



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

El migrante en la institución de salud mental: la
invisibilización de lo evidente

Tesis presentada por
Ángel Ismael Luna García

para obtener el grado de
DOCTOR EN ESTUDIOS DE MIGRACIÓN

Tijuana, B. C., México

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Director(a) de Tesis:

Dra. Silvia Elena de la Milagrosa Mejía Arango

DEDICATORIA

Para Bruno Julián,
que, con tu nacimiento, viniste a iluminar mi vida.

Para Vero,
mi compañera de vida, quien día a día y sin titubear, me acompaña en todo trayecto,
con un inagotable amor, en una viva y permanente conversación.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos, en especial a Diana, quien siempre se interesó, confió y apoyó este trabajo.

A la Dra. Silvia Mejia, la mejor guía que pude tener en esta travesía académica. Que nunca dudó, aunque mi firmeza flaqueara por momentos. Quien me enseñó el camino de la investigación con tacto, con paciencia y con cariño. Sin su apoyo, este proyecto simplemente no hubiera funcionado.

A Manuel Delgado, mi hermano venezolano de tripulación, con quien el doctorado, pasó a convertirse en una gran aventura académica, pero también, en un encuentro humano.

Al Comité de tesis, Dra. Ietza Bojórquez, Dr. Adrián Aguilera, Dra. Laura Velasco y Dra. Shoshana Berenzon, quienes dirigieron este proyecto por el mejor cause. Estimulando mis capacidades, planteándome retos cuando convenía, así como aclarando y acompañando cuando era necesario.

Al Dr. Bustamante, Dra. Anguiano, Dr. Contreras, Dra. Marlene, Dra. Dolores, Dra. Luciana y Dr. Ramos, porque su estímulo y confianza desde la actividad docente, me confirmaba la valía del estudio.

A George Bustamante, Carlos Vázquez, Iván Vázquez, Karen Villegas, Dilan Medina y Oscar Torres, por su apoyo, por su constante empuje y ánimos para esta tesis.

A Jesús Gonzalez, por su contante y profundo apoyo en todos los proyectos de vida.

A las autoridades del IPEBC, en particular al Dr. Leobardo Acosta, quien fue el primero y muy atento acceso a la institución. Al Dr. Salvador Rico por su confianza, asi como al Dr. Guillermo Chaidez por su permanente apoyo, pero, especialmente, al Mtro. Jesús Bocardo, por su cercana

colaboración y paciencia en esta investigación. Asimismo, al Dr. Clemente Zúñiga y demás autoridades del HGT.

Al Dr. Andrés Rios Molina y a la Dra. Rosa María Aguilera, quienes, a la distancia, confiaron y nutrieron este proyecto con su valiosa perspectiva.

Final y especialmente, a todos los pacientes y especialistas que colaboraron con sus historias, con sus versiones de ésta realidad. La investigación esta conformada a partir de sus voces, de su importante papel en esta compleja sociedad y en un fenómeno muy particular, la salud mental en la migración. Gracias por confiar.

RESUMEN

La investigación analizó la identidad de pacientes migrantes internos que son atendidos en servicios públicos de salud en Tijuana, con base en sus características sociodemográficas, proceso migratorio y trayectoria en los servicios de salud mental. Asimismo, comprendió su funcionamiento mental y la perspectiva de los especialistas que les atienden. El enfoque teórico utilizado fue el sociológico en complementariedad con el psicoanalítico para el análisis e interpretación de la información. A través de una metodología mixta y un diseño de triangulación en tres fases, se aplicaron los métodos estadístico, biográfico y análisis del discurso. Se encontró que los migrantes representan una alta proporción entre las personas que consultan a servicios de psicología y poseen un perfil característico en relación con los pacientes no migrantes. Se descubrieron elementos del funcionamiento mental ligados con la construcción psicosocial de su mente desde el lugar de origen que permitieron comprender sus migraciones, a los que se les denominó gérmenes de la migración. Desde la perspectiva de los especialistas, la identidad del paciente como migrante y la construcción psicosocial de sus mentes no constituyen aspectos relevantes. La atención está centrada en los síntomas y sustentada desde los modelos cognitivo conductual, psicosocial y médico. Respecto a la salud mental, se concluyó que la población migrante ha permanecido invisibilizada, no se reconoce su presencia preponderante dentro de la población consultante, ni las características identitarias que definen su funcionamiento mental, esenciales para los procesos de diagnóstico e intervención.

Palabras clave: salud mental, migración interna, funcionamiento mental, identidad del migrante

ABSTRACT

The research analyzed the identity of internal migrant patients who are treated in public health services in Tijuana, based on their sociodemographic characteristics, migration process, trajectory in mental health services. Their mental functioning and the perspective of the mental health professionals were incorporated in the analysis. The theoretical model used was based on a sociological and psychoanalytic approach for the analysis and interpretation of information. Statistical, biographical and speech analysis methods were applied through a mixed methodology and a three-phase triangulation design. Migrants were found to represent a high proportion of individuals who consult for psychology services and have a distinctive profile in relation to non-migrant patients. Mental functioning characteristics linked to the psychosocial construction of their minds in the place of origin were discovered. Named as germs of migration in this study, they allowed a thorough understanding of their migration process. From the perspective of specialists, the identity of the patient as a migrant and the psychosocial construction of their minds are not relevant aspects, attention is focused on symptoms and underpinned from cognitive-behavioral, psychosocial and medical models. With regard to mental health, it was concluded that the migrant population has remained invisible, neither its predominant presence within the consulting population nor the identity characteristics that define their mental functioning essential for diagnostic and intervention processes are considered in the mental health sector.

Keywords: mental health, internal migrants, mental functioning, migrant identity

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. CAPÍTULO CONTEXTUAL	12
3.1 Tijuana como contexto de estudio, un breve repaso histórico desde sus ámbitos demográficos y económicos	13
3.2 Tijuana, con apellido de migración	15
3.3 ¿De dónde vienen los mexicanos que migran a Tijuana?.....	17
3.4 La salud mental en México	23
3.4.1 Historia de la atención en salud mental en Baja California	27
3.4.2 El caso de Tijuana	29
3.4.3 La psicosis del repatriado.....	32
3.4.4 Sobre el paradigma de salud mental en la actualidad	35
3.4.5 Psicoanálisis y salud mental.....	41
3.5 La atención en salud mental al migrante	46
3.5.1 Propuestas a nivel internacional	46
3.5.1.1 La propuesta de la Asociación Psicológica Americana respecto a la atención mental del migrante.....	46
3.5.1.2 Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	49
3.5.1.3 OMS: Primera ayuda psicológica, guía para trabajadores de campo	52
3.5.1.4 Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020 (Asamblea Mundial de la Salud) y su consideración para migrantes	54
3.5.1.5. El síndrome de Ulises	55
3.5.2 Propuestas a nivel nacional	58
3.5.2.1 Salud mental y movilidad humana, Sin Fronteras IAP.....	59
3.5.2.2 Acompañamiento psicológico con migrantes desplazados, ILEF.....	66
3.5.2.3. Programa de atención psicológica a migrantes, Universidad Intercontinental	70
3.5.2.4 Exploración en Baja California a cargo de Ondhas Migrantes A.C., Red Migrare y Sudimer UNAM.....	72
3.5.2.5 Programas de salud y de atención al migrante por parte del gobierno en México (2013 – 2018).....	76

3.5.2.6 Encuentros entre programas oficiales de salud y de atención al migrante en el estado de Baja California y Tijuana	85
3.5.2.6.1 Los programas financiados por el Estado	85
4. CAPÍTULO CONCEPTUAL	87
4.1 Introducción	87
4.2 Puntos de encuentro entre la teoría psicoanalítica y el estudio de la migración como fenómeno social	90
4.3 Identidad	95
4.4 Elementos constructores de la identidad	97
4.5 Identificación y pertenencia al grupo familiar como elemento en la dinámica de migración.....	101
4.6 Identidad y migración.....	105
4.7 Sociología de las enfermedades mentales	108
5. CAPÍTULO METODOLÓGICO	113
5.1 Planteamiento del problema.....	113
5.2 Supuestos de investigación	114
5.3 Estrategia metodológica y analítica.....	116
5.3.1 Pregunta de investigación	116
5.3.2 Objetivos	116
5.3.3 Método y diseño de investigación	117
5.3.4 Participantes	118
5.3.5 Instrumentos y aplicación	121
5.3.6 Metodología para el análisis de los resultados	123
5.3.7 Puntualizaciones metodológicas sobre la aplicación del enfoque psicoanalítico en la investigación	128
5.3.8 Retos metodológicos y limitaciones del estudio	131
6. RESULTADOS	133
6.1 Fase 1	133
6.2 Fase 2.....	137
6.2.1 Introducción	137
6.2.2 Los entrevistados	140
Esmeralda	140
Víctor.....	145
Joel	150

Juan.....	154
Estela	156
6.2.3 Construcción psicosocial de la mente en el lugar de origen	160
6.2.4 Migración.....	170
6.2.5 Salud mental.....	186
6.2.6 Una propuesta tipológica	209
6.3 Fase 3.....	214
6.3.1 Introducción	214
6.3.2 Modelos de atención en salud mental.....	215
6.3.3 La condición de migrante y su consideración en las intervenciones de salud mental	221
7. DISCUSIÓN	229
8. CONCLUSIONES.....	240
9. BIBLIOGRAFÍA.....	245
10. APÉNDICES	255
Apéndice 1: Encuesta para caracterizar a población migrante usuaria de servicios de psicología.....	255
Apéndice 2: Guion de entrevista para pacientes migrantes atendidos en salud mental	258
Apéndice 3: Guion de entrevista para especialistas	261
Apéndice 4: Consentimiento informado	263
Apéndice 5: Dictamen emitido por el Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte.....	264
Apéndice 6: La hermenéutica como base de análisis.....	265
Apéndice 7: Breve revisión sobre la epistemología del psicoanálisis	272
Apéndice 8: Psicoanálisis en México, ¿una posibilidad para los estudios de migración? ..	290
Apéndice 9: Sobre psicoanálisis y efectividad	304
Apéndice 10: Sobre el ámbito contratransferencial en la investigación	316

1. INTRODUCCIÓN

La primera sistematización del fenómeno migratorio se remonta a las llamadas *Leyes de la migración* expuestas por E.G. Ravenstein en 1885 (Arango, 1985). A partir de ese momento, se han venido generando una serie de estudios científicos sobre el fenómeno migratorio que tradicional y predominantemente, están sostenidos sobre explicaciones económicas y sociales.

En contraste con esa tendencia, Lee (1966) en su *A theory of migration* planteaba que la decisión de migrar nunca era completamente racional y que, para muchos individuos, el componente irracional era mucho más determinante. Afirmaba también, que la migración se podría explicar por emociones pasajeras, enfermedades mentales y acontecimientos accidentales. En coincidencia, Germani (1969) acusó a los estudios de migración de sostenerse sobre motivaciones de índole racional, tales como la económica, sin tener en cuenta la posible complejidad del proceso psicológico que da lugar a la decisión de irse o de quedarse.

En la década de los ochenta y desde el terreno de la psicología, Pacheco y Cols. (1984) consideraron que, aunque la literatura científica sobre migración era extensa, su estudio en psicología era limitado, pues faltaba un conocimiento más a fondo sobre las formas en que las personas entendían y definían el nuevo ambiente físico e interpersonal tras la migración. Ligado a lo anterior, las reflexiones que a continuación se retoman, dejan notar que la demanda de estudios apegados al aspecto humano de la migración sigue vigente. Autores como González (2005) consideran que, en el estudio de la migración, pocas veces se contempla a la persona ya que no siempre se tienen en cuenta los sufrimientos, los temores y las pérdidas que conlleva esa experiencia. En concordancia, Piastro (2015) afirma que cuando un sujeto emigra, se enfrenta a un arduo trabajo de elaboración que puede devenir en una nostalgia que impide la integración y por consecuencia, le lleva a sentirse siempre de paso, de manera provisional y, por lo tanto, desadaptada.

Aun cuando las críticas referidas dan noticia de una serie de pendientes respecto a los estudios de migración, se encuentra que, en años recientes, el esfuerzo por la vinculación entre el fenómeno migratorio y el ámbito de la salud mental ha rendido frutos. Investigaciones como el

modelo de estrés aplicado a la población migrante, estudios epidemiológicos y de aculturación asociados, así como las narrativas de la migración, proponen respuestas al respecto. Destacan también revisiones como las de Bhugra (2004), quien plantea que el proceso de migración en sí mismo, puede estar vinculado con el origen de trastornos mentales. Este autor distingue la vulnerabilidad psicosocial asociada al acto migratorio entendiéndolo como un proceso (pre-migración, migración y post-migración), siendo que, desde la etapa pre-migratoria, se pueden rastrear riesgos considerando el tipo de personalidad en los individuos, lo cual está asociado a que la migración resulte traumática para algunas personalidades y para otras no. Respecto al tránsito, considera como posibilidades de desequilibrio la sensación de pérdida, el duelo y el posible estrés postraumático, siendo finalmente que, en el lugar de destino o post-migración, se puede experimentar desequilibrio por el choque cultural y exacerbarse la sensación de pérdida. Por su parte, Alvarado (2008) considera que, para comprender la relación que existe entre el proceso de migración y el desarrollo de un problema en salud mental es necesario tomar en cuenta varias dimensiones, entre ellas, las características de la persona, las condiciones previas a la migración, las características propias del proceso de migración y las condiciones en la nueva sociedad donde se llega a residir.

Derivado de sus investigaciones, Ingleby (2008) plantea que la más grande evidencia de que el medio impacta en el desarrollo de un trastorno mental, se encuentra en la esquizofrenia. En sus estudios, identificó una alta correlación entre dicha perturbación y la migración. Por su parte, Achotegui (2004) explica que existen estresores y duelos excesivos por los que atraviesan cierto tipo de migrantes, lo cual puede incidir en una reacción en el área mental. Denuncia que, al no considerarse su condición de migrantes, la sintomatología que presentan puede ser erróneamente diagnosticada, provocando que reciban tratamientos inadecuados y que la situación de atención, paradójicamente hablando, se convierta en un nuevo estresor. En sintonía, Vilar y Eibenschutz (2007) concluyen que, probablemente, la migración por sí sola no sea la causa de un deterioro en la salud mental, sin embargo, consideran que puede estar relacionada y detonar tras complicaciones respecto a la situación de empleo, por ejemplo, y acontecimientos traumáticos previos, durante y después de la migración, los cuales, pueden ser motivos suficientes para experimentar una angustia psicológica.

Respecto a la predominancia de componentes biológicos en los padecimientos mentales, se encuentran esfuerzos que cuestionan su relación y más bien, destacan factores sociales relacionados con el fenómeno migratorio y su atención en salud mental. Autores como Hwang y Cols. (2007) se afilian a una corriente que estudia el impacto de la cultura sobre la salud mental, encontrándose, por ejemplo, que la población inmigrante en Estados Unidos ha venido mostrando una carga importante de padecimientos. A nivel de intervención, encuentran una desigualdad en cuanto al acceso de servicios en salud. Plantean que dichos sistemas pueden no estar adecuadamente preparados para satisfacer las necesidades de poblaciones específicas, tales como la migrante. Esto se refiere, además, a una limitada comprensión del factor cultural involucrado en sus padecimientos.

En ese sentido, se cuenta también con investigaciones en el contexto mexicano. En términos epidemiológicos, destaca el estudio de Bojórquez y Cols. (2014), quienes se concentraron en la prevalencia de trastornos mentales en migrantes deportados hacia México. Encontraron porcentajes significativos de personas con necesidad de atención en salud mental. Asimismo, concluyeron que, dicha prevalencia, es más alta en mexicanos migrantes en Estados Unidos, en comparación con los mexicanos en México. A partir de esto, sugieren la consideración de diseños e implementación de políticas públicas en salud. Bajo la misma línea, se encuentra la propuesta de Temores-Alcántara y Cols. (2015), quienes, en un trabajo que tomó como contexto la ciudad fronteriza de Tapachula, Chiapas, exploraron el estado de salud mental y expectativas de atención en migrantes centroamericanos en tránsito. En esa investigación, se encontró que los migrantes presentaban signos y síntomas de daños en su salud mental relacionados con experiencias vividas en el lugar de origen y en el tránsito por México. Concluyeron que es necesario fortalecer la respuesta del sistema de atención en salud mental a partir de estrategias de cooperación y también, que es necesario emprender acciones que vayan más allá de una construcción biomédica en salud mental.

A manera de síntesis, se identifica que las investigaciones mencionadas coinciden en un planteamiento, esto es, que existe una vulnerabilidad psicosocial específica en la población migrante. Ahora bien, y aun cuando no todos los sujetos migrantes sufren de desajustes en términos de salud mental, es un hecho que sí lo experimenta un porcentaje importante de ellos,

situación para la cual, los sistemas de salud pudieran no encontrarse completamente preparados. Por otro lado, dichos estudios están inclinados hacia la explicación de reacciones, adaptación y aminoración de síntomas acaecidos en el lugar de destino, o esquemáticamente hablando, en la tercera etapa del proceso migratorio. Esto no es inadecuado, sin embargo, implica restarle importancia a la comprensión de experiencias constructoras de la mente, es decir, situaciones psicológicas, sociales, culturales y económicas, que han determinado a los sujetos en su pasado remoto y que pudieran relacionarse con el hecho de migrar.

Con esto se hace referencia a vivencias que permitirían comprender su necesidad de desplazamiento, las fantasías asociadas, las expectativas depositadas en el acto y su relación con la realidad. Una exploración de este tipo, podría llevar a comprender, por ejemplo, la posibilidad de que existan personalidades propensas o vulnerables en términos mentales a sufrir tras la experiencia migratoria, así como las coincidencias que existen en cuanto a funcionamiento mental, tipo de vínculos, significaciones de la migración y demás aspectos psicológicos en población migrante que padece en términos mentales.

Lo anterior encuentra coincidencia con el enfoque psicoanalítico, el cual y desde su hipótesis genética, comprende los padecimientos y las personalidades actuales de los sujetos con base en una exploración de su pasado remoto. Además, este enfoque no ha sido ajeno a las reflexiones sobre migración pues, autores como Grinberg (1980), la consideran como una experiencia potencialmente traumática que configura a su vez, una situación de crisis, marcada por dinámicas inconscientes previas, durante y después de la migración. Ligado a esta disciplina y respecto a la posibilidad de derivar una pérdida en duelo patológico, autores como Bowlby (1980) rastrean las condiciones que llevan a que ciertos tipos de personalidades sean propensas a sufrirlo. En extrapolación con el proceso migratorio, se considera que, así como en el duelo patológico existen una serie de condiciones que llevan a construir personalidades propensas a sufrirlo, en la experiencia migratoria, se podrían rastrear condiciones que a nivel consciente e inconsciente la expliquen.

Se hace referencia a exploraciones que permitan comprender las condiciones psicológicas de los sujetos migrantes que padecen en salud mental, así como también, que identifiquen patrones

comunes o coincidencias a nivel de personalidades, pero atendiendo a su dinámica inconsciente, que, a manera de metáfora, puede que silenciosamente determine sus destinos. En ese sentido, la propuesta de Ricoeur (1969) respecto a la develación de los contenidos inconscientes escondidos en los discursos de los sujetos y revelables a través del ejercicio de interpretación, se plantea como valiosa y fundamental.

Asimismo, la propuesta de Geertz (1979) se considera como imprescindible, particularmente, su propuesta de “descripción densa”, es decir, la manera específica de pensar y analizar los fenómenos por parte del investigador y su marco de referencia. Este autor, alude también a la búsqueda de significaciones y comprensiones sobre fenómenos sociales a partir de sus interpretaciones y análisis. Las perspectivas de ambos autores se consideran útiles y coincidentes con la investigación, por, además, no pretender un análisis terminado y definitivo, sino uno viable de complementación y enriquecimiento. Es bajo este marco que se traza la presente investigación, la cual, busca nutrir los estudios de migración desde una perspectiva psicoanalítica y psicosocial.

En términos generales, se entiende por psicosocial al paradigma planteado por autores como Melero (2010), quienes se concentran tanto en la persona, su experiencia, su interacción con el medio y su dignificación. No obstante, y aunque ésta investigación coincide en la concentración sobre la persona, o específicamente, personas migrantes que padecen en salud mental, no se enfoca exclusivamente en sus capacidades, fortalezas, posibilidades y elementos conscientes. A diferencia de eso, la investigación tiene un planteamiento psicosocial con fundamento psicoanalítico. Con esto, se busca una comprensión de la dinámica psíquica a niveles conscientes e inconscientes, entendiendo que la construcción de la mente está determinada por un ámbito familiar que se nutre y desarrolla en una estructura sociocultural, donde el fenómeno migratorio, pudo estar cargado de significados para los sujetos y, asimismo, éstos pudieron experimentar situaciones vinculadas con el fenómeno. Todo ello, se considera, pudo tener un impacto psíquico para los ahora, sujetos migrantes.

Es importante realizar una puntualización. Esta investigación no abarca ni busca una generalización respecto a todos los sujetos migrantes, esto, se considera, es una tarea ilusoria e

inalcanzable, tanto en un sentido metodológico como epistemológico. Contrario a ello, se concentra en una población muy específica, esto es, migrantes internos que han sido diagnosticados en términos de salud mental. Asimismo, y aun cuando se haga constante mención de su condición como migrantes, ésta no se refiere a desplazamientos internacionales. Cuando en ésta investigación se habla de sujetos migrantes, se hace referencia a todas aquellas personas que hayan nacido fuera de la región de Tijuana, aun cuando sea dentro del mismo estado de Baja California y de la misma nación mexicana. Por lo tanto, el concepto de migrante en el estudio es limitado y abarcativo a la vez. Limitado en cuanto a que se concentra únicamente en sujetos migrantes que padecen en términos mentales. Abarcativo en cuanto a que, geográficamente, alcanza a todos los sujetos que hayan nacido fuera de la región de estudio.

Ligado a lo anterior, se puntualiza también que, a pesar de que la tendencia en los estudios de migración es hacia la de tipo internacional, existe una línea de autores para quienes la migración interna es sumamente relevante. Se refieren a los desplazamientos que se llevan a cabo entre los estados de una misma nación, mismos que determinan las dinámicas de los países. En términos clásicos, Germani (1969) estudió los procesos de modernización en la migración de espacios rurales hacia espacios urbanos, considerando que incluso a nivel interno, al migrante le precedían procesos de socialización y aprendizaje originados dentro de una familia en su infancia, internalizando una cultura de origen.

Por lo tanto, decía, también el migrante que se desplaza del campo a la ciudad dentro de un mismo país, se enfrentaría a la necesidad de reajustar lo internalizado al adquirir nuevos roles, nuevos conocimientos y también, nuevas actitudes y valores en el lugar de destino al que migró. En ese tenor, destaca también el trabajo de Arizpe (1979), el cual estuvo concentrado en la migración de tipo interna, problematizándole como uno de los temas de mayor relevancia en la investigación social de América Latina. Arizpe se enfocó en describir y analizar las características del movimiento migratorio de indígenas mazahuas y otomíes de cuatro comunidades hacia la Ciudad de México. Por su parte, y en años más recientes, Cardano y Cols (2018) consideran que se ha venido atendiendo con menor énfasis e interés las consecuencias en salud que tiene la migración interna, sin embargo, los casos por ellos estudiados revelan que aún en este tipo de migración, existe un impacto en términos de salud mental. Por su parte,

estudios como los de Keung y Cols. (2008), se suman a los diferentes saberes que han tomado como contexto la migración interna en China, coincidiendo en que ésta impacta de manera importante en términos de salud mental.

De esta manera, la presente investigación se plantea en un contexto migratorio de tipo interno hacia la ciudad de Tijuana. Demógrafos especializados en este tipo de migración, consideran a ésta región como una que funge como “trampolín” de cruce hacia Estados Unidos, pero también, como de franco destino migratorio debido a su intenso dinamismo económico y sus posibilidades laborales (Cruz y Quintero, 2011). En sintonía, autores como Novosseloff y Neisse (2011) señalan que en la ciudad se instalan diariamente cerca de 2 000 migrantes, en su mayoría, internos. Paralelo a este dato, se encontró que, según la Encuesta Intercensal de 2015, Baja California figuraba como el segundo estado receptor de migración interna seguido de Quintana Roo, fungiendo Tijuana, como el principal municipio receptor.

¿Qué se puede reconocer a partir de lo mencionado? De manera general, que la dinámica migratoria interna no es ajena al ámbito de salud mental. Asimismo, que esto se vuelve relevante en una región que se ha caracterizado por su dinámica migratoria, tal como lo es Tijuana. Con base en el recorrido realizado, se fundamentan los siguientes cuestionamientos específicos que motivan ésta investigación:

- ¿Cuál es la identidad del paciente migrante en función de sus características sociodemográficas, su proceso migratorio y su trayectoria a través de los servicios de salud mental?
- ¿Cómo se construyó su funcionamiento mental a partir de elementos psicosociales en el lugar de origen relacionados con la migración?
- ¿El perfil psicológico del paciente migrante tiene relevancia en los modelos de atención en salud mental?

Si bien estos cuestionamientos tienen un peso importante de manera separada, se considera que comparten un eje guía, esto es, que están dirigidos a la comprensión del sujeto migrante y su identidad psicosocial a partir de tres perspectivas. Estas son, desde la identificación de sus

características sociodemográficas, su proceso migratorio y su trayectoria en los servicios de salud mental, seguido de la comprensión de su funcionamiento mental y, finalmente, desde la perspectiva de los especialistas que les atienden. Por lo tanto y de manera sintetizada, se rescata la siguiente pregunta de investigación que fungió como eje guía del estudio:

- ¿Cuáles son las características que definen la identidad del paciente migrante atendido en las instituciones de salud mental en Tijuana?

Para dar respuesta a ello y en términos metodológicos, se buscó identificar la proporción de migrantes atendidos en dos instituciones de salud mental. Para esto, se analizaron sus características sociodemográficas, algunos aspectos del proceso migratorio, antecedentes de atención psicológica y sus diagnósticos actuales. A partir de esa primera exploración, se organizaron algunos perfiles comunes que permitieron seleccionar candidatos para entrevistas de tipo relato de vida, las cuales, permitieron profundizar en su historia, significados de la migración y funcionamiento mental. Finalmente, se realizaron entrevistas a los especialistas en salud mental, esto, para conocer su posición respecto a la atención dirigida hacia la población migrante, los modelos utilizados y las bases teórico-técnicas de su intervención.

De manera más detallada, en un primer momento se buscó conocer y caracterizar a la población de migrantes que en la región de Tijuana ha solicitado o ha sido canalizada a alguna de las dos instituciones de salud mental colaboradoras en el estudio. Todo esto en términos sociodemográficos y con base en una encuesta con la cual se exploraron los motivos de la migración, las regiones de procedencia y datos asociados, para finalmente, indagar sobre la trayectoria de atención en salud mental y la situación actual. Esto permitió contar con cifras respecto a la relación entre migración y salud mental en la región de Tijuana.

En un segundo momento, se exploró la variable que se ha denominado *construcción psicosocial de la mente del migrante con problemas de salud mental en el contexto de origen*, rastreándose elementos psicosociales arraigados a nivel consciente e inconsciente que corresponden a la experiencia de desarrollo en sus contextos de origen. Para esto, se partió de la teoría

psicoanalítica que estudia el funcionamiento mental y la construcción de la personalidad desde los primeros años del desarrollo en los individuos, es decir, retomando su pasado, entendiendo que éste es reactivado y dinamizado constantemente a nivel consciente e inconsciente en el tiempo presente. A través de esto, se buscó entender la manera en que la mente de estos migrantes fue construida a partir de elementos significantes y significativos desde un contexto sociocultural de origen.

Esto permitió rastrear si en los sujetos existe un tipo específico de internalizaciones enraizadas en su psiquismo, pero que, aunque añejas, siguen teniendo una importante vigencia en su sentir, en su conducta y en su funcionamiento mental. Todo esto, ligado a un lugar y a vínculos originarios. Se consideró que, todo esto, pudiera estar dinamizado a nivel inconsciente sin que el individuo se percate de ello, registrando satisfacciones o desaires, por ejemplo, pero sin conectarlas con dichos enraizamientos a nivel consciente.

Finalmente, y en un tercer momento, se retomó la información acerca del servicio psicológico brindado en dos instituciones de salud pública, indagándose si la construcción psicosocial de la mente en el contexto de origen tiene relevancia en las intervenciones que realizan los especialistas. Las entrevistas con profesionales en psicología y psiquiatría en estas instituciones permitieron explorar la manera en cómo definen los diagnósticos y las estrategias de intervención. Lo anterior llevó a su vez, a identificar las bases teórico-técnicas sobre las cuales se fundamentan sus diagnósticos e intervenciones, así como también, para conocer si existe alguna consideración específica de atención respecto a población migrante.

De manera general y completa, el estudio permitió comprender amplios elementos relacionados entre migración y funcionamiento mental. Desde características compartidas por los pacientes migrantes hasta elementos conformantes de su mente. Con base en sus resultados, el estudio señala la importancia de comprender e integrar una perspectiva que distinga la identidad específica de los sujetos migrantes que son atendidos en salud mental. Asimismo, rescata la utilidad de la perspectiva y estudios psicoanalíticos para el estudio, análisis y comprensión de este tipo de población.

2. JUSTIFICACIÓN

Migrar implica enfrentarse a posibilidades de desequilibrio en términos de salud mental. Para investigadores como Bhugra (2004), Alvarado (2008), Achotegui (2004) e Ingleby (2008), así como Vilar y Eibenschutz (2007), el sujeto migrante atraviesa por una condición de vulnerabilidad psicosocial que pudiera impactarle en términos de salud mental. Relacionado con esto, autores como Hwang y Cols. (2007) se afilian a una corriente que integra la influencia de la cultura en la salud mental, y que, a su vez, cuestiona la capacidad de los sistemas de salud mental para atender esta problemática en la población migrante. Pero, es importante aclarar, esto no afectaría únicamente a quienes realizan grandes desplazamientos internacionales, pues autores como Germani (1969), Cardano y Cols. (2018), así como Keung y Cols. (2008), consideran que a pesar de que la tradición en estudios de migración se concentra en la de tipo internacional, la migración interna también determina las dinámicas de los países, volviéndose relevante su comprensión tanto en ámbitos psicosociales como de salud. No obstante esta problematización, la atención en salud mental para migrantes en Tijuana carece de una perspectiva que considere dicha vulnerabilidad.

En primer lugar, y de manera elemental, existe una ausencia de datos precisos sobre la cantidad y características de la población migrante que en la ciudad recibe atención por instituciones públicas de salud mental. Por ejemplo, en el Hospital General de Tijuana (HGT) estos datos no figuraban en los registros administrativos; esto tiene que ver con que los registros obedecen a una lógica que enfatiza en el diagnóstico independientemente de la condición o sector de la población atendida. Con base en lo anterior, resulta evidente un desconocimiento de las características sociodemográficas de la población migrante atendida. Contrario a dicha realidad, resulta fundamental contar con datos que permitan identificar la magnitud de la demanda de atención en salud mental por parte de población migrante y seguido de esto, conocer sobre el proceso migratorio y sus antecedentes en salud mental. Un estudio planteado en esa línea permitiría visibilizar la demanda de atención en salud mental para población migrante.

Por otro lado, la atención pública de salud mental en Tijuana está concentrada en la rápida eliminación de síntomas y adaptación de los sujetos. Esto se traduce en intervenciones breves

que explican y se concentran en ajustes inmediatos buscando mejoría; esto no se considera inadecuado, pero sí limitado. Se deduce que existe poca o nula comprensión respecto a la construcción psicosocial de la mente de los sujetos atendidos. Pareciera fuera de lugar y sin relevancia el considerar que los aspectos originarios del funcionamiento mental siguen impactando en el presente, aun cuando fueron generados en un pasado remoto. Poco se comprende sobre el funcionamiento inconsciente en el que, paradójicamente, el propio sujeto pudiera no tener conocimiento total, ni control completo. Pareciera que también se descuida el hecho de que los discursos en la atención pudieran tener dos significaciones, una superficial en un nivel manifiesto o lógico-racional, y una segunda a nivel latente o inconsciente, relacionada con significaciones profundas y encubiertas aun para quien padece. Hablaríamos de elementos ocultos pero descifrables a través de metodologías específicas como la psicoanalítica, a través de la cual se explora la historia de los sujetos desde su propia subjetividad, sus experiencias, sus fantasías y sus pensamientos dinamizados a nivel inconsciente, pero a su vez, ligados a elementos socioculturales de un ambiente pasado en el que los sujetos se han desarrollado. Una investigación que estudie la manera en que los elementos conscientes e inconscientes operan en el funcionamiento mental de los sujetos migrantes aquejados en términos de salud mental, llevaría a comprender que el acto migratorio detona dinámicas que tuvieron un origen remoto en términos temporales y espaciales, pero que se actualizan y entrelazan con la experiencia migratoria actual.

Finalmente, es de esperarse que las intervenciones públicas en salud se sostengan sobre modelos de atención definidos. Surge así la cuestión sobre el modelo aplicado para la atención psicológica de la población general, pero, sobre todo, de la migrante. Se vuelve imprescindible conocer la ruta por la que un paciente es canalizado o solicita servicio de atención psicológica. Conocer las estrategias y marcos de referencia para emitir un diagnóstico y la manera en que se define la atención conveniente. Asimismo, se plantea como fundamental adentrarse en la experiencia de atención para población migrante en versión de los especialistas en salud mental de las instituciones propuestas. Esto abriría el panorama respecto a la postura teórica y técnica en su atención. Asimismo, una revisión de esta magnitud, permitiría comprender al especialista y a su técnica. De resultar conveniente, esto llevaría a generar conclusiones y propuestas respecto a la atención en salud mental para población migrante.

3. CAPÍTULO CONTEXTUAL

En términos académicos y clínicos, existe una ausencia de tradiciones que vinculen los temas de salud mental y migración en la región de Tijuana. Aunque las cifras demográficas sobre movilidad en la zona son contundentes, éstas no han derivado en desarrollos que permitan comprender la mente de los migrantes. Ello no significa que las tradiciones académicas por separado se hayan demorado, por el contrario. Es evidente que los estudios de migración han sido fructíferos, y por su cuenta, los de salud mental. Pero se insiste, sin una tradición académica o clínica que los reúna en la región. En el marco de dicha ausencia, es interesante descubrir que algunas de las reflexiones sobre la mente de quienes se desplazan, provengan de un escenario alejado de la academia y de la clínica, es decir, de la literatura artística.

Para autores como Campbell (2014), la relación entre salud mental y migración en Tijuana es directa. En su opinión, los enfermos mentales son el reflejo de un tipo de locura compartida, la cual, y a través de ellos, es llevada al extremo. En su opinión, es el tipo de locura propiciada por Tijuana, por la frontera. El drama del inmigrante, la frustración de no poder pasar al otro lado ni poder regresar a la tierra natal. La soledad.

Si bien, la reflexión de este escritor abre el camino para análisis profundos, en esta investigación se busca abonar desde el escenario académico. Esto es, a partir de un estudio que, desde su metodología, considere la voz de quienes lo viven, es decir, la población migrante que padece en términos de salud mental. Para esto, se propone trazar una ruta que, en primer lugar, permita comprender elementos relevantes a la frontera de Tijuana. Para esta tarea, se parte de una breve revisión histórica de la ciudad desde una perspectiva económica y demográfica, lo cual explica su desarrollo y su tan asociada identidad como tierra migrante. Posteriormente, se revisan cifras respecto a población y movimientos migratorios en la región durante las últimas décadas, entendiendo que estas migraciones derivan en un proceso social que permea estructuras culturales y económicas con resonancia psicosocial.

Consecutivamente, se profundiza en el tema de la salud mental en el país, así como el encuentro de dicho paradigma con el enfoque psicoanalítico. Se revisa también, la existencia de atenciones

en salud mental para migrantes, tanto por parte del Estado como de organizaciones sociales. Se confía en que éste marco sirva de base para una mejor aproximación al fenómeno de estudio.

3.1 Tijuana como contexto de estudio, un breve repaso histórico desde sus ámbitos demográficos y económicos

Si bien existen diferentes puntos de partida para abordar este amplio tema, se iniciará con las perspectivas demográfica y económica a nivel histórico en la ciudad de Tijuana, entendidas como las pautas elementales para comprender su constante dinámica migratoria. Esta ruta acercará gradualmente a la revisión complementaria entre perspectivas psicológicas, sociales y los estudios de migración en el ámbito de salud mental para lograr los objetivos planteados.

En su trabajo titulado *Del rancho de la Tía Juana a Tijuana: una breve historia del desarrollo y población de la frontera norte de México*, Zenteno (1993) realiza un recorrido en términos demográficos para entender el desarrollo de Tijuana desde sus inicios. Se considera clave este estudio pues explica el crecimiento de la ciudad, pero desde una importante realidad, es decir, desde un crecimiento que tuvo como apellido la migración. En palabras del autor, Tijuana es el ejemplo más extraordinario de lo que ha sido la historia demográfica contemporánea de la frontera norte.

Para una revisión más profunda sobre su estudio, se sugiere la revisión directa del autor. No obstante, y a manera de síntesis, se resume la exposición histórica, demográfica y económica de Tijuana en cinco grandes periodos:

1. Inicios (1900-1940): caracterizado por el desarrollo económico derivado de la actividad en el área de servicio y turismo, relacionado con la dinámica económica en California y a consecuencia de la Ley Volsted (1919-1933). Asimismo, la apertura de la Zona Libre de comercio que vino a paliar la abolición de dicha Ley.
2. Crecimiento demográfico (1940-1965): Segunda guerra mundial y auge económico de la posguerra; se consolida el programa Bracero (1942). En este periodo la región se

vuelve atractiva en términos económicos y, asimismo, en un sentido demográfico, tiene su momento cumbre y se consolida como una localidad importante a nivel nacional.

3. Impasse demográfico (1965-1980): Se da fin al programa Bracero (1964), asimismo, se genera el Programa de Industrialización de la Frontera (PIF), lo que coincide con un periodo de recesión estadounidense y sobrevaluación del peso mexicano.
4. Repunte demográfico y migratorio (1980-2000): La mayor época de bonanza; crece la industria maquiladora y la inmigración en Tijuana.
5. Baja demográfica y migratoria (2000 a la actualidad): disminuyen los flujos migratorios asociados a la disminución de nivel económico, sumado a conflictos ligados con la inseguridad y la violencia.

Este recorrido se vuelve valioso desde diferentes ángulos, sin embargo, se destaca la presencia histórica del fenómeno migratorio en la región, así como la manera en que se ha explicado. En ese sentido, autores como Cruz y Quintero (2011) afirman que Baja California, ha mostrado el mayor crecimiento poblacional históricamente registrado en comparación con los diferentes estados del norte del país. Plantean que Baja California presenta la inmigración más alta entre las entidades del norte del país, siendo a su vez que Tijuana, ha sido la ciudad que más ha contribuido a ese intenso crecimiento poblacional, multiplicándose más de 100 veces en los últimos 75 (referencia 2005).

Por su parte, Coubés (2003) contribuye al análisis comparativo entre la dinámica económica de Tijuana y el centro del país. Considera relevante la crisis que en 1995 provocó el aumento del desempleo en todo México, siendo distinta la situación en la zona fronteriza pues más bien, en el territorio del norte, la devaluación estimuló la inversión extranjera directa al disminuir el costo de producción, así como al propiciar un mayor consumo del lado mexicano de la frontera, notándose los efectos del Tratado de Libre Comercio (TLCAN) en el ámbito comercial, mas no en la industria maquiladora. Por lo tanto, se hace referencia a una situación económica que azotó al país, pero distinguiéndose a la frontera norte como zona de refugio, y en particular, Tijuana.

Para Cruz y Quintero (2011), los migrantes se dirigen a esta zona por dos grandes motivos, uno es porque miles de migrantes internacionales han utilizado esta ciudad como un “trampolín”

para su cruce hacia Estados Unidos, y dos, por el intenso dinamismo económico que ha venido teniendo la ciudad desde la década de los ochenta y noventa, al mostrar un vigoroso crecimiento económico, alcanzando los niveles de desempleo más bajo de la región fronteriza del norte de México, sumándosele que, durante la década de los noventa, Tijuana presentó la tasa de desempleo más baja de estas áreas urbanas.

Tomando como fuente de información la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte) en los periodos de 1994-1995, 2000-2001 y 2005-2006, Cruz y Quintana (2011) afirman que el flujo de migrantes procedentes del interior del país hacia la zona fronteriza tuvo un incremento, sin embargo, el flujo de estos migrantes hacia Tijuana ha disminuido durante los últimos años. Respectivamente, pasó de 536 807, a 536 433, para derivar en 491 122 en el periodo de 2005-2006. Para estos autores, la explicación para esta detención de flujos se debe a que, Tijuana, se ha vuelto menos atractiva en términos laborales y económicos, sin embargo, se tendría que integrar el factor de inseguridad y violencia que ha impactado a la región durante los últimos años.

3.2 Tijuana, con apellido de migración

En tono mítico y sobre una Tijuana perdida en el tiempo, Olga Vicenta Díaz (referido por Valenzuela, 2000) presentaba a la *Ranchería de la Tía Juana* como: “el único lugar de la tierra habitado por seres humanos sin conflictos y donde lo necesario para vivir lo producía la tierra, y si algo faltaba en su haber, la casa grande lo tenía y la Tía Juana lo daba, según la necesidad de cada quien, así como también, era la tierra que recibía cordialmente a todos los expedicionarios que por ahí se cruzaban”.

Para Campbell (2014), Tijuana no es una región de una sola versión. En su opinión, de Tijuana se pueden tener tres versiones: la de los extranjeros, la de los mexicanos y la de los Tijuanaenses, todas ellas, llenas de estereotipos. En cuanto a lo mexicano, se encuentra en Raphael (2011) la opinión de que Tijuana es una puerta privilegiada para acercarse al siglo XXI, la puerta que abren los extranjeros para echar un vistazo a nuestro país y que también, deberíamos –continúa-

abrir todos los mexicanos para tomar una mejor conciencia de lo que somos, pues, su naturaleza contradictoria, sirve de mapa para leer lo mexicano, si es que tal identidad existe.

En datos de Novosseloff y Neisse (2011), en la ciudad de Tijuana se construyen a diario tres manzanas de casas adicionales en donde se instalan cerca de 2 000 migrantes, en su mayoría, internos. Por esta razón, la red urbana en Tijuana no deja de crecer. Para estos autores, Tijuana es una ciudad moderna y triste, sin encanto y sin piedad hacia todos aquellos que están tan cerca del “sueño americano”, pero que sufren por alcanzarlo. Afirman que esta ciudad atrae a todo México, es decir, a los migrantes internos, a todos los que se vuelven migrantes dentro del mismo México para trabajar en sus enormes maquiladoras, fábricas de subcontratación y ensamblado, filiales de multinacionales que aprovechan los bajísimos costos salariales, la exención de impuestos aduaneros y la cercanía con Estados Unidos a donde se importa la producción.

Tijuana literalmente, según Novosseloff y Neisse (2011), recibe al viajero mostrando los estragos de la frontera y la migración. Se refieren al muro con Estados Unidos que queda de frente al aeropuerto de la ciudad y que la atraviesa hasta el mar. Pero ese muro habla a través del arte. Es vida “partida en dos”, séquito de sufrimientos, de miedos y de esperanzas. Es también el que denuncia, mediante cruces clavadas, la funesta suerte de los emigrantes que intentaron el viaje y que nunca regresaron.

Tijuana, como otras regiones en el país, cuenta con un santo, pero en su caso particular, un santo de los migrantes (Novosseloff y Neisse, 2011). En el cementerio más antiguo (Panteón No. 1) se yergue el equivalente a un pequeño templo, la tumba del soldado desconocido para todos los emigrantes en existencia, pero no en mito, Juan Soldado. Su tumba es el lugar por excelencia para aquellos que buscan pasar al otro lado de la frontera. Cuenta la leyenda que el espíritu de Juan Soldado brinda protección a los migrantes que van a su tumba a orar. Es así como este santo popular se ha convertido en el patrón de los emigrantes pues dicen que murió cuando le dispararon en la espalda mientras huía por su vida, justo a unos pasos del vecino país. Es así que, como tierra de migrantes, Tijuana cuenta con su propio defensor divino.

Finalmente, y a propósito de la Tijuana de los migrantes, Piastro (2015) afirma que cuando un sujeto emigra, se aleja del contexto donde tejió su texto identitario, pues se traslada con un texto que inmediatamente se ve trastocado por el nuevo contexto. Para esta autora, el arduo trabajo de elaboración no siempre es exitoso y en muchas ocasiones, aparece en forma de nostalgia. Es esa nostalgia la que generalmente impide que un inmigrante decida que se quedará en el lugar de acogida para siempre. Esto le lleva a sentirse siempre de paso, de manera provisional, le impide construir día a día un escenario para su integración. Pero ese sentirse de paso, ese proceso de naturaleza psicológica y social, pierde validez en Tijuana. En esta región, el Tijuanaense es aquel que se quedó, y casi nunca como un acto planeado, sino circunstancial. Tijuana se asume como tierra de migrantes y, en los discursos cotidianos, es común escuchar que es un lugar en el que “todos llegamos desde afuera”. Son maneras de asumir la compleja tarea psicológica de integración en una tierra con apellido de migración.

3.3 ¿De dónde vienen los mexicanos que migran a Tijuana?

En su investigación, Hernández (2014) destaca que, en 1990, 20.4 % de los migrantes del país tuvieron como destino la frontera norte, mostrando el crecimiento demográfico más alto por efecto del volumen de la migración, registrándose de 352.2 a 437.0 mil migrantes en esos años. No obstante estas cifras, y en coincidencia con Cruz y Quintana (2011), el autor identifica un cambio importante respecto a la recepción de migrantes en algunas regiones del país en los años recientes. En Baja California, señala, se inicia una baja en el crecimiento demográfico, es decir, ha pasado de ser una región que venía destacándose en las dos últimas décadas por esa dinámica, para, en la reciente, retraerse. En esos años pasó de 180.2 a 164.6 mil migrantes netos, derivado sobre todo del moderado crecimiento de inmigrantes, de apenas 4.1 %, y el alto dinamismo de salida de emigrantes que creció en un 61.2 %. En síntesis, todo esto enuncia un descenso de Baja California en su contribución a los migrantes netos de la zona durante los últimos años, al pasar de 51.2 % a 37.7 %, no obstante esto, sigue manteniendo su predominio de concentración entre los estados fronterizos.

De manera específica, el periodo de 2000 a 2010 se caracterizó por el descenso del volumen de migrantes internos del país en general. Esto podría explicarse porque la economía mexicana

dejó atrás la fase de expansión y reactivación del empleo tras la crisis financiera de 1994, dándose a su vez un estallido y propagación de la violencia e inseguridad vinculada al narcotráfico. Estos acontecimientos alteraron la dinámica migratoria, con repercusiones diferenciadas regionalmente. Baja California en específico, desciende en sus índices de inmigrantes de 229.5 a 154.0 (miles de personas) entre 2000 y 2010 respectivamente.

En términos de corrientes de inmigración y respecto a los estados que se dirigen a Baja California, destacan las siguientes cifras tomadas de los censos de población en los periodos 1990, 2000 y 2010 (Hernández, 2014):

Tabla 1. Cifras de los censos de población de inmigración a Baja California y sus estados de origen en 1990, 2000 y 2010. (Porcentajes)

1990	2000	2010
Sinaloa (18 %)	Sinaloa (20.9 %)	Sinaloa (18.3 %)
Jalisco (11.7 %)	Sonora (9.5 %)	Sonora (10.5 %)
D.F. (11.7 %)	Jalisco (8.5 %)	Chiapas (8.6%)
Sonora (9.6 %)	Veracruz (7.8%)	Jalisco (7.3 %)
Michoacán (7.2%)	Michoacán (6.2 %)	D.F. (6.4 %)

Fuente: Hernández (2014).

La siguiente tabla se presenta en términos de cantidades de miles de migrantes, tomando la misma fuente, esto es, el censo poblacional en los periodos 1990, 2000 y 2010:

Tabla 2. Corrientes de inmigración a Baja California y sus estados de origen de 1990 a 2000. (Miles de inmigrantes)

Estado	1990	2000
Sinaloa	39.9	48.0
Sonora	21.1	21.7
D.F.	25.7	12.1
Jalisco	25.7	19.5
Michoacán	15.9	14.3

Fuente: Hernández (2014).

Tabla 3. Corrientes de inmigración a Baja California y sus estados de origen de 2000 a 2010. (Miles de inmigrantes)

Estado	2000	2010
Sinaloa	48.0	28.2
Sonora	21.7	16.1
Jalisco	19.5	11.2
Veracruz	17.9	9.3
Michoacán	14.3	8.9

Fuente: Hernández (2014).

En consonancia y enfatizando las regiones específicas que migran a la zona de Tijuana, en Cruz y Quintero (2011) se encuentra un referente para conocer la población que compone los flujos migratorios. Tomando como fuente de datos el Censo Censal de 2005, se identifica que las entidades de mayor participación en el flujo migratorio hacia Baja California fueron:

- Sinaloa (22 %)
- Sonora (10.9%)
- Chiapas (9.2 %)
- Jalisco (7.5 %)
- Veracruz (6.5 %)

En sintonía y tomando como referencia la información de las Encuestas sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México (EMIF) durante los periodos 1994-1995, 2000-2001 y 2005-2006 en la región de Tijuana, Cruz y Quintana (2011) identifican que los estados de Michoacán, Jalisco, Oaxaca y Guanajuato presentan protagonismo en el primer periodo. Para la fase 2000-2001, el comportamiento es similar, aunque incorporándose el estado de Guerrero. Las cifras fueron:

- Michoacán (13.2 %)
- Jalisco (11.5 %)
- Oaxaca (7.5 %)
- Guerrero (7.3 %)

Finalmente, respecto al periodo 2005-2006 llama la atención la constante en cuanto a los estados que encabezan los porcentajes, no obstante, se integra el Estado de México entre los principales; las cifras fueron:

- Jalisco (11.8 %)
- Michoacán (11.3 %)
- Oaxaca (8.6 %)
- Estado de México (8.5 %)

Desde un punto de vista meramente demográfico, esta información resulta de particular importancia para identificar las zonas de origen de la población migrante que conforma la ciudad de Tijuana, sin embargo y desde un punto de vista social, adquiere una particular relevancia si recordamos que el constante crecimiento y la reconstrucción demográfica tienen implicaciones y consecuencias en otras dimensiones de la vida cotidiana en las fronteras, siendo la migración en específico, un proceso social que permea estructuras sociales, culturales y económicas (Cruz y Quintana, 2011).

Tomando como referencia la Encuesta Intercensal de 2015, se identifican datos recientes en cuanto a los movimientos migratorios internos, en los cuales, Baja California no figura como el principal destino en cuanto a migración interna. En la encuesta se destaca a Baja California en

segundo lugar a nivel nacional con un 41.8 %, seguido de Quintana Roo con un 53.5 %. A continuación, se refieren los cinco estados predominantes de origen de inmigrantes hacia Baja California (Encuesta Intercensal 2015):

- Sinaloa: 244 457
- Jalisco: 138 387
- Sonora: 121 735
- Michoacán: 109 831
- Distrito Federal: 78 864

Tabla 4. Corrientes de inmigración a Baja California y sus estados de origen de 2000 a 2010. (Miles de inmigrantes)

Estado	2010	2015
Sinaloa	28.2	24.4
Sonora	16.1	12.1
Jalisco	11.2	13.8
Veracruz	9.3	61.0
Michoacán	8.9	10.9

Fuente: Encuesta Intercensal 2015 (Elaboración propia).

