. No other branch of medicine has questioned its theoretical and universalist foundations to the same degree, by confronting cultural difference (...) and thereby necessarily framing psychiatry in an anthropological paradigm.

Debate que, además, ha girado fundamentalmente alrededor de la idoneidad de las prácticas desarrolladas por diferentes servicios de psiquiatría transcultural puestos en marcha en diversos países europeos. El objetivo del presente trabajo consiste, precisamente, en analizar estas propuestas de psiquiatría transcultural, y los debates que han surgido alrededor de las mismas, y hacerlo desde la perspectiva crítica de las teorías del diálogo y la mediación interculturales<sup>1</sup>.

## **2. Servicios de psiquiatría específicos para usuarios extracomunitarios: de la exclusión a la guetización**

Más allá de los debates que han generado los diferentes tipos de prácticas llevadas a cabo en los servicios de atención psiquiátrica transcultural, que trataremos en el siguiente apartado, gran parte de la polémica ha girado en torno a la idoneidad del establecimiento de servicios de psiquiatría específicos para usuarios extracomunitarios, especialmente aquellos que se han establecido al margen de las instituciones sanitarias públicas.

En los diferentes países europeos nos encontramos con servicios de psiquiatría transcultural que forman parte integral del sistema público de atención sanitaria, como el Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron de Barcelona, o el Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, del Hospital Avicenne de París; con servicios de carácter autónomo, apoyados por organizaciones o fundaciones con fines no lucrativos, con eventuales acuerdos o convenios con las instituciones públicas, como el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados, ubicado en el Hospital Sant Pere Claver de Barcelona, el Centre George Devereux, surgido en el seno de la Universidad París VIII, el Centro Frantz Fanon de Turín, o el centro Nafsiyat de Londres, por citar algunos casos; y finalmente, con algún servicio, como el Ipamo de Londres, que surgió en el seno del sistema público de atención sanitaria y acabó derivando en un servicio autónomo, con el nombre de Nile Centre<sup>2</sup>.

### **2.1. Causas: la exclusión de los usuarios extracomunitarios**

Los motivos aducidos para la creación de servicios específicos de atención psiquiátrica transcultural, y más en concreto de servicios no institucionales, son de diversa índole, pero inciden en general en la necesidad de prestar atención sanitaria a aquellas personas que, por diversos motivos, se consideran excluidas de los servicios sanitarios públicos. Como señala Lurbe Puerto (2010: 63):

La mayor parte de estos servicios surgen tras la toma de conciencia de un grupo de profesionales sobre la existencia de necesidades sanitarias no cubiertas por el sistema sanitario, debido principalmente a las restricciones sobre la utilización de los recursos sanitarios públicos que el marco jurídico-administrativo impone a los que no considera parte de la comunidad de usuarios por derecho común.

Por lo que respecta en concreto a los servicios no incluidos en los sistemas de salud pública, en principio no cabría considerar la simple exclusión administrativa, la denegación de atención sanitaria pública debida a la situación administrativa irregular de algunos usuarios extracomunitarios, como la principal causa para la instauración de este tipo de servicios autónomos<sup>3</sup>. En este sentido, hay que señalar que gran parte de los usuarios atendidos en estos centros son derivados desde centros institucionales. En cualquier caso, es reseñable que en la mayoría de estos centros autónomos se ofrece atención sanitaria gratuita, independientemente de la situación legal de los usuarios y que, en general, estos tienen menos reservas respecto a las consecuencias legales que puedan derivarse de su situación administrativa<sup>4</sup>.

Una de las principales causas de exclusión de los usuarios extracomunitarios de los diferentes sistemas de salud pública es de carácter lingüístico. Es bien sabido que en diferentes países europeos se han llevado a cabo en las últimas décadas considerables esfuerzos para dotar a los servicios sanitarios públicos de traductores, intérpretes y mediadores que contribuyan a resolver el problema que supone el hecho de que el personal sociosanitario y los usuarios no compartan una lengua en común. Sin embargo, por diferentes motivos que no vamos a detenernos a analizar en el presente trabajo<sup>5</sup>, lo cierto es que actualmente los centros de salud pública se encuentran, en general, lejos de haber resuelto de manera satisfactoria y generalizada el problema lingüístico. A este respecto, los servicios específicos de atención psiquiátrica transcultural suelen contar con la participación de equipos estables de traductores, intérpretes y mediadores, capaces de salvar el salto lingüístico y cultural entre profesionales y usuarios. Como señalan Rohloff *et al.* (2009: 500):

Often, refugees are referred to our specialized national centre Centrum '45 because they are not accepted as patients in other mental health centres. Often this is because clinicians at these centres view these refugees' illnesses to be "too complicated" or because they "do not speak Dutch".

Por citar un caso, destaca la importancia que se le otorga en el Centre George Devereux al hecho de que los usuarios puedan expresarse en sus lenguas maternas durante las entrevistas clínicas, para lo cual se cuenta, de manera estable, con la colaboración de intérpretes y mediadores, o de coterapeutas procedentes de los países de origen de los usuarios<sup>6</sup>. El Centro Nafsiyat de Londres, por su parte, ofrece servicios en las siguientes lenguas: árabe, amhárico, azerí, bengalí, farsi, ga, alemán, krobo, italiano, ruso, tigrina, tigré, turco y twi.

Finalmente, el factor de exclusión del sistema público de atención sanitaria que nos interesa especialmente en el presente trabajo —y que, en cualquier caso, está estrechamente relacionado con la cuestión lingüística que acabamos de comentar— está referido a la forma en que el personal sanitario afronta la cuestión de las diferencias culturales, que en algunos casos podría llegar a interpretarse como una forma de discriminación a los usuarios extracomunitarios. Collazos Sánchez *et al.* (2007: 212) señalan que, según algunos estudios, a estos usuarios se les diagnostica más rápidamente como esquizofrénicos, aunque tengan los mismos síntomas que los autóctonos; se les suministran más fármacos antipsicóticos y se les hospitaliza más habitualmente de forma involuntaria. Fernando (2005: 422) cita igualmente estudios referidos al caso de Inglaterra que apuntan que en comparación con otras minorías étnicas los miembros de las minorías negras son más habitualmente diagnosticados como esquizofrénicos, detenidos en los hospitales, llevados a los hospitales por la policía, tratados con altas dosis de medicación y excluidos de los tratamientos psicoterapéuticos<sup>7</sup>.

Este eventual trato discriminatorio hacia los usuarios extracomunitarios en los servicios públicos de atención sanitaria psiquiátrica puede deberse, además de a la falta de formación intercultural —que trataremos en el próximo apartado— a la existencia de una serie de prejuicios culturales, basados en un tipo de racismo latente o aversivo entre algunos miembros del personal sanitario (Bermann Jachevasky *et al.*, 2010: 75). Como señalan Beneduce y Martelli (2005: 368-369):

There are unexpected continuities between the viewpoints and diagnostic categories used by psychiatry in the colonies and the current attitudes adopted by many health workers faced with immigrant patients. The history of colonial psychiatry reveals similarities in the definitions of alterity articulated in the relationship between ‘the insane’ and ‘the criminal’ in the colonies and those that recur today in the discourse of doctors and courts in the presence of the foreigner (whether patient, refugee or defendant). Europeans, with their judicial views, continued to see the Natives’ behaviour as ‘laziness’, ‘irresponsibility’ and so on.