A manera de ilustración y con la intención de tener el dato a mayor amplitud, se conjunta la información correspondiente a los años 1990, 2000, 2010 y 2015, lo cual permite generar conclusiones en cuanto a los movimientos migratorios internos hacia la región de Baja California:

Tabla 5. Corrientes de inmigración a Baja California y sus estados de origen en 1990, 2000, 2010 y 2015. (Miles de inmigrantes)

Estado	1990	2000	2010	2015
Sinaloa	39.9	48.0	28.2	24.4
Sonora	21.1	21.7	16.1	12.1
Jalisco	25.7	19.5	11.2	13.8

Fuente: Elaboración propia.

Del recorrido planteado, llama la atención la constante en cuanto a migración interna correspondiente a los estados de Sinaloa, Sonora y Jalisco desde el año de 1990. Sin embargo, es importante señalar la baja general identificada desde el año 2000-2010, misma que permanece hasta el año 2015.

Todo lo anterior, vendría a ser un pilar elemental para comprender procesos sociales en regiones específicas, pues siguiendo a autores como Berger y Luckmann (1968), la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo compartido con otros. Siendo que, esa intersubjetividad, establece una señalada diferencia entre la vida cotidiana y otras realidades de las que se tiene conciencia, pues en el individuo existe el mundo interno de los sueños, con significado y construcción a partir del deseo individual, pero en paralelo, también existe un mundo de la vida cotidiana tan real para todos como para el sujeto mismo. Con lo anterior, los autores se refieren a que existe una correspondencia entre los significados individuales y los significados del mundo que son compartidos en la realidad, de lo cual, se deriva un sentido común que se comparte con los otros en las rutinas normales de la vida cotidiana. Siguiendo a estos autores, valdría preguntarse el resultado de este cruce de realidades psicosociales en Tijuana, realidades con distintos orígenes regionales, en este caso, Sinaloa, Sonora y Jalisco, regiones cargadas de significados culturales y sociales. Es una realidad social que propone ciertos sentidos comunes aprendidos originariamente y, trasladados en el proceso de adaptación a la región Tijuanaense.

En consonancia con esta investigación, se desprende la incógnita sobre los significados atribuidos a experiencias como el migrar, así como de emociones específicas asociadas, por

ejemplo, de tristeza y nostalgia ante la distancia o de alegría ante la idealización de lugares y experiencias nuevas. Manejos de emociones que fueron moldeados en un lugar de origen y que, por lo tanto, se repiten, o se intentarán repetir en el lugar de destino cuando se habla de migración. Valdría cuestionarse sobre los significados originarios para experiencias como el padecer o sufrir en términos de salud mental. Por ejemplo, cuando un migrante experimenta un malestar emocional ¿lo asume?, ¿lo niega?, ¿busca apoyo?, ¿la institución de salud mental figura dentro de los recursos y fantasías de ayuda? A propósito de la atención en salud y su lugar como fuente de apoyo, en el siguiente apartado se revisará brevemente la historia del servicio de salud mental en México, dedicándosele un espacio a la región bajacaliforniana para posteriormente, derivar en la atención en salud mental y su vinculación con la dinámica migratoria.

3.4 La salud mental en México

En términos históricos, el proyecto del *Manicomio General de La Castañeda* prometía un espacio para dirigir lo indeseable en una sociedad mexicana con expectativas de modernidad, todo esto, en 1910 (Rivera, 2010). En ese sentido, resultan reveladoras las conclusiones de Ríos (2009), cuando descubrió que, desde la práctica y en el *Manicomio General La Castañeda*, el familiar tenía un gran peso en la decisión del internamiento de un supuesto enfermo mental que, en ocasiones, no era más que un indeseable por su familia y no necesariamente un enfermo. Esto sucedía en la práctica de una inexperta y naciente psiquiatría. Pareciera que el argumento científico que desde lo formal dio vida al histórico proyecto de atención mental, no pudo desligarse de pretensiones políticas ni de prácticas familiares y sociales.

Becerra-Partida (2014) refiere que, oficialmente, el primer hospital de salud mental en México fue el *Manicomio General de La Castañeda*, fundado en el marco del porfiriato. Para De la Fuente (1997), su inauguración fue un hecho sin precedentes que marcó una época. El manicomio, fue la cuna de la psiquiatría pública, aunque deficiente, pero no muy distinta a sus iguales en otros países, ya que la situación de la naciente psiquiatría era que se carecía de conocimientos científicos y de recursos terapéuticos efectivos, entendiéndose al deterioro mental como una consecuencia natural o inexorable del avance de una enfermedad.

Para Ríos (2016), fue a partir de la década de 1920 cuando inició el proceso de profesionalización de la psiquiatría en México, consolidándose una década después en un saber especializado y un gremio diferenciado de otros campos de la medicina. Para este autor, resulta importante distinguir que esta psiquiatría fue producto de una generación de médicos nacidos con el cambio de siglo, que vivieron su infancia en el porfiriato, que su adolescencia se dio en el periodo revolucionario y que su formación profesional fue en el marco del nuevo estado naciente postrevolucionario. A estos profesionales les antecede el escenario de la inestabilidad y cambios, y se desarrollan en un contexto de añoranza de un México moderno y de identidad propia.

Para Ríos (2016), el paradigma de la higiene mental fue el que dirigió a los psiquiatras del México moderno que se extendió desde la década de los treinta hasta los cincuenta. Retomando a Foucault, se considera a la institución psiquiátrica como un espacio para el tratamiento médico y la investigación científica, pero, además, como un mecanismo de control social usado para excluir y marginar a sujetos cuyas ideas y conductas transgredían los límites de lo “normal”. Como paradigma, la higiene mental perseguiría el mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos y la prevención de las enfermedades mentales. Con el fin de prevenir la aparición de psicopatologías, dejó de concentrarse exclusivamente en enfermos mentales y consideró también la intervención con sujetos considerados como “cuerdos”, expandiendo el papel social del psiquiatra, y a su vez, integrando el saber científico con la acción organizacional.

De manera crítica, el autor retoma la descripción del psiquiatra Gregorio Oneto para rescatar la postura psiquiátrica de la época. Para Oneto, los obreros mexicanos eran una bomba de tiempo de enfermedades mentales y México, resultó como una sociedad llena de vicios, sin principios morales, sumida en la insalubridad y propensa a la violencia como consecuencia de una “raza degenerada”. En el texto rescatado de Oneto, Ríos (2016) no encuentra un riguroso análisis sociológico o epidemiológico, sin embargo, identifica una notoria ideología que la elite intelectual de “lo mexicano” tenía en los años revolucionarios, como, por ejemplo, el filósofo Samuel Ramos. Las familias, además, según Oneto, no tenían el nivel educativo ni moral para

educar a los hijos, razón por la cual el estado debía intervenir para “dictar el modo apropiado de vivir”.

La desacreditación del sujeto que debía ser curado o educado, dejaba poco margen a la exploración profunda de la propia voz y experiencia del señalado. El paradigma del momento parece claramente relacionado con un autoritarismo abanderado de método científico, donde el paciente, a diferencia del cliente, nunca tiene la razón.

Puede considerarse, además, que la higiene mental fue un movimiento internacional moldeado por cada cultura e ideología del país donde se desarrollaba, adaptándose a las condiciones locales. Por ejemplo, en Italia se apoyaba al régimen de Mussolini como positivo para la salud mental de los italianos por su impulso a los hábitos y estilo de orden y disciplina militarista. En Alemania se señaló la necesidad de implementar la esterilización de los enfermos mentales desde una perspectiva eugenista. Su principio internacional, era el de mejorar la calidad de vida de internos en hospitales mentales y prevenir la aparición de enfermedades mentales en sujetos cuerdos.

De la revisión anterior, se rescatan algunas reflexiones que podrían vincularse con este proyecto. Resulta interesante que, en un periodo del México moderno, la psiquiatría trabajó en paralelo con el proyecto de nación, no únicamente respecto a la atención de los enfermos, sino respecto a la prevención, todo esto bajo los entendidos por la comunidad científica de la época. Además, se implementaron medidas reglamentarias e instituciones de investigación y vigilancia para situaciones cotidianas buscándose la mejoría o el ajuste de una nación que se consideraba en decadencia, lo que otorgaba autoridad asumida por el gremio psiquiátrico, pero que era producto de la ideología de la política del México en esa época.

En términos académicos, entre 1933 y 1952 el escenario académico y científico de la psiquiatría en México fue ocupado por una reducida generación de médicos dedicados a los desórdenes mentales y neurológicos (De la Fuente, 1997). Ésta generación de psiquiatras atendió e instauraron la enseñanza formal de la neurología y la psiquiatría en el país. Debido a las pésimas condiciones en que se encontraban los pacientes del *Manicomio General de La Castañeda*, el

Gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, mandó destruir el lugar (Becerra-Partida, 2014). Pasó a ocupar su lugar el hospital Fray Bernardino Álvarez y otro, destinado a niños y adolescentes que lleva por nombre “Juan N. Navarro”.

Fue en 1978 cuando vio la luz el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). Asimismo, desde 1979, la tarea de la investigación sobre salud mental en México le fue confiada al Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual contribuyó a la investigación en neurociencias, psiquiatría clínica y psiquiatría social, así como a la capacitación de personal en varios niveles, sustituyendo por mayor capacidad al CEMESAM (De la Fuente 1997). Para el 26 de mayo del año 2000 el Instituto cambió su nombre a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su fundador (INPRFM, 2017). Es importante distinguir que la psiquiatría actual tiene fuertes fundamentos en lo que Ramón de la Fuente planteó, siendo el paradigma biologicista el que sostendría la esperanza de la cura mental.

Para Huertas (2017) el paso del paradigma de *higiene mental* al de *salud mental* se produjo tras la Segunda Guerra Mundial cuando en el III Congreso Internacional de Salud Mental que organizó la British National Association for Mental Hygiene en el año de 1948 en Londres, se cambió el término de “higiene” por el de “salud”, lo que implicaba entre otras cosas, abandonar en parte las ideas eugénicas y la relación racial, la cual, por ejemplo, fue llevada al extremo con los nazis. En palabras del psiquiatra español Tomás Busquets este cambio implicaba abandonar un paradigma que se refería a una “ciencia esencialmente práctica que tenía dos finalidades distintas. Una puramente humanitaria y otra francamente egoísta, de protección y defensa de la sociedad y de la raza” (Huerta, 2017).

Otro elemento importante del salto de paradigma tiene que ver con el paso de uno basado en la prevención para otro interesado en la atención e investigación, siendo que el primero buscaba incidir en la prevención social. A diferencia de ese, el paradigma de salud mental vino a priorizar en la atención eficiente y la investigación en el ámbito de las neurociencias con el apoyo de los psicofármacos (Ríos, 2016). Por lo tanto, lo importante de esta última realidad es el abandono de un modelo preventivo y con inclinación por las ciencias sociales y humanas, para pasar a la apuesta por las neurociencias y la bioquímica como garantías de salud mental. Es claro pues que

este paradigma es el que ha dirigido los esfuerzos de salud mental en el México actual, sostenidos en la figura del psiquiatra, en un modelo de atención y no de prevención. Queda como dato histórico un pasado donde la prevención y la apuesta social figuró como guía para la comprensión de la mente y el mejoramiento de la sociedad, aunque con marcados tintes ideológicos. Se le considera como un antecedente importante pues, aunque en teoría se anuncian en la actualidad enfoques integrales, la realidad sigue siendo la apuesta por los modelos de atención y de orden biológicos.

3.4.1 Historia de la atención en salud mental en Baja California

Se considera relevante retomar lo sucedido en el estado de Baja California pues, el conocer un poco sobre sus orígenes, implica conocer las raíces de la atención en salud mental en el contexto de esta investigación. Para Gruel (2012), el *Hospital de la Rumorosa* que permaneció activo durante 27 años, de 1931 -1958, es un referente obligado para comprender la institucionalización de la vigilancia y reclusión de individuos que padecieron alguna degeneración mental u orgánica en la región. En 1931 se solicitó la apertura del *Hospital de La Rumorosa*, pues en palabras del entonces gobernador del estado, Carlos Trejo Lerdo de Tejada, el Hospital Civil de Mexicali, estaba en completo abandono, siendo habitado por asilados dementes, enfermos de lepra, de tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas. La intención de ese proyecto era el retirar el “foco de infección” de la capital del Estado y dirigirla a la casa del gobernador construida en La Rumorosa, a donde serían trasladados los enfermos del Hospital Civil de Mexicali y donde estarían en mejores condiciones. La intención clara de una reubicación para el llamado foco de infección apostaba por una atención a la medida para este tipo de males, sin embargo, la historia no da cuenta de tal éxito.

En sus inicios, la iniciativa fue clara, el objetivo era asignar un espacio para “locos, idiotas, imbéciles o los que sufran cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalías mentales” (Gruel, 2012), sin embargo, llama la atención que este espacio no se limitó a ser estrictamente un manicomio, ya que más bien resultó ser un espacio que contuvo un amplio espectro de enfermedades, incluidas muchas no mentales. Todo esto y en detrimento del servicio, con base en medidas administrativas sin fundamento o asesoría médica o psiquiátrica de igual naturaleza.

En la prensa de la época se leía: “todos los enfermos están convertidos en espectros vivientes de la Divina Comedia, y ni siquiera el auxilio que suele mandárseles de la conmiseración pública llega a sus manos” (Gruel, 2012). Para 1937, seis años después de su fundación, se gestionó el traslado de 44 pacientes al *Manicomio General de La Castañeda*. Para Gruel (2012), esto resultó sumamente incongruente, pues, si el hospital tenía la capacidad y objetivo de atender ese tipo de males, ¿cuál era la necesidad de llevarlos a un supuesto homólogo? Es probable que el proyecto de atención solo haya quedado en intenciones o desde la teoría.

En el año de 1942, está fechada una carta que los pacientes del hospital escribieron a los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de la capital del país, quejándose de sus condiciones de vida y del trato recibido por el personal en el *Hospital de La Rumorosa*. Acusaban:

“La administradora nos da de comer la comida más barata, quedando descompuestos los escusados, notándose por todo el hospital un olor inmundoso. Finalmente, la administradora está en pleito con algunos empleados, cosa que redundará en perjuicio nuestro” (Gruel, 2012).

Queda la impresión de que, se está hablando de una institución en un grave abandono, tan lejos de dios y de la esperanza, o concretamente hablando, tan lejos del centro del país donde se tomaban las decisiones sobre políticas, administración y recursos en el país. En 1950, este hospital figuró entre los proyectos del país en materia de psiquiatría pues el director del *Manicomio General de La Castañeda*, Dr. Samuel Ramírez Moreno, preparó un trabajo sobre la psiquiatría en México, donde mencionaba que en el territorio norte de Baja California se encontraba el *Hospital de La Rumorosa*, puntualizando que éste dependía del gobierno local, contando con un número de 32 enfermos, falleciendo dos internos entre 1949 y 1950. Lo anterior fue la impresión y la referencia transmitida por el experto, sin embargo, en la inmediatez, la dirigencia local resultaba evidentemente ineficiente para la atención, pero a la distancia, los dirigentes de las instituciones nacionales notaban una institución funcional, percepción que cambió cuando se acercaron un poco más y sus imperfecciones resultaron ineludibles.

Tras 23 años de funcionamiento, Gruel (2012) señala que el presidente en función Adolfo Ruiz Cortines, dio con las causas de las anomalías en el Hospital de la Rumorosa, siendo el veredicto de corrupción. Se dedujo que en algún punto entre la subdelegación y la administración del hospital ocurrieron múltiples desvíos de los recursos públicos que el gobierno territorial destinaba para la manutención de los enfermos. Finalmente, y en plena campaña electoral por la península, el candidato Adolfo López Mateos, anunció la clausura definitiva del *Hospital de La Rumorosa*. Fue en 1958 cuando cerraron sus puertas. Queda sin duda un mal sabor de boca al sacudir un pasado marcado por la corrupción, tan lejano y tan olvidado, dejado casi a su suerte. Abandonado en una lejana región que poco obtenía de los avances en psiquiatría que se desarrollaban en el centro del país, pero con necesidades de atención no de menor importancia. Un poblado que al parecer y por su distancia, volvía migrante a sus internos pertenecientes a alguno de los lejanos municipios del Estado. Una doble vulnerabilidad.

3.4.2 El caso de Tijuana

Como se revisó anteriormente, la región de Tijuana se distingue por su histórica y vigente dinámica migratoria. Para el propósito de esta investigación, es relevante cuestionarse si esta dinámica tiene alguna vinculación con estados de salud o enfermedades mentales específicas. Con base en distintos estudios epidemiológicos, Vázquez- Benítez y Cols. (2015) afirman que está sólidamente documentado que la separación física y el alejamiento afectivo que implica la migración están asociados a una gama de reacciones como falta de comunicación, sufrimiento, tristeza, falta de apetito, problemas del sueño, mal humor y llantos frecuentes, mismos que, pueden evolucionar a una franca sintomatología depresiva, síntomas psicósomáticos y estados de ansiedad e incertidumbre (Alderete, Vega, Kolody & Aguilar Gaxiola, 1999, referidos en Vázquez- Benítez y Cols. 2014), llegando hasta depresión, trastorno de estrés postraumático, trastorno por angustia, trastorno por uso y abuso de sustancias, así como suicidio (Achotegui, 2004; Borges, Medina-Mora, Breslau & Aguilar Gaxiola, 2007; Torres López, 2014, referidos en Vázquez-Benítez y Cols. 2014) entre adultos.

Una de las tareas más importantes de esta investigación es estudiar y profundizar respecto a las intervenciones en salud mental en la región. En ese sentido y en un contexto más reciente, Flores

(2016) señala que, actualmente, Baja California cuenta con tres hospitales psiquiátricos: el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), situado en Mexicali; el Hospital de Salud Mental de Tijuana (HSMT), ubicado en Tijuana y el Hospital San Ignacio de Loyola, localizado en Rosarito; hasta el año 2010 se tenía identificado:

- Hospital psiquiátrico del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California: 60 camas.
- Hospital de Salud Mental de Tijuana: 70 camas.
- Hospital San Ignacio de Loyola: 35 camas.

Asimismo, la cantidad de psiquiatras con los que cuenta el estado es de 80 en total, 35 en Mexicali, 36 en Tijuana y 9 en Ensenada (Flores, 2016). Tijuana, como ciudad fronteriza en crecimiento, ha venido presentando asentamientos considerables de gente en condiciones de marginalidad, por lo cual, se le ha considerado una ciudad de marginalidad urbana que se distingue por los problemas asociados a vivienda y, sobre todo, de limitaciones en cuanto a la disponibilidad de servicios públicos. Es claro que un porcentaje importante de dicha población (como se mencionó en el apartado de cifras sobre migración en la ciudad) es migrante. Por lo tanto, es posible considerar que la población migrante en condiciones de marginalidad presente serias limitantes en el acceso a servicios, incluyendo los de salud, y en específico, la salud mental.

En términos históricos, Flores (2016) señala que a partir de la década de los ochentas y debido al poco acceso a vivienda y a servicios públicos en la región de Tijuana, y aunado al aumento de medidas de vigilancia y control, se generó un cúmulo importante de personas en condición de calle, lo que ocasionó un grave problema para el gobierno. Por ese motivo, el entonces alcalde Federico Valdés Martínez (1986 – 1989), acondicionó un hospital psiquiátrico ubicado en la vía rápida poniente en la colonia 20 de noviembre, el cual fue el primer hospital de Tijuana que recibiría indigentes, drogadictos y enfermos mentales. Para Flores (2016), esta institución fungió como una forma de higiene pública, lo cual resulta ser una lógica antigua que permeó la historia de las instituciones psiquiátricas en México desde sus orígenes. Entre 1989 y 1994, dicho hospital o el *Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana* alojaba en promedio a 60

personas, mujeres y hombres, aun cuando únicamente se contaba con 25 camas, por lo que la población restante, dormía en el suelo.

Como consecuencia de esas limitantes y debido a que se detectaron irregularidades que atentaban contra los derechos humanos de los atendidos, en 1994 y por recomendación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos se decidió cerrar el hospital. Se comenzaron a gestionar recursos a las autoridades municipales para la creación de un nuevo espacio. El cierre se llevó a cabo en el año 2006 y solo algunos de los internos fueron llevados al nuevo hospital, en tanto que la mayoría fueron desalojados a las calles de Tijuana pues el nuevo nosocomio sería de corte privado y aun no contaba con subsidio de Seguro Popular. Este nuevo espacio es el Hospital de Salud Mental de Tijuana (HSMT), el cual se encuentra ubicado en la delegación de Otay, a unos cuantos metros de la frontera con Estados Unidos. Esto es casi una metáfora fronteriza y migrante, pero también, una metáfora respecto a las fronteras de la mente.

Otra institución importante es el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) el cual, tiene su hospital en la ciudad de Mexicali, pero su alcance no se limita hasta ahí, ya que cuenta con un centro IPEBC Nueva Vida en Tijuana, espacio donde atiende a pacientes con problemas psiquiátricos, recibiendo a población afiliada al Seguro Popular. Cuenta con servicio de consulta externa, y hospitalización. Asimismo, con especialistas en el área de adicciones y enfermedades mentales, servicio de urgencias y equipo de laboratorio.

Para Flores (2016) el sistema social en la región de Tijuana no es uno afortunado pues debido a su configuración y contexto, sigue reproduciendo contextos de vulnerabilidad social en donde los más afectados son las personas de escasos recursos. Para ella, el Estado sigue creando etiquetas sociales como de “locos”, “enfermos” e “indigentes”, para sujetos fuera de las normas. Esto se ve reflejado en los discursos, el tipo de instituciones y el paradigma sobre el que se sostienen. En ese sentido, se identifica sintonía con autoras como Cuestas (2011) quien critica fuertemente el prejuicio atribuido al migrante como indigente. Definitivamente, esto es algo casi cotidiano en la ciudad de Tijuana.

La revisión de Flores, se considera de suma valía para un aterrizaje actual, sin embargo, quedan muchas dudas respecto a Tijuana. Es probable que la dinámica Tijuana anterior a los años ochentas no evidenciara conflictos significativos respecto a salud mental (lo cual es casi imposible), o quizás más bien, que se mantuvieran invisibilizados, desatendidos por no considerarse como prioridad. Un hecho es que, en paralelo con el contexto de las nacientes instituciones de salud en el estado de Baja California, se desarrollaba el negocio del vicio en Tijuana (Fierros, 2014). Se podría hipotetizar que la enfermedad no merecía tanta atención como la diversión, así como también, que la región resultaba lejana de los poderes en salud, primero ensenadenses y después mexicalenses, y en general del centro del país. Pareciera que la enfermedad mental en la región de Tijuana no era una que destacara.

Por otro lado, se habla de una centralización que impacta en las regiones alejadas de la capital. Pareciera que el paradigma de higiene mental investigado por Ríos (2016), estaba limitado al intentar definir al mexicano, pero sin considerar a los del noroeste. El abandono, según indicó Gruel (2012), manchado de corrupción, también limitó estudios sobre la población específica de esta región tan cercana a la frontera, a la migración y a sus dinámicas. Es por todo esto que se considera que la historia de salud o higiene mental en la región, dice más por sus omisiones que por sus acciones, de entre las cuales, no sorprende la ausencia de datos e intervenciones para población migrante que padecía en términos mentales.

Contrario a esta ausencia de estudios en la región que den cuenta sobre una exploración del funcionamiento mental en población migrante, se encuentra un hecho histórico y académico muy valioso respecto a un diagnóstico específico generado en México para migrantes, la psicosis del repatriado. En el siguiente apartado se revisará este significativo aporte que coincide contextualmente con el paradigma de higiene mental y que, a su vez, tiene una importante vinculación con la investigación que se realiza.

3.4.3 La psicosis del repatriado

Resulta clave, para esta investigación, rastrear los encuentros que han existido entre los paradigmas de salud mental y el fenómeno migratorio. De manera reveladora, Ríos (2011)

informa que este encuentro fue casi inmediato a la construcción del México moderno en el siglo pasado, cuando a manera de consenso, los psiquiatras mexicanos del *Hospital General de La Castañeda* identificaron una nueva entidad nosológica vinculada con migrantes o repatriados de Estados Unidos, se refiere al diagnóstico de la *psicosis del repatriado*.

El autor refiere que, a inicios del siglo pasado, la enfermedad mental resultaba ser un motivo suficiente y causante de deportación para mexicanos en Estados Unidos. En el archivo histórico del *Manicomio General de La Castañeda*, el autor encontró los expedientes de 140 mexicanos que emigraron a Estados Unidos y debido a que presentaron síntomas de alguna enfermedad mental, fueron llevados a hospitales generales, psiquiátricos o cárceles para después ser repatriados e internados en México, entre 1918 y 1944 (Ríos, 2011). Esta internalización obedecía a informes estadounidenses que señalaban la necesidad de repatriación y posterior internación en una instancia psiquiátrica. Se volvieron, en términos de esa nación, en población indeseable y enferma que debía ser retirada del país y tratada en su origen.

Debido a las limitantes entre mexicanos y estadounidenses por el idioma, los análisis no tenían valoraciones psicológicas profundas sino más bien, se “compensaban” al contener abundante información sobre descripción corporal, radiografías, estudios bioquímicos, análisis de sangre, líquido cefalorraquídeo, ente otros, es decir, análisis médicos donde no era necesario contar con la sintomatología ni versión de quien aparentemente padecía, y que tampoco resultaba, una exploración mental como tal. A diferencia de la frontera norte de México, la estación migratoria de Ellis Island, por ejemplo, sí contaba con psiquiatras que valoraban la condición de los migrantes que llegaban cruzando el atlántico. Pareciera que los migrantes que cruzaban por el río bravo, no interesaban a las instituciones de salud pública en los Estados Unidos. La nación construida por diseño de la que Zoolberg (2008) da cuenta, integraba a un tipo de migrantes (europeos) y a otros “los recortaba”.

En 1934 y tras la revisión de varios casos de mexicanos repatriados, el doctor Leopoldo Salazar Viniegra propuso la existencia de la psicosis del repatriado, categoría que fue discutida y descartada por una parte de los psiquiatras mexicanos. Argumentaban que esa categoría era innecesaria pues ya existía un cuadro que podría englobar esa sintomatología, hablaban de la

psicosis situacional definido por Bleuler en Europa. Sin embargo, el cruce de diferentes variables volvió particular esta nueva concepción para la comunidad de psiquiatras que dieron atención a la nueva categoría.

Ya en el franco plano de la diagnosticación, se identificó que la mayoría de los pacientes presentaban incoherencias aludiendo a grandiosidad en negocios y riquezas, asimismo, su aspecto físico era descuidado y no tenían interés por comer. En las entrevistas eran apáticos, daban respuestas incoherentes y parecían estar desconectados en tiempo y espacio, sin embargo, algunos presentaron mejoría, según los informes, tras semanas de encierro y electrochoques en La Castañeda.

Llama la atención la manera en que dos tipos de variables determinaron en medida importante las conclusiones para el diagnóstico, la perspectiva ideológica y la biologicista. El doctor Edmundo Buentello consideraba, por ejemplo, que algunos “defectos” intrínsecos a la personalidad nacional como la actitud de defensa, reserva, resistencia al trabajo, la actitud despectiva hacia la vida y el poder de asimilación rápida de lo extraño, resultaban convenientes a manera de mecanismo de defensa del mexicano en tierra extraña. Como se mencionó anteriormente, la ideología del nacionalismo mexicano permeó el paradigma de higiene mental en el país. Se decía también que los “espaldas mojadas” eran mucho más aguerridos que los trabajadores del Proyecto Bracero. Se le atribuyó a la herencia indígena una dosis de melancolía, humildad, obediencia, irresponsabilidad, resentimiento y soledad, así como el estoicismo frente al dolor (Ríos, 2011).

Respecto a las causas, se identificaron tres factores estructurales que pudieron incidir en la nueva enfermedad que se definía. Por un lado, las enfermedades y accidentes que habían sufrido estos pacientes, pues eran pocos los enfermos que habían buscado atención institucional en Estados Unidos, siendo más bien, que su primera opción era el curandero mexicano y solo en estado de franca gravedad, se buscaban los hospitales. Esta situación pudo favorecer el que se agravara alguna enfermedad que, de haberse atendido con anterioridad, no hubiera evolucionado. En segundo lugar, se identificó el alcoholismo pues la alta incidencia del hábito llegó a ser constante en los pacientes, siendo que, para las autoridades de ese país, el alcoholismo fue considerado

como una forma de locura. Finalmente, el último factor se atribuye a causas indeterminadas, es decir, casos en los que no era clara la razón por la que los migrantes fueron internados para su tratamiento psiquiátrico.

En otro orden de ideas, llama la atención que figuras del ámbito psicoanalítico (que en esos momentos comenzaba a tener presencia en el país) se involucrarán en la comprensión del encuentro entre migración y enfermedad mental, pero de manera incongruente, es decir, sin ahondar en explicaciones psicológicas. Ese fue el caso de Santiago Ramírez, uno de los estudiosos de la cultura mexicana desde el psicoanálisis quien afirmó que la enfermedad o psicosis del repatriado, era de naturaleza biológica por lo que el ambiente no le determinaba de ninguna manera. Afirmó que en los pacientes predominaba el “afán de aventura, proyectos desorbitados, programas fantásticos”, siendo que el acto de migrar nada tenía que ver en la génesis de las psicopatías pues, según la lógica biologicista, esto se debía más bien a debilidad mental y predisposición morbosa.

Por otro lado, vale rescatar una carta fechada en el año de 1945 donde se refería que el problema de los mexicanos con enfermedades mentales era un problema creciente en la frontera norte, ¡en la frontera norte! El autor (Ríos, 2011) deduce que las instituciones de salud en el norte del país como en Monterrey y Chihuahua, se volvieron el nuevo espacio para la atención de migrantes repatriados, ya que en esos años no se encuentran datos en el *Hospital General de La Castañeda*, y, dicho sea de paso, tampoco en el *Hospital de la Rumorosa*.

Esta revisión histórica deja varias reflexiones y preguntas, y entre estas últimas, se consideran relevantes las dirigidas a entender lo que actualmente se realiza en el paradigma de salud mental en el país, así como sus encuentros con la población migrante.

3.4.4 Sobre el paradigma de salud mental en la actualidad

Posterior al paradigma de higiene mental, al cual se hizo referencia en los apartados anteriores de este capítulo y que abarcó la primera mitad del siglo pasado, conviene distinguir

que, en la época actual, el paradigma en salud de la mente, sus enfermedades y su mejoría, es el de salud mental. En ese sentido, se entiende por salud mental al:

“Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Asimismo, se identifican tres objetivos principales que rigen las diferentes acciones en relación a salud mental a lo largo del mundo (Álvarez y Kuri, 2012). Estos objetivos son:

1. La promoción del desarrollo normal de la personalidad: se refiere a que las acciones que se llevan a cabo durante las diversas etapas de la vida, deben lograr un modelo de vida que permita la satisfacción armoniosa de las necesidades del individuo, así como, alcanzar metas distantes a través del desarrollo de sus potencialidades innatas.
2. La prevención de los padecimientos mentales: entendiendo que gran parte de los padecimientos mentales tienen su origen en la infancia, resaltando la función de los padres de familia y quienes conviven con el niño. Se deduce que, de la correcta actitud en la educación del pequeño, depende gran parte de su salud mental en el futuro.
3. La atención oportuna y adecuada padecimientos mentales: plantea la identificación de los factores involucrados en los trastornos y su debido tratamiento.

En términos históricos, Sacristán (referida en Huerta, 2017) plantea que la política mexicana en salud mental de los años setenta, ochenta y noventa, privilegió al hospital psiquiátrico en contraste con otras posibilidades respecto a la atención en salud mental. Esto significa que el esfuerzo nacional, se ha concentrado en atender su tercer objetivo, es decir, la atención de los padecimientos mentales, restándole cuidado a la promoción y a la prevención. A pesar del cierre del *Manicomio General de La Castañeda* y del consecuente proyecto “Operación Castañeda” que se sostenía en tres tipos de servicios (unidades de salud mental en los centros de salud, hospitales de alta especialidad y hospitales granja), la psiquiatría se declaró partidaria del hospital psiquiátrico, mostrando poca apertura a los servicios comunitarios y a la atención

primaria. Durante esas décadas también, resultaba intenso el debate frente al paradigma de la antipsiquiatría, motivo probable por el que la psiquiatría buscó reafirmarse frente a formas alternativas que amenazaban su poder y centralidad en el campo. De la mano del esfuerzo de Ramón de la Fuente, en ese periodo se buscó institucionalizar y legitimar la especialidad de psiquiatría para colocarla en un nivel equiparable al de otras ramas de la medicina.

La autora identifica que la intervención política es relevante para comprender los hechos históricos, pues en este caso y tras el cierre del manicomio, se acusó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de haber clausurado sorpresivamente el manicomio sin dar aviso a los psiquiatras que prestaban servicio. Ligado a ese hecho, llama la atención el descubrimiento de un negocio inmobiliario en los terrenos de la demolida Castañeda (Sacristán, en Huerta, 2017). Tras dicho descubrimiento, es casi inevitable recordar el tema de los recursos, su mal manejo, la corrupción y el *Hospital de La Rumorosa*. Para la autora, el cierre del *Manicomio General de la Castañeda* fue una importante coyuntura histórica poco aprovechada, pues le presentó al país la oportunidad de llevar a cabo una verdadera reforma psiquiátrica. Sin embargo, los hechos fueron que se dejó de lado el proyecto de atención primaria y se dirigieron los recursos a los hospitales psiquiátricos de alta especialidad, unos pocos a las granjas y casi nada a los centros de salud.

En ese sentido, y específicamente en los años ochentas, la atención en salud mental recibió menor presupuesto en comparación con los diversos servicios en el país, debido a que fue considerada dentro del grupo de enfermedades no prioritarias (Sacristán, en Huerta, 2017). Un poco antes, en 1978, se estableció que el nuevo modelo de salud le consideraría según la OMS (Organización Mundial de la Salud), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que se consideró que la salud no podía centrarse solo en médicos y hospitales, es decir, en la enfermedad, sino que exigía la intervención de otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. No obstante esto, en países como México, la prioridad fue solamente el “completo bienestar físico” pues se buscó la reducción de la mortalidad en todos los niveles, poniendo menor atención a los padecimientos crónicos y a la salud mental.

Desde la dirigencia en salud nacional, las enfermedades mentales requerían medidas de control demasiado costosas en comparación con otras en las que sí se había tenido éxito, motivo por el que resultaban de baja prioridad. Las enfermedades mentales no fueron relevantes debido a su carácter crónico, la exigencia de tratamientos largos y costosos, así como también, debido a la falta de garantías de mejoría (Sacristán, en Huerta, 2017). Es desafortunado, para la población que padece de ciertas condiciones, que para su Estado no resulten prioritarias. Quizás la atención a población migrante no ha escapado a este destino que ha marcado a la salud mental durante las últimas décadas en el país.

Es claro que el hospital psiquiátrico ha venido resultando como la mejor opción para los reducidos presupuestos, perfilándose además y desde un sentido epistemológico, como la institución más adecuada para el tratamiento farmacológico, coincidiendo con el paradigma de la psiquiatría oficial, el biológico. La opción de atención ha recaído en la gran expectativa de actuar sobre la mente a través del cerebro. No obstante su auge, y a finales del siglo pasado, este paradigma recibió críticas desde autores mexicanos que acusaban a la psiquiatría de ser exclusivamente biologicista. Afirmaban que: “fragmenta al hombre, lo aísla de su ambiente y se dedica a estudiar su trastorno como un absoluto biológico, siendo que, lo que ha salido del estándar de la norma es una sustancia química”. Otra crítica adicional fue que “las acciones médicas de los psiquiatras se dirigen a membretes, no a personas.... Esta es la gran ciencia de los psiquiatras orgánicos” (Sacristán, en Huerta, 2017).

En su defensa, la comunidad psiquiátrica con voces como la de Rafael Velasco (Sacristán, en Huerta, 2017), minimizaban la relevancia de dichas críticas por considerarlas como producto de la ignorancia y de la pluma de alumnos poco avanzados. Estas críticas no surtieron efecto pues en la década de los setentas y ochentas, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, dirigido por Ramón de la Fuente no sufrió menoscabo, al contrario, recibió un aumento presupuestal, subiendo en 1988 a la categoría de Instituto Nacional de Salud. El instituto, tomó la dirección de la investigación científica de la psiquiatría y salud mental en México desde sus inicios (Sacristán, en Huerta, 2017).

De manera global y sintetizada, Sacristán (Huerta, 2017) considera que a lo largo del siglo XX el estado mexicano prometía incidir en salud mental a través de tres instituciones, el manicomio, la granja y el hospital. No obstante, considera que careció de reformas importantes. En su opinión se vuelve relativa la ejecución de reformas en salud mental en México pues, si por reforma se comprende a la construcción de modelos espaciales o arquitectónicos, la reforma existió en los años setentas tras el cierre de la Castañeda. Pero, si por reforma se entiende el cambio hacia un modelo de atención primaria y comunitaria, esta reforma no ha sucedido en México, pues el ejercicio del modelo médico psiquiátrico que surgió en la Castañeda fue trasladado a las nuevas instituciones, y México no siguió la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de incentivar la atención primaria en los servicios de salud mental.

En épocas más recientes, es decir, posterior al año 2000, se prometía una nueva coyuntura en el país respecto a la atención en salud mental, pero esto quedó en su mayor parte a manera de discurso. Sacristán (Huerta, 2017) refiere a que en el año 2001 se dio a conocer el Programa de Acción en Salud Mental, una política nacional desde la que se esperaba atender a 15 millones de mexicanos que se estimaba padecían algún tipo de enfermedad mental. En contextos más recientes, es decir, durante el periodo 2000-2006, se encontró que el Distrito Federal concentraba el 41 % de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta en todo el país, siendo que, solamente siete estados, tenían suficiencia de psiquiatras y cuatro estados de psicólogos (uno por cada 100 mil y uno por 40 mil habitantes respectivamente, Sandoval, 2005).

En ese periodo, Sandoval (2005) encontró aproximadamente ocho programas de acción específicos en salud mental. Entre estas acciones aparece el reemplazar los nosocomios por hospitales de corta estancia y villas de transición, ligadas al sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo. El Modelo Hidalgo de Atención Mental se presentó como una nueva visión en el país respecto a la salud mental (Sandoval, 2005). Dichas acciones buscaron el cierre de hospitales psiquiátricos basándose en el respeto a los derechos de los usuarios de recibir una atención integral médico-psiquiátrica. Por lo tanto, ese modelo en salud mental contemplaba la creación de nuevas estructuras de atención que respetaran los derechos de los usuarios, con

énfasis en la prevención, la hospitalización y la reintegración social, sin embargo, poco de esto ha impactado realmente en la actualidad.

En ese sentido, se destaca el reciente estudio de Berenzon y Cols. (2013). Dicha investigación concluyó que, actualmente, el eje de atención de salud mental es el hospital psiquiátrico, a pesar de que las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental ubican a la atención primaria (o los primeros dos objetivos de la salud mental) como el punto desde donde se debiera articular la atención de la salud mental comunitaria. Asimismo, identifican una vinculación escasa entre el sistema de salud mental y la sociedad civil. Otro descubrimiento importante, tiene que ver con los escasos servicios orientados a la atención de niños y adolescentes, lo que resulta muy preocupante, señalan los autores, puesto que es precisamente durante las primeras décadas de la vida, cuando comienzan la mayoría de los trastornos psiquiátricos.

A manera de propuesta el estudio de Berenzon y Cols. (2013) plantea como relevante, el aumento del gasto en salud mental y una reestructura del modo de distribución del presupuesto. En segundo lugar, el ubicar a los servicios de atención primaria como ejes articuladores de la atención en salud mental. Como tercera propuesta, señalan el transformar a los hospitales psiquiátricos en unidades de atención especializada. Como cuarto punto, plantean el fortalecer la enseñanza de la salud mental en carreras como medicina, psicología, enfermería, trabajo social, entre otras, así como mantener una capacitación continua. Finalmente, incrementar la participación de la sociedad civil y establecer vínculos sólidos entre el sector salud y las asociaciones de usuarios y familiares, de manera que tengan una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

A manera de reflexión, se rescata, en primer lugar, que los países tienen prioridades respecto a la atención en salud y en México, a excepción del periodo abarcado por el paradigma de higiene mental, la atención e investigación respecto al funcionamiento de la mente, la conducta y la adaptación social no han figurado como prioridades, al contrario, con argumentos como de cronicidad, tratamientos largos y poca evidencia de efectividad, se le ha venido considerado de manera mínima. Por otro lado, pareciera que poco se ha considerado la regionalización de la atención y los padecimientos, siendo que las instituciones que encabezan los estudios y

desarrollos respecto a salud mental, se encuentran en el centro del país, lo que lleva a que regiones como la frontera de Tijuana que tiene una dinámica distinta y marcada por la migración, no figure en cuanto a atenciones e investigaciones específicas en el plano de salud mental. Pareciera que las críticas al sistema hospitalario y la exigencia de integración respecto a perspectivas ambientales y sociales, no han rendido frutos.

Respecto a enfoques específicos, se encuentra que el psicoanalítico es uno que, dentro de su corriente sociocultural, ha enfatizado en el impacto de la cultura y la sociedad en la construcción de la personalidad. Este enfoque tuvo una importante presencia durante el paradigma de higiene mental en México, sin embargo, a pesar de esa consideración, ha tenido poca presencia y vinculación con el paradigma de salud mental, así como también, ha quedado fuera de las instituciones públicas de salud mental en el país, teniendo su campo de acción prioritariamente en instituciones privadas de educación superior y en la práctica privada en psicoterapia. Siendo el enfoque eje de estudio en esta investigación, resulta importante conocer su situación contextual y reflexionar sobre sus posibilidades respecto a la intervención con población migrante. En el próximo apartado se revisará su vinculación con el paradigma de salud mental. Para una revisión más profunda respecto al enfoque en cuanto a su posición entre las tendencias de atención basadas en evidencia, así como su ausencia en las instituciones públicas de salud en el país, se sugiere dar revisión a los apéndices correspondientes.

3.4.5 Psicoanálisis y salud mental

El encuentro entre el enfoque psicoanalítico y el paradigma de salud mental, en México, no ha rendido frutos colaborativos, sobre todo, tras el auge de las propuestas biologicistas y psiquiátricas. Tal y como se mencionó con Sacristán (en Huerta, 2017) y Berenzon (2013), estas perspectivas han marcado al paradigma de salud mental desde la segunda mitad del siglo pasado hasta la actualidad en el país. Sin embargo, en el pasado fue distinto. La situación es contraria cuando se retoma el paradigma de higiene mental, que, como refirió Ríos (2016), se sostuvo hondamente en la propuesta teórica y técnica del psicoanálisis durante la primera mitad del siglo pasado en México.

En ese sentido, conviene rastrear la manera en que el enfoque o la institución psicoanalítica (si es que tal afirmación es posible), se ha posicionado respecto a la posibilidad de ampliar sus alcances, es decir, de sacarlos de la consulta privada e impactar en mayores comunidades. Conviene rastrear, si el enfoque psicoanalítico, se ha planteado promocionar, prevenir y tratar, tal como lo plantea, por lo menos en teoría, el actual paradigma de salud mental. Resulta particularmente valioso, encontrarse con que dicha problematización fue considerada desde sus inicios a través de la figura de Freud. En el año de 1918, declaró su postura respecto a la institución en esos años y, sus alcances para mayores volúmenes de población:

“Supongamos ahora que una organización cualquiera nos permita aumentar de tal modo nuestro número de manera que seamos ya bastantes para tratar grandes masas de enfermos. Por otro lado, es también de prever que alguna vez habrá de despertar la consciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, y que las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual. Se crearán entonces instituciones médicas en las que habrá analistas encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños, cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis. El tratamiento sería, naturalmente, gratis. Pasará quizá mucho tiempo hasta que el Estado se dé cuenta de la urgencia de esta obligación suya. Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las condiciones. No dudo que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también los espíritus populares, pero, de todos modos, habremos de buscar la expresión más sencilla y comprensible de nuestras teorías. Seguramente comprobaremos que los pobres están aún menos dispuestos que los ricos a renunciar a su neurosis, pues la dura vida que los espera no les ofrece atractivo alguno y la enfermedad les confiere un derecho más a la asistencia social. Es probable que sólo consigamos obtener algún resultado cuando podamos unir a la ayuda psíquica una ayuda material, al estilo del emperador José. Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la

sugestión directa, y también, el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar, como en el tratamiento de las neurosis de guerra. Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia” (Freud, 1918).

Lo anterior, da cuenta de una postura particular en un contexto muy específico, la de Freud respecto a los paradigmas hegemónicos en salud, el rol del Estado en ese sentido y el alcance del psicoanálisis no solo para clases sociales altas. Históricamente, Freud mismo alentó y colaboró con Abraham y Eitingon en la construcción de la Policlínica Psicoanalítica de Berlín en 1920, la cual, tenía la intención de acercar a los más pobres a un tratamiento psicoanalítico. Esta institución a su vez, resultó formativa. Sin embargo y como consecuencia de los estragos de la segunda guerra mundial, fue clausurada.

Así como se consideró que, con el tiempo, alguna sustancia efectiva pudiera sustituir al tratamiento psicoterapéutico, se llegó a considerar que el Estado caería en consciencia de la necesidad de atención en su población y los alcances del enfoque psicoanalítico. Sin embargo y según la historia, específicamente la mexicana, esto no ha sido así. Tanto salud mental, como psicoanálisis, psiquiatría, y ciencias sociales, han mantenido distancia, sobre todo, en términos de modelos integrados y políticas públicas.

Para Galende (1990), la coincidencia entre las políticas de salud mental y el enfoque psicoanalítico es mínima, pues, en su opinión, persiguen objetivos distintos. Para este autor, el dispositivo de salud mental busca responder y estabilizar, es decir, cubrir las necesidades de respuestas y afirmaciones demandadas por la sociedad y el Estado respecto a los problemas psicológicos. A diferencia de esto, el enfoque psicoanalítico tiende más bien a abrir interrogantes sobre dichas demandas, no dándoles validez por sentado, sino enriqueciendo un pensamiento sobre ellas, comprendiéndolas desde otro ángulo y devolviendo al sujeto su propia palabra, es decir, su propio saber sobre el deseo y el dolor.

Para este autor, el enfoque psicoanalítico no tiene contacto directo con el paradigma de salud mental pues se posiciona en un polo más “culturizante” que “medicalizante” en la comprensión de las enfermedades (Galende, 1990). Asimismo, se distingue de otros tipos de psicoterapia de corte fenoménico en su captación del síntoma, pues propone una disección de las estructuras productoras de conflicto, exigiendo revisiones más profundas, lo cual suele causar disonancia con la ilusión de sanación inmediata en algunos grupos de poder.

Hacer psicoanálisis en una institución, por otro lado, implica preguntarse por la transferencia y su despliegue en el tratamiento. Se vuelve un punto clave el comprender cómo los sujetos repiten fantasías y conductas en la transferencia hacia la institución, pues a ella, le demandan lo que a otros objetos idealizados o recurridos en el pasado exigieron. Se vuelve relevante identificar los patrones repetidos históricamente por los sujetos y la manera en que la institución se inserta en su dinámica psíquica. Es importante también, distinguir que se trata de una relación asistencial en la que el sujeto acata los dictámenes y directrices de la institución, siendo que, a cambio, le exige cuidado y atención. Por otro lado, es importante aclarar que para un analista cada caso individual es un análisis específico, siendo su trabajo, por llamarlo de alguna manera, del tipo “caso por caso”, lo cual causa disonancia con las instituciones que plantean requerimientos de diagnóstico, clasificaciones y generalizaciones. Es una realidad también, que la institución integra al paciente en un sistema simbólico institucional, a valores y códigos, de manera que los pacientes se vuelven parte de ella, desplegándose fantasías y funcionamientos propios de cada individuo y a su vez, reacciones de la institución hacia el sujeto (Galende, 1990).

Pero quizás el distintivo que más provoca diferencia, continua Galende (1990), tiene que ver con el hecho de que la institución en salud mental no se plantea interrogantes pues más bien, tiende a responder desde su propia red de sentido, incorporando y significando al sujeto desde sus saberes y funcionamientos establecidos. A diferencia de esto, para un analista y frente al sufrimiento de un paciente, resulta inevitable cuestionarse ¿para qué le sirve el síntoma?, ¿por qué en este momento?, ¿qué quiere o reclama del médico?, ¿por qué acude a este lugar?, ¿qué relación tiene este lugar con lo que quiere? Por lo tanto, para que psicoanálisis tenga un lugar en la institución se debe generar un espacio analítico, es decir, uno en donde la demanda pueda

ser escuchada con el mínimo de interferencia institucional, siendo que el modelo de intervención analítica no tendría por qué ser diferente al que se realiza en la práctica privada (Galende, 1990).

Respecto a la labor de prevención, Galende (1990) señala que, para el analista, prevenir no significa evitar que se produzca el síntoma, sino que más bien y contrario a esto, se puede partir de él para analizar la estructura que lo produce. Es una intervención que busca, además, incidir en las condiciones en que la relación social genera la llamada patología. Por lo tanto, el sujeto del análisis, lo inconsciente, se vuelve antagonista al de la psiquiatría, que se caracteriza por ser un objeto de conocimiento, lo cual hace que el saber se precipite como diagnóstico y clasificación. En conclusión, el enfoque psicoanalítico no es totalizante, más bien, abre la comprensión a la complejidad de determinantes y de soluciones. Interviene en ciertas condiciones subjetivas de producción sintomática, dejando otros aspectos de la vida social y determinaciones a diferentes disciplinas.

En esta investigación, se coincide, además, con propuestas recientes que proponen el diálogo entre el enfoque psicoanalítico y disciplinas como la psiquiatría y el paradigma de salud mental. Seguro el enfoque psicoanalítico tiene mucho que criticar y diferenciarse, pero también, tiene mucho que escuchar y de común con la atención mental. Pareciera que la posición de juez solamente ha contribuido a su aislamiento.

Si en las páginas anteriores se identificaron cuestionamientos muy claros tales como las instituciones, los manejos transferenciales, las fantasías depositadas en la institución, la comprensión de casos específicos, etc. ¿por qué no sería posible el intercambiar posturas? La reflexión de Galende gira en torno a la incompatibilidad y la búsqueda distinta de objetivos, pero, sí esas revisiones que son tan claras para la perspectiva psicoanalítica pudieran ser problematizadas en colaboración con otras disciplinas y en el mismo paradigma de salud mental, quizás el resultado fuera más favorable, pues se demostraría lo evidente en aspectos que no se habían considerado. Ahora bien y si es tan claro el aporte, ¿por qué es tan complicado compartirlo?

Sin duda los narcisismos de los pequeños grupos o institucionales que Freud y Devereux acusaban, existen, pero, contrario al divorcio, reclamar un método y condiciones específicas con apertura al intercambio y complementariedad disciplinaria pudiera llevar a integraciones, más que a diferencias. Para una continuación respecto a este tema, se sugiere dar revisión a los apéndices relacionados.

Después de este repaso del enfoque psicoanalítico y su vinculación con el paradigma de salud mental, se considera conveniente acercar, nuevamente, el tema del fenómeno migratorio. Las propuestas e intervenciones psicológicas para población migrante, serán el objetivo del siguiente apartado.

3.5 La atención en salud mental al migrante

A nivel internacional, existen diversos estudios y propuestas para la atención en salud mental para población migrante. A continuación, se analizarán algunas propuestas enfatizando en la discusión sobre sus marcos de referencia.

3.5.1 Propuestas a nivel internacional

3.5.1.1 La propuesta de la Asociación Psicológica Americana respecto a la atención mental del migrante

En el año 2013, la Asociación Psicológica Americana (APA), generó una propuesta de atención en salud mental para inmigrantes, problematizando que la comunidad de psicólogos en Estados Unidos ha venido atendidos de manera empírica, tanto en escuelas como en centros comunitarios, clínicas y hospitales. Por esa razón, resultaba importante que los especialistas involucrados en esos ámbitos, conocieran con fundamento la manera más conveniente de brindar la atención psicológica a esta población, así como el impacto que tiene.

Para la APA (2013), la inmigración es un proceso que implica separaciones del país de origen y la familia que se queda. Implica la exposición a nuevos ambientes físicos y contextos

culturales desconocidos. Consideran, a su vez, que puede devenir en un monto importante de estrés, con complicaciones mentales tales como ansiedad, depresión, estrés postraumático, abuso de sustancias, ideación suicida y severas enfermedades mentales.

La aculturación es un tema privilegiado para esta asociación. Consideran que puede traer emparejada traumatismos, problemas de empleo, exposición a discriminación y a racismo. Consideran que, para que la intervención psicológica no se convierta en un nuevo estresor, se deben superar diversas barreras a las que se enfrentan los inmigrantes para recibirla, dentro de las cuales se encuentran:

- Barreras socioculturales: se refiere a que muchos inmigrantes prefieren el autocuidado como la mejor manera de lidiar con un padecimiento mental o simplemente no comprenden la manera en que los problemas psicológicos pueden ser tratados por la perspectiva del nuevo país. Muchos otros prefieren la atención que originariamente brinda su cultura.
- Barreras contextual-estructurales: tiene que ver con el hecho de que muchos inmigrantes no buscan ayuda por su estatus migratorio o las barreras al acceso que tal o cual estatus le puede plantear.
- Barreras de proceder clínico: incluye las diferencias en cuanto a lenguaje y religión, por lo que resulta clave tener en cuenta el contexto cultural de referencia de la población.

Respecto al proceso de intervención, consideran que es importante identificar elementos importantes como:

- Identificación y diagnóstico: se privilegia el entender la experiencia de migración según el contraste cultural y los referentes de la misma población inmigrante, desde su subjetividad, en lo cual pueden rastrearse fortalezas importantes. El elemento cultural es sumamente importante pues, desde ahí, se puede comprender lo que los pacientes entienden y la manera en que experimentan el estrés y la búsqueda de ayuda. El profesional debe comprender y explorar datos sobre historia familiar, económica, social

y situación comunitaria. Esto es clave para la apropiada aplicación e interpretación de test.

- Particularidades clínicas: es importante evitar las generalizaciones. La tendencia a la universalización aplicada en los modelos europeos de atención a enfermedades, puede que haya contribuido a la sobre-diagnosticación de algunas situaciones al no considerar aspectos particulares de los pacientes y sus culturas. Por esto, los esfuerzos debieran estar dirigidos a las especificidades de culturas y pacientes.
- El estado clínico autoreferido: el clínico debe ser cuidadoso respecto al autodiagnóstico y el significado que esto tiene para el paciente migrante desde sus marcos culturales pues puede estar relacionado, por ejemplo, con un estigma negativo. Es por esto que se vuelve imprescindible el estandarizar instrumentos de medición e integrar elementos culturales a los mismos.

Asimismo, sugiere integrar la perspectiva de justicia social y los servicios comunitarios a los que puede tener acceso la población migrante.

A manera de discusión, es importante considerar que la atención propuesta en esta guía ha sido pensada para migrantes internacionales adultos que han estado expuestos a un fuerte choque cultural. No se considera en ningún apartado a la migración interna. Asimismo, se refiere a migrantes que están establecidos en Estados Unidos, es decir, que atraviesan el tercer momento de la migración, descartándose población en tránsito y de retorno. Pareciera también, estar dirigida a población migrante en estado de vulnerabilidad socioeconómica, por lo que, al parecer, queda fuera la población de migrantes calificados.

Finalmente, es importante tomar en cuenta que la guía carece de un referente teórico concreto respecto a la atención psicológica que propone, es decir, por momentos da la impresión de resultar una serie de recomendaciones generales que todo psicólogo debiera considerar. Asimismo, la guía no se considera un modelo de intervención estructurado en un número de sesiones específicas, objetivos a considerar y elementos de evaluación, por lo que debe ser estimada como un referente a manera de pauta, la cual, pudiera ser el punto de partida para modelos estructurados de manera más completa.

3.5.1.2 Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

En una colaboración coordinada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, en el cual participaron instituciones como la Universidad Complutense, la Universidad de Sevilla y la Fundación Psicología Sin Fronteras, surgió la *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados* (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016). Esta guía, tiene como intención el involucrar a los profesionales del área en la intervención psicológica con este tipo de población.

De manera específica, en el apartado de -Atención Psicológica-, la guía considera medidas categorizadas y diferenciadas tanto para población adulta, por un lado, como para infantes por el otro. En la presente revisión se enfatizará únicamente en la población adulta, debido a que es la población en la que se concentra esta investigación. La guía advierte que ha sido considerada exclusivamente para refugiados, es decir, que busca entender e intervenir en las reacciones psicológicas que comparten personas obligadas a emigrar por causas terribles como conflictos bélicos, condiciones de vida o problemas políticos. Identifica que los refugiados suelen experimentar:

- Proceso de duelo: plantea que, aunque varios modelos teóricos apoyan la idea de que el duelo transcurre en una serie de fases, que son experimentadas de manera sucesiva, existen también otros estudios que muestran lo contrario, es decir, que no todas las personas atraviesan por las mismas fases del duelo ni las experimentan en los mismos momentos. Esta última visión destaca la importancia de que el profesional ponga especial consideración a la idiosincrasia del sujeto que atiente, y no tanto en seguir una rígida sistematización teórica. Asimismo, considera al duelo como el proceso de adaptación y asimilación que experimenta un sujeto tras la pérdida de un ser querido o algo muy apreciado. Siendo los síntomas asociados al área cognitiva como incredulidad, confusión, olvidos, dificultades para concentrarse y hasta alucinaciones. En el área conductual, identifica dificultades para dormir, pérdida del apetito, aislamiento social, ideación suicida, inquietud motora y llanto. En el área emocional, tristeza, enfado, culpa,

autorreproche, ansiedad y soledad. Finalmente, en el área física, reacciones como vacío en estómago, opresión del pecho, hipersensibilidad al ruido, así como falta de aire o debilidad muscular.

- Reacciones traumáticas: se refiere a que estos sujetos experimentaron eventos donde su vida o la de sus familiares estuvo en peligro, por lo tanto, el nivel de reacción es sumamente intensa. Refiere reacciones a nivel cognitivo como imágenes o recuerdo de lo ocurrido, pesadillas, fallas en memoria, pensamientos críticos y esfuerzos cognitivos por suprimir pensamientos y recuerdos desagradables. En el plano emocional y fisiológico, refiere sensación de hipervigilancia constante, irritabilidad, activación constante y nerviosismo, sensación de fatiga mental y física. A nivel conductual considera el evitar situaciones, personas o pensamientos ligados a las experiencias traumáticas, recurrir a estrategias como el uso de alcohol o fármacos y tendencia al aislamiento social.
- Proceso de adaptación: lo refiere como el proceso normal y consecuente tras el abandono de otro país, siendo que las reacciones psicológicas más frecuentes se dan a nivel cognitivo, tales como preocupación, pensamientos catastróficos, dificultades de concentración y atención, así como incertidumbre y ambigüedad. En el nivel emocional/fisiológico refiere reacciones de hiperactividad fisiológica como ansiedad, miedo e inseguridad. A nivel físico, considera problemas como cefalea, dificultades gástricas o tensión muscular. A nivel comportamental, inquietud, conductas agresivas, actitud defensiva e inhibición en la toma de decisiones.

Finalmente, respecto a las habilidades terapéuticas necesarias para intervenir con inmigrantes refugiados, plantea que, en primer lugar, se debe considerar que el sujeto refugiado es una persona que ha pasado por situaciones diversas e intensas. Todo esto le llevará, por consecuencia natural, a presentar reacciones en diferentes posibilidades, motivo por lo que el especialista deberá estar preparado.

A manera de discusión, se considera a esta guía como un proyecto delimitado en cuanto a la población objetivo, es decir, inmigrantes refugiados, asimismo, delimita al profesional al que está dirigido, en este caso, psicólogos. De la mano con esto, está fundamentado en estudios

sobre migración al considerar una categoría muy específica, lo cual es atinado respecto a que no es posible generalizar sus propuestas a todos los migrantes.

Asimismo, se considera rescatable el tono empático y particular que sugiere para la atención de esta población, lo cual queda claro al cuestionar sistematizaciones como las fases del duelo, exigiendo del profesional más bien, una comprensión individual de los sujetos migrantes específicos con los que trabaja y no únicamente la vinculación entre síntomas y diagnósticos sistematizados. Rescata reacciones generales, pero no de manera rígida. Asimismo, no se sostiene en un esquema psiquiátrico para la identificación y atención de casos, considerando que estos presentan reacciones consideradas como normales tras eventos que pusieron en riesgo su vida, sin embargo, no descarta la atención especializada en casos que se requiera.

De manera crítica, se identifica que presta poca o nula atención a las reacciones del especialista en cuanto a la experiencia de atender a sujetos fuertemente sacudidos a nivel emocional. Poco sugiere respecto al entrenamiento y manejo emocional que debiera tener el especialista al trabajar con esta población. En términos psicoanalíticos, se diría que no se toma en cuenta el elemento contratransferencial e impacto emocional para el especialista en la intervención.

Se identifica también, poca claridad respecto a la instrumentación, pues al ser una guía, no refiere pasos a seguir, número de encuentros o sesiones, duración de éstos, seguimiento, registros o evaluación, asimismo, tampoco refiere sustento teórico. Al igual que en la propuesta de la APA, no figura la migración interna. Finalmente, refiere poca consideración a elementos históricos en los sujetos de manera formal, aunque demanda una escucha activa, lo que se puede entender como una atención a elementos del pasado siempre y cuando sean mencionados por los sujetos (etapa pre-migratoria), pero no a partir de una sugerencia de exploración. En términos generales, se considera que es referente importante respecto a la atención psicológica para migrantes refugiados. A continuación, se revisará otra propuesta, en este caso, considerada desde la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3.5.1.3 OMS: Primera ayuda psicológica, guía para trabajadores de campo

En el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*, documento mediante el cual, propuso una intervención psicológica breve y emergente en comunidades o países que se han visto afectados por hechos traumáticos. En el mismo documento, planteó una guía práctica y humana para apoyar a personas en situación de crisis por diversas causas, entre ellas, la migración. La guía, no convoca exclusivamente a especialistas de psicología, sino que plantea su viabilidad de aplicación u operación en profesionales o servidores en diversas áreas. En paralelo, desarrolló el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (por sus siglas en inglés, mhGAP), donde propuso una primera ayuda psicológica e intervención psicológica breve (“debriefing psicológico”). La guía mhGAP es diferente a la primera ayuda psicológica (PAP), en cuanto a que, esta segunda, considera a personas muy angustiadas y expuestas recientemente a situaciones traumáticas, por lo que habría que ofrecerles una primera ayuda psicológica y no “debriefing psicológico”.

A manera de problematización, plantea la naturaleza impactante de eventos como la separación familiar, el ser testigos de violencia, de destrucción o de muerte. Plantea que la PAP, describe una respuesta humana en apoyo de otro ser humano que puede necesitar ayuda, en específico, personas angustiadas y afectadas recientemente por un acontecimiento crítico y grave. Asimismo, considera una guía específica para infantes, misma que no será revisada en este estudio.

Respecto a los lugares de intervención, plantea que esto tiene que ser un espacio seguro para los sujetos, sin estrictamente referirse a un espacio, institución o arquitectura específica, lo cual, le acerca a los primeros auxilios psicológicos teorizados por Slaikeu (1996). La intervención, señalan, debe buscar el tranquilizar a las personas, llevarles a que atiendan sus necesidades básicas y de acceso a servicios, así como el apoyo en resolución de problemas inmediatos.

Finalmente, y respecto a los sujetos que brindan la atención, plantea la importancia de informarse sobre situaciones de crisis, funciones y diferentes tipos de personas que también pueden apoyar. También considera la propia salud y cuestiones familiares por parte de quienes

atienden, debido a los altos niveles de ansiedad que le puede causar el ejercicio. Considera que, quien interviene, debe definir con franqueza la posibilidad o imposibilidad de brindar este tipo de apoyo. Plantea que el manejo del estrés generado por la actividad, el estilo de vida saludable, así como el descanso y momentos de reflexión, resultan claves también para quien atiende.

Se puede concluir que esta propuesta, al igual que las anteriores, resulta muy específica. En este caso, se refiere a poblaciones fuertemente impactadas por diversos hechos traumáticos, entre los que se puede considerar a la migración. Resulta interesante encontrarse con una propuesta que no está especializada para psicólogos pues por la emergencia y líneas de acción, resulta viable para otras profesiones o perfiles. En relación con esto, surge la cuestión de si sería conveniente generar una intervención de apoyo psicológico a migrantes que sea brindada por especialistas que no necesariamente sean psicólogos. Se considera que sí, pero en función del impacto que se busque. El apoyo psicológico de emergencia es un acompañamiento que no queda reducido al especialista en psicología, pues es posible sentir alivio y acompañamiento con una atención y orientación empática, sin embargo, si se busca tener un mayor impacto y una claridad en cuanto a proceso de atención, la implementación debe ser dirigida por un especialista en salud mental.

El entrenamiento psicológico, pero específicamente el psicoterapéutico, desarrolla en el profesional una particular capacidad de escucha y de priorización sobre aspectos a atender. Permite definir el tipo de apoyo psicológico que se requiere. El especialista, cuenta también con un conocimiento sobre el sentir del sujeto en términos teóricos y la manera de intervenir a manera técnica. Ahora bien, y específicamente en el entrenamiento psicoanalítico, se exige un proceso de autoinvestigación, donde el sujeto en formación es objeto de estudio. Esto se refiere a una experiencia personal sistematizada y diferente a otra especialización en ciencias humanas (Maccoby y Millán, 1975). El entrenamiento también, busca que la persona se convierta en co-investigadora y desarrolle capacidades de comprensión y entendimiento, buscándose que modifique y mejore su vida. Este último elemento resulta importante a considerarse para la intervención psicológica, pues hace justicia y puntualiza las particularidades, fortalezas y conveniencias de las atenciones dirigidas por un especialista debidamente entrenado.

Volviendo a la propuesta, se distingue que prioriza en casos sumamente graves, dejando como opción para casos de menor gravedad lo desarrollado por la OMS en su Guía mhGAP. Finalmente, y de manera importante, considera el impacto psicológico que la intervención puede tener en las personas que lo brindan. Rescata la libertad y honestidad que debe tener la persona en cuanto a reconocer sus alcances, limitantes e inclusive, la posibilidad de no brindar el apoyo en caso de no considerarse apto para ello.

3.5.1.4 Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020 (Asamblea Mundial de la Salud) y su consideración para migrantes

La Asamblea Mundial de la Salud, en 2012, adoptó una resolución respecto a la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de respuestas integrales y coordinadas de los sectores sanitarios y sociales de los países. Considera que cada país contiene grupos vulnerables a los que la atención en salud mental debería abarcar, entre ellos, los migrantes.

Respecto a las acciones y recursos del sistema de salud, a nivel internacional, plantea que no han dado respuestas adecuadas a la carga de trastornos mentales, existiendo divergencia entre tratamiento y su prestación en el mundo. En cuanto a cifras, refiere que, en los países de ingresos bajos, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento, siendo la cifra alta también en los países de ingresos elevados, entre un 35% y un 50%. Ligado a esto, declara como escaso el número de profesionales especializados en el área, enfatizando que casi la mitad de la población mundial vive en países en los que, por término medio, hay un psiquiatra por cada 200 000 o más personas. Finalmente, la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja. Esto, como se revisó anteriormente, no es distante a los datos encontrados para México, según lo señalado por Berenzon y Cols. (2013), respecto a la reducida atención en salud mental, la concentración de especialistas en ciertas zonas y la concentración en la atención psiquiátrica.

Respecto a la población migrante, se encontró que ésta es considerada en su Objetivo 2: *proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta*. En ese apartado, plantea la necesidad de

que los servicios respondan a necesidades de población vulnerable y marginada, entre los que se considera a la población migrante y solicitantes de asilo.

A manera de discusión, se considera importante enfatizar que esta propuesta plantea una visión internacional que, en teoría, tendría resonancia en los servicios de salud mental en México al estar asociada con la OMS. Llama la atención la importancia y única mención del especialista en psiquiatría vinculado con la medicina, el cual, sin embargo, no necesariamente cumple con un entrenamiento en áreas psicosociales, sino en el ámbito biológico de los problemas en salud mental. Esto resulta casi contradictorio. De la mano con ello y con base en cifras, problematiza el poco alcance de la atención psiquiátrica y la medicación, lo cual suma a la aparente contradicción. Esto no significa que se considere como inconveniente o que debiera erradicarse la medicación, pues se considera necesaria en casos graves, sin embargo, da la impresión de reducir la propuesta de intervención a ámbitos biológicos y de ajustes bioquímicos, integrando de manera mínima el apoyo psicosocial.

Llama también la atención, que en el documento no figure el especialista en psicología que, a diferencia del psiquiatra, se encuentra entrenado y sensibilizado en elementos socioculturales sin priorizar en elementos estrictamente médicos y biológicos. Finalmente, la figura del migrante se reduce al solicitante de asilo. Un caso similar, se encontrará al revisar la postura del Estado en México, pues en las políticas, casi de manera estricta, se considerará también a una categoría, en su caso, la repatriación. Esto será revisado posteriormente.

3.5.1.5. El síndrome de Ulises

De manera final, y debido al auge que ha tenido en reciente época, se considera relevante integrar la propuesta de Achotegui (en Talarn, 2007) denominada *El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: El síndrome de Ulises*. Para este autor, la inmigración es una consecuencia de la dinámica global en la posmodernidad, sobre todo, ligada a problemas económicos, lo cual lleva a que las personas huyan de las condiciones de vida que el actual capitalismo les obliga. Asimismo, considera que la intolerancia a minorías étnicas y las condiciones de las migraciones les vuelven unas completas odiseas. La movilidad, por lo tanto,

se vuelve una tarea casi imposible para cierta población, siendo que, paradójicamente, la movilidad es un pilar de la dinámica global.

La población considerada por este autor, se refiere a migrantes que experimentan intensos niveles de estrés que superan sus capacidades de adaptación, experimentando soledad, miedo y desesperanza. Por estrés, considera a cualquier suceso en el que las demandas ambientales o internas, sobrecargan o exceden las posibilidades adaptativas de los sujetos, debido a la idea de amenaza permanente. Por duelo, entiende al proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para los sujetos, pudiendo ser considerado como un estrés prolongado e intenso. Es en la categoría de duelo extremo, es decir, aquel que es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación, que se ajusta el Síndrome de Ulises.

Los estresores vinculados a los duelos de inmigrantes en situación extrema son:

- La soledad.
- Duelo por el fracaso del proyecto migratorio.
- La lucha por la supervivencia.
- El miedo.

Respecto a la sintomatología, la organiza por áreas:

1. Depresiva
 - i) Llanto
 - ii) Culpa
 - iii) Ideas de muerte
2. Ansiedad
 - i) Tensión y nerviosismo
 - ii) Preocupaciones excesivas y recurrentes
 - iii) Irritabilidad
 - iv) Insomnio
3. Somatización
 - i) Cefalea
 - ii) Fatiga

4. Confusional

En cuanto al diagnóstico diferencial, le distingue de los trastornos depresivos, por ausentarse síntomas claves como la apatía, siendo que el inmigrante quiere hacer cosas, pero no va a ningún lado, metafóricamente hablando. Lo descarta como trastorno adaptativo, pues no se trata de que el paciente supere al paciente, sino que más bien, el estresor supera su capacidad de adaptación. A su vez, le distingue del estrés postraumático debido a que el inmigrante experimenta estresores específicos a la experiencia de migración, siendo la sobrevivencia de otro carácter en el síndrome de Ulises.

De manera final, concluye que el elemento social sigue siendo la cenicienta de la psicopatología, es decir, un elemento poco considerado. Discute su inclusión en padecimientos psiquiátricos, porque estos son respuestas a situaciones extremas, no a fallas mentales, derivando en manifestaciones de síntomas. Finalmente, considera al síndrome desde el área de la prevención, pues la intervención debiera estar dirigida a evitar que las personas empeoren y lleguen a padecer un trastorno mental. Señala que la intervención no solo atañe a psiquiatras y a psicólogos, sino a trabajadores sociales, educadores y profesionales involucrados en la temática.

A manera de cierre, se considera importante desarrollar una necesaria discusión respecto a esta propuesta. Resulta complicado encontrarle congruente cuando busca plantearse cómo despatologizante y preventiva siendo que, desde el título, hace alusión al léxico psiquiátrico, es decir, a un síndrome. ¿Cuál es la diferencia, por ejemplo, entre presentar la etiqueta patológica de síndrome de estrés postraumático y la del síndrome de Ulises?, ¿o esquizofrenia? Una primera reacción es que existe un diagnóstico diferencial, y es ese precisamente el punto que se cuestiona en esta discusión. La guía sigue siendo el diagnóstico clínico que encasilla y que puede reducir la experiencia a la etiqueta patológica. Pareciera que al patologizarle, se le vuelve digna de atención, pero, ¿solo debiera considerarse en esos casos?

Es claro que el lente para leer el fenómeno continúa siendo el psiquiátrico, aunque con importantes distinciones, como el hecho de que considere que el estresor es mayor y no menor la capacidad de los sujetos migrantes, es decir, que no hay falla mental. Sin embargo, habría que

preguntarse si esa distinción puede leerse así desde su título o denominación. Por otro lado, y al diagnosticar de esta manera, ¿dónde se consideran las fortalezas de los sujetos migrantes para sobrevivir a la experiencia?

Se rescata, por otro lado, la problematización que realiza sobre las consideraciones que el servicio sanitario debiera tener para la población migrante, así como el integrar distinciones importantes para la comprensión del fenómeno, tales como el hecho de que las migraciones en esta época sean distintas a las de momentos pasados, siendo necesaria una actualización respecto a las nuevas variantes que surgen. También se identifica que el autor realiza una diferenciación en la que, una gama de migrantes no es estudiada desde su perspectiva, por lo tanto, se descartan a varios tipos considerados por los estudios de migración. Ligado a esto, se tiene la impresión de que se refiere exclusivamente a inmigrantes refugiados en España, sin embargo y como se mencionó, el texto refiere la categoría por su sintomatología, no por elementos socioculturales.

Por otro lado, y desde el plano meramente psiquiátrico, se considera valiosa la diferenciación que realiza entre la sintomatología depresiva del síndrome de Ulises y el trastorno depresivo, pues alude síntomas y detonantes muy específicos en el caso de migrantes, por lo que resulta una integración de elementos específicos de reacción ante un tipo de migración. Asimismo, se rescata el tono humanista que puede ser llevado al plano de las reflexiones psiquiátricas, un tono que busca integrar variables socioculturales, dando un paso en la concepción de fenómenos de manera más amplia, y no exclusivamente desde una perspectiva biológica.

3.5.2 Propuestas a nivel nacional

En el apartado anterior, se revisaron y discutieron algunas propuestas internacionales de atención en salud mental y psicológica para población migrante. A continuación, y como contexto específico de esta investigación, se explorará la consideración de la figura del migrante desde el Estado mexicano, así como su atención y consideración. Se revisarán también algunas intervenciones en salud mental o psicológicas definidas y establecidas por instituciones u organismos no gubernamentales tanto a nivel nacional como regional.

3.5.2.1 Salud mental y movilidad humana, Sin Fronteras IAP

En su publicación *Salud mental y movilidad humana: 20 años de experiencia, reflexiones desde Sin Fronteras IAP* (2017), la organización de la sociedad civil Sin Fronteras I.A.P. plantea de manera detallada la atención en salud mental que brindan para personas migrantes.

Consideran que el trabajo de psicoterapia en el consultorio es muy conveniente, sin embargo, la intención en Sin Fronteras va más allá del ámbito afectivo. Señalan que por la condición específica de vulnerabilidad que atraviesa la población migrante que atienden, esta debe tener acceso a derechos como alimentación, vivienda, salud, educación o empleo, así como a condiciones de bienestar.

Respecto a las reacciones emocionales, toman como referente la propuesta de Achotegui (2004) sobre el mencionado Síndrome de Ulises. Respecto a la dimensión psicológica-cognitiva, refieren que los sujetos migrantes atraviesan por un proceso de aprendizaje, asimilación y acomodo de todos sus referentes al nuevo contexto de destino, lo cual va desde el aprendizaje del idioma, hasta la comprensión de sus significados en contextos cotidianos y la integración de nuevos elementos culturales. En cuanto a la dimensión social, consideran relevante la acumulación de capital social, lo cual facilita la convivencia con nativos e iguales, así como también, facilita la construcción de una red social para el logro de los objetivos personales y familiares. En la faceta cultural, consideran la necesidad de un proceso identitario que lleve al sujeto a reconocer sus diferencias y las posibilidades de pertenencia o vínculo con el espacio al que se integra. Respecto al proceso político, refieren que éste implica la manera en que las personas acceden y ejercen sus derechos en el nuevo contexto de vida, desde la reglamentación y vías que garanticen el acceso a sus derechos, hasta la creación de espacios, condiciones y disposición para su involucramiento en procesos comunitarios y ciudadanos en el nuevo entorno. Finalmente, en cuanto al proceso económico, se refieren al importante proceso de inserción laboral a través del cual lo sujetos pueden subsistir y participar de la producción del país al que arriban.

Es importante puntualizar que la población que se considera en Sin Fronteras IAP son migrantes internacionales en situación de vulnerabilidad en términos psicosociales, refiriéndose a casos de

solicitantes de asilo y refugio en los que sus niveles de ansiedad y tensión son muy altos y particulares. En estos casos, la dialéctica entre necesidad, sobrevivencia y tensión marca de gran manera su vida emocional. Tensión centrada en la incertidumbre por asegurar condiciones básicas de vida, lo que moviliza energía afectiva a través de deseos, frustraciones y afectos que impactan positiva o negativamente en la situación anímica de quien lo experimenta y su disposición a enfrentar situaciones futuras.

Con este modelo, entre otras cosas, buscan romper con la idea de que lo mental son sólo emociones, por lo que es necesario intervenir con la mira puesta en un impacto que trascienda, alcanzando todas las dimensiones de la vida.

De manera concreta, el modelo de atención consta de tres etapas:

- La fase de acogida: se da en las primeras tres semanas de contacto entre Sin Fronteras y el usuario, se da el primer encuentro, la valoración del caso y la construcción del plan de asistencia integral, es decir, el plan de intervención consensuado con la persona. El objetivo es tener una idea lo más clara posible sobre la situación de la persona, sus antecedentes, necesidades emergentes o futuras, y con base en ello, articular un plan de acción que considere esto con las capacidades y recursos disponibles para realizar el acompañamiento.
- La fase de operación del plan de atención integral: se implementan acciones individuales y grupales en temas de alimentación, salud, idioma, empleo, vivienda, atención psicológica y/o acceso a servicios específicos bajo una visión de facilitación de las condiciones para que las personas desarrollen sus habilidades y se cubran sus necesidades en todas estas áreas.
- La fase de evaluación: se refiere a una revisión permanente de las necesidades generales de la población, sus características específicas y la efectividad de las herramientas de intervención que dan respuesta a ello para que, en su caso, se realicen las adecuaciones necesarias para el logro de los objetivos institucionales.

Como parte importante de la atención psicológica para inmigrantes en Sin Fronteras IAP, se retoma el testimonio de Mónica Vázquez, psicoanalista y colaboradora de esta organización, quien, además de proponer una comprensión teórica específica, asiste a nivel de intervención tanto a migrantes con importantes muestras psicológicas de desajuste, como a parte del personal que labora en la organización.

La palabra es un elemento que Vázquez (Sin Fronteras IAP, 2017) encuentra de vital importancia en el proceso psicoterapéutico con pacientes inmigrantes refugiados. Se refiere a que cuando alguien decide hablar y acepta pasar por un proceso terapéutico, existen elementos de la cultura personal involucrados, pero también y, sobre todo, depende del momento subjetivo que atraviesa la persona. El hablar de pacientes refugiados se refiere a personas que han padecido eventos situados al límite humano relativo a la crueldad, violencia de Estado, tortura, asesinatos, etc. Cuestionar y explorar esto pone en primer plano la propia subjetividad, comenta.

Es importante distinguir, señala, que no todos los refugiados padecen de algo psíquico. Para su comprensión, no se basa en la clasificación hegemónica psiquiátrica o DSM V, sino desde lo descrito por los estudios psicoanalíticos y psiquiátricos. Entre los síntomas que identifica se encuentran:

- Síndrome de repetición: se manifiesta por recuerdos diurnos o nocturnos y por pesadillas que se repiten una y otra vez en relación con la situación de peligro a la que el refugiado fue expuesto. Cualquier estímulo evocador lleva al desarrollo de conductas de evitación. Se manifiesta con reacciones de sobresalto y excitación elevada.
- Perturbaciones neuro-vegetativas: se manifiestan por problemas del sueño y por desórdenes del aparato vascular, digestivo o de la piel. Incluye también síntomas somáticos como dolores de cabeza, vértigo y perturbaciones visuales.
- Alteraciones de la memoria: se refiere a reacciones como la hiperamnesia, recordar todo con gran detalle, o amnesia, olvidar periodos importantes. Hay también problemas de atención, dificultades de concentración que pueden llegar hasta las “ausencias”.
- Modificaciones del carácter y de la personalidad: se manifiesta en sensibilidad aguda, empobrecimiento de las relaciones sexuales y sociales, así como inhibición intelectual.

Todos ellos, como efecto de la angustia. Se incluyen también crisis o conversiones histéricas, fobias, obsesiones o inclusive, síntomas tomados de otras neurosis que pueden derivar en una neurosis de angustia.

- Síndrome depresivo y su correlativo de ansiedad: agotamiento, apatía, desinterés por el mundo exterior y/o repliegue sobre sí mismo; un remonte al pensamiento mágico, sueños premonitorios y atención particular a lo “sobrenatural”.
- Perturbaciones psicóticas: en algunos casos, puede llegar al grado de visiones o alucinaciones, disociaciones, escisiones, desdoblamientos, sentimientos de desrealización, despersonalización y sensibilidad ligada a angustias persecutorias y paranoicas.

Para la autora, más que detenerse en el diagnóstico y la reacción ante estos síntomas, conviene detenerse en ciertas manifestaciones del psiquismo del sujeto cuando ha sido objeto de violencia intensa. Una de ellas es la escisión, siendo esta una elección psíquica inconsciente del sujeto que le permite cortar, a la vez, sus referentes geográficos y su realidad psíquica ligada a un antes y un después del evento traumático, todo esto, a fin de eliminar sus dolores psíquicos y los de su cuerpo. Para Petre (referido por Vázquez en Sin Fronteras, 2017), la escisión se instaura con el fin de que la reunificación entre la palabra y los afectos quede impedida. La escisión protege la subjetividad, pero en contraparte, no permite la llegada de una mentalización necesaria para la elaboración de los conflictos psíquicos.

Para que opere, es necesaria la negación de la existencia de un evento, una negación que protege la subjetividad del sujeto en cuestión, pero a su vez, le impide toda posibilidad de elaboración psíquica. Esto es muy importante en cuanto a manifestaciones conductuales en términos de proceso y trámite político, señala Vázquez, pues cuando el testimonio de un refugiado es pedido por un funcionario del Estado, en algunas ocasiones se observa cómo este mecanismo hace que su discurso aparezca carente de todo convencimiento, como si el mismo sujeto en cuestión no estuviera convencido de lo que está hablando y, por lo tanto, no convence a sus interlocutores. Psíquicamente, el mecanismo cumple con su función, le permite poner distancia del sufrimiento, pero en términos de la realidad, lleva a que los funcionarios lo tomen como “discursos estereotipados”, “como si se lo hubiesen aprendido de memoria”. El afecto congelado como

producto de la escisión, el aplanamiento y la frialdad afectiva que inclusive puede dar sensación de aburrimiento en el sujeto, lleva a las autoridades en algunos casos a deducir que sus testimonios son falsos. Señala que, es posible que muchas veces la barbarie arranque el sentido de la palabra y la capacidad misma de un sujeto de sentir emociones, por lo que, los funcionarios del Estado, debieran estar advertidos de que ese mecanismo puede ser de extrema importancia.

Otra reacción que destaca se refiere a la memoria, porque, testimoniar implica traer a la conciencia en el aquí y ahora todos los recuerdos ligados a ese evento. Así pues, además de que el demandante se enfrenta a la dificultad de recordar con claridad ciertas escenas que seguramente no desea rememorar, tampoco puede elegir ni el momento, ni el lugar, ni la persona a quien se dirige cuando habla de ello, lo que pone en evidencia cierta dinámica de la memoria cuando se ha pasado por un traumatismo. Esto se refiere al exceso de exigencia para el psiquismo de un sujeto que no solamente ha sido obligado a pasar por situaciones traumáticas, sino que también, se le pide relatar tales situaciones. El trauma pues, lastima en el sujeto su capacidad de recordar.

Un último aspecto que destaca se refiere a la repetición. Retoma a Freud cuando advierte que “el analizante no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa”. Y este actuar, tiene que ver con diferentes modalidades: se actúa con la conducta, refiere, por ejemplo, hablar sumamente enojado y alterado a una recepcionista; gritar en plena institución que se va a matar; así como también desde el lenguaje. De igual manera, es notorio en sensaciones corporales involuntarias, los sueños llamados traumáticos. Todas estas son, maneras de sobrevivencia psíquica para quien se refugia en un eterno retorno a sí mismo, sin muchas veces, encontrar una salida más que en la misma repetición.

Como cierre de su testimonio y como aplicación adicional de su perspectiva teórica y técnica de intervención, Vázquez comparte su experiencia en los grupos de reflexión sobre las capacidades y límites propios del personal de Sin Fronteras IAP. Se refiere al impacto que tiene el escuchar las narrativas de los migrantes refugiados para el personal. Técnicamente hablando, esto se ha denominado “trauma vicario” y se refiere a la angustia y ansiedad que se detonan en el profesional tras la escucha, en la manera que las historias escuchadas se hilan con la historia de

vida personal, lo que despierta focos de ansiedad y la sensación de que las palabras no alcanzan ni son precisas para explicar lo que se siente, ni sirven para detener la ansiedad.

Entre las reacciones, encuentra que el personal suele experimentar sentimientos de culpabilidad por no haber hecho algo en específico con algún migrante o también, se experimenta la sensación de haber hecho algo determinado y que tal vez no debió ocurrir. Sentimientos de pérdida cuya sensación puede ser de haber perdido algo muy importante que a veces, se puede manifestar desde un lápiz, hasta la memoria inmediata o mediata. También puede aparecer llanto desmedido frente a la muerte de desconocidos, de animales o gente cercana, pero con quien no se tienen ningún vínculo significativo. Es posible experimentar, además, un sentimiento de gran frustración muchas veces manifestado frente a la institución misma o a otras vinculadas a ella. El personal se siente frustrado por sentir que las cosas internamente no funcionan o que funcionan mal, que las leyes son muy injustas o que están mal planteadas.

Ligado a esto y en conexión con el hecho de que el migrante haya vivido una multiplicación de separación y pérdidas, se refuerza la intensidad de la demanda. Como reacción a esto, el personal puede sentir una fuerte angustia de ser devorado por el otro, angustia a la que se le llama de devoración o de disolución. Esta reacción es experimentada por una suerte de alienación momentánea que se manifiesta por una “presión enorme”, dicha así por el personal. Otra respuesta se refiere a la suspensión del pensamiento, es decir, que este puede sentir que al escuchar al migrante su mente se pone en blanco, no hay imágenes, no hay pensamientos e inclusive, cuando tiene que reportar lo dicho por el migrante, las palabras no fluyen o salen con mucha dificultad.

Otra reacción identificada se refiere a la actuación o acting-out, cuando el personal se siente empujado a actuar frente a la demanda desbordante del que está escuchando. Aquí, señala, pueden aparecer medidas tomadas drásticamente de cortar radicalmente de un momento a otro con un servicio, de tomar una posición no neutra frente al migrante o de tomar decisiones también de carácter radical en el seno de la institución en relación con un colega o a colegas afectando las relaciones de trabajo. Desde lo somático, también aparecen reacciones importantes como en relación con la comida, desde perder el apetito hasta sólo pensar en comer y comer,

pasando una mala alimentación con comida chatarra, por ejemplo. Es como si el cuerpo tomara silenciosamente todo el escenario psíquico frente a la escucha del migrante. Son momentos en que el sistema psíquico falla, entonces y en compensación, es el organismo el que comienza a pensar. El cuerpo manifiesta algo de lo impensable, justo ahí donde el psiquismo ya no puede pensar más.

De manera sintetizada, Vázquez enfatiza los efectos de lo traumático no sólo ligados a lo psíquico, sino también al cuerpo y al lenguaje. De cómo la angustia y la ansiedad pueden dar respuesta desde lo que se repite, lo que se olvida y lo que no se puede olvidar, lo que se mantiene en el presente, lo que se escinde, lo que se actúa y lo que se pierde. Eso, continua, que es tan extranjero, pero a la vez tan familiar, puede quedar en el terreno de lo impensable, lo irrepresentable, insimbolizable y, por lo tanto, inasimilable. Tener esta consciencia lleva a que el personal que atiende a sujetos refugiados, haga también algo con ello, con el impacto psíquico que conlleva este intercambio.

A manera de conclusión se considera importante rescatar algunos elementos relevantes de esta propuesta. En primer lugar, se refiere a un modelo que presenta una claridad importante desde la perspectiva teórico-práctica en que se desarrolla, la población específica a la que tiene alcance, los profesionales necesarios, las condiciones para realizarla y un programa estructurado de manera que se pueda alcanzar la integración de estos sujetos. Respecto a la claridad respecto a sus alcances, es importante rescatar su postura respecto a la atención en psicoterapia, la cual no consideran inconveniente, pero sí limitada para los casos en los que se enfocan, posición congruente respecto al modelo. Independientemente de la posición, destaca también un modelo que no considera únicamente el diagnóstico o intervención en términos psiquiátricos, sino uno donde la psicoterapia y la puesta en palabras de elementos psíquicos resulta clave.

Es importante puntualizar también que, si bien se presenta como un modelo estructurado y congruente, no es generalizable para toda la población migrante pues está enfocado en solicitantes de asilo y refugiados, lo cual podría ser considerado como el más grande nivel de vulnerabilidad psicosocial que puede experimentar un sujeto, de ahí la conveniencia de su modelo integral.

Otro elemento que se considera importante, es la integración de una perspectiva psicoanalítica con alcances contemporáneos a una categoría muy definida de población migrante, lo cual marca un importante antecedente que tiene coincidencia con esta investigación. Finalmente y en sintonía con esta perspectiva, se considera conveniente la consideración de los impactos psíquicos de las intervenciones en los mismos trabajadores asociados a Sin Fronteras IAP, aunque si bien, esta propuesta había sido retomada por la APA, en la intervención de Sin Fronteras IAP existe un elemento psicoanalítico importante que permite entender, con base en la misma experiencia de trabajo, las reacciones psíquicas y conductuales de los trabajadores, lo cual coincide con las dinámicas transferenciales y contratransferenciales consideradas por el enfoque psicoanalítico.

Sin duda, el trabajo de Sin Fronteras IAP, marca una importante pauta para la labor con población migrante basado en una estructura y fundamentos muy definidos. Otros esfuerzos importantes, han sido realizados por otras instituciones respecto a la atención psicológica a migrantes realizadas en México. A continuación, se presentará la intervención generada por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. (ILEF).

3.5.2.2 Acompañamiento psicológico con migrantes desplazados, ILEF

El trabajo de intervención de ILEF (Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.), respondió a la migración emergente de mexicanos hacia El Paso Texas, en Estados Unidos, durante el año de 2013. En ese año, se registró a un total de 32 000 personas que abandonaron sus hogares en Chihuahua. Toda esta información se encuentra registrada en la publicación *Resignificando la vida: acompañamiento psicológico con migrantes desplazados* (ILEF, 2017).

Ese mismo año, 2013, se abrió una convocatoria para terapeutas egresados del ILEF, la cual consistió en una invitación a participar, de manera voluntaria, en un proyecto de “atención psicológica vía videoconferencia”. El objetivo era atender a mexicanos que vivían en El Paso Texas y que se vieron obligados a emigrar por la violencia que les aquejaba en la frontera norte de México.

De manera concreta, los procesos terapéuticos estuvieron fundados en la psicoterapia sistémica, la cual, se distingue porque ubica a la persona en un contexto sociocultural específico, es decir, como parte de una familia, comunidad, sociedad, así como época histórica, local y particular. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo mediante la utilización de videoconferencias entre la Ciudad de México y El Paso, Texas. El encuadre fue de 12 sesiones, una vez por semana con una hora de duración. Al concluirse las sesiones acordadas, casi todos los procesos tuvieron seguimiento una vez al mes, siendo que la mayoría de los casos, señalan, se cerraron de manera favorable. Asimismo, algunos procesos se interrumpieron por dificultades técnicas y de logística, ya que las personas no pudieron continuar por las dificultades de trasladarse a la oficina donde se contaba con el equipo para llevar a cabo las sesiones. Para algunos atendidos, trasladarse implicaba tener auto, licencia y desplazarse entre una o dos horas de viaje. Algunos, con el tiempo, buscaron formas más cómodas y menos costosas para mantener sus sesiones. Tuvieron, por ejemplo, la oportunidad de acceder a una computadora, ya sea porque pudieron comprarla o porque la conseguían prestada, y, asimismo, accedían a una conexión de internet.

Los énfasis del trabajo psicoterapéutico fueron el establecimiento de un buen vínculo, la elaboración del duelo, un trabajo psicológico relacionado con las pérdidas ambiguas, el estrés postraumático, la adaptación al nuevo lugar y a los nuevos roles, así como la construcción de nuevos proyectos de vida.

Respecto al establecimiento de un buen vínculo, refieren que los procesos tuvieron como prioridad el generar confianza para que los atendidos, pudieran hablar de sus experiencias, sus dolores, sus angustias y sus miedos. Una constante fue la desconfianza inicial, la cual, señalan, fue disminuyendo como resultado de la conexión programada y constancia, sumado a la escucha empática y respetuosa, así como por la necesidad de mantener a alguien con quien dialogar.

Respecto al manejo de duelos y pérdidas ambiguas, señalan que identificaron parálisis en el proceso, es decir, que las emociones estaban “congeladas” junto a sus vidas en varios aspectos. Algunos enfrentaban pérdidas ambiguas o de familiares desaparecidos, lo cual podía derivar en que el duelo causara depresión, ansiedad y trastornos psicosomáticos, así como también, que la esperanza y la desesperación fueran dos elementos constantemente presentes. Este tipo de duelo

resultó ser distinto a los ya conocidos, mismos donde se tiene certeza de la pérdida. A diferencia de ellos, en estos casos se identificaron procesos congelados por la incertidumbre respecto a la sobrevivencia de sus seres queridos.

Asimismo, uno de los objetivos de las sesiones fue favorecer la narración y el promover la catarsis de eventos traumáticos, respetándose el tiempo de cada consultante y su manera particular de procesarlos. Como resultado del estrés postraumático, con algunos consultantes se realizaron ejercicios de inducción y relajación, así como la práctica de escritura con resultados terapéuticos. También, se buscó la activación de redes sociales e institucionales de apoyo, lo cual les ayudó, además, a salir de cierto aislamiento.

Respecto a la resignificación de los miedos y culpas, comentan que implicó reconocer la dificultad de seguir viviendo para algunos, aun cuando sus familiares murieron o se quedaron en México. Fue necesario acompañarlos en la elaboración de la llamada *culpa del sobreviviente* que suele suceder en esos procesos. Asimismo, el proceso se enfocó también en ir ampliando los significados de sus experiencias. Por otro lado, se cuestionaron sus ideas respecto a los roles de género. Se fomentó la ampliación de redes sociales y laborales, fortaleciéndose su agencia y desarrollo personal. Otro punto importante fue el abordaje de problemáticas de adaptación, convivencia y comunicación a nivel familiar, acompañándose a los consultantes a encontrar nuevas y mejores formas de relacionarse en las diferentes situaciones de la vida que enfrentaban.

Resulta interesante que, en este proyecto, ILEF dedicara particular atención a la figura del terapeuta y su involucramiento. Refieren que resultó imprescindible el apoyo grupal en contenciones personales, siendo que la cohesión del grupo de terapeutas resultó clave para tener un espacio terapéutico efectivo, cercano, libre y creativo, lo que exigía un equipo que permitiera el diálogo sobre los efectos de la violencia presenciada a través de las narraciones de las víctimas.

Se llevaron a cabo reuniones en donde se utilizó el tiempo para discutir y reflexionar acerca de los casos tratados y acordar cuestiones administrativas. Con la intención de manejar las cargas emocionales, que fueron consecuencia del trabajo, se estableció como tarea la escritura de

párrafos donde se relataba lo vivido en el trabajo con los consultantes. Refieren también que, en el trabajo, dos emociones resultaron constantes: la impotencia y la satisfacción. La impotencia de sentir que es insuficiente lo que se hacía en relación con las dimensiones de los acontecimientos y, por otro lado, la convicción de que se hacía algo de gran impacto en la vida de los consultantes. Otra emoción presente fue el miedo, tanto de parte de los consultantes como de parte de los psicoterapeutas, lo cual les llevó a la confrontación y a la conversión del miedo en recurso terapéutico, esto les permitió empatizar con las emociones y angustias de los consultantes.

Finalmente, refieren que un aspecto importante fueron los aprendizajes que como psicoterapeutas obtuvieron. En sus conclusiones, señalan que el trabajo como psicoterapeuta es uno muy particular, ya que el trabajo con su personalidad misma, es una herramienta más al servicio de los procesos clínicos. Por lo tanto, resulta clave el trabajo profundo en ese sentido, buscándose sesgos, elaboración de prejuicios y obstáculos que limiten la capacidad de ayuda para sus consultantes.

Todo lo anterior resume el proyecto realizado por ILEF, sin embargo y antes de concluir esta sección, se considera importante considerar algunos elementos. En este caso se aborda un tipo de apoyo específicamente psicoterapéutico que requirió de condiciones específicas, tales como el apoyo de tecnologías de la comunicación, lo cual abre una diferente posibilidad en el acompañamiento psicoterapéutico para migrantes. Nuevamente se refiere a un tipo muy vulnerable de migrantes, los desplazados por violencia.

Es importante destacar también el enfoque sistémico y el encuadre definido en las intervenciones. De igual forma, los puntos comunes identificados en los casos atendidos, tales como la elaboración de duelos particulares asociados a pérdidas ambiguas, lo cual resultó novedoso y ausente en las revisiones que se han realizado a otras intervenciones. Por lo tanto, el trabajo de ILEF abre la posibilidad a un tipo de intervención específica y asociada a problemáticas emocionales y psíquicas, pero no exclusivo a la población solicitante sino también a los psicoterapeutas, elemento considerado también por la APA y Sin Fronteras IAP. Se refiere a una concientización sobre los efectos que las intervenciones tienen en la figura del

psicoterapeuta, así como también, los conflictos emocionales manejados a nivel de personalidad. Vale destacar este último aspecto, es decir, el que se refiere al trabajo de la persona del terapeuta, pero no únicamente en la elaboración de los conflictos generados en la intervención, sino de su persona misma para una mayor efectividad.

Por otro lado, siendo el ILEF un instituto formador, llama la atención su distancia respecto al involucramiento y posibilidades de formaciones profesionales que preparen para intervenciones psicológicas con población migrante, lo cual no se encuentra en ella. Sin embargo, existe un referente importante en la Universidad Intercontinental de la Ciudad de México. Esta, generó una Especialidad de Atención Psicológica para Migrantes y Counseling, un programa académico que buscó entrenar a especialistas en esta atención, a continuación, se le dará revisión.

3.5.2.3. Programa de atención psicológica a migrantes, Universidad Intercontinental

El proyecto de la Universidad Intercontinental (UIC), aunque ahora discontinuado, se considera valioso porque es el único referente mexicano de una formación profesional dirigida a la atención psicológica para población migrante. La UIC, justificó esta especialidad planteando al fenómeno migrante como uno de carácter psicosocial, y a su vez, encontrando una gran necesidad de profesionales en psicología que le atendieran. Se enfocó en la formación de psicólogos especialistas en atención a migrantes.

Plantearon que, la migración, supone un trauma acumulativo que implica adaptarse a un medio desconocido, relacionado con pérdidas en el ambiente familiar, físico, social y cultural. A consecuencia de esto, continúan, dispara diversas angustias como de separación, depresivas y persecutorias. Se asume pues que el migrante sufre por lo perdido y que, esa pérdida, pone en marcha un proceso de duelo y provoca dificultades para adaptarse al nuevo entorno. Es por eso que el inmigrante intenta recuperar lo perdido más que aceptar lo nuevo. A nivel cultural, al migrante no le resultan fáciles de descifrar los códigos de comunicación, lo que genera una sensación de abrumo y confusión. Por lo tanto y ante este panorama, es innegable la necesidad de intervenciones especializadas desde la psicología pues, su competencia, brinda alternativas

para promover y mantener la salud mental de los miembros de las comunidades. Esto se asocia con una capacidad para apoyar a una adecuada adaptación a los medios.

Considerando la importancia de una intervención psicológica antes, durante y después de la migración, esta especialidad tuvo como objetivo el formar psicoterapeutas con una clara comprensión de las variables psicosociales implícitas en el fenómeno de la migración, así como también, que fueran capaces de utilizar las herramientas cibernéticas más avanzadas para dar atención psicológica a migrantes.

En cuanto a su estructura, la especialidad se dividió en cuatro módulos:

- Aspectos sociales y culturales del fenómeno migratorio.
- Factores psicológicos que intervienen en el proceso adaptativo.
- Migración e intervención multidisciplinaria I.
- Migración e intervención multidisciplinaria II.

Se buscaba que, al egresar, el especialista contara con elementos formativos multidisciplinarios, así como que estuviera capacitado en cuanto a conocimientos teóricos y prácticos que le permitieran trabajar en la prevención, intervención, enlace, investigación, difusión y promoción en lo referente al impacto psicosocial de la migración. Se concebía también, que éste podría aplicar sus conocimientos a nivel individual, familiar y social con una clara comprensión de los aspectos culturales, económicos, políticos y sociales del fenómeno migratorio. De manera primordial, se hacía énfasis en los factores psicológicos que intervienen en el proceso adaptativo y en las técnicas y herramientas metodológicas que aporta la psicología para llevar a cabo el trabajo de investigación, prevención e intervención.