En ocasiones este etnocentrismo cultural, sustentado en una pretendida postura universalista, hace que los prejuicios, como señalan Qureshi Burckhardt y Collazos Sánchez (2011: 15), se manifiesten en forma de rechazo a abordar las «incómodas» cuestiones culturales. La mayoría de autores (Bermann Jachevasky *et al.*, 2010: 75; De Jong/Van Ommeren,

2005: 440; Qureshi Burckhardt/Collazos Sánchez, 2011: 14-16) coinciden en que el primer paso para intentar revertir este tipo de situaciones consiste en que los profesionales sanitarios en general, y los del ámbito psiquiátrico en particular, procuren ser conscientes de sus propias actitudes, creencias y comportamientos hacia las personas pertenecientes a otras culturas, proceso que debe estar acompañado de la adquisición de una mayor competencia cultural, de un conocimiento más amplio, profundo y no estereotipado de las otras culturas.

Los servicios autónomos de atención psiquiátrica transcultural tienen entre sus objetivos primordiales, entre sus auténticas razones de ser, dar respuesta a las diferentes formas de discriminación que sufren los usuarios extracomunitarios en el sistema público de atención sanitaria. Por citar solo un caso, como señala explícitamente Giordano (2011: 230):

The Centro Frantz Fanon was established in 1996 by a group of psychiatrists, psychologists, anthropologists, and cultural mediators as a political response to the multiple forms of discrimination migrants and asylum seekers faced in Italian public institutions. Part of a revival of clinical ethnopsychiatry in other European countries, this center is conceived of as a site in which, through the incorporation of different etiologies of mental suffering and healing approaches, a strong counter-discourse to normative psychiatry is produced.

Esta perspectiva, que hace especial hincapié en combatir la discriminación cultural, se manifiesta de forma muy evidente en los servicios de psiquiatría transcultural británicos (Fernando, 2005). Lo cierto es que, como señala Lurbe Puerto (2010: 64), los usuarios valoran muy positivamente el trato respetuoso que reciben en los centros solo para inmigrantes, sobre todo si lo comparan con sus anteriores experiencias en el sistema público de atención sanitaria.

## 2.2. Consecuencias: los riesgos de guetización

El principal riesgo de la creación de centros de atención psiquiátrica específicos para usuarios extracomunitarios consiste, como han señalado diversos autores (Lurbe Puerto, 2005: 223 y 234; Lurbe Puerto, 2010; Beneduce/Martelli, 2005: 384), en que estos centros se conviertan en auténticos guetos que estigmaticen a los usuarios extracomunitarios e impidan su normal proceso de integración cultural.

Este debate sobre la concepción de los servicios de psiquiatría específicos para usuarios extracomunitarios como guetos no hace sino reflejar uno de los grandes dilemas a los que se enfrentan las teorías sobre convivencia intercultural, el de los diferentes modelos de integración en las culturas de acogida. A este respecto, y simplificando la exposición, nos encontraríamos de entrada con dos posturas enfrentadas: la asimilacionista y la multicultural.

El modelo asimilacionista, basado en una concepción universalista etnocéntrica de la cultura, se decanta por una adaptación integral de la población extranjera a la cultura de acogida que, en el caso más extremo, supondría la invisibilidad, al menos en los

ámbitos públicos, de cualquier manifestación de sus culturas de origen. En el caso de la atención sanitaria este modelo propondría la adaptación integral de los usuarios extracomunitarios a las concepciones y comportamientos propios del modelo biomédico de atención sanitaria, que no solo es el propio de la cultura en la que estos usuarios han decidido desarrollar su vida, sino que además en términos de eficiencia se considera objetivamente superior a otros modelos de atención sanitaria.

El modelo multicultural, basado en una concepción relativista rígida que considera a las culturas como realidades claramente diferenciadas, no comparables en términos evaluativos, propugna el pleno derecho a la coexistencia en una misma sociedad de las diferentes manifestaciones culturales de las colectividades que la integran (Dietz, 2007: 250-254). En relación a lo que venimos tratando, se ha criticado del modelo multicultural el hecho de que su propuesta de plena coexistencia de culturas no resuelve los posibles problemas de convivencia que puedan surgir entre las mismas en aquellos aspectos en los que presenten posturas contrapuestas, lo cual puede derivar en una sociedad que promueva el establecimiento de guetos, en una sociedad de mera coexistencia sin auténtica convivencia.

En cualquier caso, hay que señalar que en general los autores que critican el efecto de guetización de los centros específicos no se decantan por un modelo asimilacionista radical, sino por un cierto proceso de adaptación de los servicios psiquiátricos institucionales a algunas de las características y necesidades específicas de los usuarios extracomunitarios. Sin embargo, se constata, como señala Fassin (2000, *apud* Lurbe Puerto, 2010: 223), que estos intentos de adaptación no han cristalizado en iniciativas sustanciales; baste pensar, como comentábamos anteriormente, en la irregular y deficiente respuesta institucional al problema lingüístico. Por otro lado, independientemente de la voluntad de adaptación institucional a la realidad cultural de los usuarios extracomunitarios, hay que tener en cuenta, como apuntábamos en la introducción, las dificultades intrínsecas que supone establecer procesos de adaptación mutua en un campo tan profundamente determinado por la cultura como es el de la psiquiatría, que apuntaría a la necesidad de un estructurado y profundo proceso de hibridación, que tal vez resultaría complejo de llevar a cabo de manera generalizada en el conjunto de los sistemas públicos de salud, y requeriría de centros específicamente enfocados a tal fin. En este sentido parecen reseñables determinadas propuestas «intermedias» que atenuarían el posible efecto de guetización provocado por los centros específicos autónomos, y que pasarían por el establecimiento de centros de referencia de atención psiquiátrica, especialmente adaptados para la atención a usuarios extracomunitarios, a los que desde los centros institucionales se derivarían aquellos casos que precisasen de una atención específica (Collazos Sánchez/Qureshi Burckhardt, 2010: 236).

### **2.3. Los servicios de psiquiatría específicos para usuarios extracomunitarios como puentes hacia la integración**

Más allá de las consideraciones que podamos hacer acerca de los innegables inconvenientes que supone para la convi-

venia intercultural el establecimiento de guetos<sup>8</sup>, parece conveniente ubicar el debate en el contexto concreto de la atención psiquiátrica. Los procesos de guetización, entendidos como una forma de concentración habitacional de un grupo de personas pertenecientes a una determinada cultura, pueden en el fondo tener poco que ver con la guetización a que hacen referencia los críticos con el establecimiento de centros de atención psiquiátrica específicos para usuarios extracomunitarios. Aunque de manera natural tendamos a relacionar el concepto de gueto con su naturaleza espacial, con la idea de separación física, quizás el factor que realmente determine la incidencia social de los procesos de guetización sea el temporal. Podemos considerar un gueto, en el sentido contemporáneo del término, como una zona residencial en la que sus habitantes desarrollan gran parte de su vida pública, lo cual limita en mayor o menor medida la convivencia con personas procedentes de otras culturas. El hecho de pasar determinados periodos de tiempo, en general bastante limitados, en un centro específico de atención psiquiátrica podría, en todo caso, considerarse como un cierto factor de refuerzo de procesos de guetización preexistentes, pero difícilmente como un factor desencadenante o determinante de los mismos. Visto en términos temporales más amplios, podríamos plantearnos con mayor fundamento la problemática social de los centros específicos en los procesos de guetización si estos prestaran servicio a segundas, terceras o cuartas generaciones de determinadas minorías culturales, fenómeno intergeneracional que sí se observa en los guetos habitacionales.