Sin duda, este esfuerzo de la Universidad Intercontinental resultó ser un pionero formativo, pero uno con poca resonancia y duración. Se considera relevante el hecho de ser una formación que integrará aspectos multidisciplinarios con el fenómeno migratorio, sin reducirse al componente psicológico. Asimismo, resultaría valioso conocer los elementos teóricos en los que dicha intervención estuvo sostenida, debido a que, y como se ha venido revisando, se encuentran propuestas muy específicas en cuanto a atención psicológica a migrantes, encontrándose

amplias categorías que particularizan la atención conveniente. Siendo que la formación psicológica en la Universidad Intercontinental tiene un fuerte fundamento psicoanalítico, es posible que a través de dicho enfoque se tuviera una comprensión respecto a procesos psicológicos, sin embargo, esto no se mencionaba de manera formal en la promoción del programa.

Se considera también como un punto importante, la generación de conocimiento específico y regionalizado respecto a la población migrante, pues una posibilidad importante sería el investigar en estos ámbitos a niveles formativos. Por otro lado, no se identificó una consideración respecto al impacto que tiene este tipo de atención en los especialistas, es decir, elementos de práctica y apoyo psicoterapéutico para los mismos formados.

No obstante este esfuerzo descontinuado, se ha encontrado que el trabajo de exploración por parte de instituciones académicas respecto a la atención psicológica para migrantes continúa vigente. A continuación, se revisará brevemente una propuesta que ha involucrado a instituciones como la UNAM respecto a este tipo de atención.

3.5.2.4 Exploración en Baja California a cargo de Ondhas Migrantes A.C., Red Migrare y Sudimer UNAM

En una exploración realizada durante los meses de junio y julio del año 2018, la asociación Ondhas Migrantes A.C. con apoyo de la Red Migrare y Sudimer UNAM, realizaron un trabajo de campo en las ciudades de Mexicali, Tijuana y Ensenada en el estado de Baja California, con el fin de identificar las condiciones de salud mental en la población migrante que asiste a las casas y albergues para migrantes en la región. Esta información se encuentra en el informe *Proyecto Salud Mental y Migración Acompañamiento psicosocial para personas migrantes y sus familias en la frontera norte de México* (2018). En total, visitaron 8 casas y albergues para personas migrantes, 4 de ellas en Mexicali, 3 en Tijuana y 1 en Ensenada. Como resultado del trabajo de campo, lograron identificar la prácticamente nula presencia de personal capacitado que identifique y canalice casos graves en términos de salud mental. Encontraron también la

inexistencia de una intervención breve o la aplicación de primeros auxilios psicológicos para población migrante en estos espacios del estado de Baja California.

De las casas y albergues que visitaron, se encontró que únicamente en la Casa del Migrante en Tijuana, se contaba con una psicóloga de tiempo completo con un salario. En Casa Madre Assunta (también en Tijuana), identificaron la participación de una psicóloga voluntaria que asiste eventualmente. Se encontró que, en ambos espacios, las técnicas de intervención se formulan ad hoc, y no cuentan con una supervisión psicológica o seguimiento de sus intervenciones. Identificaron también que, en los mencionados espacios, eventualmente asisten pequeñas brigadas tanto de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) como de la Cruz Roja.

En cuanto a la participación de las instituciones del gobierno del estado en materia de salud mental para la atención de población migrante, identificaron trabas administrativas que terminan impidiendo que se reciba la atención. Se identificó que, gracias a la intervención y negociación de caso por caso por parte de los administradores de las casas y albergues, es que se logra atender a los migrantes. Sin embargo, concluyen que resultan apoyados sólo aquellos casos que consideran graves y que necesitan atención psiquiátrica. Ligado a esto, identificaron que al igual que la población general, la población migrante tiene dificultad para acceder a medicamento psiquiátrico.

Concluyen que una situación muy particular es la constante movilidad pues, las personas migrantes, en su dinámica de definición de residencia o retorno a lugar de origen, se mantienen inestables en cuanto a actividades y espacios de interacción, así como también, identificaron un ambiente de desconfianza de esta población hacia las instituciones de gobierno. Ambas variables en consecuencia, restringen la posibilidad de una intervención o atención en materia de salud mental.

De manera específica y en cuanto a ciudades, se acercaron a cuatro casas y albergues para migrantes en Mexicali (Albergue del Desierto, Albergue Pastoral Maná, Casa Betania y Grupo de Ayuda para el Migrante de Mexicali). Estos espacios fueron creados por la sociedad civil y

se mantienen por donaciones y por un apoyo económico proveniente del gobierno estatal que, según entrevistas con los responsables, resulta insuficiente. Identificaron también que carecen de una infraestructura adecuada para el sostén de más de 20 migrantes que se alojan diariamente. Sumado a esto, consideran que el clima o el calor es un factor que pesa en el estado anímico de las personas migrantes, sobre todo, en aquellos que provienen de sitios menos calurosos. Identificaron que la limitada interacción del voluntariado que participa en las casas y los albergues con los migrantes, genera un distanciamiento y sentimientos de desconfianza entre los mismos migrantes. Resultó claro, según su exploración, que el tema de salud mental no es central de los albergues y casas en Mexicali, pues su principal preocupación radica en atender las necesidades alimentación, refugio nocturno y canalización médica en el caso de urgencias.

Finalmente, destacan que el consumo y abuso de sustancias es un problema cotidiano que rebasa la capacidad del personal operativo de las casas y albergues. Consideran que la población migrante se ve altamente expuesta al consumo debido a que la población adicta vive o se instala en las calles cercanas o alrededores de las casas y albergues. Por lo tanto, el abuso y consumo de sustancias como la cocaína y sus derivados es un problema común que afectan la salud mental, lo cual no es posible atender de manera adecuada debido a los inexistentes convenios con instituciones de salud mental del estado.

En cuanto a Tijuana, refieren haber visitado tres casas y albergues para migrantes (Instituto Madre Assunta, Casa del Migrante y Casa YMCA). Consideran que el trabajo en Tijuana muestra un panorama distinto a Mexicali, pues las casas y albergues cuentan con una infraestructura que da cabida a la población, lo cual es el resultado del trabajo de asociaciones religiosas. Asimismo, y respecto a la atención en salud mental, las casas del migrante tienen una perspectiva amplia, sin embargo, consideran que eso no es garantía de la dirección y seguimiento de los proyectos.

En entrevista con los responsables de la atención en salud mental identificaron que, entre las principales preocupaciones, se encuentra el inexistente apoyo de medicamentos por parte del gobierno o diversas instituciones dedicadas al tema, preocupación que ha ido en aumento debido a que los casos de personas que llegan con alguna prescripción médica ha aumentado y las casas

no pueden solventar los gastos tan elevados que implican la compra de dichos medicamentos. Otra de las preocupaciones referidas en las casas de migrantes en Tijuana es la poca participación de la academia que investiga el tema de migración, debido a que sus participaciones se limitan a la investigación y recolección de datos que en lo inmediato no aportan nada a la población migrante. Las casas de Tijuana, encontraron, cuentan en su mayoría con apoyo psicológico, dinámicas grupales de integración, recreación y pláticas informativas sobre sustancias nocivas, asuntos legales y salud en general, sin embargo, es necesario dar seguimiento a la dirección de las intervenciones psicológicas que se brindan pues a pesar de considerar el tema, se consideran limitadas en cuanto a sus alcances.

Finalmente, y en cuanto a Ensenada, identificaron el Albergue San Vicente. Ensenada, en su opinión, es un municipio que destaca en su agricultura, pesca e industria, lo que le ha convertido en sede principal de la migración interna con migrantes jornaleros. No obstante, consideran también a los migrantes deportados de Estados Unidos y en algunas ocasiones, a personas en situación de calle y vulnerabilidad que no son migrantes. Este dato resulta cuestionable pues podría atribuirse a este municipio un tipo de migración interna dedicada a la agricultura, sin embargo, en la ciudad de Tijuana destaca la migración interna. En su caso, posicionados en diferentes actividades laborales, tales como la maquiladora.

Se encontró información adicional respecto a:

- Centros de Integración Juvenil: teniendo como eje la atención al consumo de sustancias, también considera los riesgos para migrantes en tránsito por lo que, a manera de prevención, difunde información respecto a documentación importante a tener para migrantes, cuidado con polleros, viaje por el desierto y las opciones ante la detención de una autoridad.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM): fundada en 1951, busca cerciorarse de una gestión ordenada y humana de la migración internacional, promoviendo la cooperación internacional sobre cuestiones migratorias, ayudando a encontrar soluciones prácticas a problemas migratorios y ofreciendo asistencia humanitaria a los migrantes que lo necesitan, tanto refugiados, así como desplazados o

desarraigados. Aunque sus sedes en el país se encuentran tanto en la Ciudad de México como en Chiapas, extiende su apoyo al fenómeno a nivel nacional.

- American Civil Liberties Union San Diego & Imperial Counties (ACLU): en vinculación con la CNDH, el ACLU a manera de apoyo en los derechos de esta población, difunde información respecto a las autoridades vinculadas con migración tanto en México como en Estados Unidos, así como el cuidado que debe tener el migrante en tránsito. Esta información y apoyo resulta de tipo humanitario, contando en México con el apoyo directo de la comisión, y en Estados Unidos desde su sede en San Diego, Texas, Arizona y Nuevo México.

A manera de conclusión, es importante destacar que las asociaciones civiles superan significativamente a las instancias gubernamentales en la región en cuanto a la atención para población migrante. Pareciera, desde una lectura superficial, que el apoyo del Estado destaca en el plano formal, pero poco en el real. Asimismo, y aunque desde las asociaciones civiles se tenga una consideración para la atención psicológica a la población migrante, se considera como mínimo y necesario a ampliarse y especializarse, encontrándose únicamente con este tipo de intervenciones en la ciudad de Tijuana. Es claro que las prioridades en cuanto a salud, siguen siendo las de tipo físicas. Se confía en la realidad de la Casa del Migrante en Tijuana que ha integrado intervención psicológica, es decir, se entiende como un primer paso esperanzador, en un espacio donde se le da su debida importancia.

3.5.2.5 Programas de salud y de atención al migrante por parte del gobierno en México (2013 – 2018)

Se considera que, para conocer la manera en que la federación concibe a la población migrante y le considera en programas de atención, es necesario revisar los ejes guías de la administración en el país, motivo por el cual se partirá del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, buscando la presencia de población migrante, en vinculación con el ámbito de salud general y salud mental. Esta revisión, no solamente buscará lo considerado en cuanto atención sino, además, lo que se entiende por población migrante, así como cierta noción de los marcos de referencia para su consideración. Posteriormente, se revisarán programas específicos como

el de la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud, entre otras. La intención es rastrear la consideración de atención salud mental para el migrante, lo cual será el eje guía de la exploración.

1. Plan Nacional de Desarrollo (PND): En su capítulo “V. México con Responsabilidad Global” y en el apartado “V.1. Diagnóstico: México puede consolidarse como una potencia emergente”, tema cinco, aparece considerada la migración. La plantea como un fenómeno importante en un sentido económico, de vinculación social, cultural y de trascendencia demográfica. El apartado podría considerarse organizado en tres temas: inmigrantes, mexicanos en el exterior y política migratoria. En el primer punto considera importante el conocer flujos, lugares de origen y destino, perfiles migratorios, estrategias de cruce internación, repatriación, inseguridad y derechos humanos. Respecto al segundo, considera la defensa de los intereses de los mexicanos en el exterior y cierra con la necesidad de contar con una política en el tema de refugiados y protección complementaria.

Dentro del mismo capítulo y en el apartado “V.2. Plan de acción: consolidar el papel constructivo de México en el mundo” y retomando la perspectiva de género, se plantea el fomentar la protección de los derechos de las mujeres inmigrantes para prevenir violencia, la trata y el secuestro. Propone buscar la garantía de derechos a personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, así como el diseñar y ejecutar programas de atención especial a grupos vulnerables de migrantes como niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, víctimas de delitos graves, personas con discapacidad y adultos mayores.

Finalmente, en el apartado de “Estrategias”, se identificó lo siguiente respecto al ámbito de salud en población migrante:

- Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.
- Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
- Línea de acción: Impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes.

Posteriormente aparecen menciones respecto al tema de migración vinculado con el ámbito de educación, protección consular, reinserción de migrantes de retorno, evaluación de política pública en materia migratoria, garantía de derechos a personas migrantes, facilitación de trámites y servicios a migrantes, así como la protección a mujeres migrantes.

Respecto al tema de salud mental, sólo se encontró una mención respecto a las personas con limitación física o mental, es decir, no se encontraron consideraciones respecto a población migrante.

Después de esta revisión, llama la atención la generalidad con la que es mencionado el tema de salud. Tampoco se comprende si dentro del paradigma de salud se consideran los elementos mentales y psicológicos. Se deduce que no resultan prioritarios en esos ámbitos pues únicamente se les menciona una ocasión y para población muy específica, es decir, con limitaciones físicas o mentales. No se comprende claramente la perspectiva de salud considerada, es decir, si el esfuerzo estaría destinado al nivel de atención primaria, secundaria o terciaria, sin embargo, queda claro que, desde esas perspectivas, la población migrante es considerada dentro de los grupos vulnerables.

La categorización para población migrante es muy amplia desde las políticas migratorias, lo cual es contrario a las revisiones académicas. Por ejemplo, en Bilsborrow (1997) aparecen diez categorías de migrantes internacionales para su consideración en términos políticos; y en ese caso, la categoría de retornados solo es considerado para etnias. Hablar de migración implica considerar diferentes tipos, dentro de los cuales, podría encontrarse también la migración calificada que migra con trabajo y demás solides, así como también, podría encontrarse a la migración interna. Se deduce, por tanto, que la definición de migrante en la que se basa la federación para el PND es reducida, así como también, da la impresión de considerar exclusivamente a la población extranjera o internacional, sin tomar en cuenta la migración interna que interesa peculiarmente a esta investigación.

2. Programa Especial de Migración (PEM): se le considera como un programa sin precedentes en las administraciones de este país y tiene como propósito el definir la política

migratoria del Estado mexicano en el periodo de 2014 – 2018. Busca un esfuerzo colaborativo con instituciones que puedan potencializar los beneficios de la migración en el desarrollo del país, siendo dirigido por la Secretaría de Gobernación. Presenta cinco objetivos transversales que buscan consolidar la política migratoria del estado. En su introducción, asume que el fenómeno migratorio es un eje prioritario para la vida de la nación.

En el objetivo cuatro “Favorecer los procesos de integración y reintegración de los migrantes y sus familias” tiene presencia el tema de salud para migrantes. Menciona que es necesario replantearse el acceso a los bienes y servicios públicos que permitan el ejercicio laboral, cuidado de salud y educación para inmigrantes y migrantes de retorno. La mención al cuidado en salud adquiere presencia en diferentes estrategias y líneas de acción que no se plantean desarrollar en este apartado. Lo que interesa específicamente es lo correspondiente a salud mental, la cual se encuentra referida en:

- Estrategia 3.4: Fortalecer los mecanismos de repatriación de mexicanos y retorno asistido de extranjeros, especialmente poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Línea de acción 3.4.4: Brindar servicios de salud física/mental, alimentación, orientación jurídica y empleo, hospedaje y transportación en la recepción de mexicanos repatriados.

Por otro lado, llama la atención la presencia del aspecto psicológico:

- Estrategia 4.6 Desarrollar esquemas de atención especializada para la integración de personas migrantes, repatriadas, refugiadas y quienes reciben protección complementaria.
- Línea de acción 4.6.2 Crear mecanismos y protocolos de atención psicológica y psiquiátrica para personas repatriadas, refugiadas y quienes reciben protección complementaria.

Es interesante encontrar que la atención en salud mental esté concentrada en la población repatriada. Como se mencionó anteriormente, pareciera que este tipo de migrantes fueran la totalidad o por lo menos la más vulnerable. Nuevamente, la migración interna no figura como relevante, asimismo, se considera la atención en salud a migrantes, pero quedando ambiguo al tipo de población que se le facilitaría y el nivel de la misma. Se deduce que se refiere a migrantes internacionales que tengan en orden sus trámites de regularización, sin embargo, es solo una deducción.

3. Instituto Nacional de Migración, Grupos Beta de protección al migrante: tiene como objetivo proporcionar ayuda humanitaria, primeros auxilios, asistencia migratoria, orientación e información a los migrantes sobre sus derechos. Para el cumplimiento de su objetivo, estos grupos se ubican en zonas del territorio nacional donde estratégicamente puedan desarrollar sus funciones. Se encuentran conformados por servidores públicos de los tres niveles de gobierno, los cuales, están capacitados y especializados en la protección al migrante. Para el cumplimiento de sus funciones llevan a cabo las siguientes acciones:

- Rescate y Salvamento.
- Búsqueda y auxilio de migrantes extraviados o en situaciones de riesgo.
- Otorgar ayuda Humanitaria.
- Brindar primeros auxilios, y en caso de alguna urgencia, traslado a hospitales.
- Asesoría legal.
- Canalizar las quejas y denuncias de los migrantes ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Informar a los migrantes sobre los riesgos que enfrentan durante su viaje y dar a conocer los derechos que los amparan en territorio nacional para prevenir abusos en su contra.

Se considera relevante destacar que el apoyo de este tipo está considerado tanto para migrantes internos como extranjeros. En el caso de la atención en salud mental, se considera mínima pues,

sobre todo, está dirigida a salvaguardar la integridad vital de los sujetos migrantes en peligro, sin embargo, la orientación que les pueden brindar, destaca, pudiéndose considerar una canalización a áreas correspondientes.

4. Programa Sectorial de Salud: Este programa se refiere a la integración de las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 y el Sistema Nacional de Salud. Es mediante este instrumento que el Gobierno de la república formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se propuso en el PND. Consta de cinco objetivos en los que se integra la intención del gobierno en dicha área.

En su objetivo 4. “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, plantea la necesidad de distribuir equitativamente los logros en materia de salud, considerando a los migrantes dentro del grupo de inequidad y discriminación.

En la estrategia 4.6 Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante, considera varias líneas de acción:

- 4.6.1 Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero.
- 4.6.2 Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada.
- 4.6.7 Promocionar la afiliación a un esquema de aseguramiento público en salud en México a migrantes mexicanos y sus familias.
- Como estrategia transversal considera la difusión de los derechos de mujeres en situación de vulnerabilidad, indígenas, discapacitadas, migrantes, adolescentes, pobres, adultas mayores y reclusas.

Como se muestra en la revisión anterior, no existe vinculación entre el tema de atención en salud mental para la población migrante en este programa, así como también, parece predominar una

perspectiva respecto a la población migrante como de grupo vulnerable. Surge la cuestión del cómo se llega a la conclusión de que la población migrante es vulnerable, con lo cual se está de acuerdo de manera general, pero de manera específica, la perspectiva de este estudio es en el plano de vulnerabilidad psicosocial, la cual pareciera no estar considerada en la administración federal. Esto se confirmará más adelante al focalizar las líneas en el área de salud mental seguidas por la federación.

5. Programa de Acción Específico Salud Mental (2013 – 2018): Este programa se encuentra sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud mental, buscando que sea aplicado en todo el país. Busca la coordinación intersectorial en materia de salud mental, favoreciendo la organización de servicios con base en redes comunitarias.

Busca también la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura en lugar de atender a pacientes en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiando la asistencia en centros de salud no especializados. Propone también que cuando las estancias sean cortas o medias, no sólo se atienda en el modelo clínico-farmacológico sino en la rehabilitación psicosocial, insertándose desde el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud. Se basa en la Red de Servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Es importante mencionar y debido al objetivo de esta investigación, que la atención específica a población migrante, de cualquier tipo, no figura en ninguno de los objetivos o metas considerados en el Programa de Acción Específico en Salud Mental. Esto brinda un panorama sobre el estado de la atención en salud mental para esta población, la cual no figura dentro de los modelos de atención pública.

De esta revisión surge la cuestión sobre el alcance de dicho modelo en la región de Baja California y, particularmente, en Tijuana. Por otro lado, llama la atención que el primer profesional encargado de identificar alguna anomalía mental sea el médico general, mismo que no necesariamente se encuentra capacitado y entrenado en ese ámbito. ¿Qué significa el hecho de que el primer filtro en salud nacional sea el médico, aun cuando derive en atención mental?, ¿qué tanto conocimiento y sensibilidad tiene respecto a variables psicosociales? Respecto a la

población migrante, ¿tendría conocimiento sobre la vulnerabilidad psicosocial que atraviesan? Básicamente, la anterior pudiera ser considerada como la ruta por la cual es atendido un paciente migrante en el ámbito de salud mental, ya sea internacional o interno.

A continuación, se pasará revisión a dos instancias que, de manera específica, se concentran en la atención en salud para la población migrante. Se buscará lo correspondiente a salud mental.

6. Dirección General Adjunta Para la Salud del Migrante: la Dirección General Adjunta de Salud para el Migrante la Secretaría de Salud Federal es la encargada de informar y promover la prevención y atención de la salud de las personas migrantes dentro y fuera del país mediante la colaboración binacional, promoviendo y apoyando las relaciones internacionales en el campo de la salud con otros países, conduciendo la relación con mecanismos y organismos internacionales, a efectos de posicionar, fortalecer y beneficiar el Sistema Nacional de Salud mediante la Cooperación Internacional en Salud.

7. Programa Anual de Trabajo 2015: Salud del Migrante: pertenece a la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) quien coordina la representación de la Secretaría de Salud ante autoridades, instituciones extranjeras y organismos internacionales en materia de salud. Promueve la cooperación internacional de México para ampliar, consolidar y fortalecer las relaciones internacionales que alienten el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas con países, organismos e instituciones a nivel bilateral y multilateral. La DGRI es el principal vehículo de gestión, comunicación e interacción entre la Secretaría de Salud y los múltiples actores concurrentes en la salud global.

Los proyectos vinculados con este programa son:

- Ventanillas de salud
- Semana Binacional de salud
- Módulos de Atención Integral de la Salud a Connacionales Repatriados
- Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves
- Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá (PTAT)
- Programa de Investigación sobre Migración y Salud (PIMSA)

- Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos (CSFMEU)

En estos últimos proyectos, queda definida con mayor claridad la atención en salud que se brinda y a la población migrante a la que está dirigida, la cual, básicamente, recae en dos categorías, emigrantes mexicanos o en el exterior y repatriados. De manera breve se menciona la salud mental en las Ventanillas de Salud (VDS) y en la Comisión Fronteriza de Salud Fronteriza México – Estados Unidos. El esfuerzo de la comisión se identifica a propósito de una búsqueda más amplia, donde se refiere que presta atención a la formación de grupos multidisciplinarios para la atención en salud regional en la frontera de Tijuana, concentrándose en adicciones y uso de sustancias, tamizajes de depresión y violencia familiar.

De toda la revisión anterior surgen algunas conclusiones. Que la atención en salud para población migrante se encuentra planteada de manera general y destaca en el plano de atención médica. Cuando resulta específica, se refiere a la atención en cuanto a vacunación, diagnósticos para enfermedades de transmisión sexual, así como diagnósticos y estudios respecto a enfermedades crónicas, entre otros. Por otro lado, la mayor atención para migrante gira en torno a la categoría de repatriados. Esto lleva a cuestionarse por qué la consideración de vulnerabilidad atribuida a esa población, es decir, sobre el argumento bajo el que se sustenta y si éste, toma en cuenta otro tipo de migrantes que no son mencionados, como, por ejemplo, los internos. Asimismo, surge la pregunta sobre cuál es el paradigma y las definiciones que la federación considera para migrantes. Por otra parte, y de manera específica, los programas de salud mental que parten de la federación y que fueron revisados, no consideran a la población migrante como objetivo de atención. Existen menciones a manera de intención como las mencionadas en el Programa Especial de Migración (PEM) y la actividad en cuanto a tamizajes referidos en la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, sin embargo y en coincidencia con la crítica de Sacristán, sería importante diferenciar entre los proyectos formales, las intenciones escritas y las ejecuciones reales.

La revisión de este apartado permitió identificar la postura de la administración gubernamental. El notar qué desde los proyectos nacionales existe una ausencia de atención en salud mental para población migrante, plantea semejante ausencia de atención en las instituciones públicas

de salud mental y atención psicológica en la región de Tijuana. En el siguiente apartado se revisará esta cuestión tanto por parte del estado de Baja California como por la sociedad civil.

3.5.2.6 Encuentros entre programas oficiales de salud y de atención al migrante en el estado de Baja California y Tijuana

Se considera sumamente importante retomar los esfuerzos que actualmente se realizan a nivel estatal, pero específicamente en Tijuana, pues, como se revisó a inicios de este capítulo, ésta plantea una conformación demográfica y posición geográfica como tierra fronteriza que le distingue. Tijuana es, por identidad, una tierra de migraciones, por lo tanto, se entiende que este tema debe ser considerado desde la perspectiva gubernamental. A continuación, se revisarán los esfuerzos existentes respecto a la atención de esta población sin perder de vista la especificación a la que obedece esta tesis, su atención en salud mental.

3.5.2.6.1 Los programas financiados por el Estado

A manera de exploración, se realizó una búsqueda respecto a los programas de atención al migrante que son financiados por el estado de Baja California. En dicha búsqueda se encontraron tres instituciones que tienen como grupo de atención a la población migrante:

- El Consejo Estatal de Atención al Migrante: de manera formal se encuentra tanto en redes sociales, como en eventos relacionados con el tema de migración y notas periodísticas. En éstas, se indica como fecha de surgimiento el año 2018. Señala como compromiso una vinculación con instituciones estatales y asociaciones civiles para el apoyo de población migrante.
- La Dirección Municipal de Atención al Migrante (Tijuana): busca la concientización respecto a derechos, recomendaciones y servicios para población migrante. Se ubica en el palacio municipal de gobierno en la ciudad de Tijuana. Entre los servicios que promueve están la canalización a albergues, asesoría jurídica, apoyo en búsqueda de

empleo digno, emisión de credencial para migrantes, servicios médicos y atención psicológica.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH): difunde información respecto a los momentos en que es conveniente tramitar una queja, asimismo, apoya en el seguimiento y defensa de sus Derechos Humanos.

De manera general se identifican pocos programas, uno claro en cuanto a sus objetivos, aunque no respecto a su práctica. Un segundo de reciente creación teniendo impacto a nivel mediático y un tercero que, entre el alcance para toda su población, otorga un lugar a personas migrantes. Se identifica por tanto que existen esfuerzos por parte del estado de Baja California, sin embargo, se considera conveniente, en un mayor ejercicio de exploración y análisis, revisar su verdadero impacto.

A manera de cierre de este apartado, de destaca la amplitud respecto a la información recabada, esto, como reflejo de una realidad respecto a la población migrante. Sin embargo, es clara también la posibilidad de desarrollar exploraciones más específicas o con mayor ahínco, asimismo y con el paso de los años, una actualización. Esta, no es una exploración total y se considera más bien, como una primera aproximación. Asimismo, es importante destacar que, sobre todo, esta exploración ha permitido identificar la poca consideración de este tipo de atención para la población migrante, realidad sobre la que se sostiene esta investigación. Se confía en que los resultados de este estudio orienten, pero, sobre todo, que impacten de alguna manera en esta realidad, la atención en salud mental para la población migrante, específicamente, a la de tipo interna.

4. CAPÍTULO CONCEPTUAL

4.1 Introducción

En esencia las fronteras son límites. Son un espacio de separación, de diferenciación, pero a su vez y paradójicamente, se vuelven el punto de encuentro y unión entre elementos diversos y distintos. Tijuana, como espacio y frontera única, es quizás el punto sui géneris en América donde esta paradoja de separación y encuentro entre sujetos, culturas y mentes se vuelve realidad.

Sin embargo, las fronteras también se vuelven metáforas, elementos de comprensión y en el ámbito psicoanalítico, destacan. Teóricamente, psicoanálisis considera fronteras cuando plantea las instancias psíquicas, por ejemplo. Entre lo inconsciente y lo consciente, entre las realidades interna y externa, entre las etapas del desarrollo, entre la teoría y la técnica, entre el encuentro de dos personas en la clínica, entre sujetos en la investigación, etc. y así, la lista puede continuar. Sin embargo, al estudiar toda manifestación psíquica humana, psicoanálisis está llamado a cruzar fronteras teóricas, como en el caso del fenómeno de la migración. Queda orillado a cruzar la frontera de la disciplina y a buscar la mirada del complemento, de las diversas disciplinas que estudian tal fenómeno en el ser humano. Por tanto, psicoanálisis se encuentra siempre entre fronteras, pero también frente a una disyuntiva, entre el sendero del aislamiento y el sendero del intercambio.

Los estudios psicoanalíticos cuentan con poco más de un siglo de investigaciones. Aunque temporalmente no es larga la trayectoria, sí lo son sus frutos y los enfoques surgidos. Es debido a esto que actualmente se considera injusto hablar de un sólo psicoanálisis, pues como refieren Bleichmar y Leiberman (1989), no existe una teoría capaz de resolver todos los problemas que competen a lo humano y, por ende, a lo psíquico. Histórica y epistemológicamente, la investigación psicoanalítica se dirigió desde una perspectiva más psicopatológica destinada a resolver síntomas, hacía un trabajo de mayor profundización respecto a las estructuras de la personalidad (Bleichmar y Leiberman, 1989). Pero no sólo a ese nivel, sino que ha venido explorando fenómenos humanos que involucran a otras disciplinas, como la sociología y la antropología.

Para Caruso (1979), el ser humano se experimenta como modificador de sí mismo y del mundo, pero a su vez, como modificado por el mundo, de modo que la técnica psicoanalítica de los últimos años debiera abandonar la concepción del ser humano como ente cerrado que puede ser analizado desde afuera sin compromiso, para más bien, pasar a comprenderlo desde su complejidad subjetiva e intersubjetiva. Para este autor, la formación de los ideales en los individuos y la formación de relaciones sociales, solo puede ser comprendida en el contexto de las relaciones más amplias, considerando también sus estructuras históricas y normativas en términos sociales. Si el psicoanálisis plantea extender su lente para comprender la gama de fenómenos humanos que implican una dinámica social, su ruta no debiera ser distinta. Por lo tanto, psicoanálisis se vuelve social cuando es consciente de que analiza relaciones sociales recíprocas, relaciones que se influyen e interdeterminan, comprendiendo que toda esa estructura es la que determina anticipadamente el destino de los individuos.

Si bien, autores como Bleichmar y Leiberman (1989) advierten sobre la diversidad de escuelas y desarrollos en psicoanálisis, en esta investigación se tomarán estudios que consideren los elementos sociales e intersubjetivos para la comprensión de dinámicas, en este caso particular, la migración, renunciándose a perspectivas estrictamente clínicas e individuales. Autores como Kachele y Thoma (2003), consideran necesario que la disciplina psicoanalítica emprenda nuevos caminos metodológicos pues la multiplicidad de teorías clínicas contradictorias y la multiplicidad de escuelas psicoterapéuticas, evidencian serias limitantes. Si bien en los inicios de la disciplina y por la estrecha relación entre la terapia, la investigación y la formación, se privilegió el informe de caso, cuya relevancia en la investigación en principio fue avasalladora, esta metodología no es la exclusiva para comprender fenómenos humanos, y menos para ámbitos sociales. Fue por la tendencia a los estudios de caso, advierten los autores (Kachele y Thoma, 2003), que los problemas sistematizados por la investigación social fueron aceptados tardíamente y con dudas en la comunidad investigadora en psicoanálisis.

El motor de este estudio es la búsqueda de estas nuevas rutas y la integración de perspectivas complementarias para la comprensión de un ámbito en el fenómeno migratorio, es decir, la vinculación entre el psicoanálisis y los estudios de migración en salud mental para migrantes.

Por lo tanto, a nivel teórico se utilizarán desarrollos que integren elementos psicosociales para comprender el fenómeno. A nivel técnico, se rescatarán aspectos del intercambio intersubjetivo de la investigación psicoanalítica sin caer en lo estrictamente clínico. De esta manera, la ruta propuesta aquí se considera no sólo una exploración respecto al tema a investigar, sino también, un aporte metodológico que integra disciplinas para un fenómeno específico.

Lo anterior, no significa que el esfuerzo por integrar la comprensión ente el fenómeno migratorio, el funcionamiento mental y la disciplina psicoanalítica no exista previamente, pues autores como Grinberg y Grinberg (1980) lo realizaron también desde el psicoanálisis. Consideraban que una problemática particular afectaba a los sujetos que migraban y a su entorno, lo cual, tenía relación tanto con las motivaciones de la migración como con sus consecuencias. Por lo tanto, existe el precedente de autores que consideran a las situaciones externas como influyentes en las condiciones psíquicas internas, así como a su vez, que problematizan y estudian el fenómeno migratorio desde el enfoque psicoanalítico. Sin embargo, los antecedentes de ese encuentro están dirigidos por la metodología del estudio de caso con esencia clínica, situación que no será la de ésta investigación, pues es un esfuerzo que toma elementos importantes de la sociología, la demografía, la historia y las metodologías afines para vincularle con la perspectiva psicoanalítica en el estudio de quien padece tras una experiencia migratoria.

Asimismo, y aunque constantemente se haga referencia a una perspectiva psicosocial, es importante diferenciarle del paradigma estricto. En términos generales, se entiende por psicosocial al paradigma en el que autores como Melero (2010) toman como objeto de análisis a la persona desde su experiencia en interacción con el medio y en su dignificación. Sin duda en esto existe coincidencia, pero también existen importantes diferencias, pues la investigación que se realiza no está concentrada exclusivamente en las capacidades, fortalezas, posibilidades y elementos conscientes de los sujetos, situación que sí considera el paradigma psicosocial. La investigación propuesta tiene un planteamiento psicosocial con fundamento psicoanalítico, mediante el cual, se busca una comprensión a partir de la exploración de la dinámica psíquica a niveles conscientes e inconscientes, entendiendo que la construcción de la mente está determinada y por tanto ligada a un ámbito familiar, el cual a su vez, se nutre y desarrolla desde

una estructura sociocultural, donde las experiencias ligadas a la migración y los significados que ésta conlleva, han dejado una marca psíquica en los sujetos migrantes.

En los apartados que siguen se profundizará respecto a los elementos teóricos que sostienen a esta investigación y que, a su vez, servirán de esencia para la comprensión de la población estudiada.

4.2 Puntos de encuentro entre la teoría psicoanalítica y el estudio de la migración como fenómeno social

Coderch (2011) plantea que las manifestaciones clínicas de los trastornos psíquicos son el resultado de la interacción compleja entre fuerzas biológicas, psicológicas y socioculturales, así como la expresión de un fallo en el proceso de adaptación. Añade que, desde un punto de vista psicodinámico, se entiende por adaptación a la serie de cambios que se presentan en un individuo con la finalidad de alcanzar determinados objetivos en relación con la satisfacción de sus necesidades personales y las realidades del medio ambiente, siendo que, las inadecuaciones de este proceso dan como consecuencia alteraciones de las distintas funciones psíquicas.

Si bien, el concepto de mente se utiliza en diferentes ciencias, aquí se retoma su concepción desde la teoría psicoanalítica. Fenichel (2008) menciona que la psicología psicoanalítica se propone algo más que una simple descripción de los procesos mentales, ya que explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la acción recíproca y a la vez contraria de fuerzas, esto es, de una manera *dinámica*, partiendo de una serie de elementos en constante interacción y acción. Así pues, una explicación dinámica es al mismo tiempo *genética*, puesto que no sólo examina un fenómeno como tal, sino las fuerzas que lo originaron; esto podría entenderse como una explicación histórica fundacional del psiquismo a nivel individual y sus elementos constructores a través del desarrollo de un individuo. De esta manera y respecto a las fuerzas y energías que hacen funcionar al aparato psíquico, se entiende que éstas buscarán reducir niveles de excitación por medio de la descarga de tensiones producidas por los estímulos excitantes, por lo que también, a ello se opondrán fuerzas contrarias cuya lucha constituye la base del mundo de los fenómenos psíquicos.

En cuanto al impacto y relevancia específica de elementos socioculturales en la construcción del psiquismo, Caruso (1979) plantea que siempre es limitada e imposible una visión individualizada del psiquismo pues su dinámica se sitúa en dos frentes, contra la naturaleza y contra la sociedad; es así como se genera un constante intercambio entre los individuos y el mundo. Este autor considera que el psicoanálisis debe ayudar a los individuos a descubrirse y elegir lo más conscientemente posible su lugar en la sociedad, en los intercambios con su ambiente de desarrollo y de desenvolvimiento, haciéndolos menos “automáticos” y más conscientes de lo que han recibido involuntariamente. Es pues, sobre esta última afirmación y en integración con un aparato psíquico dinámico que se nutre de las dinámicas sociales, que la teoría psicoanalítica sobre la mente o psiquismo se considera clave para esta investigación. Vale finalmente aclarar que, aunque resultaría posible partir de teorías sociales y filosóficas que tomen como referencia lo psicoanalítico, se considera que lo hacen en un sentido que no coincide con la intención de comprensión psíquica que se busca en este proyecto, por lo que se opta más bien, por partir de estudios fundamentados en psicoanálisis que se nutren de elementos sociológicos constructores del psiquismo.

Por su parte, Mitchell (1988) señala que Freud no había establecido la unidad adecuada para el estudio de la vida emocional cuando se centró y priorizó en la mente del individuo, dejando de lado el campo de las interacciones. En los primeros estudios psicoanalíticos, se entendía que la mente del ser humano poseía un contenido independiente de la experiencia social y anterior a ella. Posteriormente, aparecieron desarrollos como los de Fairbairn (referido por Mitchell, 1988), quien argumentaba que la energía del aparato psíquico no busca única y estrictamente el placer, sino más bien, busca objetos de vinculación, siendo que, la principal necesidad del niño no es el placer ni la gratificación (en sentido mecanicista), sino el establecer una fuerte relación con otra persona. A manera de ilustración, Fairbairn planteaba que, si a este menor sólo se le proporcionaban experiencias dolorosas, no se daba por vencido para ir a buscar experiencias placenteras en otro lugar, sino que buscaba el dolor como medio para interactuar con el otro que es significativo para él. Lo fundamental pasaría a ser el contacto, el vínculo, no el mecánico placer. Es así que el niño aprende una manera de establecer contacto y practica este modelo aprendido desesperadamente a lo largo de su vida. Estos son descubrimientos psicoanalíticos claves para ser integrados a los estudios de migración.

Ahora bien y con el fin de ilustrar la relevancia de la internalización de elementos socioculturales y de crianza a nivel inconsciente, ligados a normas, ideales y expectativas, vale retomar el aporte de Ramírez (1977), quien comentaba a manera de ejemplo que, al inicio del desarrollo humano, el niño supo que, siguiendo la norma de su madre, misma que se desenvuelve y nutre en un contexto sociocultural, lograba su afecto. Supo que recibía amor y atención cuando su conducta era eco de la de ella. Es así que más tarde, cuando el niño deja de serlo para transformarse en hombre, la madre habrá pasado de ser una figura exterior a convertirse en una internalizada. Y esto no es poca cosa, pues, cada vez que en la conducta se realicen las exigencias que impuso la madre internalizada, emocionalmente se recibirá la aprobación a nivel psíquico, y cada vez que se destruyan los viejos moldes, surgirá angustia por la desaprobación y desamor de la imagen interna. Esto no necesariamente se reduce a la figura de la madre, sino a figuras significativas para toda persona.

Como idea central para esta investigación, vale extender este aporte psicoanalítico respecto a la internalización de sujetos y expectativas ligadas con la migración, es decir, ligadas con separaciones, con escapes o con rescates. Las posibilidades son bastas, sin embargo, es importante rastrear si en los migrantes encontramos un tipo específico de internalizaciones enraizadas casi a nivel de destino en un lugar y vínculos originarios, dinamizados a nivel inconsciente sin que el individuo se percate, siendo sintónica su satisfacción al cumplir con dichos mandatos inconscientes. Son respuestas que únicamente nos darán metodologías que exploren la dinámica psíquica a ese nivel, entendiendo a la familia como una microsociología.

En la tradición sociológica encontramos un sustancioso aporte en la obra de Kardiner (1939), autor que examinó el empleo de conceptos y comprensiones psicoanalíticas y su aplicación a la sociología. Kardiner categorizó a las experiencias psicológicas de manera básica como las notorias a partir de la *conducta* y las que son rastreables a partir de la *experiencia directa* o lingüística. En esta última categoría, el autor ubica la experiencia directa subjetiva de los individuos, no obstante, realiza una importante acotación cuando advierte que el tomar la experiencia directa de los sujetos a nivel lingüístico, no es del todo segura o fiel. Señala que la fuente originaria de una emoción determinada o forma de proceder, no es accesible directamente a la experiencia de los sujetos, en otras palabras, que el sujeto a nivel psíquico puede

experimentar una serie de dinamismos de los que no está plenamente consciente, por lo tanto, no aparecerán en sus manifestaciones verbales de manera clara y directa. Es notoria la inclinación del autor por una comprensión psíquica a partir de una dinámica inconsciente en las conductas y experiencias de los individuos.

Para este autor, una explicación psicológica sostenida completamente en procesos cognitivos o meramente del pensamiento, no estaría ligada a los procesos esenciales de orden psicológico, es decir, no sería necesariamente dinámica al excluir las experiencias en el plano más profundo o inconsciente.

Es importante, aclara el autor, que debido a que los procesos profundos no se registran en las experiencias directas (ya que el individuo no tiene control sobre ellas ni las comprende), se lleve a cabo un trabajo de deducción sobre el lenguaje o la experiencia subjetiva. Es pues que, en la psicología psicoanalítica, el autor encuentra una vía para la comprensión de una variedad de factores no considerados por la mayoría de las psicologías. Se refiere a deseos, impulsos e inclinaciones que pueden ser expresados en palabras sencillas; incluye fantasías y sueños, actos casuales, emociones y tonos afectivos que pueden ser descritos subjetivamente, pero, de los cuales el sujeto no es el amo. Éste no los dirige voluntariamente y muchos de ellos más bien, parecen controlarle e impulsarle a él. Se refiere a alteraciones de la voluntad y sensaciones somáticas extrañas que proceden de una personalidad que tiene el control de sí misma en algunos, aunque no en todos los aspectos, cualidad psíquica compartida por todos los seres humanos según el enfoque psicoanalítico. La manera de interpretar esta dimensión humana, coincide ampliamente con la perspectiva de Ricoeur (1969) y Geertz (1979).

En Ricoeur (1969), la interpretación es un ejercicio de sospecha que busca develar la arquitectura de un sentido oculto. Por lo tanto, lo inconsciente es cognoscible solamente a través de los “representantes-representativos” de la pulsión, mismos que son del orden del significado y la palabra. En relación a esto, Geertz (1979) señala que la investigación cultural no se ostenta como una autoridad de experimentación física o última verdad sobre los fenómenos, sino que más bien, busca ampliar el universo del discurso humano. Se refiere a estudios que renuncian a la ilusión de la generación del último conocimiento, apostando, por el contrario, a deducir

significaciones, estimar hipótesis y llegar a comprensiones partiendo de las mejores conjeturas, analizando una pieza de interpretación y fijándola de manera que pueda ser examinada. Todo esto tiene amplia vinculación con la manera en que la perspectiva psicoanalítica, estudia los fenómenos psíquicos.

Volviendo a Kardiner (1939) y respecto al plano psicopatológico y su comprensión desde la perspectiva psicoanalítica, se destaca un elemento distintivo. La neurosis, considerada históricamente como la organización psíquica inclinada a la patología, posee un carácter teleológico a diferencia de cualquier padecimiento de corte médico, es decir, que la neurosis tiene una finalidad y a su vez, está cargada con una serie de significados que, mediante exploración, pueden ser comprendidos para colaborar en la mejoría clínica de los sujetos.

No obstante, y a pesar de su optimismo sostenido en la posibilidad de comprensiones más profundas respecto a las dinámicas psíquicas en el ser humano a partir de los estudios psicoanalíticos, Kardiner es crítico y advierte sobre los límites de la comprensión que Freud tuvo respecto a las implicaciones sociales en el psiquismo. En ese sentido, Kardiner es contundente, coincidiendo con críticas como las de Fairbairn. Afirmaba que la orientación sociológica de Freud era muy ambigua y que, el esquema biológico, jamás llegó a integrarse completamente con ella, siendo que su método y conclusiones extrapoladas a planos sociales, fueron severamente criticados por antropólogos como Kroeber y Goldenweiser, y por psicoanalistas como Fromm y Reich. El intento fallido por Freud radica, según el autor, en que no observaba la “naturaleza humana”, sino las influencias ejercidas sobre ella por un conjunto muy específico de instituciones (en contextos occidentales).

Por lo tanto, los “grupos” de los que hablaba Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* no son prototipos de la sociedad en conjunto. Es entonces que la sociología de Freud contiene aspectos que no funcionan en la práctica y son los que se refieren a la teoría del instinto y los derivados del paralelismo entre la filogenia y la ontogenia, mismos que ignoran los diferentes impactos de la sociedad en el psiquismo. Kardiner concluye que la única manera de resolver el dilema teórico planteado en la sociología de Freud es mediante la separación estricta de lo filogenético y lo social, partiendo pues, en el segundo rubro, de la comprensión de las

circunstancias en las cuales se pone en juego el dinamismo de la represión, pero a partir de factores sociológicos, es decir, retomando los vínculos, las personas, la familia, la sociedad y la cultura que influye en la construcción del psiquismo en los sujetos.

En ese sentido, se rescata la postura de Caruso (1979) cuando subraya que, desde los ámbitos psicoanalíticos, debiera tomarse en cuenta que la familia está determinada e influida por un medio social, el cual se encuentra fuera de ella. Esto se refiere a que, entre la familia y el medio social, existe una relación recíproca. Vale pues, en ese sentido, encontrar una vía para la conexión de elementos constructores del psiquismo en el entendido de que, aunque en apariencia se retomen individuos, estos son construidos por elementos interiorizados en una familia que se desarrolla a su vez en un ambiente social más amplio. En esta investigación, se asume que la familia, tendrá una colocación respecto a las realidades migratorias, respecto a las separaciones, al manejo de los afectos, al manejo de la distancia, de las expectativas, del territorio, entre otras, que serán interiorizadas y darán rumbo. Todo esto, se revelaría en conductas y se experimentaría en pensamientos y fantasías, es decir, serían elementos del psiquismo a nivel social, en donde podemos ubicar, a los sujetos que lo llevaron al acto, es decir, a los sujetos migrantes.

4.3 Identidad

Se considera que, al retomar el tema de la identidad, se pueden entender con mayor detalle los elementos constructores del psiquismo que han sido nutridos desde los elementos socioculturales. Esto es que, al escuchar la identidad referida por los propios sujetos que la viven, se escucha la voz desde su subjetividad, desde su ficción y su realidad interna. Desde lo que un sujeto entiende que es, las decisiones que toma, y lo que le sucede. Es un escenario bajo el que es posible también, rastrear e integrar el elemento migratorio.

Para Grinberg (1980) y desde una reflexión contextual, el tema de la identidad tiene coincidencia e importante relevancia en la época actual, siendo que en épocas anteriores no era tan cuestionado pues más bien, era asumido sin mayores conflictos. Este tema, señala, es el equivalente en términos metafóricos al tema del cuerpo y sus órganos: cuando funcionan en forma estable, parecen no existir, pero al fallar algo, la atención se dirige a ellos. Para Grinberg,

esto coincide con el tema de la identidad. En la actualidad y en relación a los diversos cambios en ámbitos como el social, el económico y el político, la identidad ha pasado a ser un tema de total relevancia.

La concepción de identidad se vuelve muy particular en el ámbito psicoanalítico, pareciendo contradictorio desde una lectura ligera. Según Grinberg (1980), la capacidad de seguir sintiéndose el mismo en la sucesión de cambios en el desarrollo, forma la base de la experiencia emocional de la identidad, es decir, implica mantener una estabilidad a través de las circunstancias diversas y de todas las transformaciones y cambios del vivir. No obstante, y en aparente contradicción, el desarrollo humano implica una serie ininterrumpida de cambios, pequeños y grandes, a través de cuya asimilación y elaboración se va estableciendo el sentimiento de identidad, pues, de lo contrario, la falta de crecimiento y de cambio es equivalente al estancamiento psíquico y la esterilidad emocional. Es pues, la identidad, una síntesis entre estabilidad y cambio en los sujetos.

Para Erikson (1993) el medio ambiente es un elemento clave para la construcción de la identidad. Para él, la identidad se refiere a un sentimiento de continuidad y mismidad que tiene su momento cumbre de definición en la etapa de la adolescencia. De manera específica y en consonancia con la teoría psicoanalítica, considera que la *identidad yoica* se basa en la experiencia acumulada durante el desarrollo anterior, es decir, se basa en la capacidad del yo para integrar tres elementos claves: las vicisitudes de la libido, las aptitudes congénitas y los roles sociales ofrecidos. Con las vicisitudes de la libido, este autor se refiere a la carga de energía dirigida al funcionamiento del aparato psíquico. Se refiere a una experiencia del desarrollo que implica la búsqueda de un equilibrio consciente e inconsciente en la dinámica psíquica, misma que, idealmente, tendría que derivar en adaptación. Respecto a las aptitudes congénitas, se refiere a las capacidades físicas y mentales heredadas directamente por vía genética y con conexión generacional. Capacidades y limitaciones que se van presentando en el desarrollo.

Sin restar relevancia a los otros dos elementos planteados por Erikson (1993), esta investigación se concentra en el tercer elemento de la construcción de la identidad, es decir, los roles sociales ofrecidos. Es interesante notar que, para este autor, el desarrollo individual presenta opciones

limitadas de roles a ejecutarse según el ambiente, es decir, según la medida en que los sujetos sociales inmediatos lo permitan, lo muestren o exijan al individuo en desarrollo. Por lo tanto, una pieza clave en el desarrollo de la identidad es el ámbito social, determinado a su vez, por variables de tipo económicas y políticas como las planteadas por Grinberg (1980), resultando de un proceso psíquico denominado *identificación*.

Para Soto (referida en Solís-Pontón y Cols, 2006), el sentimiento de identidad surge de la sensación de existir y del conocimiento del lugar que se debe ocupar en una compleja red de relaciones subjetivas que plantea el entorno, mismas que determinan en buena parte la estructura mental. Afirma en complementación, que la incorporación de los factores externos se concreta a través del proceso de identificación. Sin embargo, este proceso no resulta ni totalmente activo, ni totalmente pasivo, pues incluye a ambos. Deriva de un acto de observación y de exploración simultaneo pues, por ejemplo, refiere la autora, cuando la niña se pinta los labios y se pone los zapatos de mamá, o el niño juega a conducir el auto de papá, está haciendo mucho más que imitarlos juguetonamente, está más bien, investigando *cómo se siente* ser mamá o ser papá. Es ese conocimiento el que estructura su personalidad (Soto, referida en Solís-Pontón y Cols, 2006).

Un elemento clave, considerado por Soto (referida en Solís-Pontón y Cols, 2006) se refiere a los estereotipos y valores socialmente asignados a diferentes roles, siendo que, la dinámica y estructuración del psiquismo no dependen únicamente de los sucesos ocurridos en el curso de la vida personal, sino que también se organizan a partir de experiencias traumáticas en ámbitos sociales más amplios e incluso generacionales.

4.4 Elementos constructores de la identidad

Para Grinberg (1980), quién introdujo el término de identidad en la literatura psicoanalítica fue Víctor Tausk en su clásico trabajo sobre el origen del “aparato de influencia”. Ahí, Tausk (referido por Grinberg, 1980) planteaba que en los orígenes del desarrollo y en la primera identidad, el ser humano renuncia a la protección materna a través del parto, para posteriormente, buscar y encontrar los objetos gratificadores en sí mismo, en conexión con su

cuerpo y su nascente psiquismo. Se trata de un primer proceso innato, mismo que lleva a una satisfacción del sí mismo, en ausencia del mundo y objetos exteriores. Posteriormente, experimentará las relaciones con los objetos del exterior y el medio, internalizando sus rasgos a través del proceso de identificación. Para Grinberg (1980), este trabajo es pionero, y resulta importante por su potencial clarificador sobre los orígenes del psiquismo y respecto a la manera en que el ser en desarrollo se percibe y satisface, sin embargo, el énfasis de la dinámica social en la identidad se podrá comprender por otros estudios.

En Freud, se encuentran pocos usos del concepto de identidad (Grinberg, 1980), ya que más bien, se le hizo de forma incidental y psicosocial. Erikson también estudió la dinámica de la identidad entendida como un proceso que surge de la asimilación exitosa de las identificaciones de la niñez. Otros autores, señala Grinberg (1980), destacan dos aspectos, la continuidad y semejanzas con uno mismo y las diferencias específicas con los otros, que surgen de la comparación y contraste con los demás. Esto se refiere a que un individuo tiene identidad cuando los elementos de su personalidad están integrados en un todo produciendo un efecto de unidad, con características únicas que le distinguen de los demás. Para Greenacre (Grinberg, 1980) la imagen del self en inicio es imagen corporal reconociéndose a sí mismo a través de los sentidos, siendo pues, posteriormente, que el sentimiento de identidad es el conocimiento de la persona de su ser cómo entidad separada y distinta de las otras, con una complejidad mental o interna.

De manera específica, para Grinberg (1980) el sentimiento de identidad es la resultante de un proceso de interacción continua de tres vínculos de integración: el espacial, el temporal y el social.

- El *vínculo de integración espacial* comprende la relación entre las distintas partes del self (psíquico) entre sí, por lo tanto, la noción del cuerpo resulta esencial, siendo que el sentimiento de la propia identidad deriva de la experiencia de contacto corporal placentero con la madre en el que se libidiniza la superficie del cuerpo percibiéndose los límites entre el yo y el mundo. Retomando a Bick (Grinberg, 1980), se encuentra que la piel del bebé y sus objetos primarios constituyen factores de *cohesión* de las partes de la personalidad que se viven como desunidas. Es posteriormente y tras esa experiencia, que

son introyectadas las funciones de contención, lo que lleva a la claridad entre espacio dentro del self, es decir, una relación entre experiencia corporal y psíquica. Posteriormente y una vez separado el individuo en un continente propio, aparecerán los problemas de las relaciones con los otros, no obstante, pueden ocurrir fallas en el proceso de cohesión, lo que derivaría en conflictos de identidad y la búsqueda constante de objetos que brinden contención.

- El *vínculo de integración temporal* se refiere a las relaciones entre las distintas representaciones del self en el tiempo estableciendo una continuidad entre ellas, base del sentimiento de mismidad (Grinberg, 1980). Las integraciones temporales se basan en recuerdos de las experiencias pasadas, y a la vez, configuran nuevos recuerdos que quedan almacenados en el inconsciente. Es pues, a través de la capacidad de recordarse en el pasado e imaginarse en el futuro, lo que lleva al individuo a tener una certeza respecto a lo que fue ayer y será mañana. Por lo tanto y en condiciones normales, el individuo no necesita interrogarse quien es todos los días, pues la impresión de sí mismo ha quedado incorporada en su inconsciente, permitiéndole su reproducción de forma automática. En relación con esto, el autor señala que la confianza en las capacidades yoicas es uno de los sustentos más importantes de la identidad, pues al rescatar constantemente aspectos del self y objetos internos perdidos, se asegura la permanencia y estabilidad a través del tiempo. El concepto de crisis es importante en el manejo de la identidad, siendo que el sentimiento de identidad puede reencontrarse por acontecimientos internos y externos, siendo entre los externos, cambios en el medio social cómo, por ejemplo, la migración.
- Finalmente, el *vínculo de integración social* se refiere a la operación de mecanismos psíquicos como identificación, identificación proyectiva, proyección e introyección. Estos dos últimos mecanismos dan origen a dos mundos psicológicos, el externo y el interno, poblados de objetos, externos e internos también (Grinberg, 1980). Para este autor, el niño desde los primeros momentos de la vida está en contacto con el ambiente social representado por la madre, incluyéndose la forma en que la sociedad determina a

esta última. Posteriormente, el contacto se extiende gradualmente a la influencia de otros familiares como el padre, hermanos, familia extensa y sociedad. Retomando a Laing, plantea que la identidad propia nunca puede ser completamente abstraída de la identidad para los otros, por lo tanto y siguiendo a este autor, la identidad de un individuo está en vinculación con la identidad que los otros le atribuyen, pero también, de las identidades que él atribuye a los otros y, por lo tanto, de las identidades que el supone que los otros le atribuyen. Es un proceso de intercambio, de complementariedad social. En consonancia con Levi-Strauss, plantea que el individuo pacta implícitamente con la sociedad comprometiéndose a renunciar a los beneficios de una etapa, para obtener los beneficios de la siguiente. Por lo tanto, el gran problema de la identidad y su mejor resolución, es el de resolver como vincularse creativamente con los otros y al mismo tiempo, mantener contacto suficiente consigo mismo y la propia integridad, evitando ser una pieza más del sistema social a nivel de alienación. Esto último implicaría y en términos desafortunados, renunciar a valores generados por experiencia propia y auténtica. Por lo tanto, esta dimensión de la identidad presenta relación con el ámbito patológico en las identidades o roles de disfraces, funcionando “como algo” o como la sociedad lo exige, siendo esto, producto de una identidad precaria y falsa, consecuencia de carecer de la capacidad para “ser algo”, sometiéndose pasivamente a la sociedad y sus exigencias.

Tal como se mencionó en la introducción, la identidad asumida por los sujetos puede ser rastreable desde su subjetividad, pero y aunque sea reducida a la palabra, en los planos lingüísticos, por ejemplo, es el resultado de un desarrollo complejo y en interacción con diferentes elementos, entre los que destaca, el social. Al resultar la identidad, como un proceso sostenido en un *vínculo de integración social*, se asume que el ambiente determina al sujeto respecto a lo que va siendo y será. En un primer momento del desarrollo, será a través de los objetos cuidadores primigenios tales como los padres y la familia (determinados sin duda por la sociedad), para que, posterior y directamente, sea a través de las instituciones, por lo que el elemento social se vuelve clave. Son estos elementos del medio los que entregan significados al sujeto, los cuales, a su vez, se integran desde la experiencia. Si bien el proceso migratorio es

claramente definido desde la academia que le estudia como el desplazamiento espacial en un tiempo determinado, dicha experiencia, no es así de simple en términos psíquicos y de identidad.

Las experiencias de cercanía y de lejanía son claves en el desarrollo del psiquismo, entendidas si se quiere, como pequeñas migraciones en el desarrollo. El deseo de tener cerca al cuidador, o querer alejarse de él, por ejemplo, o de sentirse con la fuerza de seguirlo, o incapaz y anclado a un espacio de cuidado dentro de la misma casa, sin duda y desde un lente psicológico, pueden considerarse como los gérmenes de lo que en años posteriores podrían considerarse migraciones a mayor escala. Asimismo, y con el espejeo de los objetos cercanos que definen al sujeto y le dicen cómo es y lo que desean de él, es que se puede comprender lo que el sujeto entiende de él mismo, y lo que entiende que los otros sienten por él. El ambiente le construye, le carga también de expectativas e identidad.

Es claro pues que, aunque desde los estudios de migración este concepto sea claro y definido en cuanto a objeto de estudio, la migración entendida y relacionada con la identidad y el psiquismo es mucho más que eso, y quizás, ni siquiera asumida desde ese concepto por los sujetos migrantes. Alejarse o acercarse, vivir o morir, pueden ser significados reflejados en conductas migratorias. Por lo tanto, no es poca cosa el concepto de identidad, sobre todo, integrándole el aspecto social involucrado en su construcción. A continuación, se continuará con la revisión de este factor y su integración con el fenómeno migratorio.

4.5 Identificación y pertenencia al grupo familiar como elemento en la dinámica de migración

Para Tallaferro (2008), la identificación representa la forma más temprana y primitiva de enlace afectivo. Se refiere a un proceso en el que se transfiere el acento psíquico de un objeto al yo, en otras palabras, el yo incorpora al objeto, volviendo sus características como propias. Plantea que la identificación puede ser parcial o total. A manera de ejemplo, propone que un caso de identificación parcial se refiere a un alumno que fuma como lo hace su profesor, pero en una identificación total, estudia y mantiene una actitud general muy idéntica a la de su maestro, tanto en términos de conducta como de entendimiento interno.

Para Fenichel (2008), la identificación en términos de psicología normal y patología no representa mayor diferencia, refiriéndose a que representa la primera relación de objeto que establece un sujeto con el mundo exterior. En momentos más primitivos del desarrollo, funciona como un intento primitivo de control de estímulos intensos, imitándose lo que es percibido.

En su *Diccionario de Psicoanálisis*, Laplanche y Pontalis (2004) plantean a la identificación como el proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente sobre ese modelo, de manera que, la personalidad, se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. Es pues, un proceso activo que reemplaza una identidad parcial o una similitud latente por una identidad total. Plantea que, desde un punto de vista conceptual, puede decirse que la identificación se efectúa con objetos, personas o rasgos de una persona, permaneciendo siempre marcada por prototipos primitivos.

Para Bleger (1999), los trastornos mentales y su origen, se relacionan con momentos exagerados, aislados y estereotipados de la dinámica familiar, del curso del desarrollo y de la transformación del grupo. Será la familia, el grupo que se caracterizará por el establecimiento de una *simbiosis*, siendo el reservorio o depositario de la parte menos diferenciada o menos discriminada de la personalidad. Para este autor, las perturbaciones en los individuos pueden surgir por consecuencias en la dinámica intragrupo familiar pero también, por variaciones en el extragrupo o la sociedad con sus instituciones.

Entendiendo a la familia como el grupo primario e inicial del que se tomarán los rasgos con los que el sujeto se identificará a nivel consciente e inconsciente, vale considerar las variaciones problemáticas o extremas de la simbiosis familiar. Para Bleger (1999), el tipo más primitivo de relación simbiótica en el grupo familiar se da en lo denominado *grupo aglutinado*, el cual, funciona como una totalidad en la cual los roles se hallan en un interjuego de relaciones y compensaciones dependientes. En este extremo, la identidad es grupal y hay un déficit en la identidad individual, es decir, no hay índices de individuación por el cual los sujetos puedan actuar como seres independientes que reconocen a los demás integrantes de la familia como individuos distintos a él mismo.

Esta perspectiva coincide con los desarrollos de Balint (referido por Grinberg, 1980), quién acuñó el término de ocnofilia para referirse a la actitud o tendencia a aferrarse a lo seguro y estable, caracterizándose estos sujetos por un enorme apego a las personas, a los sitios y a los objetos, siéndoles necesaria la cercanía de objetos humanos y físicos para poder vivir con equilibrio en términos psíquicos. El otro extremo de grupo familiar propuesto por Bleger (1999) se refiere al *grupo esquizoide o disperso* en el que cada uno de los integrantes incorpora al grupo como objeto interno, pero por formación reactiva, es decir, a través de manifestaciones contrarias de afecto (amor, demostrado en conductas ligadas al odio). Se opera la hostilidad o la agresión, por lo que el grupo se dispersa o se bloquean las relaciones emocionales que pasan a ser frías y distantes. Sin embargo, en esta variante, un mínimo de identidad (individuación) queda conservado a través de la dispersión.

A diferencia del grupo aglutinado, en el grupo esquizoide o disperso, se desarrollan actividades que fundamentalmente tienen conexión con el extragrupo, es decir, los sujetos tienden a vincularse con cierta facilidad con grupos ajenos al familiar, comúnmente con un alto nivel de adaptación, aunque a veces sólo de manera racional. Lo relevante en este sentido, es que el predominio de las relaciones es extragrupal y no intrafamiliar. Sin duda la migración sigue conectándose con una dinámica psíquica. Esto puede encontrarse, aunque no totalmente, con la tendencia definida por Balint (referido por Grinberg, 1980) como *filobatismo*, siendo la búsqueda de experiencias nuevas y excitantes, evitándose ataduras y llevándose una vida independiente, puesto que los objetos humanos y físicos significan molestia, y se apartan de ellos sin dolor ni pena, para buscar continuamente grupos nuevos a nivel superficial, actividades, lugares y costumbres.

Es muy probable pues, que estas clasificaciones puedan explicar algunos casos de migración en cuanto a motivaciones profundas (la unión simbiótica a un grupo o la necesaria separación de él). La psicopatología, para Bleger (1999) y a nivel familiar, puede surgir a partir de dos hechos:

- a) Que la simbiosis no funcione como situación de seguridad dentro del grupo familiar y se transforme en patológica, absorbente, limitando el desarrollo de relaciones extrgrupales y el suficiente desarrollo de una identidad personal.

- b) Que la simbiosis se introyecte a un nivel que el sujeto pueda lograr cierto grado de desarrollo de la identidad, de la personalidad y sus relaciones extragrupalas, pero a costa de una disociación con toda su vida emocional y afectiva, misma que se encuentra en déficit.

Finalmente, y, en síntesis, se identifica que la simbiosis a nivel familiar, puede funcionar como estadio nutriente y pasajero o como estereotipias patológicas. Esto se considera clave en este estudio pues a partir de las organizaciones familiares se nutre el individuo en términos de identificación, pero a su vez, estas configuraciones le marcarán en un sentido de lejanía o cercanía de vínculos, que, en los niveles patológicos, según Bleger (1999), llevaría a la perpetua permanencia o a la constante separación y búsqueda en los grupos sociales. Esto coincide con las tendencias vinculares propuestas por Balint (referido por Grinberg, 1980) como onofílicas en referencia a la cercanía y filobáticas en relación a la distancia. Es en esos momentos familiares iniciales donde puede rastrearse otro tipo de relación entre la migración y la permanencia, entendida esta primera como el máximo acto de lejanía desde el grupo esquizoide o disperso, o desde la tendencia filobática.

Pero es importante referir con mayor claridad, el cómo estos elementos de la teoría psicoanalítica ayudan a esclarecer algunos motivos a través de los cuales, se puede comprender la migración en términos psicológicos. Como se ha venido revisando desde el apartado anterior, pareciera que, en términos mentales, la migración pudiera surgir de posibilidades o configuraciones tales como:

1. Como consecuencia de una configuración determinada en la construcción de la identidad y vínculos desde los primeros procesos del desarrollo. Momentos en que toman relevancia las “pequeñas migraciones” o momentos de lejanía y cercanía de cuidadores, o exploraciones de nuevos espacios en el desarrollo de los primeros años de vida. Momentos en que la satisfacción o privación de vínculos con los primeros objetos del desarrollo son cruciales para determinar las posiciones de los sujetos respecto a ellos. Este proceso de construcción de identidad, puede marcar si un individuo buscará estar cerca o lejos de esos vínculos. Esto es entendido también a través de los mensajes y

deseos percibidos de los cuidadores respecto al sujeto, si lo desean desde la cercanía o en rechazo. Todo esto, dinamizado como identidad a nivel inconsciente.

2. Por otro lado, y tomando la dinámica de la identificación, se considera posible también el asumir una identidad a partir del deseo de otro significativo, ejecutándose la identidad-deseo del cuidador valorado. Por ejemplo, si la persona con la que se identifica el sujeto, vive con gran significación la migración, la separación, la búsqueda, y demás posibles significados, estos serán introyectados por el sujeto, y por lo tanto y en algún momento, serán ejecutados. Un destino inconsciente.
3. Asimismo, y aunque no lo parezca a simple vista, se considera que la simbiosis considerada por Bleger u ocnofilia por Balint, también otorga pistas para comprender las motivaciones psicológicas en la migración. Pareciera poco viable que un sujeto muy arraigado a un grupo de pertenencia se pueda separar de un lugar, sin embargo, toma coherencia entender desplazamientos y migraciones cuando este grupo o vínculo significativo lo hace. Es decir, puede que el sujeto no lo desee por sí mismo, pero si el objeto con el que se tiene la simbiosis sí lo desea, y se desplaza, por ende, el sujeto necesitado de él lo hará junto con él.

Estas posibilidades se consideran claves para el estudio, pues es ahí donde el elemento psicoanalítico va brindando respuestas para la comprensión del encuentro con los estudios de migración. Entendiendo que la investigación propuesta toma como referencia a población migrante que desde la salud mental ha sido diagnosticada en el plano psicopatológico, se vuelve conveniente integrar este último elemento al estudio.

4.6 Identidad y migración

Si bien, Erikson había deducido una relación entre los conflictos psíquicos de la identidad en conexión con la experiencia migratoria, se encuentra en Grinberg (1980) un autor que profundizó con mayor ahínco este ámbito. Este autor planteaba que en su lucha de autopreservación, el migrante necesita aferrarse a distintos elementos de su ambiente nativo (objetos familiares, la música de su tierra, recuerdos y sueños en cuyo contenido manifiesto

resurgen aspectos del lugar de origen), todo ello, para mantener la experiencia de identidad lo más constante posible, de sentirse el mismo aun en la lejanía.

Anteriormente se hizo mención de los vínculos que para Grinberg (1980), consolidan el proceso de identidad (vínculo de integración espacial, temporal y social), los cuales, a pesar de revisarse por separado, funcionan simultáneamente a lo largo del desarrollo. En este apartado se enfatizará sobre la dinámica del sentimiento de identidad en el proceso migratorio, teniendo en cuenta que pueden verse afectados los tres, aunque no de la misma forma, sino dependiendo de la manera en que se da y los recursos de los sujetos, impactando en el equilibrio psíquico, es decir, en un impacto en salud mental.

Respecto al impacto en el *vínculo de integración espacial*, Grinberg (1980) refiere que las personas afectadas y en situación de migración se preguntan frecuentemente ¿dónde estoy?, ¿que estoy haciendo aquí?, y en casos extremos, puede haber extrañamiento de la propia persona, como si no hubieran podido juntar armónicamente los “pedazos” de su identidad. Se refiere a un atentado psíquico del sentimiento de individuación.

En los primeros momentos después de la migración pueden producirse estados de desorganización, de grado variable, reactivando ansiedades primitivas en el recién llegado que pueden manifestarse a través de estados de pánico o en temores a ser “devorado” por la nueva cultura o ser “despedazado” por ella. Esas vivencias pueden derivar de un conflicto interno en la dificultad de diferenciación, un deseo de confundirse con los otros para no sentirse marginado ni distinto, buscando seguir sintiéndose él mismo, conflicto que puede llevar a momentos confusionales por la mezcla de deseos, de dinámicas psíquicas de escisión, dos tipos de sentimientos, dos culturas o inclusive, momentos de franca despersonalización.

Respecto al impacto en el *vínculo de integración temporal*, se puede notar la mezcla de recuerdos con situaciones actuales. Podría notarse a través de lapsus en la denominación de sitios o personajes actuales con nombres del pasado. Esto tiene que ver con la necesidad de permanencia, la necesidad de objetos que le resulten familiares o afectivamente significativos, para sentirse acompañado y reconocer a través de ellos su continuidad en el tiempo. Es común

pues que las casas de los migrantes, por ejemplo, estén adornadas con objetos típicos de su cultura de origen de la población migrante. Todo esto ayuda a sobrellevar la sensación de extrañeza, de que en el sitio en que se está no hay raíces, no se tiene historia ni recuerdos. Estos objetos que son necesarios en las primeras etapas, pueden resultar en un peligro de ocupar todo el espacio impidiendo la incorporación de elementos “nuevos”.

Finalmente, el *vínculo de integración social* es el más francamente afectado en la migración pues los mayores cambios ocurren en relación con el entorno. El migrante, menciona Grinberg (1980), salvo en condiciones de migración muy específicas, ha perdido muchos de los roles que desempeñaba en su comunidad, tanto como miembro de un grupo familiar, de un grupo de trabajo, de amistades, etc. Los conflictos en este vínculo se relacionan con vivencias de no pertenencia a ningún grupo humano.

No obstante a los casos más vulnerables, existen migraciones que no derivan en conflictos mayores, es decir, aquellos que el autor denomina como “inmigrantes privilegiados” en términos laborales, sujetos que por sus trabajos pueden ser reconocidos y conectarse en un ambiente muy similar al contexto de origen, por lo que no se encuentra un impacto en el sentimiento de identidad. En estos casos la integración sucede con mayor facilidad. Asimismo, el no tener problemas económicos disminuye las angustias. Sin embargo, y a pesar de que las variables del medio pueden favorecer la elaboración del proceso, será solamente la buena relación con los objetos internos, la aceptación de las pérdidas y la elaboración de los duelos en términos psíquicos lo que permitirá la integración de ambos espacios, ambos tiempos y los grupos viejos con los actuales. Serán estos elementos de tipo psíquicos internos los que determinarán la consolidación del sentimiento de identidad que significará sentirse el mismo individuo a pesar de los cambios.

La revisión de Grinberg resulta de una gran valía para la vinculación del enfoque psicoanalítico con los estudios de migración. Si bien este autor se enfoca en casos psicopatológicos, y como se revisó anteriormente, este resulta un aspecto muy estudiado desde el ámbito de la salud mental y la migración, se considera relevante cuestionar la perspectiva definida en cuanto a salud-enfermedad y dar lugar a lo que desde estudios sociológicos se ha llamado *sociología de las*

enfermedades mentales. Esto es sumamente importante porque, aunque esta investigación considere el paradigma de salud mental y se proponga investigar sobre población migrante diagnosticada, no se considera un estudio partidario de la perspectiva psicopatológica, sino uno que busca cuestionar la patologización de la migración, buscando comprenderla como experiencia psíquica mucho más compleja. Esto se abordó en apartados anteriores. Por lo tanto, las reflexiones desde la sociología se consideran relevantes para la generación de una perspectiva crítica respecto a lo considerado como psicopatológico, sobre todo, en el plano migratorio.

4.7 Sociología de las enfermedades mentales

En su reflexión respecto a las clasificaciones sobre patología en el ámbito de salud mental, Bastide (1979) retoma lo considerado como normal, lo cual se refiere a lo que se mantiene dentro de una norma, no obstante, y debido a que cada civilización tiene su propio sistema de normas, se vuelve un tema complejo el denominar patológicos aspectos que, en algunas civilizaciones en contraste con otras, es normal. La reflexión de Bastide es completamente sociológica cuando plantea que, si las reacciones que parecen mórbidas están determinadas por la norma de la sociedad, entonces se habla de la ejecución de mecanismos culturales clasificatorios.

Este autor plantea (Bastide, 1979) tres puntos que considera claves en su reflexión respecto a la sociología de la enfermedad mental y que llevaría a ampliar la discusión respecto a lo considerado como patológico:

- a) La distribución desigual de los diversos tipos de enfermedades mentales según civilizaciones, así como su normatividad. Por ejemplo, señala que la práctica del budismo es considerada como una protección para perfiles que podrían ser categorizados como esquizoides por su práctica del ascetismo y su fuga de la realidad, sin llegar a la esquizofrenia. Por lo tanto, en la India serían menos los considerados como esquizofrénicos en comparación con América.
- b) La variedad de las formas culturales que puede adoptar un mismo tipo de enfermedad, es decir, la relatividad de los síntomas para un mismo diagnóstico.

- c) La idea de que una cultura puede tolerar individuos que no serían tolerados en otra. E incluso que puede encontrar modelos de organización institucional que permitan integrar a estos individuos en la sociedad.

Por lo tanto, pareciera que lo patológico se refiere a desviaciones de una norma considerada. No obstante, esto ha sido integrado en alguna medida dentro de los manuales de diagnóstico en psiquiatría. En un intento de aclaración, el autor plantea que figuras como el vagabundo puede ser considerado cómo débil mental, el criminal un paranoico o el migrante pudiera atravesar por alguna crisis de ansiedad o neurótica, sin embargo, una realidad es el marginalismo social y otra la anormalidad psiquiátrica.

El problema, siguiendo a Bastide (1979), se vuelve más complejo cuando se retoman a autores como Devereux (referido por Bastide, 1979) quien plantea que, en primer lugar, la adaptación social no es, desde el punto de vista psiquiátrico, un signo de salud mental, ya que el conformismo puede adoptar diversas formas patológicas. En segundo lugar, que la desadaptación es más bien una consecuencia, no una causa de trastorno mental. Siguiendo esta discusión, resultaría evidente que, si existen sociedades enfermas, el individuo o los grupos que introyecten las normas, serían mórbidas. Por lo tanto, en estos casos el verdadero signo de salud mental sería la rebelión y no la adaptación como conceptualmente referiría a la norma.

Bastide (1979) considera que el punto de vista histórico puede llevar a comprensiones más completas sobre el origen de las clasificaciones patológicas en lo respectivo a lo mental. Refiere que, respecto a la historia de la psiquiatría, por ejemplo, en el siglo XIX, Esquirol atribuyó la locura a causas morales, tradición que continuó Morel. Magnan por su parte, inició las explicaciones ligadas a las constituciones biológicas como responsables de las enfermedades mentales. Es a partir de este último que se comienzan a buscar lesiones que atacan el cerebro, llegando ese movimiento a una clasificación sistemática con Kraepelin quien sentó las bases de la psiquiatría institucionalizada.

Para el autor (Bastide, 1979) y en su discusión sobre la historia de la psiquiatría científica, se debiera comprender en relación a las corrientes filosóficas predominantes en el siglo XIX, época

en que explicar consistía en reducir lo superior a lo inferior, lo complejo a lo más simple. Por lo tanto, resultaría que la historia de la psiquiatría no permite afirmar que la organogénesis es falsa, sin embargo, comenta, permite desmitificarla en cuanto a teoría científica pues más bien, esas conclusiones expresan la filosofía de un cierto instante del pensamiento mucho más que el puro resultado de investigaciones objetivas que estaban limitadas en esos momentos. Bastide retoma a Jackson quien considera, en un ejemplo muy específico, que las conclusiones de las investigaciones sobre gemelos no son tan convincentes como parece puesto que ningún estudio ha controlado convenientemente los factores no genéticos, por lo tanto, la teoría genética dejaría un sitio a la sociogénesis. Por ejemplo y retomando a Mead (referida por Bastide, 1979), padres ansiosos formarían hijos ansiosos que crecen para producir una sociedad ansiosa, que, a su vez, crea padres cada vez más ansiosos, pero sería esto entonces, no una transmisión hereditaria, sino un aprendizaje en el desarrollo.

Quizás la concepción de aprendizaje resulta simple al considerar dinámicas psíquicas mencionadas como la identificación en planos conscientes e inconscientes, sin embargo, el autor dedica una reflexión a la propuesta psicoanalítica. La plantea como originariamente biologicista en el sentido de que la neurosis resultaría, en Freud, como un bloqueo de la libido en una etapa infantil del desarrollo, en particular en el edípico. Pero y lo que pareciera no discutir Freud en esos originarios estudios, es que, dicho bloqueo se debe a la constelación familiar, es decir, que en última instancia se habla de un hecho sociológico. Autores como Fromm (aun con las fuertes observaciones recibidas por su propia interpretación y crítica cuestionable sobre los fundamentos freudianos), Sullivan y Horney, enfatizaron en la predominancia de factores sociales sobre los biológicos.

Finalmente, Bastide (1979) se muestra cauteloso al considerar el psicoanálisis de las sociedades, pues para él más bien, las enfermedades de la sociedad pueden presentar analogías con las de los individuos, pero no se puede ir más lejos y hablar de histerias sociales o culturas paranoides, Más bien, se refiere a una sociología de las enfermedades mentales, pero no a una sociología psiquiátrica.

En consonancia con la relación social de las enfermedades mentales, se consideran las reflexiones de Castoriadis (1975) quien otorga un lugar a la comprensión de las instituciones a partir del cómo son generadas por sociedades específicas. Afirmaba:

“Cada sociedad plantea una visión de ella misma, que es al mismo tiempo una visión del mundo (comprendiendo muchas otras sociedades de las que puede tener conocimiento), y esta visión forma parte de su verdad o de su realidad reflejada” (Castoriadis, 1975).

Es pues, la sociedad, quien se configura a ella misma y configura también a sus instituciones.

Finalmente, y respecto a la institución psiquiátrica y aspectos socioculturales, Martínez-Hernández (2006) identifica una tendencia en cosificar las referencias culturales de los usuarios en salud mental. Se refiere a que los profesionales en psiquiatría toman las referencias culturales como un conjunto de creencias más que como un sistema que organiza la experiencia subjetiva, devaluándose los saberes populares y sus saberes terapéuticos. Concluye pues que en la tradición hegemónica en salud mental actual, lo denominado como psiquiatría cultural continua siendo una “pariente pobre” (sic.) de una psiquiatría general más orientada al estudio de los neurotransmisores que a la investigación de la influencia de las transformaciones culturales en la salud mental, más volcada en la psicofarmacología que en los contextos sociales de producción de sufrimiento, más encaminada a la tecnificación de los instrumentos diagnósticos que a la comprensión de las dinámicas culturales.

A través de estas reflexiones, también es posible acercarse a la contextualización de esta investigación, la cual se sitúa en una región que considera a ciertas instituciones para la atención en salud mental, y, por lo tanto, con el conocimiento y la autoridad para actuar al respecto. En Tijuana, también se puede aplicar la reflexión de esta sociología de las enfermedades mentales, región donde cómo se ha visto, la migración no es un fenómeno aislado, sino medular y que, por alguna razón, ha figurado fuera de los planos de estudio para las autoridades en salud mental.

Este enfoque crítico entrega argumentos para considerar inclusive, a la población migrante diagnosticada, es decir, la manera en que las variables socioculturales involucradas en el malestar mental son comprendidas y por lo tanto atendidas por los especialistas. Sin embargo, es importante subrayar que una importante tendencia en los estudios recientes de salud mental ha integrado elementos culturales para su comprensión, factor que sin duda revela a la migración y le otorga un estatus importante a revisar desde los planos académicos. Sin embargo, valdría preguntarse si ha sido suficiente. Es quizás, debido a la predominancia del paradigma biologicista en psiquiatría, que la migración ha quedado invisible para los estudios y atenciones en salud mental, situación que podría ser distinta si se les otorgara mayor relevancia a los factores socioculturales. Una respuesta prematura que responderán los resultados de esta investigación.

Se cierra este apartado confiando en que su consideración, puede aportar elementos para la comprensión de un fenómeno tan complejo como la migración, todo esto, con base en el encuentro entre el paradigma de salud mental y el enfoque psicoanalítico. Se confía en que esta ruta de exploración contextual y teórica, permita a los interesados en el estudio de migración y salud mental (inclusive ajenos a conocimientos profundos en psicoanálisis), comprender elementos importantes con base en el esfuerzo que se dedicó a la construcción de los apartados.

5. CAPÍTULO METODOLÓGICO

5.1 Planteamiento del problema

Existen importantes avances, pero también, pendientes respecto al estudio y la atención de la salud mental en el ámbito migratorio. En los hospitales públicos de atención en salud mental en Tijuana, se ha encontrado una ausencia de datos respecto a la población migrante atendida, así como también, una reducida o prácticamente nula consideración para la atención a población migrante, población que puede atravesar por una condición de vulnerabilidad importante en términos de salud mental. Asimismo, se ha identificado que los registros administrativos se enfocan en clasificaciones psicopatológicas, sin particularizar en características o condiciones socioculturales para su atención.

Otro aspecto importante a considerar es que, la tradición en las investigaciones sobre salud mental y migración, se concentran en el nivel post-migratorio, así como en los trastornos y síntomas asociados, descuidándose otros momentos y aspectos de la experiencia migratoria. Poco se ha estudiado sobre la etapa pre-migratoria desde un enfoque psicológico profundo, el cual, vincularía a los sujetos migrantes con un contexto de origen en términos psicosociales y a niveles inconscientes. Se vuelve relevante una investigación que, busque la comprensión de funcionamientos mentales sin necesariamente explicarlos desde la psicopatología y la sola respuesta del especialista, sino integrando las experiencias de los sujetos que padecen a niveles subjetivos.

Por otro lado, cuando en salud mental se habla de adaptación o desadaptación, se parte de categorías vinculadas con ideales explicativos y de categorización psiquiátrica que resultan limitantes cuando se quiere comprender sin patologizar a los sujetos. Son conclusiones que, además, pueden ser debatibles desde la sociología de las enfermedades mentales y desde enfoques como el psicoanalítico. De esta manera, se considera necesaria la apertura a investigaciones que exploren aspectos subjetivos, intersubjetivos y de malestar psíquico sin exclusivamente categorizar desde la dicotómica sentencia de salud o enfermedad. En ese sentido, se encuentra que el enfoque psicoanalítico puede contribuir, ya que plantea la

comprensión del psiquismo en los planos consciente e inconsciente durante el desarrollo y las circunstancias que han llevado al sujeto a ese estado. Todo esto, sin necesariamente explicarlo desde la enfermedad. Planteándose una mirada distinta respecto a la comprensión psicopatológica y su intervención. Todo esto, permitiría una visión amplia sobre el ámbito de salud mental en sujetos migrantes que padecen.

Ligado a lo anterior y desde un punto de vista epistemológico, se identifica que los estudios de salud mental en población migrante se enfocan en manifestaciones conscientes y racionales que parten, ya sea de lo deducido por el investigador a partir de la observación, la escucha y la organización de la información o bien, desde lo autoregistrado por los sujetos en estudio. Existe una ausencia de estudios en los que se considere e integre la dinámica inconsciente e intersubjetiva que se genera en la investigación, es decir, entre investigado e investigador entendidos como sujetos con diferentes roles, pero con conflictos, con motivaciones propias, así como con historias y respaldos institucionales distintos. Es pertinente un giro metodológico y epistemológico en el cual, se integre la experiencia subjetiva de ambos actores y donde, la duda, guíe el análisis de los discursos realizados por los sujetos de estudio y a su vez, guíe las interpretaciones de los investigadores en el campo de la migración.

Finalmente, se considera relevante profundizar sobre los modelos de intervención en salud mental con los cuales se brinda atención en instituciones públicas de Tijuana, región donde se encuentra un porcentaje importante de población migrante. Esta información es conveniente a nivel objetivo respecto a teorías y técnicas que sostienen las intervenciones psicológicas, pero también, se vuelve relevante para conocer la manera en que es integrada la condición de migrante en dichas intervenciones. La revisión de estos aspectos se considera sumamente importante para los estudios de migración en el área de la salud mental.

5.2 Supuestos de investigación

A continuación, se plantean tres supuestos principales que han permitido apuntar la investigación respecto a lo que se espera encontrar en el fenómeno de estudio. En primer lugar, se considera la presencia de una importante demanda e intervención en salud mental para

población migrante en la región de Tijuana. Se ha identificado que los registros administrativos de las instituciones de salud mental que ofrecen atención psicológica subsidiada por el estado en Tijuana carecen de datos que den cuenta de la población migrante atendida, dando como resultado, el que no se le tenga identificada o, dicho de otra manera, que permanezca invisibilizada.

Se considera poco probable que sea mínima la necesidad de atención en salud mental para una zona migrante como la de Tijuana, misma que, según algunos estudios de migración, ha fungido como “trampolín” de cruce para Estados Unidos y, como consecuencia, ha servido como lugar de destino no planeado para un porcentaje importante de población migrante, así como también, de franco destino migratorio para otros. Por lo tanto, y a partir de fuentes demográficas, es evidente que gran parte de la población en la región de Tijuana es migrante, en su mayoría internos. Ligado a esto y con base en diferentes estudios que han señalado diagnósticos psicopatológicos específicos asociados a población migrante, no resulta exagerado considerar que, en una región con intenso dinamismo migratorio, se encuentre una necesidad de atención en términos de salud mental ligadas a la experiencia migratoria. Asimismo, y en conexión con los servicios de atención psicológica, es posible considerar también que gran parte de esta población ha necesitado, ha recurrido o recurre a servicios de atención psicológica. Con esto, se hace referencia a que gran parte de la población atendida en los servicios es migrante también.

En segundo lugar, se considera que la construcción psicosocial de la mente del migrante en el contexto de origen está ligada con la psicopatología experimentada en el lugar de destino. Esto es, que la migración en sí no es causante de una psicopatología, sino que más bien, la psicopatología experimentada en el lugar de destino, tendría toda una explicación y fundamentación en una construcción psicosocial pasada y ligada al lugar de origen. Por lo tanto y aun cuando tenga un fundamento en vivencias pasadas, esto no evita que se revele o detone tras la migración. La experiencia migratoria no configura por sí misma la mente del migrante, pero funge como detonante de algo constituido previamente. Por lo tanto, se plantea que éste funcionamiento y su relación con la salud mental, pueden ser comprendidos a mayor profundidad al estudiarse las construcciones psicosociales del migrante en el contexto de origen

involucradas en el acto de migrar. Es decir, si se estudian las ideas, emociones, fantasías, expectativas y significados asociados con la migración.

Finalmente, se considera que el modelo de diagnóstico e intervención psicológica que es aplicado por especialistas en instituciones de salud mental en Tijuana, no toma en cuenta la construcción psicosocial de la mente del migrante para comprender su funcionamiento mental. Se sospecha más bien, que dicha intervención se basa en un modelo psiquiátrico hegemónico que prioriza en síntomas y su eliminación, partiendo de diagnósticos y atenciones con base en psicopatologías de ese orden. Se razona a su vez, que dicho modelo deja de lado la vulnerabilidad psicosocial que atraviesa el sujeto migrante, misma que ha sido ampliamente identificada en los estudios de migración. Esto significaría que las intervenciones psicológicas buscarían principalmente la eliminación de síntomas, independientemente del tipo de población de la que se trate, dejando de lado las condiciones específicas de la población atendida. Como consecuencia, los impactos de este tipo de intervenciones y sus objetivos podrían ser limitados para la población migrante, llevando a que se tenga poca comprensión del funcionamiento mental de una población muy específica.

5.3 Estrategia metodológica y analítica

5.3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características que definen la identidad del paciente migrante atendido en las instituciones de salud mental en Tijuana?

5.3.2 Objetivos

General

1.- Analizar la identidad de los pacientes migrantes en Tijuana que son atendidos en términos mentales, con base en sus características sociodemográficas, su proceso migratorio y su trayectoria en servicios de salud mental, así como a partir de su funcionamiento mental y la perspectiva de los especialistas en salud mental.

Específicos

- 1.- Describir las características sociodemográficas, el proceso migratorio y la trayectoria en servicios de salud mental en migrantes atendidos en servicios públicos de salud mental en Tijuana.
- 2.- Analizar la construcción psicosocial de la mente del migrante con problemas de salud mental que recibe atención psicológica en servicios públicos de salud en Tijuana.
- 3.- Analizar los modelos de intervención que dan origen a los diagnósticos y la atención psicológica aplicados a la población migrante atendida en servicios públicos de salud en Tijuana.

5.3.3 Método y diseño de investigación

Los métodos mixtos se caracterizan por retomar, en una sola línea de investigación, las fortalezas tanto de la metodología cualitativa como de la cuantitativa. Además, son útiles para áreas específicas del conocimiento tales como las ciencias sociales y ciencias de la salud, resultando convenientes para abordar la complejidad de esos fenómenos. Asimismo, permiten una mayor profundización en los análisis comparativos de estudios aislados. Siguiendo la propuesta de Creswell (2009), esta investigación se fundamenta en el método mixto y es coincidente con un *diseño de triangulación*. En éste, el investigador recolecta datos cuantitativos y cualitativos, los compara y determina si existe convergencia, diferencia o alguna combinación posible.

Según los cuatro elementos claves para definir un diseño de investigación a utilizar en métodos mixtos (Creswell, 2009), se encuentra lo siguiente respecto a este estudio: en cuanto al *tiempo*, es secuencial, debido a que inició con una fase cuantitativa y fue seguido de dos fases cualitativas. Respecto al *peso*, este recayó sobre el análisis de la fase cualitativa, misma que buscó profundizar en los significados de la población migrante atendida en los servicios de salud mental. Este análisis permitió comprender la subjetividad, la vulnerabilidad y los procesos de funcionamiento psíquico en los migrantes entrevistados. No obstante lo anterior, se considera

que el elemento determinante para la triangulación, fue la *combinación*. En este caso, ha sido de tipo incorporación (embedding), es decir, que los datos de los distintos objetivos no se conectaron directamente, sino que el investigador partió de un tipo de datos, y, posteriormente, los completó con resultados adicionales y amplió el estudio. En este caso, la perspectiva de identidad del paciente migrante, fue analizada y ampliada desde tres perspectivas no necesariamente integradas, es decir, que una no definió a la otra. La primera fue de tipo cuantitativa, a partir de datos sociodemográficos, su proceso migratorio y su trayectoria en los servicios de salud mental. La segunda, fue de tipo cualitativa, a partir del análisis biográfico narrativo de los pacientes migrantes. Y posteriormente, la tercera, fue de tipo cualitativa, a partir del análisis del discurso de los especialistas en salud mental. Como último punto se encuentra la *teorización*, la cual tuvo un papel determinante. En este caso fue la teoría psicoanalítica, enfatizada sobre todo en el segundo objetivo.

5.3.4 Participantes

La población considerada para la primera fase de la investigación, es decir, a quienes se les aplicó el instrumento de tipo encuesta, estuvo constituida por pacientes atendidos en servicios de salud mental del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y del Hospital General de Tijuana (HGT). La población considerada fue la totalidad de pacientes en el área de salud mental. Abarcó tanto a quienes tenían antecedentes de atención y mantenían su tratamiento, así como a los de primera vez o que iban iniciando tratamiento.

En la segunda fase, se consideró el método biográfico de tipo relato de vida. Este fue aplicado a pacientes migrantes atendidos en salud mental e identificados a partir de los datos obtenidos de las encuestas. Es importante advertir que, en esta investigación, cuando se habla de pacientes migrantes se parte de dos criterios importantes. En primer lugar, se hace referencia a todas aquellas personas atendidas y diagnosticadas en salud mental por alguna de las dos instituciones participantes en el estudio. En segundo lugar, se refiere a quienes hayan nacido fuera de la ciudad de Tijuana, aun cuando esto tengo alcance para personas nacidas en algún otro municipio del mismo estado de Baja California u otro estado del país. Otro criterio de selección para la aplicación de las entrevistas, se fundamentó en un supuesto de temporalidad, es decir, se

consideró que los pacientes con menor tiempo de residencia en Tijuana, podrían tener un acceso más directo a sus memorias sobre el lugar de origen. Debido a que la exploración de la historia del desarrollo fue clave para este segundo objetivo, se convocó a sujetos que tuvieran un tiempo de residencia en Tijuana no mayor a 10 años. Se consideró también, que estuvieran en un rango de edad de entre 18 y 40 años, descartándose a su vez, diagnósticos severos o incapacitantes que impidieran la realización de la entrevista, tales como psicosis o el tránsito por un periodo de crisis emocional.

Al inicio del proceso de selección, se identificó una población amplia de candidatos, sin embargo, la mayoría recayó en usuarios del servicio en el HGT, de la cual, no se contó con ninguno. Esto se debió a que, en el momento de la convocatoria, las personas identificadas ya no eran usuarios del servicio, así como también, debido a errores respecto a sus números telefónicos. Todo ello imposibilitó el tener siquiera contacto vía telefónica. De esta manera, el total de entrevistados resultó del IPEBC, contándose con cinco sujetos, dos mujeres y tres hombres. En el Cuadro 1 se refieren algunos datos generales de los participantes.

Durante el periodo de la investigación, los entrevistados continuaban siendo pacientes del instituto, elemento que se considera relevante debido a que por momentos y a nivel transferencial, relacionaban al investigador con el personal del hospital, entendiendo la entrevista como parte de su atención psicológica y no como una actividad independiente de investigación. Debido a que la invitación fue realizada por los psicoterapeutas que les atendían, el investigador en ningún momento contó con sus datos personales. Cabe mencionar que el proyecto fue aprobado por el Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte (se adjunta dictamen en apéndice 5), esto da noticia de los cuidados éticos que se siguieron en la investigación. A los pacientes, se les informó sobre el manejo confidencial de su información, las características del estudio, la posibilidad de abandonar en cualquier momento la entrevista, la libertad de rechazar el hablar de algún tema en específico, así como también, se les pidió autorización para la grabación en audio y uso de sus relatos. Posterior a esto, se les solicitó que, de estar de acuerdo, firmasen el consentimiento informado de acuerdo con lo que establecen los principios éticos para las investigaciones en seres humanos de la declaración de Helsinki (ver apéndice 2).

Cuadro 1. Información general de los entrevistados

	Esmeralda	Estela	Joel	Juan	Víctor
Edad	39 años	39 años	26 años	26 años	31 años
Estado civil	En proceso de divorcio	Unión libre	Soltero	Soltero	Soltero
Lugar de origen	Sinaloa	Sinaloa	Mexicali	Oaxaca	Michoacán
Años radicando en Tijuana	3 años	2 años en el último periodo	7 años	3 años en el último periodo	5 años
Diagnóstico	Depresión (antes celotipia)	Depresión (antes intento de suicidio y episodio psicótico)	Ansiedad (antes depresión)	Depresión (antes esquizofrenia)	Bipolaridad (trastorno límite de la personalidad, fobia social, depresión, ansiedad)
Motivo de la migración	Divorcio y reunión con familia	Relación de pareja y reencuentro con hermanos	Relación de pareja	Reencuentro familiar, en particular con la madre	Refugio tras amenaza de muerte

Fuente: elaboración propia

Finalmente, y respecto a la tercera fase, se aplicó una entrevista semiestructurada a los especialistas de las instituciones en salud mental, misma que buscó nutrir la comprensión respecto al cómo se atiende a la población migrante. Para esto, se consideró como participantes a todos aquellos especialistas que estuvieran involucrados en la atención de salud mental de los pacientes en las instituciones participantes. De manera puntual y en el caso del IPEBC, incluyó a tres especialistas en psiquiatría y tres especialistas en psicoterapia. En el caso del HGT, incluyo a dos especialistas del área de psicología. A continuación, se refieren algunos datos generales de los participantes:

Cuadro 2. Modelos de atención en salud mental

Modelo de atención	Representación
Cognitivo Conductual	5
Psicosocial	2
Médico	1

Fuente: elaboración propia

5.3.5 Instrumentos y aplicación

El primero consistió en una encuesta que permitió un análisis cuantitativo de los datos (Apéndice 1). A través de este instrumento de elaboración propia, se buscó información respecto a tres ejes claves para la investigación:

- Características sociodemográficas.
- Historia migratoria.
- Historia de atención psicológica.

De manera operativa, se decidió que el instrumento fuera aplicado directamente por los especialistas en salud mental, en este caso, los psicoterapeutas de ambas instituciones. Se procedió así, debido a que su aplicación requería permanencia por parte del aplicador durante un extenso periodo de tiempo en la institución. Bajo ese esquema, los psicoterapeutas dedicaron un momento de la atención para aplicar la encuesta a sus mismos pacientes. Los sitios de aplicación fueron las instalaciones y consultorios de las instituciones. El tiempo de aplicación osciló entre 10 y 15 minutos. Los psicoterapeutas informaron a los pacientes que, el instrumento, correspondía a una investigación por parte de El Colegio de la Frontera Norte, enfocada en el tema de salud mental y migración. Para garantizar la claridad respecto a la operación, previamente el investigador instruyó a los psicoterapeutas informándoles la conformación de la encuesta, los objetivos que buscaba y la manera en que debería ser aplicada. Se confió en que el proceso fue llevado de la mejor manera, ya que no se tuvo presencia en los momentos de aplicación.

Respecto al segundo objetivo, se aplicó una entrevista biográfica de tipo relato de vida (Apéndice 3). Esta fue de carácter semi-estructurada debido a que se consideraron un conjunto de categorías de preguntas, así como también, debido a que todos los entrevistados recibieron el mismo conjunto de preguntas en un orden similar (Tarrés, M. 2013). La entrevista, nunca tuvo un carácter rígido ya que los entrevistados podían ahondar en detalles según sus recuerdos les permitieran, todo esto, durante diferentes momentos en la misma aplicación. Asimismo, la formación profesional como psicoterapeuta por parte del investigador, favoreció la generación

de un ambiente de rapport que permitió la profundización en temas claves de la entrevista. El instrumento de entrevista fue dividido en tres categorías:

- Exploración psicológica general.
- Exploración sobre migración.
- Exploración sobre salud mental.

Asimismo, y para su conformación, el instrumento tuvo un fundamento importante en la entrevista psicodinámica de la escuela de Meninnger que es muy recurrida para realizar diagnósticos en psicoterapia psicoanalítica. En términos operativos, la invitación para participar se realizó tanto vía telefónica, como de manera personal, y estuvo a cargo de los psicoterapeutas que atendían a cada paciente identificado. Para esta operación, se partió de un segundo supuesto. Este se refiere al aprovechamiento de lo que en técnica psicoanalítica se llama “alianza terapéutica”. Se buscó apoyo en la alianza y colaboración existente entre psicoterapeuta y paciente. Se consideró que, a través de ese manejo, se podría obtener una respuesta positiva por parte de los pacientes, a diferencia de que la invitación fuera realizada por parte del investigador, con quien los pacientes no mantenían ninguna relación ni conocimiento hasta ese momento. Se podría afirmar, que la invitación se sostuvo en un voto de confianza pues estaba respaldada tanto por sus psicoterapeutas como por la institución en salud. Posterior a su respuesta, se agendaron horarios de entrevistas dentro de las instalaciones del IPEBC, lo cual requirió una labor logística debido a los reducidos espacios con los que cuenta la institución. La aplicación estuvo a cargo del investigador y se llevaron a cabo en dos momentos para cada paciente. Cada momento tuvo como duración de entre 45 y 60 minutos, resultando un promedio de 120 minutos por cada entrevista. Se realizó en dos momentos, debido a la profundidad y cantidad de información que se buscaba, de manera que, tras finalizar la primera entrevista, el investigador analizaba la información, se determinaba lo pendiente y se convocaba a la segunda sesión, la cual buscaba, agotar los datos considerados por la entrevista. Cabe añadir que las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas y posteriormente, analizadas.

Finalmente, y en consonancia con el tercer objetivo de la investigación, se procedió a la entrevista con los especialistas en salud mental. Esta consistió en los siguientes ejes temáticos (Apéndice 4):

- Modelo de atención en el que sustenta el diagnóstico y la intervención.
- Rol que tiene la condición de migrante en el modelo de atención.