Por otro lado, y siguiendo con una perspectiva temporal, hay que tener en cuenta que las migraciones no suponen actualmente un proceso cerrado, sino una realidad dinámica que se manifiesta en la continua llegada de personas procedentes de otras culturas. Las quejas referidas a la escasa voluntad de integración de determinados colectivos, o al, por ejemplo, poco interés de algunos usuarios extracomunitarios por aprender la lengua del país de acogida, podrían ser aplicables a personas que llevan un cierto tiempo residiendo en el país en cuestión, pero no a las personas recién llegadas. En un ámbito como el sanitario, y especialmente el psiquiátrico, habría que plantearse si, pensando en los intereses de estas personas, es prioritario promover un intenso proceso de integración lingüística y cultural, que puede desembocar en diferentes formas de exclusión, o garantizar un correcto acceso a la atención sanitaria, mediante medidas específicas como, por ejemplo, la presencia de intérpretes y mediadores.

En cualquier caso, y con esto enlazamos con los aspectos que vamos a tratar en el siguiente apartado, más importante que debatir sobre la mera existencia de centros específicos es hacerlo sobre la naturaleza de las prácticas que se desarrollan en los mismos. Partiendo de una perspectiva que focaliza en el carácter temporal —personal y generacionalmente— de estas experiencias vitales, en su carácter de procesos de tránsito hacia una plena integración en los sistemas públicos de salud, cabría cuestionarse si estos servicios específicos deberían constituir simples reproducciones de los sistemas de atención psiquiátrica, tradicionales o no, de los países de origen, o si deberían implicar algo más. Partiendo de una postura inter-



cultural, que se aparta tanto del modelo multicultural como del modelo asimilacionista, y que aboga por un diálogo en ambas direcciones, con procesos de adaptación mutua sobre una base cultural común, parece cuestionable un planteamiento en el que los servicios específicos no se constituyen en un auténtico espacio de encuentro entre las diferentes realidades psiquiátricas, que se planteen como un simple paréntesis en el que el usuario se va a encontrar con una reproducción artificial de su realidad cultural, desde la que en un momento dado tendrá que cruzar, sin la presencia de un puente dialógico, a la realidad cultural del país de acogida.

### 3. Etnopsiquiatría: entre el individuo y la cultura

#### 3.1. Diagnóstico y tratamiento en etnopsiquiatría

Gran parte de los debates en el campo de la psiquiatría transcultural se han centrado en el tipo de labor desarrollada en uno de los centros anteriormente citados, el Centre George Devereux de París, y más en concreto en las propuestas de su fundador y figura más destacada, Tobie Nathan, englobadas en lo que se conoce específicamente como etnopsiquiatría<sup>9</sup>. El Centre Georges Devereux, que cuenta con un equipo multicultural y multilingüe de profesionales de la salud mental de prácticamente los cinco continentes, fue fundado en 1993 en el seno del departamento de psicología de la Universidad París VIII, y desde entonces ha funcionado como servicio psicoterapéutico y como centro de investigación y formación<sup>10</sup> (Zajde, 2011: 188-189). Aunque autores como Fassin y Rechtman (2005: 361-362) consideran que el modelo etnopsiquiátrico de Nathan ha entrado en un claro declive y ha pasado a convertirse en una corriente marginal, lo cierto es que en sus comienzos, y durante más de una década, se trató de una propuesta que tuvo una rápida expansión y una importante repercusión en el campo de la atención en salud mental en Francia<sup>11</sup>.

Tomando como punto de partida los postulados del psicoanálisis, la etnopsiquiatría se caracteriza por otorgar un lugar central, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las patologías mentales, a las lenguas y culturas de origen de los usuarios. En este sentido, la etnopsiquiatría se inscribe, al menos parcialmente, en la corriente general de la antropología médica psiquiátrica que, a partir de trabajos como los de Kleinman (1980), se cuestiona la universalidad de las patologías mentales, de las clasificaciones que de las mismas se han propuesto desde la psiquiatría occidental —especialmente el *DSM-IV* de la American Psychiatric Association (1994)— y de su tratamiento (Raga Gimeno *et al.*, 2014: 234-235). Como señala Lurbe Puerto (2005: 256):

Las etnopsicoterapias parten de una constatación evidente por su validez antropológica: todas las sociedades producen un discurso explicativo de la enfermedad y del sufrimiento psíquico, y a partir de éste han de diseñarse métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen. Y yendo más allá de esta constatación, se fundamentan en el siguiente postulado: los trastornos presentados por una persona deben ser aprehendidos en la cultura de sus ancestros

y tratados acordes con los instrumentos etiológico-terapéuticos propios del sistema cultural de su procedencia geográfico-familiar.

A este respecto, las propuestas etnopsiquiátricas de Nathan se inscriben dentro del relativismo multicultural y se plantean como una respuesta crítica al universalismo propio del modelo asimilacionista oficial, al que incluso se le atribuyen efectos patológicos en la población inmigrante (Lurbe Puerto, 2005: 262; Zajde, 2011: 191). Como señala el propio Nathan (1993: 331, *apud* Lurbe Puerto, 2005: 262): «Lo afirmo alto y fuerte, los niños de los sonikés, bambaras, peuls, dioulas, ewoundous, dwalas, etcétera, pertenecen a sus respectivos antepasados. Lavarles el cerebro para convertirlos en blancos, republicanos y ateos es simplemente un acto de guerra»<sup>12</sup>.

En cuanto al proceso diagnóstico, la etnopsiquiatría se caracteriza por el papel clave que desempeña la interpretación que los usuarios extracomunitarios y sus familiares, desde sus propias claves culturales y lingüísticas, hacen del problema que les aqueja (Giordano, 2011: 243; Sturm *et al.*, 2011: 206). Como señala Nathan (1999: s. p.): «Thereby promoted informant, the patient is invited to discuss the observations of the therapists, to argue their hypotheses, and finally to share the responsibility of the treatment thereby worked out in common». Esta interpretación se complementa con el punto de vista de los antropólogos, mediadores e intérpretes que, junto con los profesionales de la salud mental procedentes de los países de origen de los usuarios, integran los equipos multidisciplinarios y multiculturales del Centre George Devereux (Lurbe Puerto, 2005: 256; Giordano, 2011: 244; Zajde, 2011: 189).

En cualquier caso, lo que llama la atención respecto al proceso diagnóstico de la etnopsiquiatría no es tanto el planteamiento en sí como el sistematismo a la hora de llevarlo a cabo. El propio *DSM-IV* incluye un tipo de entrevista, denominada *Cultural Formulation*, en la que entre otras cosas se hace un repaso exhaustivo a los puntos de vista de los usuarios sobre el mal que les aqueja, incidiendo especialmente en las interpretaciones propias de sus culturas de origen. Sin embargo, este tipo de entrevistas presenta una serie de problemas que provoca que, salvo en algunos centros específicos para usuarios extracomunitarios, como el Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (Sanjuán Núñez, 2007: 19-32), apenas se lleven a cabo; ya que, entre otras cosas, se inviste al psiquiatra con un estatus de antropólogo para el que no tiene normalmente la suficiente formación (Rohloff *et al.*, 2009; Raga Gimeno, en prensa). En este sentido el trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios que se observa en el Centre George Devereux permite, como decíamos, una aproximación más sistemática y en profundidad a la realidad cultural de los usuarios.