En términos operativos y de manera inicial, la invitación para las entrevistas fue realizada por el investigador hacia los especialistas informantes. Posteriormente, ellos se encargaron de extender la invitación a los demás especialistas en la institución. El manejo de la logística, en este objetivo, planteo retos específicos respecto a los espacios de entrevista, los cuales, fueron los consultorios dentro de las mismas instalaciones. Sin embargo, el mayor dilema recayó en la definición de los horarios disponibles por parte de los especialistas, pues, debido a la cantidad de actividad laboral, sus tiempos eran muy reducidos. La aplicación del total de entrevistas estuvo a cargo del investigador y se llevaron a cabo en una sola sesión con cada especialista. Por cuestiones de agenda, la duración fue variada. Con los psicoterapeutas, las entrevistas oscilaron entre 45 y 60 minutos, siendo que, con los psiquiatras, duraron entre 15 y 25 minutos. De la misma manera que con las entrevistas con los pacientes, éstas fueron grabadas en audio, transcritas y posteriormente analizadas.

5.3.6 Metodología para el análisis de los resultados

Respecto al primer objetivo y para la organización de los datos, se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias más desviaciones estándar para las variables continuas. También se realizó un análisis bivariado para determinar las diferencias entre los migrantes y no migrantes en las variables sociodemográficas utilizando la prueba T de student y un análisis multivariado a través de regresión logística para determinar su probabilidad de asociación con la condición de migrante controlando todas las variables sociodemográficas. Los análisis se llevaron a cabo utilizando la versión 23 del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

El fundamento del segundo objetivo fue el método biográfico, mismo que reclama, en las ciencias sociales, un enfoque humanista que incluya aspectos como la reivindicación de la subjetividad y creatividad humana, el estudio de las experiencias humanas concretas a través de la organización social y económica, la aproximación naturalista al estudio de las experiencias y, el papel moral y político del investigador (González Monteagudo, 1996). De manera específica, se partió del relato de vida, mismo que supone premisas como que el sujeto, al momento de relatar, da sentido a eventos vividos caóticamente o en desorden a través de un curso global por lo que, del relato, surge una identidad narrativa. Asimismo, relatar implica un posicionamiento sobre la vida o el hecho que se cuenta, convirtiendo al narrador en sujeto de su propia historia. Finalmente, esta aproximación asume que el relato es una construcción entre narrador y narratorio en una relación de mutua influencia (Ariza y Velasco, 2015).

En ese sentido, el segundo objetivo buscó:

- 1) Revalorar la experiencia migratoria narrada.
- 2) Tomar distintas modalidades del relato.
- 3) Buscar la disminución de la distancia entre investigador-investigado.
- 4) Complejizar el cruce de fronteras disciplinarias.
- 5) Retomar en investigación, la experiencia de sufrimiento e incertidumbre.

A continuación, se enfatizará sobre las herramientas de análisis que permitieron profundizar en los contenidos de los relatos de vida de los pacientes migrantes estudiados. En coincidencia con la fundamentación epistemológica asumida, se considera importante mencionar que se tomó a la hermenéutica como base de análisis. Para esto, se creó una plantilla en la que se sistematizaron las variables guías del estudio, es decir, construcción psicosocial de la mente, migración y salud mental.

Cuadro 3. Plantilla para el análisis individual de casos

	CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DE LA MENTE			MIGRACIÓN			SALUD MENTAL		
	CONTENIDO MANIFIESTO	CONTENIDO LATENTE	CITAS TEXTUALES	CONTENIDO MANIFIESTO	CONTENIDO LATENTE	CITAS TEXTUALES	CONTENIDO MANIFIESTO	CONTENIDO LATENTE	CITAS TEXTUALES
VÍNCULOS DETERMINANTES									
CREENCIAS, EXPERIENCIAS LIGADAS A LA CULTURA Y SOCIEDAD									
EXPECTATIVA, DESEOS, EMOCIONES O SENTIMIENTOS PREDOMINANTES									
IDENTIFICACIONES									
VIVENCIAS DE IMPACTO									
IDENTIDAD									
MOTIVOS, EXPLICACION									
CONTEXTO									

Fuente: elaboración propia

Para el análisis de las entrevistas, se procedió a la transcripción de cada una de ellas. Posteriormente, y con base en la plantilla generada, se organizó la información narrativa textual de los sujetos en una columna titulada *citas textuales*. Asimismo, y con base en el análisis fundamentado en la perspectiva psicoanalítica, se procedió a sintetizar la información en una columna titulada como *contenido manifiesto*, la cual, contenía los puntos clave o resumidos de lo plasmado en la columna de citas textuales sin ningún ajuste interpretativo. Esto fue seguido de una tercera columna titulada *contenido latente*, en esta, se desarrolló la interpretación de la información por parte del investigador, es decir, que el contenido de dicha columna resultó de un franco ejercicio hermenéutico de interpretación con base en la perspectiva psicoanalítica.

Se considera importante destacar que, para el ejercicio de interpretación, se partió de la postura de Ricoeur (1969). Este autor plantea a la interpretación como un ejercicio de sospecha que busca develar la arquitectura de un sentido que está colocado bajo un discurso. Se refiere a que el sentido de las narraciones se halla oculto por una capa de significados que esconde, disimula y reprime, por lo que, la actividad de interpretación, debe extraerlos y exponerlos a la luz. Para este autor, lo profundo o pulsional únicamente se manifiesta a través de representaciones, es decir, que lo inconsciente es cognoscible solamente a través de los “representantes-representativos” de la pulsión, mismos que son del orden del significado. Con esto, hace referencia a que son coincidentes con el ámbito del habla, elemento donde es viable el rastreo de aspectos inconscientes.

Asimismo, esta investigación coincide con la propuesta de “descripción densa” de Geertz (1979), es decir, que lo que define a un tipo de investigación no son sus actividades, sus técnicas o procedimientos, sino más bien, un cierto tipo de esfuerzo intelectual. Se refiere a la manera en que el investigador piensa y reflexiona la información, la manera en que piensa sus pensamientos, así como los marcos bajo los cuales, les analiza. Para su análisis, esta investigación se sostuvo en el enfoque psicoanalítico como lente para descifrar el fenómeno. Siguiendo a Geertz (1979), el presente estudio no se ostenta como una autoridad de experimentación física o última verdad sobre el fenómeno, sino más bien, busca ampliar el universo del discurso humano, en este caso, el de pacientes migrantes. Se renuncia a la ilusión de la generación del último conocimiento sobre el fenómeno, apostando, por el contrario, a deducir significaciones, estimar hipótesis y llegar a comprensiones partiendo de las mejores conjeturas, analizando una pieza de interpretación y fijándola de manera que pueda ser examinada. Esta investigación plantea una descripción densa específica y particular, que, en cualquier momento, es viable de complementariedad con perspectivas adicionales. Se abdicó, por lo tanto, a la pretensión de un análisis terminado y definitivo. Es más bien, un análisis intrínsecamente incompleto, que no predice, pero a partir del cual se contemplan realidades futuras. Es un esfuerzo microscópico que dio acceso a respuestas dadas por otros, dadas por los pacientes, los especialistas y el investigador, lo cual permitió incluirlas en el amplio registro consultable del conocimiento.

Regresando al proceso de análisis, la comparación de los casos se justificó al revisar los elementos coincidentes entre ellos. Finalmente, respecto a la estrategia de análisis, se interpretó cada entrevista de manera individual, es decir, fue necesaria la generación de una plantilla por cada caso, lo que permitió el análisis y cruce de las variables ejes de la investigación. En un segundo momento, se generó una plantilla colectiva que integró los cinco casos y que, a su vez, facilitó la comparación entre ellos, con el fin de buscar similitudes y diferencias entre los mismos.

Cuadro 4. Plantilla para el análisis colectivo de casos

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
VINCULOS DETERMINANTES					
CREENCIAS, EXPERIENCIAS LIGADAS A LA CULTURA Y SOCIEDAD					
EXPECTATIVA, DESEOS, EMOCIONES O SENTIMIENTOS PREDOMINANTES					
IDENTIFICACIONES					
VIVENCIAS DE IMPACTO					
IDENTIDAD					
MOTIVOS, EXPLICACION					
CONTEXTO					

Fuente: elaboración propia

Una vez que se realizó la comparación entre los casos en conjunto, se procedió a la elaboración del apartado de resultados correspondientes al segundo objetivo. En su desarrollo, se integró la narrativa específica de los pacientes en conjunto con la interpretación del investigador, la cual se sostiene en los ejes guía de la investigación. Esta actividad de integración entre la narración textual y la interpretación del investigador, se realizó con la intención de reforzar la interpretación misma, mostrando el discurso textual a manera de evidencia.

Finalmente, y en consonancia con el tercer objetivo de la investigación, se procedió al análisis de las entrevistas con los especialistas en salud mental, lo cual, requirió un ejercicio similar al llevado a cabo en el segundo objetivo, sin embargo, se distingue de manera importante. En este último análisis, no se profundizó respecto a una hermenéutica de las narrativas de los especialistas, es decir, no se buscaron contenidos latentes, sino que más bien, se procedió al rescate de sus afirmaciones textuales y revisión a manera de análisis del discurso. Las narrativas de los especialistas fueron organizadas en categorías como las del siguiente formato:

Cuadro 5. Plantilla para el análisis de especialistas

	IPEBC						HGT
	ESPECIALISTA 1	ESPECIALISTA 2	ESPECIALISTA 3	ESPECIALISTA 4	ESPECIALISTA 5	ESPECIALISTA 6	ESPECIALISTA 1
MODELO DE INTERVENCIÓN							
CONSIDERACION DEL PACIENTE MIGRANTE EN LA ATENCIÓN							

Fuente: elaboración propia

5.3.7 Puntualizaciones metodológicas sobre la aplicación del enfoque psicoanalítico en la investigación

En términos epistemológicos, se considera relevante distinguir algunos elementos importantes que diferencian esta investigación de una práctica clínica en psicoterapia psicoanalítica, pero que, aun así, le vuelven viable de sistematización para la investigación en migración:

- a) La investigación no partió de un **encuadre clínico** (horario regular, constante y definido, duración específica de sesiones, honorarios acordados, espacio y roles clínicos determinados) como lo sería la situación en consulta psicoanalítica, por lo tanto, la investigación planteada no fue un ejercicio clínico. De manera específica, el **encuadre** que se consideró para la investigación se sostuvo en un tiempo definido y exclusivo para la entrevista, considerándose hasta dos o tres encuentros de ser necesario, mismos que no rebasaron las dos horas de manera total con cada participante. Asimismo, se consideró un espacio y tiempo que resultaran convenientes para los entrevistados, esto fue, la institución en salud mental y horarios que coincidieron con su atención.
- b) Para la interpretación de resultados, se recurrió al **análisis de las narraciones** que fueron grabadas en audio, es decir, se tomó la información textual de los sujetos a manera de insumos para la investigación, pero también, como evidencia respecto a lo entendido. Este procedimiento difiere de la manera en que se **analizan las narraciones** en la clínica psicoanalítica, en la cual, no se utilizan y, por lo tanto, no es necesario remitirse a tecnologías que registren la información textual de las sesiones. En el

escenario clínico se confía, sobre todo, en los elementos inscritos a nivel de experiencia, de memoria por parte del psicoanalista y, esos elementos, son fundamentales para la comprensión de la dinámica psíquica del paciente en relación con el especialista.

- c) Tampoco se consideró la **confidencialidad** que, en el escenario clínico, resulta clave al otorgar al paciente la sensación de privacidad y confianza en el diálogo con el psicoterapeuta. En este caso y aun cuando se omiten las verdaderas identidades de los sujetos, estos fueron informados de que sus relatos serían utilizados con fines de investigación y divulgación. De manera directa, la **confidencialidad** se les planteó en una hoja de consentimiento informado detallándose las implicaciones de participar en la investigación, es decir, la grabación de audio, el análisis y la difusión de los resultados del estudio.
- d) No se partió de la concepción de **roles clínicos**, es decir paciente y psicoanalista. En esta investigación, los motivos que llevaron al encuentro entre investigador y sujeto de estudio se refieren a un ejercicio de exploración para generar conocimiento, por lo tanto, el intercambio no estuvo fundamentado en la búsqueda de una curación o eliminación de malestares psíquicos. Esto es, que los **roles** correspondientes a la investigación se consideran acordes a una atmosfera de estudio, por lo que el lenguaje partió de la comprensión a través de la revisión histórica biográfica, filológica a través de los discursos a estudiar y de la interacción en la dinámica de dos sujetos (investigado-investigador) que se encontraban frente a una tarea específica, la investigación.
- e) En cuanto a la **convocatoria** o acercamiento de los sujetos de estudio a la investigación, no fue de tipo voluntario o de iniciativa propia, sino que fue a través de un ejercicio de invitación por parte de los psicoterapeutas que los atendían, lo que indudablemente tuvo un impacto en los discursos y en la situación experimentada. La **convocatoria** para la presente investigación, incluyó el involucramiento de instituciones en salud mental, siendo necesaria una labor de invitación y convencimiento por parte de los especialistas que los atendían. Asimismo, y a nivel casi fantasmal, se considera que El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) tuvo presencia a nivel de institución y según las significaciones que tenía tanto para el investigador, como para los especialistas y los pacientes.

- f) La **gratificación** como elemento importante, tampoco resultó coincidente con el sentido clínico, es decir, a partir de una mejoría psíquica. Tampoco fue a través de una gratificación monetaria, sino bajo la línea de generación de conocimiento, lo cual se confía, fue suficiente para la investigación, sin embargo, no estuvo lejano del conflicto ético respecto a lo que implica para una persona, abrir su intimidad psíquica a alguien que únicamente tomará su información y la analizará sin tener un impacto o beneficio para quien la otorga. Se considera que esto es un dilema para los estudios o investigaciones en salud mental que no tienen un fin clínico directo para los participantes.

En sintonía con las bases epistemológicas y la tarea considerada para la investigación, es relevante definir los elementos de conocimiento encontrados y que, además, coinciden con el enfoque psicoanalítico, volviéndolo viable de uso en los estudios de migración. Como lo plantean autores como Perrés (1988) y Kachele y Thoma (2003), la comprensión es clave en el ejercicio psicoanalítico. En sintonía con esto, el estudio permitió comprender y empatizar en la situación de los sujetos en investigación, tanto en el trabajo inmediato de campo, como a través del relato de sus historias. En ese sentido, se buscaron coincidencias y patrones entre los casos revisados, mismos que fueron empatados con la teoría psicoanalítica. Esto fue posible bajo un ejercicio de sistematización que permitió captar y organizar sus propios significados. Todo esto, se analizó en términos de contenidos manifiestos (narrativas de los sujetos) y contenidos latentes (interpretación por parte del investigador basado en la teoría psicoanalítica).

Finalmente, y en consonancia con autores como Devereux (referido por Perrés y Kachele y Thoma, 2003), se consideró clave la sistematización de la experiencia del investigador por lo que se integró un apartado que da cuenta de la experiencia al interactuar con los sujetos de estudio (ver apéndice 10), entendiéndola como una interacción hermenéutica que devela materiales profundos, pero que, a la vez, es creada por ambos actores (ver apéndices 6 y 7). Con esto se hace referencia al elemento o dinámica contratransferencial ampliamente estudiada desde el enfoque psicoanalítico. Asimismo, se integró el elemento de comprensión transferencial, es decir, se analizaron los significados que para los pacientes entrevistados tuvo, tanto el investigador, como los demás elementos involucrados en el estudio.

5.3.8 Retos metodológicos y limitaciones del estudio

Considerando que este estudio tiene un fundamento psicoanalítico, es importante puntualizar que presenta limitantes en cuanto a la profundización de los casos, es decir, solo fue posible conocerlos en dos encuentros de una hora o poco más. Ligado a esto y considerando la naturaleza atemporal del funcionamiento inconsciente, se asume que algunos detalles biográficos importantes, pudieran no estar en la mente de los sujetos durante el momento de la entrevista, por lo que una investigación de mayor duración, permitiría profundizar y reducir las posibilidades en cuanto a limitación de información oculta de manera inconsciente.

Ligado a lo anterior, se destaca el alcance limitado en cuanto a cantidad de entrevistas, pues en el caso de los pacientes se redujo a cinco y, en el caso de los especialistas, a siete. Se sugiere que estudios posteriores ahonden en cantidades mayores de participantes lo cual permitirá determinar mayores coincidencias y diferencias entre los casos revisados.

Asimismo, se considera relevante compartir la experiencia de categorización o en su momento, es decir, la sensación de reducir la experiencia de vida de los entrevistados a categorías analíticas. Por momentos, se experimentó injusticia al no rescatar aspectos fuera del discurso de los pacientes, impresiones e intuiciones por parte del investigador. Sin embargo y según las posibilidades, estas tienen una consideración en las interpretaciones con un fundamento sistematizado. Esta sistematización es un elemento sustancial de la investigación, misma que pretende complementar una metodología psicológica que en momentos ha sido acusada de carencias científicas, pero que, como se distingue a lo largo de la investigación y debido a la complejidad del fenómeno, es viable de complementariedad entre dos áreas del conocimiento, estas son, los estudios de migración y los estudios psicoanalíticos. Finalmente, y a través de todo el proceso de sistematización y análisis, se buscó reducir las posibilidades de sobreinterpretación o interpretación errónea sin base en el discurso y la experiencia tanto de los mismos sujetos, como del investigador y de ambos en el proceso de investigación.

Se destaca también el ejercicio de transcripción como uno que enriqueció la investigación al rescatarse detalles que, por momentos, el investigador no recordaba haber escuchado durante la

entrevista. Este se vuelve un elemento metodológico no sólo para la investigación en los estudios de migración, sino que pone a debate el uso de tecnologías en la investigación psicoanalítica.

Por otro lado, se considera importante destacar que la investigación no planteó una autonomía metodológica completa, es decir, que no estuvo bajo el total control del investigador. En algunos momentos claves, se recurrió al apoyo de terceros, tales como los especialistas en las instituciones. Esto limitó el control sobre el número de personas que asistieron a la entrevista, recayendo el control en los especialistas. Sin embargo, esa medida permitió mantener la confidencialidad de la información de los pacientes y respetar los límites éticos en la investigación, ya que el investigador nunca contó con datos personales de los pacientes, motivo por el que no pudo realizar las invitaciones de manera directa. De esa manera y en términos operativos, la aplicación de las encuestas y las invitaciones a las entrevistas, tanto a pacientes como a especialistas en salud mental, recayó en el apoyo de las instituciones.

Este proceder no se considera erróneo, sin embargo, sí es digno de discusión debido al impacto o determinación que pudo tener en los resultados, por ejemplo, el que un especialista que atendía a los pacientes, les aplicara la encuesta y los invitara a la entrevista. Esto llevó, sin duda, a aprovechar la alianza terapéutica que existía entre ambos, pero a su vez, acarreó todo lo que ella conlleva y orilló a que algunos pacientes relacionaran al investigador con la institución de salud mental. Esto pudo permear sus narrativas, dándoles un tono de agradecimiento, percibiendo quizás, que la investigación y su desempeño en ella, podría tener impacto en su atención. Para evitar este posible sesgo, se sugiere la consideración de metodologías que permitan una autonomía mayor, por ejemplo, que el investigador se dirija a los pacientes en las salas de espera, o, por otro lado, que sea el investigador quien aplique las encuestas, anunciando una posible invitación para las entrevistas. Un planteamiento así, remitiría a otros diferentes retos, pero también, al descarte de algunos sesgos.

6. RESULTADOS

6.1 Fase 1

A continuación, se presentan los datos recabados a partir de la encuesta aplicada en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Hospital General de Tijuana (HGT) entre los meses de septiembre de 2017 y junio de 2018. Este apartado se considera fundamental pues, por un lado, permitió la visibilización de la población migrante que recibe atención en los servicios de salud mental, así como el rescate de características importantes en términos comparativos respecto a la población no migrante. Por otro lado, se vinculó de manera directa con el segundo objetivo de la investigación, a través del cual se buscaron características a profundidad en un sentido subjetivo en población migrante atendida. Este apartado pues, se trata de un análisis detallado en términos cuantitativos que muestra una realidad en la población migrante atendida en servicios de salud mental en Tijuana, realidad de importante relevancia para los estudios de migración.

En la tabla 1 se presentan las diferencias sociodemográficas entre los pacientes migrantes y los no migrantes. Del total de 224 personas que recibieron atención psicológica entre los meses de septiembre de 2017 y junio de 2018, se identificó que 172 (76.8%) fueron clasificados como migrantes. Por su parte, 52 (32%) habían nacido en Tijuana. Aproximadamente, una tercera parte de la población atendida fueron mujeres, sin diferencias entre los grupos. En cuanto a edades, se encontró que los migrantes tenían en promedio 10 años más de edad que los no migrantes. Casi la totalidad de las personas mayores de 60 años que consultaron, eran migrantes, mientras que el porcentaje de los menores de 40 años fue más alto entre los no migrantes. Respecto a los años de estudio, se observó que los migrantes tuvieron menor escolarización. En promedio tuvieron 9 años de estudio, lo que corresponde al nivel de secundaria, mientras que los no migrantes tuvieron en promedio 11 años, lo que corresponde al nivel de preparatoria. Con estudios profesionales, se identificó que 11% eran migrantes y 23% no migrantes. En cuanto a la distribución por estado civil, se encontró que esta fue significativamente diferente, específicamente en las categorías de personas casadas (mayor en migrantes, 52.9%) y solteras (mayor en no migrantes, 53.8%). Respecto a la ocupación, las diferencias fueron marginalmente significativas ($P=0.06$) entre los grupos. La proporción de migrantes dedicados a labores del

hogar fue mayor (28.5% vs. 11.5%) principalmente representada por mujeres, mientras que en los no migrantes hubo mayor porcentaje de desempleados (26.9% vs. 16%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Migrantes y No migrantes

	Migrantes	No migrantes	Valor p
N f (%)	172 (76.8)	52 (23.2)	
IPEBC	89 (63.6)	51 (36.4)	0.001
Hospital General	83 (98.8)	1 (1.2)	
Femenino f (%)	117 (68)	33 (63.5)	0.54
Edad, promedio (ds) f (%)	43.1 (15.0)	34.5 (12.6)	0.001
• 18-40	81 (47.1)	32 (61.5)	0.01
• 41-59	60 (34.9)	19 (36.5)	
• 60+	31(18.0)	1 (1.9)	
Educación, promedio (ds) f (%)	9.2 (3.5)	11.0 (3.6)	0.002
• Ninguna	4 (2.3)	1 (1.9)	0.01
• Primaria	55 (32)	7 (13.5)	
• Secundaria	59 (34.3)	14 (26.9)	
• Preparatoria	35 (20.3)	18 (34.6)	
• Profesional	19 (11)	12 (23.1)	
Estado civil f (%)			
• Soltero	55 (32)	28 (53.8)	0.009
• Casado	91 (52.9)	14 (26.9)	
• Divorciado	19 (11)	8 (15.4)	
• Viudo	7 (4.1)	2 (3.8)	
Ocupación f (%)			
• Hogar	49 (28.5)	6 (11.5)	0.06
• Empleado	46 (26.7)	16 (30.8)	
• Independiente	49 (28.5)	16 (30.8)	
• Desempleado	28 (16.3)	14 (26.9)	

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta aplicada a usuarios de servicio de psicología en Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Hospital General de Tijuana.

El análisis de regresión con las variables sociodemográficas como variables independientes, mostró que el incremento de la edad se asoció significativamente con la condición de migrante (OR=1.05 IC95% 1.02-1.08, p=0.003) al igual que la disminución en la escolaridad (OR=0.88 IC95% 0.79-0.97, p=0.012), mientras que las categorías de estado civil y de ocupación, no alcanzan significancia estadística (ej. Estado civil casados: OR=1.93 IC95% 0.86-4.33, p=0.11; ocupación hogar: OR=1.64 IC95% 0.53-5.06, p=0.38).

Tabla 2. Características del Proceso Migratorio (n=172)

Características	Freq. (%)
Único destino migratorio Tijuana	95 (55.3)
Múltiples destinos migratorios previos	77 (44.7)
Lugar de nacimiento*	
• Área metropolitana	19 (11)
• Noroeste	52 (30.2)
• Norte	10 (5.8)
• Centro oeste	37 (21.5)
• Centro este	25 (14.5)
• Sureste	21 (12.2)
• Extranjero	8 (4.7)
Tiempo en Tijuana (años)	
• 0 a 5	40 (23.3)
• 6 a 10	10 (5.8)
• 11 a 15	16 (9.3)
• 16 o más	106 (61.6)
Edad de migración	
• 0 a 17	64 (37.6)
• 18 a 24	39 (22.9)
• 25 a 39	43 (25.3)
• 40 y mas	24 (14.1)
Motivos de la migración	
• Económicos	75 (43.6)
• Familia, pareja	69 (40.1)
• Salud	9 (5.2)
• Violencia, inseguridad	6 (3.5)
• Deportación	2 (1.2)
• Cruzar a estados unidos	2 (1.2)
• Fortuitos (vacaciones, visita, conocer)	6 (3.5)
Migró solo	34 (19.8)

*Clasificación tomada de la Encuesta Nacional Epidemiológica (ENEP, 2003)

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta aplicada a usuarios de servicio de psicología en Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Hospital General de Tijuana.

En la tabla 2 se presentan de manera específica las características del proceso migratorio con base en la encuesta realizada a 172 personas que se clasificaron como migrantes internos en Tijuana. A partir de esto, se identificó que un poco más de la mitad llegaron a Tijuana directamente desde su lugar de nacimiento, mientras que los demás (44.7%) tuvieron otros destinos previos antes de llegar a Tijuana. Sobre los lugares de nacimiento, pudo observarse que

la mayoría de los migrantes eran originarios de la región noroeste, particularmente de Sinaloa (63.5%) y de Sonora (19.2%), seguida de la región centro oeste provenientes principalmente de Michoacán (54.1%) y de Jalisco (32.4%). A estas regiones les siguen el centro este (Guerrero: 32% y Estado México: 20%) y el sureste (Chiapas: 47.6%). Respecto al tiempo de permanencia de los migrantes en Tijuana, se encontró que la mayoría (61.6%) viven en la ciudad hace más de 16 años y 29.1% están en la ciudad desde hace menos de 10 años, mismos que corresponden a los seleccionados como muestra para las entrevistas biográficas. En cuanto a la edad de la migración, se identificó que la mayoría de las personas encuestadas migraron antes de cumplir 25 años (60.5%), y lo hicieron principalmente por motivos económicos (43.6%) y de familia (40.1%). Sólo dos personas reportaron haber migrado con la intención de cruzar a Estado Unidos. Finalmente, 19.8% personas migraron solas y 80.2% lo hicieron acompañados de familiares principalmente.

Tabla 3. Historia de Salud Mental

Antecedentes de salud mental	Freq. (%)
Usuario previo de atención psicológica	89 (51.7)
Considero buscar atención psicológica pero no lo hizo	43 (25)
Motivos previos de consulta psicológica	
• Depresión	35 (39.3)
• Ansiedad	24 (27.0)
• Problemas de pareja	17 (19.1)
• Problemas de adicción	3 (3.4)
• Problemas de conducta en la infancia	3 (3.4)
• Esquizofrenia	2 (2.2)
• Otros	5 (5.6)
Participación en grupos de apoyo previos	50 (29.1)

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta aplicada a usuarios de servicio de psicología en Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Hospital General de Tijuana.

En la tabla 3 se muestran los resultados de la historia de salud mental reportada por los migrantes usuarios de servicios de atención psicológica en Tijuana. Se encontró que aproximadamente, la mitad de las personas que consultan actualmente, ya habían ido al psicólogo previamente y 25% lo habían considerado. Asimismo, depresión y ansiedad fueron los motivos más frecuentes (39.3% y 27%, respectivamente) por los que habían consultado previamente, seguidos de

problemas de pareja (19.1%). Se identificó también que cerca de una tercera parte de las personas reportaron haber participado en algún grupo de apoyo, siendo los grupos religiosos los más frecuentados (26%), seguidos de alcohólicos anónimos (9%).

Tabla 4. Diagnósticos psicológicos actuales

Diagnósticos	Freq (%)
Trastorno por depresión	88 (51.2)
Trastorno de ansiedad	58 (33.7)
Trastorno psicótico	8 (4.7)
Dependencia a sustancias	3 (1.7)
Estrés postraumático	4 (2.3)
Trastorno límite de la personalidad	2 (1.2)
Insomnio	2 (1.2)
Fobia	1 (0.6)
Hipocondría	1 (0.6)
Autismo	1 (0.6)
Trastorno de conversión	1 (0.6)
Amnesia	1 (0.6)
Otros	2 (1.2)

Fuente: Elaboración propia, con base en la encuesta aplicada a usuarios de servicio de psicología en Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Hospital General de Tijuana.

Finalmente, en la tabla 4 se presentan los diversos diagnósticos que han recibido los pacientes en los servicios de atención psicológica en Tijuana. Como puede observarse, existe una variedad amplia de diagnósticos, siendo los trastornos por depresión (51.2%) y ansiedad (33.7%) los más frecuentes.

6.2 Fase 2

6.2.1 Introducción

La complejidad de significados que un sujeto y una sociedad atribuyen a un acto, se vuelven mayormente comprensibles cuando se integran diferentes perspectivas para su estudio. Esto no es distinto cuando se busca comprender fenómenos como el migratorio. Desde un enfoque psicoanalítico y social, se entiende que la formación de vínculos e ideales en los individuos, sólo pueden ser comprendidos en el contexto de sus relaciones más amplias. Derivado de esto

se podría afirmar que, los estudios psicoanalíticos, se vuelven sociales cuando son conscientes de que analizan relaciones humanas recíprocas, relaciones que se influyen e interdeterminan, comprendiendo que toda esa estructura determina anticipadamente el destino de los individuos (Caruso, 1979).

En este apartado, se presenta el resultado de un análisis mediante el cual, se rastrearon diferentes significados de un pasado biográfico en conexión con experiencias migratorias. Es importante destacar que estas conexiones presentaron un importante sentido durante el proceso de interpretación, pero no para los sujetos o por lo menos, esto no fue mencionado como tal durante las entrevistas. Se trata de un análisis que conectó fantasías, deseos y experiencias que han tenido lugar en la mente de los entrevistados desde años atrás, pero que, de manera atemporal, se hacen presentes en sus motivos de manera silenciosa o sin plena consciencia para ellos.

Para el ejercicio de interpretación, se partió de la postura de Ricoeur (1969), quien considera que lo inconsciente es cognoscible solamente a través de los “representantes-representativos” de la pulsión, mismos que son del orden del significado, por lo tanto, coincidentes con el ámbito del habla. Este estudio asume que lo que se encuentra en los discursos de los sujetos, o más bien, se interpreta de ellos, son propiamente derivados del inconsciente y no el inconsciente en sí. Por lo tanto, la labor del investigador como intérprete y partícipe en los encuentros con los sujetos, tiene un papel vital en el planteamiento de los resultados. Se considera así, ya que éstos funcionamientos inconscientes como tales, no existen de manera física o material, pero sí a partir de un discernimiento a manera de interpretación. Son el producto de una hermenéutica que les descifra a partir de la dinámica entre dos sujetos, uno que expone, y el otro que analiza a partir de un ejercicio de sospecha. Por lo tanto, lo inconsciente en esta investigación es el resultado de una interpretación que le vuelve real, similar a la realidad de los objetos físicos, cuya condición es relativa al conjunto de operaciones científicas que los constituye y les atribuye características. Esto, finalmente, tiene coincidencia importante con el postulado de “descripción densa” de Geertz (1979), entendiendo el ejercicio de análisis a partir del uso de un lente específico, en este caso, el psicoanalítico, mismo que permitió analizar un fragmento de la realidad migratoria y aproximarse a él, todo esto, desde sus posibilidades de comprensión.

Derivado de lo anterior, se entiende que las experiencias de los sujetos entrevistados están ligadas a un tiempo y a un espacio que les construyó a nivel mental. En consecuencia, la comprensión de esos elementos psicosociales y constructores de la mente, es clave para acercarse a un saber respecto a los motivos que les llevaron a migrar, pero a su vez, para comprender la manera en que se fue gestando lo que en años posteriores derivó en una enfermedad mental. Por lo tanto y a partir del análisis de esta variable, se presenta un acercamiento tanto a las motivaciones de la migración en un sentido psicosocial, como también, al funcionamiento mental que ha derivado en psicopatología.

Es importante puntualizar que, en el siguiente y primer apartado, la variable migración no presentará un rol protagónico, sin embargo, será notable a partir de otros elementos. En esta primera variable, es decir, la correspondiente a la construcción psicosocial de la mente, están contenidas todas las explicaciones tocantes a experiencias vividas durante los primeros años de vida, ligadas tanto a personas, a deseos y a fantasías en el lugar de origen. En algunos casos, esta complejidad mostrará ligeramente a la migración, es decir, a través de algunos esbozos sobre sus primeras aproximaciones al fenómeno, pero esto será, a partir de las experiencias de otros familiares, o también, por experiencias propias de separación en cuanto a vínculos significativos. Esto último resulta relevante pues, aunque ellos no le llamen textualmente como migración, se encontró que tienen una importante relación con la manera, momento y condiciones en las que migran, pero a diferentes escalas. En esta investigación, se les llamará cómo *gérmenes de la migración* a todos aquellos elementos relacionados con experiencias de separación y cercanía durante los primeros años del desarrollo, tanto de personas como de lugares, por muy cortos o extensos en cuanto a desplazamientos físicos que estos hayan sido. El concepto de germen, se entiende como el esbozo que da principio u origen al desarrollo de algo, en este caso, la migración. No debiera asumírsele en su carácter patológico, aunque a su vez, se le analizará en relación a los orígenes de sus diagnósticos, pero se insiste, no se reduce a ellos ni tiene un carácter patologizante.

Lo que interesa para éste análisis es la distancia que interna o mentalmente significó para ellos las experiencias mencionadas, distancia que no necesariamente coincidirá con la objetiva o real. Se considera que, al retomar estas vivencias, es posible aproximarse a la comprensión de las

motivaciones de aquello que, en años posteriores, será la migración. Esto se analizará a detalle en el apartado correspondiente. De manera puntual, en este primer apartado se buscará comprender la importancia que tienen los factores que construyen la mente en relación con el ambiente y los sujetos que en él aparecen, mismos que directamente tuvieron un impacto en sus migraciones y en su funcionamiento mental. Para una aproximación más cercana hacia los sujetos entrevistados, a continuación, se desarrollan brevemente una serie de viñetas biográficas. Se confía en que, a través de ellas, el lector podrá tener un acercamiento más humano a los casos, evitando así, el tomarlos como simples datos de una investigación. Para una revisión de ese tipo, se sugiere remitirse a los cuadros desarrollados en el apartado metodológico, donde se organiza la información de los entrevistados de manera esquemática.

6.2.2 Los entrevistados

Esmeralda

Con un diagnóstico de depresión asociada al rompimiento de su matrimonio, y rasgos de celotipia, Esmeralda llega a una entrevista sobre migración que le fue anunciada por su psicóloga. La entrevista le invita a replantear su historia según sus movimientos, sus viajes, sus migraciones. Radica en Tijuana desde hace tres años. Para Esmeralda, de 39 años y originaria de Sinaloa, los malestares de su vida no tienen ninguna relación con las migraciones pues, para ella, los errores que le llevaron al peor momento mental de su vida y en actual recuperación, están fundados en fallas que tiene su mente, en malas decisiones, en errores de apreciación de la realidad y en terribles manejos de sus emociones. Todos estos sucesos, Esmeralda los cuenta con un tono que oscila entre la vergüenza y la resignación. Todos ellos, a su vez, le llevan a una sola persona, su ahora ex-esposo.

Esmeralda destaca por una mirada profunda. Se identifica congruencia entre su edad cronológica y aparente, quizás parezca un poco más joven. Entre su complexión gruesa, sin llegar al sobrepeso, su estatura mediana y su tez morena, llama la atención su ropa relajada y floja, lo que podría acercarse a un estilo “gitano”. A los pocos minutos, resulta claro que esa vestimenta está asociada, además de su identidad femenina, a una actividad que realiza, y que, por cierto, parece ser la única relacionada con algún tipo de placer, el baile. Para Esmeralda y para su edad,

el talento se le atrofió como una flor en riesgo de marchite. Es algo que descuidó con el paso del tiempo y que, por olvidarlo, por dejar de ponerle atención, nunca volvió a recuperar. Para ella, sus mejores años y promesas de trascendencia en el baile han pasado y los perdió a temprana edad, poco después de la sorpresa del talento, cuando los celos que tanto la han acompañado en su vida, hicieron sus primeras y avasalladoras apariciones. En esos años adolescentes, Esmeralda optó por alejarse de sus clases de baile cuando consideró que había perdido un privilegio. Cuando sintió que había dejado de ser la consentida y la más talentosa para su maestra de baile, cuando sintió que había sido destronada por una nueva compañera. Con la valía lastimada, Esmeralda se despidió del baile en la adolescencia para reencontrarse con él en la adultez, cuando le retomó como a una vieja amiga con la que desahoga los golpes de la vida, y que, en sus condiciones, prometen acompañarse.

Por largos años, Esmeralda se ha comparado constantemente con otras mujeres. Son comparaciones en las que, desafortunadamente, suele perder. Esos momentos, han lastimado su valía, pero también, le han llevado a perder a personas importantes, inclusive y en sus palabras, a su matrimonio. Esmeralda se asume como la única culpable y merecedora de la lejanía del hombre con el que aun añora estar. Lo vive como una especie de castigo o sentencia.

La muerte no esperó muchos años para hacerse presente en la vida de Esmeralda, cuando su padre murió asesinado. Era un padre amoroso con oficio de taxista que recuerda con mucho amor, y para quien ella, era la más especial. Esmeralda no desea profundizar en ese hecho durante la entrevista, aun le lastima y confunde. Ella recuerda que, a los meses de esa muerte, se festejaron sus cuatro años, en una fiesta con piñatas pero que estuvo teñida con el negro de la pena y el dolor. Negro en la tristeza y en el vestido de su madre quien, a fuerza de promesa, continuó con la fiesta y con su vida en ausencia de un esposo ya muerto, uno que ningún hombre pudo sustituir. Para Esmeralda, este fue el primer golpe fulminante que le propinó la existencia y que le llevó, quizás por petición de su fallecido padre, o por algo que ella no logra entender, a ser la hija más consentida de la familia, siendo la menor, y siendo la más protegida (rígidamente) por sus hermanos que en automático y en conjunto, pasaron a llenar el vacío del padre. Todo esto, lo hicieron en acuerdo con su madre, quien pasó a ocupar un rol de trabajadora. Eficiente

para mantenerlos económicamente, pero distante en cuanto al cariño. Quizás la pena nunca le abandonó a ella tampoco.

Esmeralda recuerda su adolescencia como de muchos cuidados, pero a su vez, como siendo miembro de una sociedad en Sinaloa que, para las mujeres, tenía deparado solamente el cargar con la sensación de ser la mejor, la más “buenona” y tener muchas pertenencias. Para Esmeralda, esta era una realidad ineludible y a la cual, se había integrado sin ningún conflicto, cuando se asumía como la más hermosa. Ya en esos momentos y con el fantasma de las pérdidas, se sabía celosa con sus amigas. Siempre sucedía por la presencia de alguna otra mujer, similar a la situación con el baile. Por la presencia de alguien más que terminaba (de manera real o fantaseada) quitándole su posición de privilegios. Quizás y en su caso, el apego entendido como una permanencia rígida, es una condición necesaria y con un origen añejo. Se rastrea desde sus primeros años, momentos en que no podía dar un paso sin ser cuidada por sus hermanos. Sin embargo, y en sus reflexiones, todos estos cuidados por parte de otras personas no siempre fueron posibles. Fue muy complicado mantenerlos en la adultez, lo cual tuvo que ver con que algunas personas importantes para ella, desearan dejarla, rindiéndose al no poder entregarle el añorado privilegio y pedestal al que estaba acostumbrada, el que siempre exigía o que siempre añoró.

La migración para Esmeralda, es una palabra o fenómeno que la entrevista le plantea, pero que, por concepto, ella no asocia a su persona. El dejar Sinaloa es algo que ella conoció bastante en su niñez y adolescencia pues era constante que su familia viajara con otros familiares para Tijuana. Esta ciudad era una que no le agradaba mucho y, por lo tanto, la asociaba en alguna medida con la migración, o más bien, con un lugar al que llegan y viven muchas personas de Sinaloa y que, por lo tanto, son ciudades muy parecidas. Para Esmeralda, el dejar Sinaloa nunca fue una opción ni un deseo, por lo menos no conscientemente ni a nivel de propósito. Pero su vida le planteó una coyuntura que tuvo el apellido de migración. El deseo de migrar estuvo muy presente en su gran amor de adolescencia, el cual conoció en la escuela y con quién terminó casándose. Para él, la superación académica y profesional estaba fuera de Sinaloa. El deseo de migrar, de dejar ese lugar estuvo claro para él y planteaba que, si su relación continuaba,

Esmeralda tendría que dejar la tierra que nunca imaginó dejar. Y así fue como dejaron Sinaloa para continuar su vida en el entonces Distrito Federal.

Para Esmeralda, la vida en el Distrito Federal se prometía de felicidad con su esposo, un espacio únicamente para ellos. Pero el fantasma de la celotipia, como ella lo llama, apareció con más fuerza que nunca. Tras la primera migración, ella se confundió en una enorme ciudad que no era la suya, donde las mujeres no buscaban ser la más bonita, ni los hombres tener las camionetas más grandes, ni tener los tremendos relojes que tonifican el ego. Era una tierra ajena donde su maravillosa manera de ser mujer, no surtía el mismo efecto. De manera trágica, Esmeralda se dio cuenta que no era la más hermosa y para su pena, que su esposo podía dirigir la atención a otras mujeres. “Dejé de poner atención en mí, dejé de arreglarme, me convertí en un macho”, argumenta para explicar la dolorosa manera en que su identidad fue sacudida en ese lugar. Con los celos encima de ella y con el constante temor de ser nuevamente sustituida, Esmeralda le exigió a su marido la lejanía de personas, la exclusividad, la mirada sólo para ella. Con el tiempo, se acercó a servicios de salud mental en psicoterapia en esa ciudad, sin embargo, poco le ayudaron y el fantasma que golpeaba su relación, seguía amenazando con derrumbarla. Con los años, la relación no soportó el exceso de golpes y la falta de cuidados, por lo que una beca, una nueva migración, se volvió el pretexto perfecto para que el marido volviera a volar, pero de manera definitiva y lejos de ella en esta ocasión. Tras la separación y solicitud de divorcio, Esmeralda no encontró fuerzas, ni posibilidades, ni redes, ni economía para mantenerse en el Distrito Federal. Es posible pensar que el terruño se volvería el lugar de regreso, pero no fue así para ella, quien a esas alturas despreciaba a Sinaloa, lugar que consideraba como una tierra a la que nunca volvería, donde la gente vive en una ilusión de superioridad. Además, sus seres, sus redes, sus sostenes, se encontraban en Tijuana, madre y hermana, por lo que el nuevo lugar de destino pasó a ser la frontera. El nuevo lugar en el cual, para ser acompañada o cuidada, se le exigía una nueva migración.

Tijuana, la segunda migración, recibió a Esmeralda golpeada en su interior, con la añoranza de volver con su ex-esposo, con la sensación de haber repartido sus ganas de vivir y sus ánimos, en el pasado y en otros lugares. Tijuana se volvió una tierra de pena en la que sus familiares, su hermana en específico, pasaron a ocupar el lugar de cuidado y le llevaron a atención en salud

mental. Para Esmeralda, este es un momento clave pues es a través de los especialistas en psiquiatría que ha encontrado un nombre para su padecimiento, ¡depresión y celotipia! Para ella, el poder nombrar lo que intensa y confusamente golpea su ánimo y su mente, le viene a explicar quién es, es una pieza importante y faltante en un rompecabezas que solo le había llevado al sufrimiento. El medicamento, en su caso, vino a inyectarle nueva vida y a ajustar lo que los viajes, los lugares, el tiempo y las pérdidas avasallaron. En Tijuana y tras la atención psicológica, Esmeralda recuerda que la danza vigoriza su deseo de vivir. Ahora es profesora de baile. Le retoma aún con la nostalgia de los buenos años y con la añoranza de un esposo que le acompañe.

La atención psicoterapéutica, a diferencia de la medicación, cae en otro plano para ella. Es un espacio donde puede recibir consejos o tomar ciertas propuestas para manejarse, pero que termina quedando en segundo plano si se le compara con la receta, de la cual, está muy agradecida. El medicamento ha sido una ruta directa que no le ha exigido ni cambios ni dolor. Ella es consciente de ello, por eso acepta el tratamiento que lleva. En cuestión de atención en psicoterapia de grupo, Esmeralda es clara, no le agrada. La considera como una posibilidad desgastante, que le obliga a escuchar a otras personas y, sobre todo, a confiar en ellas. Esa es una posibilidad que no está dispuesta a dejar a la ligera. Este elemento de desconfianza le distingue. Es claro que está presente en sus fantasías de terapia de grupo, y también, es evidente en la misma entrevista sobre migración. Para Esmeralda, es esencial conocer lo que se hará con su información y el propósito de la entrevista. Necesita saber detalles sobre el supuesto aporte al conocimiento a través de su historia. La explicación le tranquiliza y, aunque con cierto tono de confianza reservada, acepta el compartir su información, pero siempre, con cautela.

Esmeralda insiste en la debilidad del estudio, “la migración no tiene nada que ver con mi enfermedad”, afirma. La migración para Esmeralda, no es sinónimo de enfermedad mental, ni tiene relación alguna con su malestar e historia. El choque cultural en el Distrito Federal, el desencanto con su cultura sinaloense, su negativa a regresar al terruño, y el entender a Tijuana como una tierra limitante, así como el seguir a personas que para ella son importantes y le cuidan, entre otras cosas, no tiene mucha relevancia ni explican su malestar. Son eventos de vida que, para ella, no tienen un impacto determinante en su personalidad, pero, sobre todo, en

su salud mental, aun cuando, sin mencionar la palabra y en cada entrevista, se disponía a hablar de ella como viajera, con apellido de migración.

Víctor

La atención en salud mental es lo más valioso que Víctor tiene en Tijuana. Aunque es una ciudad que no sabe administrar bien su dinero, resulta menos ignorante y negligente que Zamora en cuanto a lo que pasa con su mente. Llega puntual al IPEBC, se muestra entusiasmo. En general, lo que esté relacionado con la institución y su atención, es muy importante para él. Poco antes de acudir a la entrevista, recibió una consulta de seguimiento por parte de su psiquiatra. Ya en el encuentro, se muestra atento a las instrucciones que su psicoterapeuta le indica frente al investigador. Algunas tienen que ver con su estado mental, otras, con el estudio sobre migración en el que está a punto de participar. Radica en Tijuana desde hace cinco años. Su edad y apariencia son engañosos, pues a sus 31 años bien podrían pasar por 25. Su estatura es mediana, aunque por momentos, aparenta pequeñez. Eso se explica por las posturas encorvadas que toma. Su tez blanca y su complexión delgada, son cubiertas por una vestimenta casual que muestra cierto desgaste. Le acompaña una mochila de la que nunca se despega. La sostiene durante toda la entrevista. Por momentos, sonrío y presta atención a las indicaciones y preguntas del investigador, posteriormente, demuestra seriedad y seguridad en su historia. Él fluye.

Lugar y atención en salud mental, son sinónimos para Víctor. Su primer diagnóstico no vino de Zamora, sino de Guadalajara, pues tras presentar diferentes síntomas gastrointestinales, le fue diagnosticada depresión, una depresión que le abrió el acceso al mundo de la salud mental. En los inicios, la atención osciló entre dos lugares, Jalisco y Michoacán. De esa oscilación no quedan buenos recuerdos, pues a veces, un estado lo rechazaba por no ser nativo, y por su parte, el estado de origen le planteaba muchos obstáculos para la atención. Si se compara con ese antecedente, se comprenderá porque Tijuana vino a convertirse en un oasis en medio de un desértico sistema de salud. Un sistema que muy pocas veces brinda la atención adecuada cuando de la mente se trata.

Víctor fluye con la plática, no tiene límites para hablar de él mismo ni de su historia, le agrada ser escuchado. Pero esto no necesariamente es conveniente, pues en su caso, es sumamente

peligroso. La entrevista representa un riesgo importante, porque, si bien es grato abrir ese baúl de recuerdos y emociones añejas, se vuelve también en un delicado reto, un posible retroceso para su capacidad de estoico autocontrol. Le sorprende su apertura en la entrevista, pero a su vez, le asusta, se vuelve cauteloso. Esta es de las pocas veces que ha abierto su historia pues, la fortaleza de su hermetismo y ocultación del dolor, han sido rasgos que ha mantenido con orgullo durante toda su vida, y así le gusta continuar. En términos de atención en salud mental, esto es muy importante ya que, para él, una atención es mejor mientras sea eficiente sin hurgar en el pasado y en el sentir. Entre más distancia haya de todo esto sin perder efectividad, es mejor para él. La razón y la fuerza que ha mantenido para controlar las emociones más dolorosas de su vida, es un logro que no pretende perder.

A manera de credenciales y como partida de póker, Víctor arroja los cinco diagnósticos que ha recibido en su trayectoria como enfermo mental. El de enfermo mental, es un calificativo que no le incomoda en lo más mínimo, por el contrario, le permite comprenderse y aceptar la identidad que desde niño ha trastocado su vida. El actual diagnóstico es de bipolaridad.

La migración como concepto no tiene mucho sentido para Víctor pues para él, no ha tenido relevancia en su vida y si habría que decir algo de ella, se podría vincular con su estancia en Tijuana, no más. Sin embargo, el alejarse de lugares y personas que lastiman, ha sido un hecho que a temprana edad tomó relevancia y que, en su pasado, le rescató de importantes amenazas.

Los primeros años de vida con su madre, padrastro y medios hermanos, han sido los peores de su existencia. Es un periodo que recuerda con mucha rabia y con mucho dolor, uno que fue pintarrajeado con golpes y con alcohol. Es un periodo que dejó marcas permanentes que el tiempo no ha podido borrar. Para Víctor, el alejarse de la violencia y la falta de amor que tenía ese ambiente, no está ligado con migración. Recuerda que una ocasión el padrastro lo golpeaba sin parar en la calle, pero esa vez fue distinta a las muchas otras veces que lo lastimó ya que, fue ahí, cuando hizo aparición su abuela para defenderlo y salvarlo. De ahí en adelante lo llevó a vivir con ella para protegerlo de ese ambiente. Después de eso, Víctor no volvió a vivir de manera permanente con su madre. Contaba con no más de 8 años. En la mente de Víctor, ese

rescate del peligro, ese rescate de la violencia, no se conecta con el motivo de estar en Tijuana, mismo que fue ocasionado por violencia y amenazas de muerte, otro atentado a su integridad.

La vida con su abuela no fue fácil, pues si bien le rescató en aquella ocasión de los golpes del padrastro y del desamor de la madre, le llevó a otro ambiente de violencia donde ella y sus tíos, lo corregían con golpes, señalándole constantemente que había algo mal en él, que no solamente era la falta de inteligencia, sino que había algo mal con sus emociones. Víctor podía ser golpeado en casi rituales por sus tíos quienes no aceptaban que la abuela volviera a hacerse cargo de otro niño. El mundo se volvía un lugar donde no cabía, donde la respuesta a sus males estaba en algo congénito, cuando se decía que había nacido con algo mal. No era una opción considerar que la violencia del día a día, que el hecho de ser lastimado continuamente en un lugar donde poco se le toleraba, y en donde sentía que estorbaba, tendría un impacto en su mente. En esos años, resultó más clara la distancia con su madre de quien tradujo una irremediable falta de amor para con él, un abandono “como perrito”, caso similar con el padre biológico, quien sólo lo hizo y se escapó, otro más que lo abandonó.

Sin embargo, el padre biológico, a pesar de no existir como presencia, existió como alguien en la mente de Víctor. Era quien estaba en otro lugar, que en Estados Unidos había hecho una vida sin él, era un sujeto migrante, aunque el concepto no significara nada. El padre se ligaba con muchos otros familiares que habían buscado suerte y logrado el éxito económico en el otro lado. Era un éxito que solo le marginaba y del que nunca obtuvo nada, a diferencia de los primos, hijos de esos familiares, quienes disfrutaban del dinero, no él. Víctor recuerda vivir con odio la memoria del padre biológico, sin embargo, cuando lo conoce en su adolescencia tras un encuentro organizado por su tía, no siente odio por él. Él le propone vivir en Estados Unidos, lo cual Víctor rechaza al considerar que no sería aceptado por sus hijos. El padre, por lo tanto, entre otros significados, tiene el de ser alguien que siempre se fue, alguien que está en algún lugar lejos de ahí, lejos de él, como todos.

La primera vez que Víctor dejó Zamora fue bajo la promesa de aventura, cuando su mejor amigo le invitó a Colima, lugar en el que vivió solo algunos meses ya que su amigo terminó por comprometerse con una mujer, volviendo difícil su estancia tanto en términos económicos como

por falta de motivos. Para ese entonces, él contaba con veintitantos años, para ese momento, su abuela había fallecido por lo que vivía con su tía, a quien recuerda con mucho cariño. Es su tía quien le ha mostrado más atención y amor en la vida, es con quien mantiene contacto actualmente a distancia y quien sería el único motivo para volver a Zamora.

El trabajo nunca fue problema para Víctor, pero sí lo era cuando irremediablemente lo tenía que mezclar con su enfermedad mental. Para él, los cambios en sus emociones son patológicamente inconvenientes y le han marcado en su vida. Son un peso que sólo es compensado con la fantasía de autocontrol. Víctor tenía 26 años cuando un incidente le obligó a abandonar Zamora y le trajo a una Tijuana en la que se mantiene y que no desea abandonar. Recuerda que el último día en Zamora pintaba normal en su trabajo, en la central camionera, lugar en el que se dedicaba recoger los boletos y a revisar a las personas que abordaban los autobuses. En esa ocasión, una persona en estado de ebriedad buscaba escabullirse en el transporte, situación que Víctor no podía permitir. Él recuerda insistir en que la persona no podía abordar el autobús, lo cual le llevó a un altercado en la central, situación embarazosa y peligrosa que llevó a que revelara datos personales y a su vez, recibiera una contundente amenaza de muerte ya que esta persona, alardeaba de ser parte del cártel y, por lo tanto, Víctor iba a pagar con su vida el no dejarlo abordar. A partir de ese momento y como cuenta regresiva, fue escoltado durante todo el día por la policía, aunque con la punzante idea de que esa persona conocía su identidad y domicilio, por lo que su presencia en esa región resultaba como una bomba de tiempo pues, en cualquier momento, podría cumplir su amenaza. Su precario equilibrio fue sacudido por una tormenta de violencia que, en una región de tierra caliente, no ha tenido remedio. Una realidad violenta y de muerte que puede trastocar a cualquier sujeto que se le cruce. Tras platicarlo con su tía y amistades, le recomiendan dejar abruptamente Zamora pues con la situación de violencia, esa amenaza no debía ser tomada a la ligera ya que podía llegar a cumplirse, no sería la primera ni última vez. En ese momento, Víctor recurrió a la persona que en su mente y en la realidad estaba resguardado en otro lugar. Le pidió apoyo al padre biológico para salir de esa región como él antes lo hizo. El padre le sugirió, de manera emergente, dirigirse a Tijuana, lugar donde vive un medio hermano de Víctor. Él le podría dar hospedaje. Y así fue. Víctor dejó abruptamente Zamora para llegar a una Tijuana que desde ese momento se ha vuelto su hogar. Al poco tiempo

y debido a “incompatibilidad de caracteres”, tuvo que dejar a su medio hermano y mantenerse en una ciudad que, al poco tiempo, comenzó a prestarle atención a lo que sucedía con su mente.

La atención en salud mental no era algo desconocido para él, puesto que antes había estado de aquí y allá, persiguiéndola entre Jalisco y Zamora. Ésta familiaridad le llevó a solicitar apoyo en cuanto presentó las primeras crisis de ansiedad en Tijuana. Primero recurrió al Hospital de Salud Mental de Tijuana, lugar donde recibió el primer tratamiento para después y a razón de firmas de convenios, ser canalizado al IPEBC, institución donde aún se atiende y donde con esmero y gratitud, acude a esta entrevista. La institución de salud mental para Víctor, no es intachable. Recuerda la manera en que su atención en Zamora estuvo condicionada a que pagara cantidades como de dos mil o tres mil pesos por un medicamento que no podía costearse, así como el tener que desplazarse entre ciudades, lo cual tenía un alto costo en cuanto a tiempo y dinero. Para Víctor, su estado mental se explica por el abandono de su madre, y su mejoría está asociada por los medicamentos que la ciudad de Tijuana, le ha podido suministrar sin dejarlo en la desatención, lo cual, sí hizo su tierra, la madre tierra. Ciudades, cuidados y abandonos se vuelven sinónimos en la mente de Víctor. Comenta que ahora, va integrando y superando sus crisis, todo ello, con apoyo de terapia psicológica, misma que le ha ayudado a tomar medidas de cuidado. El servicio psicológico, comenta, le ha enseñado a manejar su enfermedad, a saber, hasta dónde llevarla, en Tijuana, después de una Zamora que no podía proporcionarle sus terapias. Es que era un alto costo que nadie pagaba para él.

La migración para Víctor es estar en Tijuana, sin mucho antecedente, sin buscarle más. Es sólo eso, estar en una ciudad que es tolerante y que le atiende sus enfermedades mentales. Una ciudad en la que ha mejorado, donde no presenta tantas crisis, donde ya no necesita medicamento, que le ha explicado que su trastorno se debe a que su cerebro no produce los químicos que necesita. Víctor nunca hace mención de una atención en salud mental para migrantes, pero para él, Tijuana es una ciudad noble al dar buen servicio a gente que viene de ciudades limitadas, para personas que vienen de lugares que no gastan en enfermedades mentales. Allá, señala, la gente no es estúpida, más bien están enfermas, pero no lo ven así, las consideran como irremediables y, por lo tanto, no las atienden, no gastan dinero en ellas. La migración le acercó a Tijuana, a una ciudad que ha comprendido a las personas que sufren por enfermedades mentales que no

desean, que no las buscan, que no las pueden controlar, una ciudad donde la gente está mucho más educada respecto a lo que es una enfermedad mental. Las palabras de Víctor sacuden, su discurso de agradecimiento contrasta, transforma la crítica referida tanto por literatos como por académicos respecto a la ausencia de salud mental en Tijuana, lleva a la duda.

Joel

Con una timidez que denota curiosidad por el encuentro, Joel se muestra dispuesto durante la entrevista. Su psicólogo le acompaña y le recuerda el motivo de la reunión, “sus antecedentes en migración”. Joel cuenta con 26 años y poco menos de tres radicando en Tijuana. Aparenta mayor edad, 30 quizás. Se muestra complaciente, con voz baja y siempre sonriente, casi con galanteo, uno que, al parecer, fluye en automático. Su estatura es baja, su complexión gruesa y su tez morena. Llega con vestimenta relajada de tipo “pans”, playera, sudadera y tenis. Al momento de la entrevista, lleva consigo una carpeta donde tiene un registro organizado y completo tanto de las notas como de la información médica sobre los tratamientos que él y su amigo reciben. Su amigo, como siempre lo llama, se vuelve parte de su tarjeta de presentación. Comenta que vive con él y, además, que está encargado de su cuidado pues al presentar insuficiencia renal y necesitar de diálisis, él se ha convertido en la única persona que le cuida, motivo por el que se le podría tomar como desempleado, pero eso sí, muy ocupado. Es claro que ambos coinciden en la condición de padecimiento, aunque uno desde el plano médico y el otro, desde lo mental. Su diagnóstico es de ansiedad.

Para Joel, el pensar en migración le lleva a recordar su pasado, en el Valle de Mexicali. La migración, o la posibilidad de viajar, de salir de ahí, nunca fue un deseo ajeno a su consciencia, pues más bien, fue un anhelo que constantemente hizo ruido durante toda su vida en aquel lugar. Joel recuerda los primeros años de su vida como enriquecidos por el amor de su madre, pero también, con enormes carencias económicas, viviendo en una casa que no era de ellos, por ejemplo, donde seguido faltaban los servicios básicos, donde no se tenía certeza del alimento y donde sentía que nunca podría ser libre, libre de ser como él es. Para Joel, fue muy clara su identidad sexual desde temprana edad. El hecho de tener un gusto por los niños de su mismo sexo no fue un rasgo que le facilitara el sentirse parte de esos lugares, lugares donde no era tolerada la homosexualidad. Joel siempre se supo criticado por su preferencia sexual, lo recuerda

como algo que todos sabían, pero de lo que nadie hablaba, cuando nunca le decían porque lo trataban como lo trataban, cuando sólo sentía que lo hacían por considerarlo diferente.

Respecto al cuidado y paciencia de su madre, recuerda que éste no siempre estuvo libre de conflictos, por el contrario. Cuenta que, por momentos, resultaban contraproducentes ya que provocaban maltratos y corajes por parte de su padrastro y de sus medios hermanos, quienes siempre lo señalaban y envidiaban por ser el consentido de la madre. Entre los 12 y 15 años, Joel recuerda la separación de su madre y su padrastro. Lo recuerda como un hecho que vino a aligerar su vida, pero que no eliminó su temor a crecer. La posibilidad de trabajar, de afrontar la adultez en ambientes carentes y, tan cercanos al sufrimiento, era algo que constantemente se mezclaba en sus fantasías. Por un lado, tenía el deseo de otros lugares donde no existiera esa adversidad, pero, por otro lado, la realidad cotidiana era tajante, siempre dolorosa y difícilmente eludible, cargada de muchas carencias económicas.

Para Joel, la felicidad era una sensación que debía administrarse y mostrarse con cautela, pues siempre había personas tristes, personas golpeadas por la vida, personas que no toleraban su alegría. La migración como hecho, no como concepto, vuelve a aparecer en su memoria cuando recuerda momentos de regaños, momentos en que, frente a lo adverso, fantaseaba con escaparse e ir con sus tías. Ellas habían huido con éxito de aquel lugar y, aunque no tan lejos, habían logrado una vida mejor. Joel fantaseaba continuamente con poder estar junto a ellas, aunque nunca pudo llevarlo a la realidad.

Si bien, la migración que tenía como destino a San Luis Rio Colorado y a las lejanas tías no fue posible en los primeros años, si resultó materializada en la adolescencia y con una promesa de amor. Cuando a Joel se le cuestiona sobre los motivos de sus migraciones, él no duda en responder, ¡han sido por amor! La primera migración es recordada con ambivalencia pues, por un lado, considera que fue una buena decisión haber dejado el Valle de Mexicali y con él, a todas las carencias que tenía. Por otro lado, comenta que le trajo mucho dolor, pues, de no haber salido de ahí, no existirían sus padecimientos mentales ni el sufrimiento que le trajo su primera relación de noviazgo. Joel tenía 18 años cuando dejó por primera vez un lugar, cuando migró. En ese momento, señala con cierta pena, nunca le mencionó a su madre y a sus seres queridos

que migraba por amor, por una relación, más bien, dijo que lo hacía por trabajo, para superarse. Su homosexualidad ha sido un tema que debe manejar con mucho cuidado. Ha estado asociado con intolerancia, con críticas y con rechazos, los cuales, le han acompañado toda su vida, sobre todo, en el Valle de Mexicali.

El viaje del Valle hacia la ciudad de Mexicali, aunque corto geográficamente, lo vivía como monumental. Se prometía como el gran cambio de su vida, sin embargo, no fue así, o por lo menos, no para bien. Fue uno que despertó una parte desconocida de él mismo. Cuenta que por primera vez experimentó inseguridad en su capacidad para retener a una pareja, misma que estuvo emparejada con celos y con golpes. El episodio del noviazgo, es uno que le avergüenza y desea evitar durante la entrevista, sugiere cambiar de tema. Mejor hablar de Tijuana y su llegada.

Tijuana viene a presentarse a Joel, como una segunda posibilidad, como la ciudad donde podría conectarse de manera más sana con alguien y que a su vez, le garantizaría estar lejos del ex-novio de Mexicali, olvidando todo el daño que se hicieron. Sin embargo, el sueño de Tijuana no ha podido llevarse completamente a la realidad. Lo único posible, ha sido la distancia con el ex-novio. En Tijuana, ha fracasado también el segundo intento de relación, no obstante, recuerda con agrado que esa experiencia le llevó a conocer a su actual amigo, con quien mantiene una relación en la que ha redescubierto una capacidad de cuidado que sólo conocía por sus hermanos. Cuando Joel explica la dinámica con su amigo, recuerda cómo le eran encargados sus hermanos y lo bien que lo hacía. Cuidar no es una actividad novedosa, amar y tolerar con estabilidad a alguien y viceversa, es otro tema para Joel.

Los desequilibrios mentales hacen su aparición nuevamente en Tijuana lugar en el que, por sugerencia de su amigo, recibe atención y mantiene un sensible equilibrio en salud mental. Se lo atribuye al buen servicio que ha recibido en el IPEBC. Pero, la migración a Tijuana, no sólo le ha traído una segunda decepción amorosa, sino también, un golpe a su narcisismo en un sentido académico. Cuando comenta esto, hace referencia a un fracaso escolar que vivió en la universidad al estudiar contaduría. Es un episodio lleno de disgusto y vergüenza. Joel fantaseaba que, al salir del Valle de Mexicali, podría estudiar y desarrollarse profesionalmente en otros

lugares. Era un deseo que, como antorcha en la lejanía, lo atraía. Prometía cumplirse en Tijuana. Recuerda con desazón una clase donde las exigencias académicas le rebasaron, momento en que señala, se acobardó, abandonando los estudios con la fantasía de que podría retomarlos después, pero en otra región. Esa nueva región, vino a sustituir a Tijuana en el plano de la fantasía, y se ha convertido en la nueva tierra prometida, Ensenada.

Para Joel, la migración ha impactado de manera importante su salud mental. Comenta que cuando alguien presenta síntomas de enfermedad en una tierra donde se encuentra sólo y lejos de su familia, todo se vuelve terrible, eso lleva a que la persona sufra mucho. Se refiere a su condición de migrante, aunque nunca utiliza el concepto. Cuando se le cuestiona sobre si él se considera candidato para un servicio de atención psicológica para migrantes, muestra una negativa. Para Joel, sus problemas en salud mental no han surgido por el hecho de haber migrado. La migración ha sido impactante, sin duda los ha complicado, pero la raíz no está ahí. Le resulta más claro cuando recuerda todas las locuras y lo doloroso que resultó el periodo con el ex-novio de Mexicali. Joel transmite sensibilidad respecto a la experiencia migratoria, pero asume que dicha condición, únicamente agrava algo que está relacionado con personas, no con lugares.

La migración, en opinión de él, sólo sacude cosas que las personas ya llevan con ellas, malestares que no son provocados por la migración. Joel sacude con esas afirmaciones. Lleva a cuestionar algunas reflexiones que han surgido en los estudios de migración. ¿Es o no la migración la que sacude mentalmente? Joel dice que sí, pero no tanto. Sin duda, su experiencia sugiere no entender a la migración y la salud mental, como directamente relacionables, sino como el producto de una compleja red de situaciones.

Joel no pierde oportunidad para mostrarse agradecido con la atención que recibe en el IPEBC. Es una ayuda que, hasta ese momento, le ha llevado a encontrar cierto equilibrio, así como a cuestionarse sobre su proyecto de vida, sobre lo que desea y hacia donde está dirigiendo sus esfuerzos. Respecto a la atención en psicología, comenta que estos temas de su historia, ya han sido considerados ligeramente con su psicólogo, cuando abordó su historia de vida. Sin embargo, no han sido el punto central de atención. Finalmente, Joel asegura sentirse cada vez

mejor. Señala que las crisis de ansiedad se han ido y que, por esto, continúa asistiendo y recibiendo con gusto toda esa atención. Él, sin conflicto, se asume como migrante, pero no desde el concepto, sino desde los hechos. Se vive cumpliendo un anhelo que desde niño estuvo presente.

Juan

¿Cómo describir su éxtasis? Cada que Juan veía a esas mujeres inundadas de placer a través de la pantalla, no dudaba de su vigorosa capacidad. Se creía único cuando sentía que el pacto con el diablo corría por sus venas, cuando se convertía en un súper hombre, cuando sin medida las llenaba de goce, cuando el aparato de televisión no era aparato, sino su realidad. En esos días, la vida estaba empapada de delicia, ¡tanto placer! Eran días en que todo aquello compensaba un pasado, un pasado donde la excitación quedaba como una hormiga frente al gigantesco miedo a su padre, ahora muerto. A veces, Juan deambulaba por las calles, resignado a no haber triunfado en Tijuana, exponiéndose al rechazo ¡hasta de los perros!, que en su idioma lo rechazaban, cuando le decían ¡lárgate! (gua-gua-te). Bajo el cuidado de su abuela y una tía, los días podían llegar sin comida, sin el cuidado que él necesitaba, sólo con destellos de goce por algunos momentos. Pero es que Juan nunca quiso salir de Oaxaca, la migración no era para él. Su destino ya había sido trazado hacía muchos años. Sería chalán de albañil, luego albañil, tendría una familia y listo, la vida estaba resulta. La migración sólo era posible para algunos que se arriesgaban y les iba bien. No para él.

Juan se presenta a la entrevista acompañado de su psicoterapeuta. El especialista muestra cuidado hacia él, un cariño profesional. Su diagnóstico actual es de depresión, antes, fue de esquizofrenia. Cuenta con 26 años, mismos que son congruentes con su apariencia. Sus rasgos son francamente indígenas. Estatura baja, tez morena intensa y una complexión gruesa. Su vestimenta es un poco descuidada y desgastada. Se muestra casi temeroso, cauteloso y atento a las instrucciones. Tan cauteloso que, por momentos, hay que revisar doblemente las indicaciones y las preguntas.

Respecto a la migración, comenta que antes lo intentó en Tijuana, pero brevemente. Después regresó a Oaxaca y desde hace tres años, volvió de manera definitiva. Sus padres se habían

separado cuando él tenía 15 años. Juan lo recuerda como un golpe terrible pues siempre anheló tener una familia completa de por vida. Sucedió que su madre no pudo tolerar el exceso de golpizas y la escasez de amor. Tijuana se volvió la opción para ella, una ciudad donde algunos familiares la aguardaban y donde podría redefinir su vida. Juan recuerda las golpizas que su padre le propinaba también a él cuando perdía los borregos, pero las recuerda justificadas y se atribuye a él mismo cierta torpeza que lo hacía merecedor de las tundas. Por el cariño al padre, y por muchas cosas más, Juan decidió no migrar a Tijuana junto a su madre, decidió acompañar a su padre unos años más en San Juan Guelavia, Oaxaca. Pero las dificultades y la insistencia de la madre rendirían frutos y Juan aceptaría venir un tiempo a Tijuana. Esa fue la primera vez. Pero la tragedia lo regresó al terruño ante la muerte de su padre, quien había intentado recuperar a su familia sin éxito. Juan regresó a aquel pueblo rústico con tintes de la conquista, para pasar la pena de su padre sin buscar migrar de nuevo. Por lo menos, hasta que su madre lo reclamara.

Las alucinaciones y el deambular por las calles en una región que no entendía lo que le pasaba, fue frustrante. Se refiere a un pueblo que todo lo atribuía a dios y que le privaba hasta de la comida. Esto llevó a que Juan experimentara nuevamente la migración. Su madre no pudo con la idea de tener a un hijo lejos al que le fallaba su mente y que, además, estaba muy descuidado en aquel lugar. Desde entonces, Juan recuerda esas alucinaciones con sonrisa, como algo absurdo, como algo que lo llevó a vivir momentos horribles, pero que, a través de la risa, se vuelven digeribles.

Para Juan, la migración nunca fue una opción. Cuando cuidaba borregos, cuando los perdía, cuando su padre lo golpeaba, cuando sabía que sus amigos se iban, cuando escuchaba las llamadas por teléfono que tenía su mamá con sus tíos en Tijuana, en todos esos momentos, Juan se arraigaba con más fuerza a San Juan Guelavia. Para él, quienes migran, son personas que se arriesgan porque tienen la capacidad. En su mermada autoimagen, esa no era una opción para él, nunca. Ahora y a la distancia, Juan acepta y disfruta estar en Tijuana, una ciudad que, para él, es de migrantes y no los discrimina. Es un lugar donde la gente es muy seria, pero que, a su vez, lo han podido atender. Es una ciudad que le ha rescatado de todas aquellas alucinaciones que, ahora entiende, no eran de dios. Su grupo cristiano lo acompaña y le asegura que dios no hace eso. Para Juan eso es cierto, y en todo caso sería el diablo, pero ahora ya está mejor y así

quiere continuar. Con su trabajo de algunos días en el sobreruedas apoyando a su madre, Juan fantasea con la posibilidad de estudiar y tener algo de dinero en Tijuana, algo que San Juan Guelavia nunca le podría ofrecer.

Cuando recuerda su pueblo, se le cruzan muchas cosas por la mente, los santos, las tradiciones, las ruinas, los golpes, su hermano hermafrodita, la muerte, etc. Juan vive con culpa el haber rechazado a su hermano por su sexo. Él asegura que fue consecuencia de un mal diagnóstico y de una sociedad llena de tabús. Juan recuerda a su hermano constantemente rechazado y sufriendo por una confusión respecto a su identidad, ¿era hombre o era mujer? Ahora ya todo es más claro, pero eso no diluye su culpa. Es una culpa mezclada con el tema de la sexualidad, el que tanto apareció en aquellas vigorosas alucinaciones. San Juan Guelavia quizás, pudiera ser sinónimo de intensidad para Juan. Tocándose una cicatriz en su frente relata la manera en que sus padres discutían, la manera en que su padre golpeaba a su madre y casi siempre, por el tema de los celos. Cuenta que en una ocasión y casi por su culpa, la madre recibió una golpiza que puso en riesgo su vida. Juan era un bebé, pero le han contado que, en esa ocasión, su padre dudaba de su legitimidad porque tenía el cabello rubio. En ese entonces, era común que la familia de su padre se burlara diciéndole que le habían “puesto el cuerno”. Cuando la madre, con Juan en brazos, recibió la golpiza, éste se le cayó y con el vidrio de una botella, se cortó la frente. Sólo así se detuvo aquella golpiza que recuerda cada vez que se mira al espejo, cuando pone atención a la cicatriz que, desde la piel, tiene resonancia interna.

Infidelidades, discusiones y muertes por pleitos, no son cuestiones ajenas en aquel lugar, son casi el pan de cada día, cuenta Juan. Sin duda, el turismo tiene que ver con que en San Juan Guelavia tiene aspectos admirables, vestigios arqueológicos, artesanía, la tradición y la lengua indígena. Pero ahora y a la distancia, eso sólo se desea de lejos. Será un lugar deseado para Juan únicamente cuando lo pueda cuidar, cuando no lo deje enfermarse de la mente y cuando le pueda dar algo de dinero para no sufrir.

Estela

Hay momentos en que uno ya no quiere vivir. Las pastillas, la posibilidad de una muerte que pueda dar paz, se vuelve intensa, seduce. Estela recuerda aquel día en que, dolorosamente, deseó

morir. Fue en Tijuana donde sintió que no podría soportar una muerte más. Su hermano había sido asesinado. Era el hermano que más la había cuidado y por quien, en varias ocasiones, había visitado Tijuana. Ahora, dejaba de acompañarla. Los medicamentos, los doctores, la terapia, fueron el rescate de una vida que olía nuevamente a muerte. Su diagnóstico actual es de depresión, antes fue de intento de suicidio y, en su juventud, el de episodio psicótico.

Estela recuerda con pena aquel episodio, aunque con la sensación de haber sufrido constantemente por cuestión de hombres. Son ellos los que han tenido efecto tanto en su felicidad como en su tristeza. Ahora, construye la posibilidad de una vida familiar con alguien que hace muchos años fue su amigo. Es alguien con quien se reencontró y que le ha traído a vivir nuevamente a Tijuana. Después de resignarse a pasar su vida como madre soltera, para Estela y ahora, se abre la posibilidad de reencontrarse con otro hombre, lejos de su tierra, cargando sólo con la esperanza.

El día de la entrevista, llega con varios minutos de anticipación. Cuando su psicoterapeuta le acerca al cubículo, se muestra atenta, coopera. Tiene 39 años, aunque aparenta unos cuantos menos. Desde hace dos años reside en la ciudad, pero no es la primera vez. Es que lleva algún tiempo que los distribuye entre Tijuana y Sinaloa. Se presenta aliñada, peinada y con vestimenta casual. Es una mujer de estatura baja, con ligero sobrepeso. De tez blanca y cabello rizado, teñido a manera de “rayitos”. No parece tener el menor conflicto con su feminidad. A los pocos minutos, se le nota relajada, cómoda con la entrevista.

Ahome, en Sinaloa, es rico en tradiciones, comenta Estela, es rico en relaxo, en fiesta, pero también en desorden y violencia. Es su lugar de nacimiento. La vida ahí está ligada con importantes carencias económicas. Desde su niñez, se recuerda en una familia de 13 hermanos, donde el alimentar a tantas bocas y con un trabajo de dompero (transportista de materiales como piedra) por parte de su padre, le volvía complicada la satisfacción. Para ella, lo más bello de la niñez era el trato que él le daba, uno que le distinguía de sus hermanos y hermanas. Para él, Estela era la esperanza de la familia pues sería ¡su licenciada!, sería la única que estudiaría y quien haría las cosas diferentes. Estela era a quien cuidaba más, con quien era más cariñoso, aun cuando podía ser de carácter muy duro con sus hermanos.

Para Estela, esos años de carencia eran compensados por el cariño de su padre. Sin embargo, su muerte le destrozó y le dejó la enfermedad. A los 15 años y con la muerte del padre, vivió el peor momento de su vida, uno que le desconectó de la realidad. Eran momentos en que no sabía ni quién era, ni dónde estaba. Momentos cuando se perdía al ir a la escuela. Por su seguridad, la psicóloga que le atendió, sugirió que dejara de estudiar por el peligro que implicaba una disociación de la realidad. Estela recuerda con molestia esa decisión, pero, sobre todo, recuerda la pasividad de su madre quien no insistió, a diferencia de su padre, en que debía estudiar. Con sus capacidades mermadas, Estela se quedó en casa, en recuperación, siendo cuidada, siendo vestida, con la pena de la muerte de su padre, sintiéndose sola. En sus recuerdos, la madre brillaba por su silencio, por su ausencia, por su falta de cuidados. Tomó el rol de proveedora, dice Estela, pero siempre a costa de un silencio y una ausencia en todo lo que ella hacía, sin dar un consejo, sin regañar, sin cuidar.

Recuerda que, en su condición de sufrimiento, algunos cuñados, pero en particular uno, se aprovechó de la situación. Sexualmente cruzó los límites sin que Estela tuviera claro eso, infiriendo que estaba mal, pero sin poderlo clarificar, y sin poder confiar en que su madre la podría cuidar o solamente creerle. Aunque no lo recuerda cómo una franca violación, Estela sufre por ello. Siempre los hombres marcando.

Tras la muerte de su padre, la vida para Estela se convirtió en trabajar mucho y ganar poco. Sin orientación, comprendió que la vida tenía ese rumbo, el laboral. Algunos hermanos migraron, pero aun no era su momento. Ella recuerda, con disgusto, un hecho que por tradición la marcó de por vida. Estela narra que cuando era adolescente y después de una fiesta de pueblo, se quedó dormida en una banqueta con su novio porque él había tomado demasiado. Se detuvieron a descansar, estaban agotados. A las horas, Estela abrió sus ojos con la luz del día y con la sentencia que conscientemente no buscaba. En Ahome y en ese tiempo, no llegar a dormir a la casa cuando se tenía novio, significaba que la virginidad se había perdido y lo que correspondía, como buenas personas, era el casamiento. Estela recuerda haber llorado toda esa mañana pues sabía la consecuencia que tendría aquel descuido. Sin querer regresar a su casa, se quedó unos días con él, para después, regresar y escuchar la sentencia de su madre. Una indiferente bienvenida, sin decirle ni cuestionarle nada sobre lo sucedido.

A los meses, Estela se casó con el que sería, el padre de su primer hijo. El matrimonio fracasó y al tiempo, regresó a vivir con su madre. Comenzó a trabajar con la responsabilidad de un hijo. Pasó a vivir la persecución de la expareja, exponiéndose, según recuerda, a sabotajes en sus trabajos cuando ésta persona llegaba a causarle siempre problemas, lo que llevaba a que constantemente la despidieran. Fue ahí cuando la migración se volvió una opción para ella. Tras la recomendación de sus hermanos, el ahora fallecido en particular, Estela decidió arriesgarse y llegar a Tijuana a finales de los noventas. Con el apoyo de su madre, la cual se quedó cuidando a su hijo en Ahome, Estela comenzó a trabajar, a mandar dinero, a construir una casa, y a la vez, a vincularse con hombres que ahora recuerda, no valieron la pena a excepción de sus hijos.

Al poco tiempo de su primera migración en Tijuana, Estela se enamoró de una persona con la que pasó algún tiempo y quien sería el padre de su hija, solo para después, entender que ella era su amante. Con el tiempo, la historia se repitió hasta que decepcionada, regresó a Sinaloa con la sensación de no poderse establecer con ningún hombre, viviendo con sus hijos, con rutinarias pero gratas visitas a la madre, y con un trabajo que considera, no le daba lo suficiente para vivir bien. Ahora, con la esperanza puesta en un nuevo proyecto con un hombre, Estela decide confiar. Es un hombre que conoció en aquellas primeras migraciones hacia Tijuana. Es alguien que le buscó y le invitó a intentarlo una vez más. Con sus hermanos en la ciudad, decidió volver.

Pero Estela duda de su suerte. A los meses y con la esperanza como bandera, tuvo que sobrevivir a la muerte, quizás, del segundo hombre que más la ha cuidado y con quién el cariño no era algo pasajero. Tras su intento de suicidio, pasó a ser atendida en salud mental y desde entonces, el cuidado le ha llevado a sentirse mejor, a intentar ese destino, pero con dos muertes que se han quedado con algo de ella. Estela confía en que su psicóloga le ayuda a superar y a armarse mejor para la realidad que enfrenta, una donde los hombres no han podido llenar los zapatos de su padre, aun cuando los busque lejos de Ahome. Con incertidumbre de su porvenir, pero con esperanza, Estela agradece el haber hablado de tantas cosas que con su psicóloga no había podido hablar. Es que, para ella, los hombres siempre invitan a la confianza.

6.2.3 Construcción psicosocial de la mente en el lugar de origen

En cuanto a los vínculos que fueron relevantes durante sus primeros años, se encontró que todos los casos comparten importantes fracturas familiares. Algunas fueron por situaciones de muerte, otras por abandono y otras por separaciones, pero en todos los casos, sus padres compartieron únicamente periodos juntos, lo que les familiarizó con ambientes de inestabilidad, o en otros casos, con impactos tan determinantes que la familia nunca pudo reconfigurarse como ellos necesitaban. Estas configuraciones familiares, dieron pie a que algunos de ellos experimentaran frecuentemente violencia, maltrato físico y emocional, así como rechazo e incompreensión, lo que llevó a que por momentos e intensamente, generaran una sensación de ser muy diferentes a los demás.

Respecto a su padre, Víctor señala que éste nunca tuvo presencia en su desarrollo, lo cual tuvo un fuerte impacto y asegura haber necesitado de su protección. En ese sentido, narra una serie de experiencias de abusos que volvían áspera su realidad como niño, rodeado de personas que fallaban en la tarea de cuidarle. Explica:

“A mi mamá la quería en un principio que recién me dejó, porque yo prácticamente sentía como si hubiera agarrado un perrito y lo hubiera tirado porque no lo quería, porque le estorbaba. Entonces era muy grande mi deseo de estar con ella y que por ejemplo no iba o no podía y ni de saber cómo estaba, entonces hubo un tiempo en que yo le agarré mucho odio y coraje y yo no la podía ni ver. Por eso hasta cierto punto le agarré odio a mi mamá porque yo teniendo a mi mamá y pudiendo vivir con ella no puedo vivir con ella porque el esposo no me quiere, estoy allá y también me golpea y yo no le decía nada a nadie para no causar problema, yo me quedaba callado todo, entonces, que me pasaba esto también estando con mi abuela y desde niño, yo siempre pensaba en la muerte”.

Un hecho determinante en el desarrollo de Víctor fue que las personas más importantes en su desarrollo, es decir, su padre y su madre le abandonaran. Esto llevó a que quedaría a cargo de diferentes personas, entre las que destacaron su abuela y tíos, mismas que no solamente fueron carentes de cariño, sino que también, fueron arbitrarias en cuanto a maltratos y en el envío de

un mensaje que daba a entender que él no era grato, que algo estaba mal en su mente y en su conducta. Esto le llevó a percibir un ambiente en el que no se sentía comprendido, donde se sabía muy diferente a los demás porque algo no estaba bien en él, ni en su mente. Fueron rechazos que derivaron en fantasías de muerte emparejadas con fantasías de protección.

El caso de Joel es similar respecto a la ausencia de un padre que le abandonó, así como también, en cuanto al desarrollo en un ambiente donde se sentía poco aceptado. En su caso y según las posibilidades, la madre ocupó un lugar de cuidado, pero la poca aceptación del padrastro aunada con una sensación de no ser aprobado completamente por su identidad sexual, le volvió el constante blanco de rechazo por parte del padrastro y de sus medios hermanos, por un lado, pero a su vez, con la sensación de ser defendido por la madre:

“Pues yo era el consentido, este, siempre tenía problemas con mi padrastro porque decía que conmigo era muy permisiva y con mis hermanos no, a ellos los regañaba y a mí no, y a ellos les daba cinturazos y a mí también, pero no con tanta frecuencia, siempre como que me tenía más paciencia”.

Joel recuerda una familia ausente, ocupada en muchas cosas, con poca convivencia y cuidados. Esto ocasionaba que se sintiera sólo, que tuviera que cuidarse a él mismo y a sus hermanos. Era un ambiente que pocas veces le prestó atención emocional, por lo que fue entendiendo que debería buscar la manera de protegerse. Comenta:

“Para tener la figura paterna, no sé, sentirnos apoyados, porque al final de cuenta mi mamá trabajaba y pues estábamos solos o nuestro padrastro nos dejaba solos y bueno era de nosotros cuidarnos por nosotros mismos”.

Esto generó constantes fantasías de huida, de vivir en otro lugar, sobre todo con sus tías, lo cual nunca pudo llevarse a la realidad en su niñez.

En los casos de Esmeralda y Estela, la fractura familiar no está necesariamente relacionada con violencia y rechazo, pero sí por muertes y por abandonos emocionales. Ambas sufrieron la muerte de su padre, de lo cual, Estela comenta:

“De mi papá yo siento que siempre me hizo falta en el sentido de que era él quien me decía en qué dirección ir y cuando él se fue pues ya no supe para donde, no tuve quién, ni mis hermanos ni mi mamá que me dijeran que siguiera el mismo camino en el que estaba o que estaba yéndome en el lado equivocado”.

A partir de esta pérdida, Estela comenzó a sentirse desorientada, insegura, con la ausencia de un cuidado y una atención que difícilmente podría recobrar. En ambas entrevistadas, se identificaron fantasías y deseos ligados a una persona que fue maravillosa y que en algún momento quisieran recuperar, tan grande como sus fantasías de cuidado y deseos de protección.

Para Estela, la muerte del padre tuvo un impacto tan fuerte que derivó en una severa psicopatología que le llevó a dejar la escuela, comenta:

“15 años tenía, ahí fue cuando yo, fue cuando tuve la terapia psicológica este, en el 95, no, más o menos porque perdí el conocimiento de lo que era la realidad, no quería aceptar lo que había pasado, mejor me aislé, emocionalmente me hice, miraba cosas que no eran reales por evadir la realidad que era de que él ya no estaba, dejé de estudiar por lo mismo”.

Esta reacción mental se enlaza con el motivo de consulta en su adultez, es decir, la muerte de un hermano en Tijuana tras lo cual intenta suicidarse. Para ella y a pesar de que la madre ocupó un rol de trabajo y de sacar adelante a la familia, ésta nunca pudo llenar el hueco que dejó su padre, sobre todo, en el cuidado y atención emocional. Más bien la recuerda ensimismada, sumamente pasiva y totalmente concentrada en su rol de proveedora y ama de casa.

En el caso de Juan, la fractura familiar estuvo fuertemente marcada por la violencia. Refiere respecto a su padre:

“Sí quiso ser responsable pero no se fijó en qué manera nos estaba lastimando, sino que él quiso nada más, este, él pensó que no nos hacía daño, nada más a mi mamá, pero sí nos hacía daño”.

Para Juan, el maltrato físico fue una constante en su niñez. Esto se repetía en frecuentes peleas entre sus padres, pero también, a causa de errores que tenía en tareas que le dejaba su padre y a razón de no ser el niño que éste deseaba que fuera. Lo anterior era severamente castigado a manera de golpes. Explica:

“A veces sí, me golpeaba, me pegaba pero pos, tal vez con razón porque yo también era, poco, no era la persona que él quería, como por ejemplo, él quería que yo fuera más atento, como por ejemplo más listo, como por ejemplo, allá en el sur, en aquellos tiempos, se cuidaban borregos y vacas y ovejas y todo eso, pues yo iba a cuidar borreguitos, tenía como que será 12 o 13 años, y pues yo los perdía a veces y pues regresaba sin los borregos y pues como los perdí y como le costaron dinero, pues me pegaba y yo pensaba pues me lo merezco porque los perdí, pero pos tenía temor porque el cuándo pega, ¡pega!, ¡pegaba!, Sí era un poco alterado”.

Por su parte, su madre mantenía un rol pasivo de víctima. Recuerda que no se defendía a ella ni a él, así como que constantemente era agredida no sólo por su padre, sino por la familia de éste. Asimismo, la experiencia de convivir con un hermano hermafrodita en una región que poco comprendía de éste tipo de casos, tuvo un peso importante. Todo lo anterior, aunado con las infidelidades de su padre, volvió a la sexualidad en asociación con la violencia, en un aspecto impactante en su mente durante su desarrollo. Estos elementos permiten comprender las alucinaciones que presentó durante sus crisis mentales. Para Juan, su familia y su desarrollo están asociados con una intensa violencia, pero de la cual, poco pudo hacer para cuidarse o librarse de ella, fue algo que vivió con cierta resignación y que, a nivel de discurso, aparentemente no le genera mucho conflicto.

Otro punto importante y de coincidencia entre los casos, se refiere a la manera en que asumen su lugar de origen en términos culturales. Por momentos son lugares donde las tradiciones y las

personas son muy rígidas, prefiriendo cumplir con sus costumbres y con sus entendidos. Son ambientes muy poco flexibles en cuanto a situaciones que pueden impactar en la vida de las personas.

Respecto a Ahome, el pueblo de Sinaloa del que es originaria y sobre la sexualidad, Estela señala que la rigidez respecto a ese tema le obligó a tomar malas decisiones, mismas para las que no se sentía preparada y que le han marcado de por vida:

“En esos tiempos sí, en esos tiempos si era más, ahorita una niña no llega a tu casa a dormir porque te pidió permiso de quedarte con la amiga y le das permiso y se queda a dormir, pero allá se usaba, tu tenías que estar en tu casa a ciertas horas de la noche y ya ósea no era de así, entonces para donde voy, el hecho de decir que, no me quería casar no estaba preparada para tener una relación”.

Continúa refiriéndose al suceso ocurrido tras una fiesta tradicional en su pueblo:

“Me quedé dormida ahí, la persona ésta tomaba sus tragos entonces se quedó dormida, y yo pues cansada a estar a altas horas de la noche despierta pues ni al caso y me quedé dormida también, entonces, cuando yo recobro el conocimiento de despertarme, él ya estaba planeando todo, entonces yo empecé a llorar y llorar porque yo no había llegado a mi casa, si yo no llegaba a mi casa yo ya.... la gente sabía que no había llegado, mi mamá sabía que yo no había llegado”.

Concluye respecto al significado:

“Que yo ya, el hecho de no llegar a mi casa era, yo me solté llorando porque era, obviamente entre nosotros no había pasado nada”.

Para Estela, la rigidez de creencias y costumbres, llevaron a asumir que había cometido un acto y que, además, tenía que actuar en correspondencia. Esa interpretación de un acto sexual que no cometió, correspondía a casarse con su entonces novio y quien posteriormente fue el padre de

su primer hijo. Esta rigidez y la añoranza de una respuesta de rescate y comprensión por parte de su madre, le impactaron de manera relevante y actualmente causan resonancia como madre de una hija adolescente.

En ese sentido, el caso de Esmeralda coincide con el desprecio al lugar de origen, pero en particular, respecto a las masculinidades y feminidades que promueve:

“Pues, este asunto del narco y de la onda buchona que le llaman ahora, o no sé si desde siempre pues, pero, esas modas de los muchachos de querer, de que su máximo es tener una troka y dinero y morritas y plebes ¿no?, y la música y la banda, pues, no me gusta. No me gusta que las mujeres siempre están queriendo ser la más bonita del lugar, o sea, no sé si has ido, pero...”

Continúa:

“Yo era como, me creía lo máximo en la vida, me creía súper bonita, y así al lugar donde llegaba yo pensaba que yo era así la maravilla, porque eso me enseñaron, me lo dijeron toda la vida y yo me lo creí, pero no era así”.

Para Esmeralda, el crecer en una sociedad que únicamente se concentra en la riqueza y la imagen, le llevaron a formar una identidad y deseos ligados a esto, es decir, que mientras se encontraba en ese ambiente no presentó conflicto, sin embargo, recibió una dura sacudida en su primera migración hacia el Distrito Federal, lugar donde sufrió un ajuste importante en cuanto a la identidad que tanto se había forjado en Sinaloa. Para ella, la identidad fomentada en su lugar de origen fue un engaño, una ilusión que el lugar sigue provocando y que, mientras las personas no conozcan otro tipo de realidades y lugares, mantendrán casi de manera retrógrada. Respecto a la manera en que sus hermanos mayores y su madre se comportaban con ella, relata:

“Toda la atención fue para mí, aunque mi hermana otra también era pequeña, pero como que toda la atención fue para mí”.

Esta necesidad de cuidado a manera de patrón ha tenido un impacto importante pues, desde pequeña, se sabe cuidada y necesitada de apoyo, sobre todo con una sensación de incapacidad para cuidar de ella como adulta y con responsabilidades como, por ejemplo, una casa propia. Esto tiene una relación importante con su motivo de residencia en Tijuana, así como por su acercamiento a la institución de salud mental. Este nivel de cuidados y el mensaje de no poder realizar varias actividades por ella misma, impacta de manera importante en su identidad y sus reacciones en términos de salud mental, sin embargo, esta situación se desarrollará en el apartado de salud mental.

Por su parte, el caso de Juan plantea resonancia respecto a las carencias ligadas al lugar de origen, sobre todo en el plano económico. Respecto a su pueblo ubicado en el estado de Oaxaca comenta:

“San Juan Guelavia, es un pueblito en Oaxaca, casi la mayoría de la gente habla dialecto, el zapoteco, y ahí puro zapoteco se hablaba antes, ahora ya se habla español, y pues es, es un pueblo, que a la vez es bonito porque te habla toda la gente y te saluda porque hay mucha pobreza, bueno al menos yo nací pobre y no hubo ninguna manera de salir adelante, también eso como que no me da, no me da, no puedo decir esta bonito, pero para ir de visita si esta bonito, hay algunas personas que si han logrado salir adelante ahí”

El lugar de origen ocupa un lugar en su mente como de insuficiente, carente, malo. La desesperanza y mínima movilidad social en términos socioeconómicos, vuelven a San Juan Guelavia una región a la que Juan no volvería para vivir, sino solamente a manera de visita. En su caso, las privaciones con las que asocia su lugar de origen y sus primeros años, están ligadas a violencia y carencias afectivas, pero también, a importantes limitantes socioeconómicas. Esta situación coincide con lo referido por Joel respecto al Valle de Mexicali, lugar donde nació y paso su vida hasta los 18 años:

“Pues es una comunidad pequeña, se mmm, se procura a los vecinos, este, una comunidad pequeña y pues, todo se sabe, no sé, no sé cómo describir el valle”.

Continúa:

“Bueno, porque éramos 7 hermanos, entonces, creo que no estaba en condiciones para vivir tantas personas y bueno teníamos muchas carencias y no me gustaba, en su momento me avergonzaba, pensaba que no podía hacer mucho, o si podía, pero jaja, no lo hice”.

En otro orden de ideas y de manera importante, se identificó también una identidad ligada con cierta sensación de rebeldía por momentos, pero, sobre todo, con un sentido de seguridad, lo que les ha llevado a sobreponerse a situaciones adversas. Esto viene a complementarse con la sensación de saberse distintos en un sentido de desventaja y rechazo por parte del ambiente, porque, aunado a esto y sus carencias, parecen compartir una serie de experiencias e identidades como contrapeso a las privaciones, es decir, con ciertas capacidades que han utilizado para reaccionar ante ello. Por su parte, Víctor comenta:

“Yo desde niño tuve la idea de que para qué preocupar a las personas con mis problemas entonces desde niño yo nunca tuve la costumbre de platicarle a los demás mis problemas porque yo decía mis problemas, lo que yo sufro, es mío, y no tengo porque contárselo a los demás ni que los demás se enteren de lo que yo sufro”.

Para él, la sensación de rechazo tuvo una contra respuesta de fortaleza, de tolerar estoicamente las constantes experiencias de dolor sin comentarlo, siendo totalmente hermético en cuanto a sus emociones. Este ideal de manejo emocional, no necesariamente es tan efectivo y tiene importante resonancia en sus síntomas y crisis mentales, sin embargo, es importante rescatar que para él significa una capacidad que le ha distinguido y en cierto nivel, le ha permitido sobrevivir:

“Siempre fue, no sé, pues siempre fue una forma de no demostrar mis sentimientos, de callarme lo que me pasaba, o sea no comentarlo, ni permitir que nadie viera, lo que había, si ellos tenían una percepción de mí, pues total, alimentarla”.

Esto tomará mucho sentido en el apartado de salud mental ya que, sin duda, tiene mucha relevancia con respecto a la manera en que limita o permite el acceso de un especialista en salud mental a sus emociones, a lo que él desde pequeño, sintió como algo que le impactó pero que convirtió en fortaleza.

En ese sentido, Joel comenta sobre puntos distintivos y apreciados de su personalidad:

“Mi forma de ser, era muy extrovertido, muy fácil de socializar”.

Continúa describiéndose a él mismo:

“Alegre, alegre pero siempre me tenía que reservar porque pues no todos eran..., no todos eran tan alegres, todos tenían sus problemas”.

Para Joel, su forma de ser resultaba contrastante en un ambiente triste y que constantemente reaccionaba con envidia. Sin embargo, viene a convertirse en una diferencia respecto a los otros en su ambiente que en su caso y tras la migración, le viene a poner en una mejor situación.

En su caso, Esmeralda comenta:

“Me creía lo máximo en la vida, me creía súper bonita, y así, al lugar donde llegaba, yo pensaba que yo era así la maravilla, porque eso me enseñaron, me lo dijeron toda la vida y yo me lo creí”.

Para ella, esta sensación de seguridad estuvo muy ligada a su imagen, a una identidad de encantadora que la volvía valiosa, que le daba mucha valía en ambientes donde lo aprendió y donde esto tenía mérito. Asimismo, su seguridad también estuvo asociada al baile desde que lo practicó en su niñez:

“Cuando yo entré era así, el descubrimiento del año, entonces yo iba delante de todos los bailes porque era muy buena la verdad y ya, la suficiente, ¿vez? Con el

tiempo, entro otra muchacha y con el tiempo ¡wow!, ya no me gustó, pero no estoy segura que eso haya sido”.

Por su parte, Estela vive como fortaleza las expectativas e identidad que le espejeaba su padre cuando deseaba que, a diferencia de todos sus hermanos, ella lograra una actividad académica y profesional:

“Él era más, como que me agradecía el hecho de que yo siguiera en la escuela, se lo hacía más notorio de que él sentía más satisfacción de que estuviera estudiando”.

Continúa respecto a su padre:

“Lo único que yo siempre escuche de él es ¡mi licenciada!”.

Llama la atención nuevamente que las dos entrevistadas comparten una sensación de ser tratadas mucho mejor y de manera distinta respecto a sus hermanos. Asimismo, con capacidades o expectativas muy superiores respecto a ellos. Es importante destacar que, si bien existieron experiencias y factores que les llevaron a generar la sensación de ser muy distintos y no siempre aceptados, también presentaban una seguridad ligada a aspectos de su personalidad y capacidades. Esto lo vivían con cierto toque de rebeldía o con posibilidades de superación respecto a los otros en su ambiente. Son capacidades especiales entendidas y ligadas a su identidad. Esto pudiera tener relación con la fortaleza y capacidad para asumirse tras la migración, si bien no de cuidarse necesariamente por ellas mismas, por ejemplo, en los casos de las entrevistadas, pero sí con un destino muy distinto a otras personas de su ambiente.

A manera de síntesis, se retoma que los entrevistados comparten una historia de fracturas familiares, donde las experiencias de separación o muertes les marcaron de manera importante en términos mentales, en la manera que fue construyéndose su mente. Son experiencias ligadas a carencias, violencia y fantasías de protección por momentos, en otros de huida. Asimismo, coinciden en la concepción del lugar de origen como uno que resultó desafortunado para ellos. En un sentido sociocultural, se encontró que esos lugares de origen están ligados con entendidos

rígidos y con culturas que no evolucionan. Plantean costumbres y entendidos sobre las identidades que las entrevistadas no desean seguir recibiendo, motivo por el que, entre otras cosas, no desean volver. Finalmente, estos lugares de origen están ligados a fuertes carencias emocionales, pero también en un sentido socioeconómico, lo que les vuelve llenos de desesperanza, unos que no podrían permitirles vivir mejor, y de los cuales, hay que huir. Asimismo, se encontró en ellos una serie de experiencias y rasgos asociados a su identidad con un tono de fortaleza y rebeldía, que los volvían capaces de tolerar y de realizar cosas distintas respecto a las personas de su ambiente. Se considera que este aspecto puede tomar relevancia específica para comprender la manera en que se enfrentan a los retos que la migración les impuso.

A manera de cierre, se considera que la exploración de ésta variable brindó importante información para comprender los casos de manera más profunda, no obstante, resulta mucho más relevante cuando se le vincula directamente con la variable migración. Se advierte que esta variable, es decir, la construcción psicosocial de la mente no ha concluido su presencia con este apartado, sino más bien, se mantendrá constante en el siguiente, permitiendo comprender de manera más clara y profunda el sentido de esta investigación.