Sin embargo, es especialmente el tipo de terapias aplicadas en dicho centro lo que le otorga un carácter más particular y lo que ha provocado mayores críticas en una parte de la psiquiatría francesa, y europea en general. Lo característico de estas terapias es su reproducción, en algunos aspectos, de las terapias tradicionales de los países de origen de los usuarios, y la utili-

zación de lo que en etnopsiquiatría se denominan «objetos», bajo los que incluyen tanto objetos físicos —amuletos, plantas, animales, estatuillas o textos sagrados— como los procesos rituales llevados a cabo con los mismos —exorcismos, recitaciones, cánticos o sacrificios— (Giordano, 2011: 2446; Zajde, 2011: 190; Lurbe Puerto, 2005: 260-261). Como señala Nathan (1999: s. p.): «We need to change the very object of psychopathology. It would no longer be a matter of studying symptoms, syndromes, structures, even illnesses, but of describing and then learning the use of therapeutic objects such as they are invented and manufactured by human groups».

Hay que señalar a este respecto, como precisa Zajde (2011: 190), que estos rituales curativos no se realizan ni en el propio centro ni en el transcurso de las sesiones clínicas. Los profesionales de la salud de los equipos terapéuticos, bien por su condición de terapeutas nativos, conocedores de la salud tradicional de su país, o bien por su formación antropológica, complementada con trabajo de campo con sanadores tradicionales<sup>13</sup>, son capaces de desarrollar un discurso en estos términos con los propios usuarios. Pero, como precisa la propia autora, en las sesiones clínicas no están presentes sanadores tradicionales y los rituales son llevados a cabo por los familiares de los usuarios y los sanadores tradicionales en el ámbito privado de estos, y en ocasiones en los propios países de origen. La única posible excepción, según los datos con que contamos, la encontramos en los rituales adivinatorios, que cumplen una función diagnóstico-terapéutica, y que en ocasiones son llevados a cabo en las propias sesiones clínicas por coterapeutas nativos con conocimientos en la materia (Lurbe Puerto, 2005: 260)<sup>14</sup>.

En cualquier caso, es fundamental señalar que el recurso a este tipo de rituales por parte de la etnopsiquiatría no se justifica por su mero valor simbólico, sino por la creencia en su efectividad práctica, performativa. El propio Nathan (1999: s. p.) apunta explícitamente que a este respecto se aparta de anteriores interpretaciones de la efectividad ritual en términos meramente simbólicos:

[M]ost authors who have attempted conceptualizations in the field of ethnopsychiatry have always proposed Western-based explanations of the therapeutic effects of cultural systems, effects which have been routinely observed. They ascribe the improvements observed in patients either to “transference” (Rohheim), to “suggestion” (Freud and many psychoanalysts after him), to the “placebo effect”, to “beliefs” (Lévi-Strauss) or to “social reorganizations” (Zemleni, along with many anthropologists). Some, like Devereux, do not recognize any real effect other than palliative. (...) Transference, suggestion, placebo effect, belief... these are all “Western” concepts which make it possible to reject cultural explanations by interpreting them.

### 3.2. Críticas a la etnopsiquiatría: los riesgos de la culturización

Una de las principales críticas que se han formulado en torno a las prácticas terapéuticas de la etnopsiquiatría se cen-

tra en el carácter estereotipante que presenta su concepción de la cultura (Rechtman, 2004: 24-29). Como señala Lurbe Puerto (2005: 261):

Eludiendo la diferencia intra-grupal y el carácter ecléctico de las constelaciones (*sic*) identitarias, l@s terapeutas (...) parecen erigirse como expert@s de las alteridades culturales, reduciendo así el espacio de participación interactiva del usuari@. Este últim@ queda, por tanto, reducid@ a unos esquemas psicocognitivos culturalmente determinados. Intervienen, así, dos procesos propios del culturalismo; a saber, la reificación de la etnia y la sobredeterminación por el hecho cultural. Acorde con el primer proceso, se concibe a la etnia como una entidad en sí misma, una realidad cerrada e indivisible, transmitida por herencia y susceptible de ser aislada y observada. Según el segundo, la sobredeterminación por el hecho cultural, es en la cultura donde se encuentran el origen y el remedio de las costumbres y conductas patológicas del otr@.

Esta visión rígida y sobredimensionada de las características individuales se ve agravada, según los críticos de las prácticas etnopsiquiátricas, por el carácter cuestionable de las fuentes etnográficas en general (Lurbe Puerto, 2005: 265), y en concreto por el hecho de atribuirle a los usuarios un conocimiento en profundidad de las prácticas propias de la sanidad tradicional de sus culturas de origen que, entre otras cosas, en ocasiones son potestad casi exclusiva de los sanadores tradicionales (Lurbe Puerto, 2005: 260; De Rosny, 1992: 27).

El hecho de encasillar de manera determinista a los usuarios en sus propias culturas tradicionales de origen ha llegado a considerarse por algunos críticos de este tipo de etnopsiquiatría como una forma de etnocentrismo, o incluso racismo, que podría relacionarse con las prácticas de la psiquiatría colonial, que tendía a «patologizar» determinados comportamientos culturales de las poblaciones nativas (Giordano, 2011: 230; Lurbe Puerto, 2005: 263).

En estrecha relación con este tipo de críticas encontramos aquellas dirigidas a la etnopsiquiatría por su supuesta infravaloración de las características individuales de los usuarios, lo cual puede llegar a cuestionar no solo la universalidad de la psiquiatría y la psicología, sino su propia razón de ser, tal y como apunta Tseng (1999: 132):

Although psychotherapy can be defined as any psychological procedure that is aimed at relieving an individual's psychological suffering (...), such a definition can become problematic when psychotherapy is discussed from a cultural standpoint, particularly in reference to indigenous folk-healing practices.

La gran mayoría de las críticas a la concepción terapéutica de la etnopsiquiatría se han centrado en el hecho de que se ignoren las experiencias vitales y las circunstancias sociales, legales y económicas de los usuarios extracomunitarios, especialmente aquellas derivadas de su situación migratoria

(Fassin/Rechtman, 2005: 361)<sup>15</sup>. De hecho, algunos centros de atención psiquiátrica especialmente dirigidos a usuarios extracomunitarios han centrado su especificidad en torno al fenómeno de la experiencia migratoria. En este sentido, destaca el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados de Barcelona. De acuerdo con el director del centro (Achetogui Loizate, 2002), el duelo migratorio, provocado por la separación, temporal y parcial, de los inmigrantes de sus seres queridos, su tierra o su cultura, presenta unas características diferenciadas del resto de duelos —como el provocado por la muerte de un familiar— que se manifiestan, entre otros aspectos, en una mayor cronificación y agudización, con un fuerte componente de estrés. Estas características específicas, unidas a las dificultades para la elaboración del duelo, motivadas en parte por la situación socioeconómica de los inmigrantes en el país de acogida, suelen provocar procesos depresivos con una sintomatología específica, en la que destaca la alta somatización y los procesos disociativos y de ansiedad; especificidad que ha llevado a Achetogui Loizate a agrupar dicha sintomatología bajo la denominación de «síndrome de Ulises». Esta iniciativa ha contado con detractores que consideran que el establecimiento de un síndrome específico de los inmigrantes lo que consigue es patologizar y estigmatizar a estos colectivos (Lurbe Puerto, 2005: 244-255).

Finalmente, los detractores de las propuestas de Nathan coinciden en valorar muy positivamente, como una versión razonable de la etnopsiquiatría, las prácticas desarrolladas en el Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, del Hospital Avicenne de París. Las propuestas de la promotora de dicho centro, Marie Rose Moro, inicialmente colaboradora de Tobie Nathan, representarían una etnopsiquiatría moderada. Como señalan Fassin y Rechtman (2005: 362), aunque sus propuestas se benefician de los avances de la etnopsiquiatría, como el trabajo en grupos interdisciplinarios e interculturales —con un papel destacado de los mediadores— o la valoración de las concepciones tradicionales propias de las culturas de origen de los usuarios extracomunitarios, estos factores se consideran de manera complementaria, y como apoyo, a las prácticas psiquiátricas biomédicas, centradas en las características individuales del usuario, incluidas aquellas derivadas de su realidad migratoria. Como apuntan Sturm *et al.* (2001: 208):

Like Nathan, Moro focuses on the exploration and discussion of cultural representations and the life-worlds to which they are linked. While she continues to be interested in the cultural dimension of therapies with migrants and minorities, she has introduced a more dynamic conception of culture, and has shown specific interest in family dynamics, hybrid cultural identities and work with children whose families have a migrant background. In her work, culture is about the creation of intermediate spaces between different cultures and representation systems. The objective of her work is not to reconstruct cultural frames, but to create narratives, that establish bridges between different life-worlds and cultural representation systems. This

is why métissage and décentrage became key concepts within her theory.

El Centro Frantz Fanon de Turín adopta una perspectiva similar a la del Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, del Hospital Avicenne de París. El centro turinés está, por un lado, claramente influido por las propuestas de Nathan, y en especial por la importancia que se le otorga a la interpretación cultural de los propios usuarios, pero, por otro lado, la base fundamental del centro reside en la idea política de lucha contra las diferentes formas de discriminación que sufren los usuarios extracomunitarios, idea que hunde sus raíces en la obra del autor que da nombre al centro, Frantz Fanon (Beneduce, 2007; Giordano, 2011: 230-231).

#### 4. Etnopsiquiatría y mediación intercultural

Como comentábamos en la introducción, el objetivo último del presente trabajo consiste en analizar de manera crítica las propuestas etnopsiquiátricas, y hacerlo desde los presupuestos propios de la mediación intercultural. Ya hemos adelantado algunas reflexiones acerca de la idea misma de contar con centros de atención psiquiátrica específicos para usuarios extracomunitarios, reflexiones que nos llevaban a relativizar las posibles consecuencias negativas de los mismos y a valorar positivamente la oportunidad que ofrecen estos centros para establecer procesos de diálogo intercultural con el carácter integral que este ámbito, según nuestro criterio, exige. En el presente apartado pretendemos reflexionar, siempre desde la perspectiva de la mediación intercultural, sobre las diferentes propuestas respecto al tipo de prácticas que se pueden desarrollar en estos centros.

Una de las críticas dirigidas a la etnopsiquiatría, especialmente tal y como la plantea Nathan, gira en torno a una de las cuestiones claves de la mediación intercultural, el riesgo de pasar de las necesarias generalizaciones culturales a los estereotipos y al exceso de culturización (Galanti, 2004: 3-6; Giménez Romero, 1997: 150; Agustí Panareda, 2003: 81). Como apunta Giménez Romero (2007: 13), refiriéndose a la labor de los mediadores interculturales:

Podemos llegar a ser, si no lo somos ya en parte, un elemento más de la ideología culturalista hegemónica que actúa como mecanismo y estrategia de dominación en la globalización. Se trata de la exageración de la diversidad cultural, explicar y concebir todo en términos culturales, olvidando el terreno idiosincrásico y propio de lo personal, así como los factores situacionales y de desigualdad. El culturalismo divide, fragmenta, cosifica.

La materia de trabajo de la mediación intercultural no son las culturas, sino los individuos, con sus características culturales propias. En este sentido, un servicio de atención psiquiátrica que hiciese gravitar el peso de sus intervenciones en torno a las características culturales, que considerase como objeto principal de las mismas a las culturas, y no a los propios usuarios como individuos, se apartaría significativamente de

la idea de diálogo intercultural propugnada desde el ámbito de la mediación. Al fin y al cabo, no hay que olvidar que una de las bases sobre las que se fundamenta el diálogo intercultural es el conocimiento mutuo (Giménez Romero, 2002: 79; Cohen-Emerique, 2003: 29), conocimiento que puede verse limitado por la proyección de estereotipos.

En este sentido hay que señalar que parece muy significativo que, en los procesos diagnósticos llevados a cabo en el Centre George Devereux, los conocimientos aportados desde la formación o la experiencia cultural de los miembros de los equipos multidisciplinares y multiculturales se combinen con el punto de vista cultural manifestado por los propios usuarios<sup>16</sup>; es decir, que no se parta de un conocimiento previo de una determinada cultura que se proyecta indistintamente sobre cualquier usuario procedente de la misma.

En cualquier caso, partiendo de la premisa clara de que no podemos reducir un usuario a su cultura de origen, no podemos tampoco obviar que los diálogos que se establecen desde la perspectiva de la mediación intercultural se fundamentan en gran medida en que el necesario conocimiento mutuo entre las partes incide de manera muy específica en los aspectos culturales. Que un individuo no equivalga a su cultura no quiere decir que gran parte de su comportamiento, de sus formas de interrelación personal, o de su concepción de la salud y la enfermedad, no estén fuertemente influidas por las características culturales que han marcado su proceso de socialización, y que en gran medida —y ahí se basa la necesaria generalización— comparten con los habitantes de su lugar de origen. Que las características culturales de un individuo puedan cambiar, adaptarse, redefinirse en un proceso de transculturación como el que supone la migración no implica que un individuo pueda o quiera despojarse de todas y cada una de sus características culturales, como quien se cambia de camisa. Como señalan Bermúdez Anderson *et al.* (2002: 80), algunas de las características culturales de los individuos pueden ser alteradas, negociadas de manera bastante sencilla, pero existe un «núcleo duro» cultural, una serie de características esenciales, que se ubican en el «corazón de la cultura», y que se prestan a cambios de manera lenta y difícil; características que, como comentábamos en la introducción, afectan de lleno al ámbito de la salud mental y que, por tanto, deben ocupar un lugar prioritario en el proceso de conocimiento mutuo desarrollado en dicho ámbito y pueden justificar de alguna manera el establecimiento de prácticas psiquiátricas que presenten una cierta especificidad respecto al origen cultural de los usuarios.

No debería tratarse, en último extremo, de determinar si las características culturales tienen mayor o menor peso específico en la atención psiquiátrica que las otras características propias de cada usuario. Sin embargo, algunas de las críticas a la etnopsiquiatría anteriormente presentadas parecen apuntar a la necesidad de tener en cuenta de manera prioritaria las características socioeconómicas de los usuarios, y especialmente aquellas derivadas de los procesos migratorios. De hecho la preeminencia de estos aspectos socioeconómicos de la inmigración ha llevado no solo a una especificidad de ciertos servicios de atención psiquiátrica en torno a esta cuestión,

sino, como comentábamos anteriormente, a considerarlos elementos determinantes a la hora de establecer un síndrome específico, el «síndrome de Ulises», no exento de críticas.

Desde el punto de vista de la mediación intercultural, hay que apuntar que, como señalan Bermúdez Anderson *et al.* (2002: 91-92), una de las funciones de la misma consiste en desarrollar actuaciones tendentes a garantizar el acceso a los servicios públicos en condiciones de igualdad a las personas pertenecientes a grupos culturales minoritarios. Como apunta Giménez Romero (2002: 81):

No podemos eludir cuáles son las condiciones en las que se está produciendo la integración de los inmigrantes: en nichos socioeconómicos específicos muchas veces caracterizados por la precariedad y la desigualdad frente a los autóctonos. (...) Por eso, para fomentar la convivencia intercultural también hay que trabajar en la adecuación institucional que favorezca una equiparación socioeconómica. Se trata de tener en cuenta el contexto, es decir, ir más allá de lo meramente cultural, para tener en cuenta los aspectos sociales, económicos y políticos y las distintas fuerzas que presionan en uno u otro sentido como son los medios de comunicación que pueden condicionar esa convivencia.

En cualquier caso, es importante señalar que, de la misma manera que hay que estar prevenidos respecto a los excesos de culturización, habría que estarlo respecto a los excesos en cuanto al establecimiento de estereotipos socioeconómicos. Si no todos los individuos procedentes de un mismo lugar de origen comparten todas y cada una de sus características culturales, tampoco todos los inmigrantes procedentes de un mismo país —y mucho menos todos los inmigrantes en su conjunto— comparten las mismas condiciones sociales, económicas y legales en los países de acogida. Sin olvidar que las condiciones de desigualdad social y económica propias de determinados colectivos de inmigrantes son compartidas por individuos y colectivos de la sociedad de acogida.

Pero sin duda, como hemos comentado, ha sido el tipo de tratamientos llevados a cabo en el Centre George Devereux lo que ha provocado mayores críticas. Como venimos comentando, el primer paso para el establecimiento de un diálogo intercultural consiste en el conocimiento mutuo de las características culturales de los participantes en el mismo. La experiencia nos dice que el simple conocimiento del carácter cultural de determinadas concepciones o comportamientos resuelve o previene un buen número de problemas de comunicación intercultural. Sin embargo, en algunos casos, especialmente cuando la situación afecta a algún aspecto del «núcleo duro» de la cultura, es posible que el simple conocimiento no sea suficiente para resolver el dilema planteado; es decir, las partes implicadas pueden entender que la postura del otro tiene una motivación cultural, pero no aceptar que dicha motivación justifique unas prácticas que entran en colisión con las propias. En este caso se debe iniciar un proceso de negociación que pasa en primer lugar por el reconocimiento de la legitimidad cultural de los comportamientos del Otro,



reconocimiento que no implica una aceptación sin más de cualquier comportamiento por el mero hecho de tener un carácter cultural, pero sí el rechazo a una evaluación en términos de superioridad global de una cultura sobre otra; y, en segundo lugar, por un acercamiento de las partes mediante la búsqueda de espacios culturales comunes, que puede implicar la adaptación mutua de algunos aspectos de las posturas encontradas (Bermúdez Anderson *et al.*, 2002: 85; Giménez Romero, 2007: 80).

En Raga Gimeno (en prensa) apuntábamos las dificultades con las que se encuentran los mediadores a la hora de intentar establecer diálogos interculturales bilaterales que adapten mutuamente las prácticas en un ámbito tan complejo como el de la salud mental. Por un lado, el hecho de que la salud mental afecte a aspectos tan enraizados en el corazón de la cultura dificulta la búsqueda de un espacio común entre la psiquiatría biomédica y las prácticas de los sanadores tradicionales. Por otro lado, el hecho de que la psiquiatría occidental haya subsumido las manifestaciones populares de los problemas mentales y las haya reinterpretado como manifestaciones sintomatológicas biomédicas universales dificulta enormemente un diálogo bilateral entre ambas concepciones sanitarias, capaz de provocar adaptaciones mutuas. Por estos motivos, nos planteábamos la necesidad de acudir a espacios de diálogo intercultural específicos, como los que intenta desarrollar la etnopsiquiatría.

Sin embargo, como hemos ido comprobando, los tratamientos practicados en el Centre George Devereux, con intervención de sanadores y prácticas tradicionales, han recibido numerosas críticas de gran parte del colectivo de profesionales de la salud mental. Obviamente, el hecho de reconocer y acercar las prácticas tradicionales a la psiquiatría occidental debe considerarse coherente con el tipo de diálogos propugnados desde la mediación intercultural. Los procesos de conocimiento y reconocimiento cultural han de tener un carácter aplicado, performativo. Teniendo como meta final la promoción de una mejor convivencia, comunicación, relación entre personas o grupos presentes en un territorio (Bermúdez Anderson *et al.*, 2002: 102; Giménez Romero, 1997: 142), la práctica de la mediación intercultural ha de centrarse en primer término en colaborar en el desarrollo de estrategias comunicativas de tipo bilateral tendentes a lograr los objetivos concretos planteados en los distintos escenarios de interacción intercultural. El objetivo práctico de la atención en salud mental es contribuir en la medida de lo posible a disminuir el sufrimiento del paciente, y más allá de debates teóricos acerca del carácter universal, individual o cultural de la atención en salud mental, lo que debe procurar en primer término la mediación intercultural es contribuir a la consecución del objetivo práctico de dicha atención.

Bien sea por motivos de transferencia, sugestión o de efecto placebo, o bien, como afirma Nathan (1999), porque son fruto de «teorías genuinas», lo cierto es que las terapias tradicionales —no en todos los casos, no siempre en igual medida— ayudan a aliviar el sufrimiento de los pacientes. Si los tratamientos tradicionales tuvieran únicamente un valor simbólico, no performativo, hace tiempo que habrían desaparecido.

Y esto es así no solo en el marco de las culturas de origen, no hay que olvidar que gran parte de los usuarios de origen extracomunitario —y también los autóctonos— acuden regularmente a las consultas de sanadores tradicionales residentes en los países de acogida (Kuczynski, 2002). En este sentido, la inclusión de terapias tradicionales, con la participación de sanadores, en estos centros específicos de etnopsiquiatría, a través de un genuino proceso de mediación intercultural, parecería legítima, siempre que contribuyese a la consecución del objetivo planteado. En última instancia, el conocimiento del Otro puede quedarse en un ejercicio testimonial si no se plasma en una aproximación, un auténtico proceso comunicativo, desarrollado en términos prácticos, entre las realidades culturales en cuestión.

De hecho, podríamos plantearnos si las prácticas llevadas a cabo en centros de etnopsiquiatría como los comentados presentan, desde el punto de vista de la mediación intercultural, un carácter tan radical como el que le atribuyen sus críticos. Como señalábamos anteriormente, el recurso a «objetos» culturales, como fetiches, amuletos o rituales curativos llevados a cabo por sanadores tradicionales, tienen lugar, con excepción de algunas prácticas diagnósticas de tipo adivinatorio, fuera de la consulta clínica, es decir, se plantean como prácticas complementarias pero sin que se contemplen adaptaciones mutuas, procesos de hibridación, entre las prácticas biomédicas y las tradicionales. Y lo mismo cabría decir de otras experiencias similares que con antelación tuvieron lugar en algunos países de origen en la época poscolonial. Por ejemplo, como señalan Sarr *et al.* (1997: 224-227), el servicio de salud mental puesto en funcionamiento en 1962 en el hospital Fann de Dakar por la Escuela Etnopsiquiátrica dirigida por Henri Collomb incluía la cohabitación en el mismo hospital con familiares de los pacientes ingresados<sup>17</sup>, y la introducción en los mismos de los *pënc*, sesiones de consejo comunitario bajo el «árbol de la palabra»; pero en ningún caso se planteó la presencia dentro del recinto hospitalario de sanadores tradicionales, ni la celebración de ritos curativos comunitarios, como el *ndëpp*.

Un diálogo intercultural de carácter más integral pasaría por no descartar prácticas conjuntas, y por una reflexión, en la línea de descentración antes comentada, acerca de las propias prácticas de la psiquiatría biomédica, que, no hemos de olvidarlo, también es fruto de un devenir histórico y cultural particular.

## 5. Conclusiones

Empezábamos el presente trabajo apuntando las dificultades intrínsecas que supone establecer procesos de mediación intercultural locales en un ámbito tan determinado culturalmente como el de la atención en salud mental, y planteábamos la necesidad de contemplar la posibilidad de propuestas interculturales de carácter integral, que incluirían el establecimiento de servicios de psiquiatría transcultural. Sin embargo, como hemos ido comprobando a lo largo del presente trabajo, desde el propio estamento psiquiátrico ha surgido una fuerte contestación a los planteamientos de algunos de estos servicios tendentes a visibilizar las prácticas propias de las

culturas de origen de los usuarios; aunque esta visibilización se establezca en centros específicos, al margen del sistema público de salud, y se planteen más como propuestas complementarias a las prácticas biomédicas que como un auténtico proceso de hibridación. Es decir, en el ámbito de la psiquiatría se percibe la tensión existente entre la necesaria atención al enorme peso específico de los factores culturales y la lógica resistencia, dado el carácter científico del campo en el que nos movemos, a contemplar una posible relativización de sus principios básicos biomédicos.

En este sentido, y para concluir, hay que señalar que estas propuestas de diálogos interculturales integrales se plantean necesariamente como procesos complejos, de larga duración, siempre abiertos a críticas, a registrar pasos hacia delante y pasos hacia atrás, pero necesarios para abordar la convivencia y la efectividad en ámbitos como el de la salud mental; y siempre con la pregunta abierta de si realmente se pueden producir hibridaciones en un campo como el de la psiquiatría. Estos procesos de hibridación, de diálogos interculturales integrales, requieren de algo más que un conjunto adecuado de actitudes y aptitudes por parte del personal sanitario y de los diferentes colectivos de usuarios. Exigen una precisa programación de procesos comunicativos a corto, medio y largo plazo, en los que los profesionales de la comunicación, los mediadores, no pueden jugar un papel secundario, de simples asesores que ayuden a superar los obstáculos lingüísticos o culturales que vayan surgiendo en el día a día de la atención sanitaria.

### Notas

1. En el presente trabajo no abordaremos la problemática específica de la atención psiquiátrica a refugiados. A este respecto véase, por ejemplo, Raval/Tribe (2003), Bot (2005), Lurbe Puerto (2005: 267-283), o Rohlof *et al.* (2009).
2. Obviamente, este listado no pretende en absoluto dar cuenta de manera exhaustiva de todos los centros de atención psiquiátrica transcultural en los países citados.
3. Aunque esta afirmación debería ser revisada a la vista de las políticas de restricción de atención sanitaria pública a pacientes extranjeros en situación administrativa irregular puestas en marcha en diversos países europeos en los últimos años.
4. Ramos Lorente y Casas Brugué (2007: 230) señalan la incidencia negativa que en el tratamiento de usuarios de origen magrebí puede provocar el miedo de los mismos a aportar datos de carácter personal, debido a su situación legal.
5. Entre los que hay que incluir, como señalan Beneduce y Martelli (2005: 373-374), el rechazo de ciertos miembros del personal sanitario a contar con la colaboración de estos profesionales de la comunicación.
6. Aunque, como señala Lurbe Puerto (2005: 264), en ocasiones se ha criticado el uso erróneo, o demasiado básico, de las lenguas maternas de los usuarios por parte de los coterapeutas. Hay que señalar, además, que el interés por la problemática lingüística va en ocasiones más allá de su mera función instrumental; así, por ejemplo, Moro (1998), vinculada al Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, ha llevado a cabo estudios centrados

en el papel del bilingüismo en los procesos de integración (Sturm *et al.*, 2011: 209).

7. Referido al contexto estadounidense, véase Sue/Sue (2008: 125-128).
8. Sin olvidar, por otra parte, que los individuos que se enfrentan a drásticos procesos de aculturización y reculturización pueden encontrar trabas mucho más complejas de superar si lo hacen de manera aislada que si lo hacen de manera comunitaria.
9. Se emplean igualmente los términos etnopsicoterapia y etnopsicoanálisis (Lurbe Puerto, 2005: 255).
10. Aunque en los últimos años se ha centrado sobre todo en su labor investigadora y formativa (Lurbe Puerto, 2005: 260).
11. Así como en Italia, con una notable influencia en el Centro Frantz Fanon de Turín, del que ya hemos hablado y sobre el que volveremos más adelante.
12. Traducción de la propia Lurbe Puerto.
13. Desde el ámbito de la psiquiatría estadounidense, en Sue/Sue (2008: 228-230) encontramos igualmente una clara apuesta por la colaboración entre terapeutas y sanadores tradicionales.
14. En Kuczynski (2002: 164 y ss.) se hace un interesante repaso a las técnicas adivinatorias de origen africano, en concreto tal y como son llevadas a cabo por sanadores tradicionales residentes en París.
15. Algunos autores, como Benslamah (2004, en Sturm *et al.*, 2011: 206), proponen abiertamente reemplazar el punto de vista cultural por una reflexión acerca de la migración como un proceso de reubicación.
16. A este respecto pueden resultar paradójicas las críticas hacia las prácticas de este centro, que apuntan, por un lado, al carácter culturalmente estereotipante de las mismas, y, por otro, a la importancia que se le otorga al punto de vista cultural, no necesariamente experto, de los usuarios.
17. Al estilo de las «aldeas-hospital» que se desarrollaron en la misma época en otros países de África occidental, como Nigeria o Mali.

### Referencias bibliográficas

- Achotegui Loizate, Joseba (2002): *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- Agustí Panareda, Jordi (2003): *The complex plasticity of mediation. Intercultural mediators in Catalonia*. Stanford University. Tesis inédita.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Beneduce, Roberto (2007): *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.
- Beneduce, Roberto y Pompeo Martelli (2005): «Politics of healing and politics of culture: ethnopsychiatry, identities and migration», *Transcultural Psychiatry*, 42 (3): 367-393.
- Benslamah, Fethi (2004): *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*. Paris: Flammarion.
- Bermann Jachevasky, Soledad; Francisco Collazos Sánchez, Sonia Lahoz Ubach, Eva Marxen, Adil Qureshi Burckhardt, Lucía Sanjuán Núñez y Cristina Visiers Würth (2010): «Epistemología y hermenéutica de la atención en salud mental a los inmigrantes. Retos para los profesionales», en Josep Maria Comelles Esteban, Xavier Allué Martínez, Mariola Bernal Solano, José Fernández-Rufete

- Gómez y Laura Mascarella (eds.): *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, pp. 71-89.
- Bermúdez Anderson, Kira; Reyes García de Castro Martín-Prat, Humberto García González-Gordon, Abdessamad Lahib, Francisco Pomares Fuentes, Genisa Prats San Román, Juan Sánchez Miranda, Elizabeth Uribe Pinillos (2002): *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge, Editorial Popular.
- Bot, Hanneke (2005): *Dialogue interpreting in mental health*. Ámsterdam: Rodopi.
- Cohen-Emerique, Margalit (2003): «La negociación intercultural y la integración de los inmigrantes», *Políticas sociales en Europa. Mediación Social*, 13-14: 27-36.
- Collazos Sánchez, Francisco; Adil Qureshi Burckhardt y Miguel Casas Brugué (2007): «La psicosis y los magrebíes en España», en Driss Moussaoui y Miguel Casas Brugué (eds.): *Salud mental en el paciente magrebí*. Barcelona: Glosa, pp. 207-218.
- Collazos Sánchez, Francisco y Adil Qureshi Burckhardt (2010): «La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario», en Josep Maria Comelles Esteban, Xavier Allué Martínez, Mariola Bernal Solano, José Fernández-Rufete Gómez y Laura Mascarella (eds.): *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, pp. 233-249.
- De Jong, Joop y Mark Van Ommeren (2005): «Mental health services in a multicultural society: Interculturalization and its quality surveillance», *Transcultural Psychiatry*, 42: 437-456.
- De Rosny, Eric (1992): *L'Afrique des guérisons*. París: Karthala.
- Dietz, Gunther (2007): «Multiculturalismo», en Ascensión Baraño Cid, José Luis García García, María Cátedra Tomás y Marie J. Devillard (coords.): *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*. Madrid: Universidad Complutense, pp. 250-254.
- Fassin, Didier (2000): «Politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé», *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1): 95-116.
- Fassin, Didier y Richard Rechtman (2005): «An anthropological hybrid: The pragmatic arrangement of universalism and culturalism in French mental health», *Transcultural Psychiatry*, 42 (3): 347-366.
- Fernando, Suman (2005): «Multicultural mental health services: projects for minority ethnic communities in England», *Transcultural Psychiatry*, 42 (3): 420-436.
- Galanti, Geri-Ann (2004): *Caring for patients from different cultures*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Giménez Romero, Carlos (1997): «La naturaleza de la mediación intercultural», *Revista de Migraciones*, 2: 125-159.
- Giménez Romero, Carlos (coord.) (2002): *EL corazón de Madrid. El servicio de mediación intercultural SEMSI. 1997-2002*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Giménez Romero, Carlos (2007): «¿Por qué estamos aquí y cómo hemos llegado?», *De @cuerto?*, 4: 5-14.
- Giordano, Cristiana (2011): «Translating Fanon in the Italian context: Rethinking the ethics of treatment in psychiatry», *Transcultural Psychiatry*, 48 (3): 228-56.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kuczynski, Liliana (2002): *Les marabouts africaines à Paris*. París: CNRS.
- Lurbe Puerto, Kátia (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 París*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Tesis doctoral.
- Lurbe Puerto, Kátia (2010): «Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega?», en Josep Maria Comelles Esteban, Xavier Allué Martínez, Mariola Bernal Solano, José Fernández-Rufete Gómez y Laura Mascarella (eds.): *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, pp. 55-70.
- Moro, Marie Rose (1998): *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. París: Dunod.
- Nathan, Tobie (1993): *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*. París: La Pensée Sauvage.
- Nathan, Tobie (1999): *Georges Devereux and clinical ethnopsychiatry*. <<http://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>> [consulta: 1.VII.2014].
- Qureshi Burckhardt, Adil y Francisco Collazos Sánchez (2011): «The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations», *International Review of Psychiatry*, 23 (1): 10-19.
- Raga Gimeno, Francisco (en prensa): «En el corazón de la cultura. Hibridación y mediación intercultural en el ámbito de la salud mental», en Iciar Alonso Araguás, Alba Páez Rodríguez y Mario Samaniego Sastre (eds.): *Traducción y representaciones del conflicto desde España y América. Una perspectiva interdisciplinar*. Salamanca: Universidad de Salamanca y Universidad Católica de Temuco.
- Raga Gimeno, Francisco; Elena González Morillas y Hadja Baouchi (2014): «Mediación interlingüística e intercultural en salud mental», en Grupo CRIT: *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares, pp. 221-264.
- Ramos Lorente, María del Mar y Miguel Casas Brugué (2007): «La entrevista clínica con el paciente magrebí», en Driss Moussaoui y Miguel Casas Brugué (eds.): *Salud mental en el paciente magrebí*. Barcelona: Glosa, pp. 229-238.
- Raval, Hitesh y Rachel Tribe (eds.) (2003): *Working with interpreters in mental health*. Nueva York: Routledge.
- Rechtman, Richard (2004): «El enfoque multicultural en salud mental», *Quaderns Caps*, 32: 24-30.
- Rohloff, Hans; Jeroen Knipscheer y Rolf Kleber (2009): «Use of the Cultural Formulation with refugees», *Transcultural Psychiatry*, 46 (3): 487-505.
- Sanjuán Núñez, Lucía (2007): «Propuesta de materiales para atención en salud mental en un contexto intercultural», *Perifèria*, 6: 1-32.
- Sarr, Doudou; Amadou Secky y Moussa Ba (1997): «Quarante ans de psychiatrie au Sénégal (1938-1978)», en Ludovic d'Almeida Moussa Ba, Pascal B. Couloubaly, Momar Coumba Diop, Mamadou Diouf et al.: *La folie au Sénégal*. Dakar: Association des Chercheurs Senegalais, pp. 201-227.
- Sturm, Gesine; Maya Nadig y Marie Rose Moro (2011): «Current developments in French ethnopsychanalysis», *Transcultural Psychiatry*, 48 (3): 205-227.
- Sue, Derald Wing y David Sue (2008): *Counseling the culturally diverse. Theory and practice*. Nueva Jersey: John Wiley.
- Tseng, Wen-Shing (1999): «Culture and psychotherapy: Review and practical guidelines», *Transcultural Psychiatry*, 36 (2): 131-179.
- Zajde, Nathalie (2011): «Psychotherapy with immigrant patients in France: An ethnopsychiatric perspective», *Transcultural Psychiatry*, 48 (3): 187-204.