6.2.4 Migración

Para analizar esta variable tan esencial en la investigación, es importante comprender que el acto de migración tiene significado tanto a niveles superficiales como profundos pues, por un lado, tiene una relación clara y consciente en sus narrativas, pero a su vez, está vinculado con significaciones más profundas que sólo adquieren sentido bajo un ejercicio de interpretación. Para ellos, la migración puede representar mucho más que el hecho o conducta de desplazamiento entre regiones. De entre la información obtenida por medio del método biográfico y a través de la interpretación de sus narrativas, se encontró que las regiones entre las que migran no solamente son asumidas como lugares que dejan por causas aisladas como, por ejemplo, la económica. De manera mucho más amplia, se identifica que los lugares entre los que migran son asumidos como espacios en los que coexisten sujetos importantes y determinantes para ellos. Son zonas que conservan experiencias de vida importantes, lugares

donde se gestaron ideales, llenos de costumbres y con sociedades específicas, a las cuales, otorgan determinados significados. Sin embargo, estos lugares existen no sólo a nivel de realidad tangible y espacial, sino intangible e interna a nivel psíquico. Uno es el lugar de origen que existe como ciudad o poblado real, pero para esta investigación, adquiere mucha más relevancia el lugar de origen que llevan con ellos día a día en su mente, con toda la complejidad que esto implica.

Todos esos significados se vuelven relevantes en términos psíquicos pues ayudan a comprender los sentidos que los sujetos otorgan a sus actos y fantasías a nivel consciente. Pero no sólo a ese nivel, pues permiten también la aproximación a sus representaciones en planos mucho más profundos en términos psíquicos, conexiones que inclusive, ellos no vinculan a nivel racional y consciente. Dichas conexiones y significaciones se consideran tan relevantes que inclusive, ayudan a comprender las motivaciones para la migración misma.

Con esto no se hace referencia a que los sujetos estén plenamente conscientes de todas esas significaciones o que incluso las vinculen en sus narrativas, por el contrario, esto se deduce a partir de un ejercicio de interpretación. Más aún, se llegó a identificar que, para algunos, la migración es asumida sin relevancia en su vida. Vale destacarse que, esto no necesariamente es contradictorio, sino que más bien, obedece a dinámicas mentales totalmente comprensibles en las que, a nivel consciente, el acto de migrar no ha sido determinante ni en sus vidas, ni en términos de enfermedad mental. Esto no necesariamente significa que carezca de importancia a nivel inconsciente, por ejemplo. De lo que habla más bien y en términos psicológicos, es que han hecho un manejo mental específico de todo aquello que pueda estar asociado con la experiencia migratoria, de manera tal que en términos psíquicos y por algún motivo de resguardo, por momentos tiene relevancia, pero las más de las veces, no.

Esta deducción sólo adquiere sentido al momento de vincular las variables que han servido de eje en esta investigación (construcción psicosocial de la mente, migración y salud mental). Al momento de analizar sus historias, se encontraron experiencias importantes que pudieran estar ligadas con la migración pero que, para ellos, no necesariamente lo están. Todas estas experiencias y para fines de esta investigación, son llamadas *gérmens de la migración*. Son

esbozos que después se manifestarán en desplazamientos, los cuales, han tenido un impacto muy importante durante el proceso en el que su mente se fue construyendo en términos psicosociales.

Estos gérmenes de la migración pueden estar relacionados, por ejemplo, con movimientos de domicilio durante los primeros años de sus vidas, o con la lejanía de personas importantes para ellos o con fantasías sobre familiares que antes migraron, sólo por mencionar algunos. Estas experiencias biográficas, tuvieron una importante presencia en sus narrativas, sin embargo, pocas veces las vincularon con la migración que realizaron hacia Tijuana y otras zonas. Todo esto se refiere a significados que pueden operar a nivel inconsciente, sin tener una relevancia para los sujetos a nivel de discurso o consciente, pero que a partir del ejercicio de interpretación de quien escucha y analiza, adquieren sentido.

Para ellos, los actos de movimiento o lejanía que tuvieron relevancia durante el desarrollo de sus vidas, no necesariamente son llamados como migraciones. Por momentos son considerados sólo como experiencias que no pudieron evitar, que les agradaban o desagradaban, pero que simplemente sucedieron. Todas esas experiencias o gérmenes de la migración, permiten comprender la manera en que los significados de separaciones y desplazamientos, han venido ocupando un lugar en sus mentes y les han llevado a su vez, a patrones complejos de motivaciones, pensamientos, fantasías y conductas. Asimismo, permiten comprender la manera en que, durante su adultez, han llevado este acto a un nivel macro, es decir, a francas migraciones entre ciudades.

Por lo tanto, la conceptualización de la migración por parte de la academia puede tener un significado que no necesariamente es asumido así por los sujetos, quienes inclusive, no se asumen como migrantes a nivel de identidad. Con esto se insiste, el acto de migrar es mucho más complejo cuando se le analiza de manera profunda y en relación con una serie de gérmenes de la migración rastreados al explorar la construcción psicosocial de su mente, cuando se encuentra que la, conceptualmente llamada migración, implica a personas, experiencias, ideales, deseos, costumbres e inclusive, identidades.

De manera puntual y en consonancia con sus narrativas, es interesante destacar que, en todos los casos, la migración se refiere a un acto que conocieron por antecedentes familiares, que fue llevado a cabo por diferentes miembros antes que ellos. Esto significa que ninguno es pionero en la acción, por el contrario, han seguido los pasos de algún familiar, e, inclusive, algunos les ha apoyado. En ese sentido, Esmeralda comenta:

“Pues tampoco era su plan venir (refiriéndose a su hermana), pues, es que antes se vino mi hermano con su mujer, el de en medio, entonces, pero su niña estaba en Culiacán, entonces ellos se vinieron, en lo que se instalaban, entonces vino mi hermana a traerles a la niña, y en ese viaje, fue una entrevista de trabajo y entonces ya se quedó, en una semana, ya se quedó trabajando”.

En el caso de Esmeralda, éste dato implica que la migración ha tenido un lugar en su mente como una experiencia llevada a cabo por un familiar lo cual, en su caso, se asocia con éxito laboral y familiar. Esto tiene relación con lo que en psicoanálisis se denomina *proceso de identificación*. La identificación como proceso psicológico, es uno en el que los sujetos se apropian de rasgos de otro individuo para integrarlos a su propia personalidad. Estos rasgos son integrados de manera inconsciente y en su mayoría, son producto de la cotidianidad con vínculos importantes para el sujeto que los toma. Es natural, por lo tanto, suponer que los familiares más cercanos a un individuo pasarán a ser sus objetos de identificación, aunque no necesariamente serán los únicos. En ese sentido, la migración como un acto realizado por alguien que es significativo, pudiera explicar por qué un sujeto desearía y pudiera repetir la acción posteriormente. En el caso de Esmeralda, se puede comprender que la migración es una acción con antecedentes familiares, en ese caso, su hermana que había migrado con éxito a Tijuana.

Otra posibilidad es que esta identificación se mantenga como franco ideal, un claro y consciente objetivo cuando se percibe el supuesto éxito de alguien relevante que antes migró. El caso de Joel resulta ilustrativo en ese sentido:

“Bueno siempre, siempre me ha gustado viajar, salir del lugar donde vivo, y cada que venían mis tías, eran una tentación de quererme ir con ellas, de pequeño, este

y pues más por todos los problemas que había por la situación económica fue que siempre pensaba en salir”.

Es claro que la migración, a nivel de fantasía, la ha vivido a manera de tierra prometida. El arribo a un lugar lejano en donde alguien conocido no tiene los problemas que plantea el lugar de origen, y que, en algún momento, quisiera llevarse a cabo.

Por otro lado, este proceso también pudiera estar integrado de manera que el sujeto no lo encuentre como un hecho relevante en su biografía. El hecho de que una situación no esté vinculada de manera consciente y con sentido para un sujeto, no descarta el que tenga un impacto en su mente a nivel inconsciente. Inclusive, pudiera estar ligado con montos de angustia que lleven a reprimirlo en términos mentales, alejándolo de su esfera consciente. En ese sentido, Víctor comenta:

“Mi papá, pues nunca se hizo cargo de mí. Él había quedado de que me iba a ayudar económicamente porque él vivía en Estados Unidos con hijas de su primer matrimonio, y él me comentó que porque no me iba a vivir con él y yo le dije que, pues creo que yo tenía como 14 años, le dije pues como me voy a vivir para allá, pues, ¡tus hijas!”.

Esta dinámica resulta particularmente interesante. En primer lugar, porque se refiere a un elemento que el sujeto no integra dentro de sus motivos para migrar, así como también, se refiere a un vínculo ambivalente con su padre que está mezclado con enojo por el abandono y una necesidad de apoyo, motivo por el que pudiera carecer de fuerza a nivel consciente. El hecho de que su padre biológico migrara a Estados Unidos, no era algo ignorado para Víctor pues lo supo desde temprana edad, teniendo presente que el padre había dejado a su madre y vivía en otro lugar. Es probable que, en esos momentos, la fantasía de la migración hacía otro país y con supuesto éxito, le llevara a figurarse a un padre alejado de los problemas tan cotidianos para él y en los cuales, nunca le ayudó. Este elemento de identificación con un objeto en su mente, una persona que a manera de discurso existe para él, tiene relevancia cuando se le asocia como migrante, un acto que posteriormente Víctor realizará. De manera interesante y sin tanta

relevancia para él, se identifica también que el padre biológico estuvo involucrado de manera importante en su migración hacia Tijuana, ya que fue él quien terminó ayudándolo a escapar de Zamora para llegar con un medio hermano. Son gérmenes de la migración y motivos que conscientemente están desconectados en la mente de Víctor pero que, cuando se analiza su biografía y se integran elementos de su pasado con el presente, tienen una relación importante.

Por otro lado, y para todos ellos, Tijuana es una buena ciudad, sobre todo tolerante y bondadosa en términos económicos. Esto significa que el lugar de origen es asociado con malestar. Para Grinberg y Grinberg (1980) el migrante a nivel mental, hace una separación en términos de *idealización o devaluación* respecto al lugar de origen y de destino. En ese sentido, los sujetos entrevistados coinciden en una idealización de Tijuana como una tierra de posibilidades tras la migración, una que les puede impulsar a desarrollarse como no podrían hacerlo en el lugar de origen. Joel comenta:

“Pensaba que iba a trabajar que, pues mi meta si era estudiar, este, poder cubrirme los estudios y no sólo eso, tenía un montón de cosas que quería comprarme”.

Este aspecto resulta interesante a nivel de contraste entre la fantasía y la realidad, pues en el sentido de ideal, la ciudad de Tijuana ocupaba un lugar lleno de expectativas para él, un lugar donde sus fantasías y deseos podrían materializarse, mismas que no han podido realizarse y le han llevado a alimentar nuevamente las fantasías de otro lugar, una segunda ciudad, Ensenada. Una nueva tierra que carga con expectativas y que, en algún nivel de su deseo, mantiene como posibilidad de escape, de nueva migración. Pareciera que una sensación de poco éxito, asociada con poca tolerancia a la frustración, le lleva a imaginar constantes lugares donde pueda vivir sus ideales y sus fantasías de ensueño, siendo que esa sensación desequilibrante seguramente detonará en el lugar al que se desplace pues no tiene que ver completamente con el ambiente, sino que lo lleva con él a donde se traslada, es una dinámica psíquica ya internalizada. De manera similar, Juan comenta:

“Me gusta aquí, aquí hay más posibilidades, oportunidades de estudiar y trabajar y pues, allá no, tenía la mente más cerrada, pensaba nada más de albañil y chalán”.

y ya tener una familia y ya no buscar más oportunidades, albañil o chalán, o cuidar, no cuidar borregos no, más bien albañil o chalán, la gente de la ciudad sí, los del centro piensan diferente, pero sí, somos varios los que vamos al centro y vemos que todos hablan dialecto, poco no, tal vez los que son licenciados, los que tienen conocimiento”.

Para ellos, la región de Tijuana es una que cargaron con expectativas, que les plantea posibilidades que nunca podrían llevar a cabo en una muy limitada región de origen, una que por momentos es mala, pero casi siempre es carente. Son lugares que contienen contenidos mentales casi siempre malos. Estas limitantes respecto al lugar de origen se condensan mayoritariamente en la realidad económica, sin embargo, implican muchos otros aspectos, como, por ejemplo, vínculos que fueron emocional y afectivamente carentes.

De manera coincidente, la lejanía del lugar de origen no es experimentada con nostalgia o como una pérdida, sino más bien, lo asumen como el haber dejado un lugar que no les había provisto de lo que necesitaban para sentirse mejor. En términos mentales, esto puede ayudar a mantener cierta estabilidad en el lugar de destino y a no sufrir por la lejanía de vínculos, sin embargo, también tiene un componente de protección, de no vivir en un lugar que en alguna medida no es el ideal para ellos. El caso de Esmeralda resulta más complejo en ese sentido:

“Pues Culiacán es caluroso todo el tiempo, las personas que viven en Culiacán siempre creen que Culiacán es lo máximo, que todo lo que hay ahí está bien, la comida, la música, los lugares, las personas, las costumbres y hay que salir de ahí para darnos cuenta que no es verdad, entonces ahora que estoy fuera desde hace años, pues es como darme cuenta de que, no es cierto todo eso pues, que las personas tienen un modo de ser que la verdad no me gusta”.

Según lo comentado y tras la migración, ella abrió los ojos a una realidad o ilusión sociocultural en la que estuvo envuelta durante muchos años y que agradece tener a la distancia, sin embargo, este proceso no estuvo exento de dolor:

“Pues nada, que allá vivimos y pues no había tiempo de plancharse el pelo todos los días y no había tiempo de ¿no? (refiriéndose al Distrito Federal y a su imagen), pero sí era siempre preocuparme por verme bien, pero, pues ya un día descubrí que no era cierto, que no era verdad todo eso, que no era verdad que yo era la más bonita, ni la más buena, ni la más inteligente, ni la más nada, yo no era eso”.

Esmeralda sufre en el primer lugar de destino al saberse engañada por una sociedad de origen que le dictaba un ideal de feminidad y le reflejaba una identidad que descubrió como falsa en otro lugar como consecuencia de la migración. A pesar de esto, no se mantiene en la identidad de Culiacán y busca asumirse en lo que para ella es la actual verdad, lo que ella realmente es. Es interesante notar que, aunque no resultan procesos de adaptación simples, los sujetos terminan por asumir a la región de destino, en este caso la de Tijuana, como una más bondadosa que su lugar de origen, donde buscan mantenerse en la migración y en la que no presentan melancolía por la tierra que dejan, sino que se buscan adaptarse.

Lo anterior no significa que el lugar de destino esté exento de experiencias de impacto o traumáticas, sin embargo, pareciera que los diferentes elementos sociales que plantea el lugar de destino continúan siendo más benévolos que los que tenían en el lugar de origen. Respecto a vivencias de impacto tras la migración, es posible experimentar una ambivalencia respecto a la decisión de moverse, la cual, por momentos fue la adecuada y por otros, ha llevado a la locura. Joel comenta:

“El salirme de mi casa me marcó porque creo que las cosas hubieran sido diferentes, no hubiera estado tan expuesto al alcohol, a robos, a asaltos, y cosas que me pasaron, creo que no estaría aquí si no hubiera salido de mi casa en ese entonces (refiriéndose a la institución de salud mental), creo que ahí con mi pareja me volví muy extremo, hacía cosas que ni me podía creer que hacía, que me volvieron un poquito loquito”.

La migración, dentro de su ambivalencia, puede por momentos ser la causante de traumas e inclusive de su desequilibrio mental, sin embargo, cuando reflexiona respecto a la decisión de migrar calificándola como de buena o mala, señala:

“Fue buena, no siempre debo depender de mis seres queridos para salir adelante, fue un reto”.

Respecto al motivo de la migración, agrega:

“Pues de los problemas, escapé de la situación económica, escapé de poder tener un noviazgo feliz en el que no hubiera críticas ni malos entendidos”.

En el caso de Joel, es clara la existencia de una ambivalencia, una lucha de contrarios dentro de su mente respecto a lo conveniente de migrar o no, pero lo relevante aquí, es señalar que el mismo acto de migrar y las experiencias en el lugar de destino, no están exentas de un monto traumático. En estos casos, sin embargo, las situaciones complicadas no son su peor escenario, siendo más bien, que el peor escenario estuvo en el lugar de origen.

Un caso similar de ambivalencia se encuentra en Estela, para quien el lugar de destino le ha traído un dolor sólo comparado con la muerte de su padre, lo cual le llevó a solicitar apoyo en salud mental:

“El año pasado, él vivía aquí, era uno de los hermanos con los que venía para acá, entonces en mayo lo mataron, entonces yo cómo que volví a recaer cómo con lo de mi papá, volví a recaer este, no me fue fácil, no me ha sido fácil digerir esto o aceptarlo del modo que es”.

Para estas personas, las experiencias que en la adultez han vivido en Tijuana, no son motivo suficiente para abandonar este lugar o para considerarlo como adverso. Es clara una fuerte motivación para mantenerse en la migración. Inclusive, la salud mental es tomada como un apoyo que han recibido en Tijuana al que recurrieron para mejorar. En todos los casos, se

identifica un empuje para moverse y buscar su mejoría en algún sentido. La relación de lucha por sobrevivencia no siempre es tan clara y puede estar marcada por decisiones que pudieran ser asumidas como retrocesos, sin embargo, continúan siendo dinámicas de protección, de conservación ante condiciones adversas. Esto es claro en el caso de Esmeralda cuando se refiere a su estilo de vida en Tijuana:

“Pues es como volver a casa, volver a ser hija de familia, y volver a ser la niña, y volver a tener que avisar donde estoy, claro, por muchas comodidades, ¿no?, porque no pago renta, mi hermana me hace desayuno, porque me lava la ropa, porque hace todo por mí, pero también está preguntándome, ¿dónde estás?, ¿a qué hora llegas?, ¿te vas a tardar?, no tener mi casa, claro porque no tengo los ingresos para tener una casa propia, eso también es estresante, no tener mi espacio, mío”

Para ella, el lugar de destino le plantea un apoyo que ella vive como retroceso, sin embargo, previo y durante el conflicto se ha movilizad, busca ayuda, busca estar mejor en el lugar que se lo proporcione y según sus recursos.

Respecto a la manera en que asumen su identidad y la integración del acto de migrar como parte de su historia, llama la atención que ninguno de los casos asume con relevancia el episodio migratorio y únicamente cuando se les menciona el término, se asumen como migrantes. El caso de Víctor resulta ilustrativo cuando se aborda la identidad de migrante:

“Nunca la contemple, nunca estuvo en mi mente porque en ese tiempo, pues será que la depresión yo ya la traía desde niño que nunca salió a flote, siempre la controlé, pero ya para esa edad, ya cuando tenía 26 años cuando vine para acá, nunca yo vi docilidad, porque todo me daba miedo, entonces había personas, amigos que pues, éramos muy unidos y que a pesar de que yo me sentía mal anímicamente, yo me sentía cómodo con ellos, me sentía protegido, entonces en mi mente nunca hubo el cambio porque no soy bueno para los cambios. Los cambios para mí no eran buenos, era lo peor que me podía pasar entonces nunca estuvo la posibilidad de yo salirme de ahí, nunca estuvo, ni yo me visualicé salirme de ahí,

porque pues era donde yo me sentía cómodo, era donde yo me sentía, a pesar de estar enfermo, a pesar de tener emociones, pues crisis, pues todo, pues yo sabía y tenía la seguridad de que había personas que estaban a mi alrededor, que cuando yo pudiera u ocupara estar con ellas o que me dieran apoyo, iban a estar”.

Es claro que, en el caso de Víctor, la migración no es asumida como un ideal, por el contrario, fue una opción nunca considerada y emergente, en un medio donde ya como adulto, relata tener vínculos y condiciones que eran benévolas. Sin embargo, existen una serie de experiencias de impacto durante sus primeros años que se asocian como gérmenes de la migración, mismos que tuvieron un componente de resguardo, pero que, al ser tan cotidianas, fueron vividas como algo normal, algo sin tanta relevancia, algo que no vincula completamente con su identidad y con sus decisiones. En ese sentido se rescata lo siguiente:

“Me iba a otro lado, pero, era muy diferente, la forma de educar era muy diferente, entonces ya no me hallaba en ningún lugar, no sé, cuando ya me enfadaba de con mi abuelita, un tiempo, unos días me iba con mi mamá, no aguantaba vivir con mi mamá y me regresaba con mi tía, y con mi tía era con la que más tiempo, entre mi abuelita y mi tía era con la que más duraba”.

Para Víctor, esos gérmenes de la migración que le llevaban a buscar sentirse mejor y resguardado por familiares, no es registrado a nivel consciente con migraciones y mucho menos, el impulso o empuje que, de adulto, mismo que le ha llevado a alejarse de un lugar que vive como adverso. Para él, y aunque la protección, la búsqueda y las movilizaciones sean constantes en su vida, si se les nombra como migración, se vuelven irrelevantes. Por algún motivo relacionado a su identidad, el saberse con fuerza para moverse y protegerse como migrante, tampoco es integrado en su identidad. No conecta esta serie de acciones que han sido constantes y de protección para él a lo largo de su vida.

Ahora bien, el tono benevolente del lugar de origen se pierde cuando se le desconecta de la identidad de migrante. Las complejidades de las representaciones psíquicas se cruzan, la atemporalidad del funcionamiento psíquico permite comprender algunos aspectos. Cuando se

exploran las personas de sus primeros años de desarrollo y de manera aislada, el tono es diferente, pasa a ser algo que explica sus deseos de separación y de huida:

“Me daba miedo estar con gente, inclusive en reuniones familiares, si no estaba mi prima junto a mí o su hermana. Yo era muy tímido incluso con la familia me daba miedo, yo no me abría, o algo, por ejemplo, con unos familiares que empezaban a ver o algo, a mí me daba miedo o ansiedad, me daba miedo, aun así, fuera familia, me daba miedo o me incomodaba”.

Es claro que, cuando se explora sobre el lugar y las personas que han estado en su desarrollo en Zamora, sobresale el elemento de sufrimiento y falta de vinculación con ellos, así como también, hace referencia a una constante ansiedad. Estas personas en su historia, ahora objetos mentales, pasan a ocupar un lugar en su psiquismo de manera atemporal, esto significa que pueden actualizarse en experiencias contemporáneas sin que la persona les vincule conscientemente. Siguen teniendo vigencia mental. Sin embargo y lo que más llama la atención, es que cuando se explora su deseo o sí se asume como migrante, lo que se planteó en renglones anteriores, la versión es opuesta. Pasa a considerarse como incapaz de lograr una migración, señala una ausencia de deseo y mucha satisfacción con las personas de Zamora. En términos teóricos esto coincide con lo denominado en psicoanálisis como *conflicto psíquico* (Laplanche y Pontalis, 2004), el cual se refiere al choque de exigencias internas contrarias en un mismo sujeto. Este conflicto no es exclusivamente psicopatológico, sino inherente al ser humano, sin embargo, puede constituirse como psicopatológico bajo montos importantes, sobre todo, cuando existen recuerdos o representaciones mentales ligadas a dolor o como posibilidad de angustia en términos psíquicos, por lo tanto, se erige una barrera a nivel de defensa que protege a las representaciones o elementos mentales incompatibles.

Es claro que, en el caso de Víctor, la migración está ligada a personas, a la sensación de no ser aceptado y buscar lugares en los que pueda encontrar esta aceptación y no sufrir por personas que le lastimen. Zamora en su mayoría, representa esta realidad, un lugar que en cuanto a personas no ha sido grato, que le han alejado, sin embargo, esta experiencia psíquica ha sido

moldeada de manera que pueda mantenerla sin angustia. En cuanto a personas determinantes señala:

“A mi mamá la quería, en un principio que recién me dejó, porque yo prácticamente sentía como si hubiera agarrado un perrito y lo hubiera tirado porque no lo quería, porque le estorbaba, entonces era muy grande mi deseo de estar con ella y que por ejemplo no iba o no podía y ni de saber cómo estaba, entonces hubo un tiempo en que yo le agarré mucho odio y coraje y yo no la podía ni ver.

Respecto a experiencias dolorosas, continúa:

“A mí me insultaba, me golpeaba, me, pos no sé, todo lo que puedas pensar, imaginarte, humillarme y a él no le hacía nada y yo decía, porque, y yo a mi hermano, de niño no lo quería, le agarre mucho coraje y odio”.

Asimismo, cuando se explora sobre el deseo de regresar a Zamora comenta:

“No me regresaría por muchas cuestiones, porque es muy difícil mantenerme, porque cuando antes de yo venirme para acá, para poder ir al psiquiatra, tenía que ir 4 horas de camino, 4 horas de regreso, y aparte el tiempo que me llevaba transcurrir de llegar a la central de Morelia a donde estaba el seguro para ir al psiquiatra era un poco complicado”.

Es claro que el deseo no se encuentra en Zamora como lugar de regreso y con necesidad de estar, inclusive, le relaciona con complicaciones para poder mantenerse por su cuenta. Sin embargo, llama la atención que la antipatía al lugar de destino no se asocia con experiencias de sufrimiento a lo largo de su historia, sino que es desplazada casi de manera estricta a la atención en salud mental, como si ésta fuera la determinante para decidir su estadía, siendo que el cruce de representaciones en su mente es mucho más complejo que la sola institución de salud mental. Ligado a esto, llama la atención la manera en que ésta institución se ha integrado como una experiencia grata, como un objeto mental bueno con el que desea continuar, mismo que se

encuentra en el lugar de destino, en Tijuana. Son representaciones mentales en donde y por momentos decanta, o todo lo bueno, o todo lo malo de los lugares.

El caso de Esmeralda no presenta un conflicto como el de Víctor en cuanto a la identidad migrante, sin embargo, es algo que por cuestiones de experiencia de separación con el ex-esposo y por familiaridad con la ciudad, experimenta de manera distinta:

“Soy migrante porque estoy en una ciudad que no es donde nací, porque vine aquí a parar por, azares de la vida, no sé, pero me siento menos migrante aquí que en el DF”.

Para ella, la identidad de migrante es asumida porque se le menciona en la entrevista pues la ciudad de Tijuana es vivida por ella como similar a Culiacán y como un lugar donde hay muchas personas de Sinaloa, lo que le vuelve familiar. Sin embargo, Tijuana también es vivida con resignación, como el lugar al que llegó no por deseo, sino por consecuencia de la separación, diferente al Distrito Federal, lugar al que llegó por un proyecto de pareja y que, a su vez, es un lugar muy distinto a Sinaloa y en ese caso, ideal.

Es importante señalar que la migración como identidad en una ciudad como Tijuana, puede no estar relacionada. La identidad de migrante es compleja en los casos, pero, sobre todo, una que para ellos no es vivida conceptualmente. Migrar para ellos es a veces separarse de personas, otras veces es protección, también superación, pero no es una identidad que tengan conscientemente como determinante, es una experiencia que han integrado sin denominarla ni asumirse como migrantes.

Esto es sumamente relevante para el estudio pues es importante considerar que en población migrante con problemas de salud mental y en estos casos, migrantes internos, no se encontraran discursos abiertos o manifiestos sobre enfermedad mental asociada a la migración. Para ellos y a nivel consciente, la migración no tiene un peso significativo, esto más bien, es encontrado al explorar sus historias, sus vínculos, sus separaciones, sus dolores y a veces sus deseos. En términos de atención, se deduce que el experto en salud mental tendría que asumir que la

migración en un sentido conceptual no es un discurso que encontrará en la totalidad de migrantes, sino una experiencia denominada de otra manera y con significados distintos.

Relacionado con esto y respecto a sus motivos para migrar de manera consciente, en el total de los casos existe un elemento constante de huida, de alejamiento, de algo no grato. Este análisis resulta sumamente relevante pues se vincula con las motivaciones ligadas al acto de migrar. Respecto a la primera migración que realizó hacia Tijuana y en relación con el padre de su primer hijo, Estela señala:

“Él causaba un problema y entonces ya me despedían de los trabajos, entonces por eso también opté por venir, me vine a Tijuana, tengo hermanos aquí y yo me vine a Tijuana en el año de 1998”.

Para Víctor, también existió un motivo de protección para llegar a Tijuana, señala:

“No fue una decisión propia que yo quisiera, fue una decisión que por la circunstancia se dio, fue una decisión que tanto mi papá y mi hermano me dijeron sabes qué, si ya te pasó eso, vente, a que te arriesgas a que vayan por ti”.

Algo similar se identifica en el caso de Juan quien, cómo motivo de llegada a Tijuana argumenta el antecedente de la madre, pero, sobre todo, una incapacidad para mantenerse en Oaxaca y a la falta de cuidados ligados a carencias económicas. Señala:

“Porque mi tía y mi abuela no se podían hacer cargo de mí, porque no tenían tiempo aparte, trabajan y yo pienso que mi abuela, no tenía. Sí quería darme las cosas que se ocupan por ejemplo la comida, pero mi tía como no le alcanzaba bueno, no les alcanzaba a las dos el dinero para mantenerme, como le iba a hacer, ellos no podían”.

Es claro, en estos casos, un antecedente de conflictos o peligros ligados al lugar de origen, así como carencias que complicaban su vida. La migración nuevamente adquiere un tono de

sobrevivencia en términos de búsqueda de resguardo o mejores posibilidades de mantenimiento.

Por lo tanto, las motivaciones de la migración en un sentido psicosocial, no terminan siendo lineales ni atribuibles a un solo factor, no son cuestiones de blanco y negro, sino una serie de experiencias que para los sujetos son asociadas con peligro o como necesario de movimiento. Respecto a la motivación y si fue buena decisión el migrar, Joel señala:

“Mmm si y no, porque había amor, no era tanto aventarme a la selva desconocida, había amor por ese muchacho, y acá era huir de él. Sí, el amor se transformó en no querer saber más”.

En ese sentido, se encuentra que en todos los casos se mantiene a la migración como una decisión de resguardo, que les lleva a mantenerse en un lugar que es mejor que el de origen. La ciudad en la migración pasa a representar oportunidades y lejanía de experiencias ya conocidas que no han sido gratas.

A manera de síntesis, se encontró que para esta población, la migración no es un acto que realizan como pioneros, sino más bien, siguiendo los pasos que a nivel de identificación, algunos sujetos importantes en su desarrollo les dejaron. Este acto no está libre de conflicto psíquico, sin embargo, no se encuentra relacionado con melancolía respecto al lugar de origen, por el contrario, ese lugar se asume como lleno de experiencias no gratas en su pasado y Tijuana, pasa a significar una ciudad que ha resultado conveniente. Se identifica en ellos también un empuje a mejorar, buscar mejores condiciones, lo que implica el dejar otras cosas, seguir ideales o repetir conductas de otros, pero son sujetos por decirlo de alguna manera, no estáticos, literalmente en movimiento. Es interesante encontrar que no se asumen abiertamente como migrantes, lo que no significa que esto carezca de relevancia en términos psíquicos, al contrario. Si se entiende en términos del manejo de la angustia, se comprenden las ambivalencias y conflictos psíquicos, llevando a que terminen restándole peso a la migración como hecho aislado. Finalmente, se identificó que existen instancias en Tijuana, es decir, vínculos que le vuelven un lugar en el que desean mantenerse, entre ellos, aparece la atención en salud mental.

En el siguiente apartado, se explorará el lugar que la experiencia en salud mental y la misma institución de atención ocupa para ellos. Es importante aclarar que, de manera textual, la relación entre salud mental y migración no resulta ni clara ni directa. Al igual que en éste apartado, no es algo rastreable y claro a nivel de discurso consciente, por lo que será necesario retomar los significados y elementos inconscientes para conectarlos y comprender la manera en que ambas variables se vinculan.

6.2.5 Salud mental

Para analizar la variable de salud mental en sujetos migrantes, es importante considerar que dicho funcionamiento solo puede ser comprendido a profundidad cuando se rastrean las experiencias constructoras de la mente en el lugar de origen y desde una perspectiva psicosocial. Como punto de partida para éste análisis, se muestran los diferentes diagnósticos que los entrevistados han recibido por parte de la o las instituciones de salud mental en donde han sido atendidos. Se hace esta puntualización ya que, en los casos de Esmeralda, Estela, Víctor y Juan, ellos ya contaban con una atención y diagnósticos previos, ya sea en el lugar de origen o en el lugar de la primera migración. De manera específica, se distingue el apartado de *diagnóstico actual*, mismo que se refiere al diagnóstico bajo el cual son atendidos al presente en la institución de salud mental en Tijuana:

Entrevistado	Diagnóstico Actual	Diagnóstico (s) previo (s)
Esmeralda	Depresión	Celotipia
Estela	Depresión	Episodio psicótico
Joel	Ansiedad	Depresión
Juan	Depresión	Esquizofrenia
Víctor	Bipolaridad	Ansiedad, depresión, fobia social, trastorno límite de la personalidad

Fuente: Elaboración propia.

De primera impresión llama la atención que, en algún momento, todos los casos han sido diagnosticados con algún trastorno del estado del ánimo, específicamente depresión. Esto coincide con algunos estudios entre migración y salud mental que asocian una melancolía o el tránsito por episodios depresivos tras la experiencia migratoria en diferentes modalidades, ya sea por desplazamiento forzado, deportación o tras la llegada al lugar de destino, etc.

En el presente estudio no se busca confirmar esa coincidencia o por lo menos, no se han analizado los casos a partir del mencionado paradigma psiquiátrico. Lo que se ha realizado ha implicado más bien, acercarse a la complejidad de su dinámica mental sin tener a la mano el diagnóstico que les etiquete y que, a partir de ahí, les considere. Se ha buscado, más bien, abarcar su biografía y vincularla con la migración en conjunto con sus malestares mentales.

Esto ha llevado a que los sujetos sean comprendidos como personas que, previamente y sin tener total control ni conocimiento consciente sobre ello, han vivido la configuración de su mente a partir de un intercambio entre dinámicas internas y el medio donde se han desarrollado. Todo eso y desde algunos paradigmas, puede explicarse y derivar en configuraciones psicopatológicas, sin embargo, ésta investigación parte de una perspectiva psicoanalítica. Esto se refiere a que, más que tipificar desde la psicopatología, se busca comprender y plantear la conexión que desde el lugar de origen y en vinculación con elementos psicosociales, ayude a comprender los significados y motivaciones para sus migraciones, así como también, la manera en que sus dinámicas mentales han estado organizadas o semiorganizadas durante los diferentes momentos de su vida, incluidos los periodos migratorios.

De manera previa, durante y después de la migración, ellos han presentado una configuración mental cimentada mucho tiempo atrás en su desarrollo, siendo que, durante el proceso migratorio, se desplegaron estrategias y modos de afrontar la realidad basados en construcciones mentales previas. Esto no excluye una serie de sacudidas mentales posteriores a la migración, sin embargo, esta investigación confirma que, tras la migración, se encuentran detonantes y no necesariamente causas de dichos padecimientos mentales. La migración se entiende, en su defecto, como una experiencia que puede sacudir fuertemente configuraciones previas, pero sólo a ese nivel y no como causante.

Por lo tanto, si se busca tener un mayor impacto en cuanto a atención en salud mental, es importante rastrear todas estas configuraciones y significados para vincularlos con la experiencia migratoria y así, comprender con mayor profundidad los funcionamientos mentales de los sujetos. De no considerarse esto, se les atendería de una manera superficial. Tanto si toda la atención se concentrada en la experiencia migratoria sin considerar la construcción psicosocial de su mente y su sintomatología, así como si por el otro extremo, se desatendiera la experiencia migratoria por concentración exclusiva en la sintomatología que los sujetos presentan. La migración, es pues, un hecho que se experimenta a nivel mental a tal grado que la atención en salud mental no debiera omitirlo.

De manera coincidente, se identifica que las fracturas familiares encontradas en los sujetos tuvieron un impacto importante en términos mentales y en diferentes sentidos. En el caso de Víctor toma relevancia la experiencia de abandono e inestabilidad que vivió durante los primeros años de vida. Para autores como Bergeret (1974), la experiencia temprana de traumatismos en el sentido afectivo y experimentados durante momentos tempranos en el desarrollo son de particular impacto, ya que ocurren cuando aún hay una deficiente organización y poca madurez en cuanto a estructura mental, capacidad de adaptación y mecanismos de defensa. Se refiere a experiencias vividas como brutales y precoces, experimentadas por la mente del menor como masivas por lo que, en consecuencia, les afronta con importantes limitantes, imperfecciones y con fracasos de la inhibición. Si esto se vuelve una constante, llevaría al niño a la necesidad de apelar a mecanismos de defensa primitivos y más costosos para el yo (instancia psíquica), impidiendo la madurez y la resolución en términos más efectivos y evolucionados.

Estos acomodos psíquicos plantean bloqueos evolutivos en la madurez afectiva, lo que lleva a que la mente de los sujetos se organice, pero no a partir de una sólida estructuración mental, sino desde una precaria organización y según los recursos que tiene disponibles en ese momento del desarrollo. Estas organizaciones, por lo tanto, no poseen la solidez, ni la especificidad definitiva de las organizaciones mentales verdaderamente estructuradas. Se trata de organizaciones de categoría provisoria, aun cuando se prolonguen durante bastante tiempo sin demasiadas modificaciones. Son esfuerzos costosos de instancias psíquicas internas cuando se

necesita poner continuamente en juego contracargas en términos mentales para mantener un frágil equilibrio.

La intención de este apartado no es el de diagnosticar a los sujetos ni es el de concentrarse en su funcionamiento mental a manera de informe clínico, sino más bien, vincularle con la experiencia migratoria, así como el aproximarse a la comprensión de su mente. La aproximación a la conformación del funcionamiento mental en condiciones como las que plantea Bergeret (1974), permiten comprender casos como los de Víctor y Juan, pues sus biografías y funcionamientos mentales en la adultez presentan importantes coincidencias.

Víctor experimentó serios impactos durante los primeros años de su vida, en primer lugar, ligados al abandono de la madre y a falta de cuidados, así como también, respecto al abandono de su padre. Todo esto implicó que la mente tuviera que organizarse de manera que funcionara en un ambiente donde sentía que no era deseado y, por lo tanto, donde era poco cuidado.

Comenta:

“Cómo mi mamá tenía su pareja, cómo se casó o se juntó con otra persona, él cómo que no me quería, no me quería mucho entonces él me golpeaba mucho y yo nunca le platicué a nadie, porque de por sí cuando llegaba borracho nos pegaba a mi mamá y a mí”.

Poco después y tras la separación de ella cuando tenía 8 o 9 años y tras llevarlo su abuela a vivir con ella, comenta:

“A mi mamá la quería, en un principio que recién me dejó, porque yo prácticamente sentía como si hubiera agarrado un perrito y lo hubiera tirado porque no lo quería porque le estorbaba, entonces era muy grande mi deseo de estar con ella”.

Sin embargo, el maltrato no cesó con su abuela pues, a raíz de una rígida crianza y el rechazo de sus tíos al cuidado, continuó experimentando abuso e impacto mental. Víctor comenta:

“Yo era muy inquieto entonces todos mis tíos me tenían cómo lo peor entonces si hacia yo algo mal pues mi abuelita me pegaba, pero dos o tres de mis tíos iban y me pegaban. Era el muñequito de todos para desquitarse y golpearlo”.

Continúa:

“Entonces cuando yo me portaba mal para que mis demás primos no vieran, me subía y me bajaba los pantalones y con lo primero que encontraba me agarraba a cintarazos o con lo que tuviera, entonces, como mi tío hacia ejercicio, y colgaba las bicicletas, las cositas esas como ganchos, donde tenía una cortina, pues de ahí amarraba un lazo, me amarraba y me golpeaba, o también por ejemplo ese mismo tío a veces que desobedecía pues me agarraba de las patillas y siempre me las dejaba largas para jalármelas, y a veces hasta me sangraban”.

A través de estas narrativas, se vuelve posible comprender las angustias que Víctor experimentaba durante los primeros años de su vida, mismas que configuraron precariamente su mente. Es claro que las crisis mentales datan desde su niñez, momentos que recuerda como desequilibrados y dolorosos:

“A mí me daban depresiones, y yo en vez de desquitarme con las personas cuando nadie me veía, me golpeaba la cabeza contra la pared, hasta que me cansaba, me hacía moretones, me rasguñaba, me cortaba con el cortaúñas la piel, era la forma de desquitar mi coraje, no contra las personas, contra mí mismo”.

Así como en este caso, el funcionamiento mental que derivó en psicopatología tiene un fuerte fundamento en la construcción psicosocial de su mente, el caso de Juan plantea condiciones de violencia y maltrato similares, lo cual acerca a la comprensión del desequilibrio y síntomas que manifestó en su primera crisis. Sobre una experiencia de la que no tiene completa memoria comenta:

“Para serle sincero, era sobre discusiones entre mi papá y mi mamá, ellos discutían mucho, una discusión que hubo entre ellos porque mis abuelos siempre metían cizaña de que yo no era hijo de él, como había nacido con los pelos rubios, pues decían que yo no era su hijo y todo eso, y pues en ese pueblo vive uno cerradamente o no sé si uno dice las cosas sin pensar o si cerradamente o es para meter cizaña, tal vez no querían a mi mamá, eso fue lo que le decían, que yo no era su hijo, y hubo un momento en que se pelearon, tal vez mi papá quiso golpear a mi mamá y no sé, me le caí no sé, algo así me contó mi mamá, y que me le caigo y pues que me roza aquí el vidrio, un vidrio de una botella y con eso me hice la cicatriz, estaba pequeño, de un año o dos, por las peleas que tenían”.

Respecto a la separación de sus padres comenta:

“Pues ahí en Oaxaca, cuando discute una familia, pues ya, eso de todo el tiempo, y como nosotros somos de una comunidad indígena, pues ellos discuten, y pos, ahora sí que no sé si hacen consciencia, pero no, como te digo, no, no discuten así como en palabras nomás, llegan a un extremo de golpear, matar, no sé, extremos a esos, a esos extremos ya estaba llegando mis papas y mi mamá decidió que ya era un alto, ya poner un alto y por eso se vino para acá en Tijuana”.

Juan refiere una región donde se ha normalizado la violencia, así como también y respecto a su familia, menciona constantes maltratos por parte de su padre, tanto a nivel doméstico hacia su madre, como por cuestiones que tenían que ver con errores que él cometía, por lo cual, su padre constantemente le golpeaba. El tema de la sexualidad a su vez adquirió un carácter importante:

“Mi hermano creció de manera distintamente cómo, por ejemplo, a él lo hacían a un lado mucho porque él nació con un problema de su parte, él es un hermafrodita, y pues a él lo hacían mucho a un lado, no lo entendían”.

Continúa:

“Mi papá lo vestía de niña porque no se sabía su sexo aún bien, y pues por eso, porque mi papá al principio, los doctores, pensé, yo pienso que los doctores dijeron, pues él es niña y pues mi papá lo tomó cómo si y le empezó a dar una educación de niña y pos, pero él se comportaba de alguna manera cómo, más varonil y pos, yo no entendía porque pero hasta ahora lo entiendo, que él tiene más hormonas de hombre, no sé, pero siempre ha sido como más varonil, por eso ahora me arrepiento de hacerlo a un lado”.

En su caso y entre otros determinantes, la sexualidad está ligada con la confusión respecto a una condición biológica en su hermano y respecto a las infidelidades de su padre. Llaman la atención estos aspectos cuando se refiere a sus síntomas mentales con un tono sexual importante:

“Pues yo tenía en ese tiempo mi edad como un joven que quería experimentar su cuerpo como cualquier joven pues veía cosas de adultos y pues todo eso, y pues yo sentía que las mujeres que estaban ahí como que me veían y, no sé, sentía como placer yo, pero a la vez como que se sentía raro porque me veían”

Continúa:

“Porque yo comenzaba a alucinar y pues yo, a mis 22, pues como todo joven, quiere ver cosas de adultos y pues yo veía esas cosas y mi mente comenzaba a alucinar como que sentía que yo era el que estaba ahí con esas de la tele. Sentía el placer como si yo lo estaba haciendo, pero no era así, estaba delirando y pues decía yo que tenía un poder y que me daba vergüenza decírselo a la gente van a decir que soy alguien raro”.

Sus síntomas también se asocian con violencia o con lo que él llamaba “tener un gran poder”. Esta situación es vinculable con sus experiencias de maltrato y del tema sexual en su desarrollo, mismos que desembocaron en un desajuste mental que comenzó en Oaxaca al tiempo de la muerte de su padre, momentos en que señala “comenzó a estar triste y a pensar en la vida”. De

manera similar a Víctor, se refiere a organizaciones mentales que se conforman durante los primeros años y en escenarios de maltrato constante.

Por su parte, los casos de Esmeralda y Estela coinciden con un fuerte impacto relacionado con la pérdida de sus padres, situación que las enfrenta al dolor de la muerte y al reto de la elaboración de un duelo. Para Coderch (2011), y para comprender plenamente la melancolía, se debe considerar la ambivalencia que la persona tiene frente al objeto que perdió, ya que el conflicto con él no se reduce a su pérdida, sino que, puede originarse a partir de cualquier frustración, desengaño, abandono, etc. reavivándose e intensificándose la ambivalencia preexistente y, por lo tanto, el odio que latía junto al amor a esa persona. Por ejemplo, una pérdida que se vive con dolor psíquico, se relaciona con representaciones mentales, las cuales, reciben lo que la persona absorbería si existiera, pero al no vivir, lo sufre la representación mental. Es esa representación la que recibe los afectos intensos, no la persona real. Esta representación mental se encuentra en la mente de quien sufre la pérdida. Vale aclarar que, la representación mental no se encuentra diferenciada completamente y, si surgió por identificación, es decir, si se trata de la pérdida de alguien importante en la construcción de la identidad, ocurre una mezcla de representaciones en la mente de quien sufre, esto es, entre la representación de la persona perdida y la representación de ella misma. Cuando esto sucede, la persona que sufrió la pérdida se trata a ella misma como trataría a la persona que perdió, pero desde los afectos que conscientemente no le puede dirigir, estos pueden ser, críticas, humillaciones y acusaciones. Conscientemente, idealiza al objeto perdido, lo ama, es irremplazable, y a su vez, se ataca a ella misma, cae en melancolía. En paralelo, idealiza al sujeto perdido y se ataca a ella misma. Esto es en el marco de la indiferenciación de representaciones. Es decir, inconscientemente, ataca a la persona perdida, pero esto se manifiesta deformado, conscientemente en la devaluación a ella misma, donde hay partes de la persona perdida, pero puestas en ella misma por identificación, ahí si les puede atacar. Se podría decir que se evitaría una melancolía si no solamente se idealizara al objeto perdido, si no también, se le dirigieran todos los sentimientos negativos que se sienten hacia él.

En el caso de Estela, la figura idealizada del padre se mantiene bajo esa consciencia, idealizada. Sin embargo, los hombres en su historia son devaluados, han sido muy malos con ella. Este

mecanismo mental es de naturaleza escindida. Son idealizaciones y devaluaciones radicales que constantemente desgastan su mente y permean su percepción de los hombres desde su realidad. En su narrativa, los hombres terminan ocupando un lugar de abuso hacia ella, la defraudan, la lastiman al punto que venía perdiendo la esperanza en poder vincularse con uno. Sin embargo, es posible que en parte y en términos de objetos, ellos comiencen idealizados como el padre, idealizados sin que ella los vea completos, es decir, como son realmente. Esto suele ocurrir por mucho tiempo hasta qué, alguna situación, le lleva a la desidealización y a saberse muy lastimada por lo malos que son:

“Su papá de mi hija ya tenía otra familia y yo no sabía que tenía otra familia ósea, yo estuve con él 2 años, y su familia con la que estaba él ya tenía 18 años con esa persona, pero no tenían hijos ósea, nada más era su esposa o su mujer que se yo, entonces yo descubrí cuando tenía 8 meses de embarazo que había otra persona por medio de una fotografía”.

Asimismo, y respecto al padre de su primer hijo comenta:

“Pues me puse a trabajar este, pero él me agredía en la calle por eso cuando me hizo la pregunta de la violencia digo el agredía cuando, cuando me conseguía un trabajo me echaba a perder mi trabajo porque llegaba a ese lugar donde yo conseguía trabajo y este causaba un problema y entonces ya me despedían, entonces por eso también opté por venir, me vine a Tijuana, tengo hermanos aquí y yo me vine a Tijuana”.

Por momentos, los hombres para Estela han resultado un constante refugio. Son los padres de sus diferentes hijos, las posibilidades de llegar a Tijuana (como en su última migración), o la posibilidad de tener una buena familia y ser feliz. No obstante, llega un momento en que la idealización se transforma en una realidad decepcionante donde descubre aspectos y engaños que antes no veía en ellos, así como también, cuando les conoce un lado destructivo. En esos momentos, le impactan a tal grado de tener que dejar lugares, según sus explicaciones. En Estela, estos hombres están tan imbricados en sus ideales como en sus migraciones, prototipo que se

rastrea en la muerte del padre que se llevó todo lo bueno que un hombre tenía para ella y que, por momentos, parece ver en otros, pero sólo para después, notar lo terribles que son.

El caso de Esmeralda plantea importantes coincidencias, sin embargo, es interesante notar en ella un constante temor a la pérdida de personas que le son importantes o necesarias en su vida:

“Yo era muy celosa toda mi vida, celaba a mis amigos, a mis hermanos, a todo mundo”.

Continúa:

“Como que yo pensaba que todos eran para mí, que mis amigos son míos, que mis amigas son mías, y si tenían otras amigas pues yo enfurecía y ya después me calmaba. Los mismo pasaba con mi pareja, con mi esposo”.

En este caso, resulta interesante el manejo de las fantasías de pérdidas y necesidad de exclusividad, mezcladas con rabia al sentirse frustrada por la realidad, lo que termina lastimando seriamente sus vínculos. Esta situación con un origen muy antiguo, mantiene presencia en su mente, comenta:

“Por ejemplo, ahora en Tijuana, porque hace poco que llegué, y una de ellas me comentó, es que otra era su mejor amiga, y no dije nada, pero para mis adentros dije ¡y yo que soy!, entonces dije cálmate tu acabas de llegar, ellas son amigas desde hace mucho más, y así ¿no?, entonces ya me dan ganas de así de ¡ya no quiero nada!, entonces ya después tomo consciencia y digo bueno este, es diferente”.

El temor a la pérdida, relacionada con las complejas ambivalencias que refiere Coderch (2011) respecto a los objetos perdidos pero presentes en la mente, podrían explicar la manera en que Esmeralda constantemente desea controlar a las personas que le son cercanas. Son situaciones que le remiten a tristeza y a rabia, cuando exige que las personas no comenten la grosería de

alejarse de ella, situación que muy probablemente experimentó tras la pérdida del padre. Fue quizás lo que impulsó el acompañamiento de su esposo para no perderlo, pero que paradójicamente, llevó entre otras cosas a lastimar la relación al grado de no poder recuperarla.

Finalmente, se considera relevante considerar las formaciones de carácter o específicamente, las reacciones caracterológicas. Estas se refieren a funcionamientos mentales inclinados a cierta constancia donde los mecanismos defensivos. Mayormente, cumplen su labor, a excepción de fallos en la represión, momentos en que se vive la amenaza de la irrupción de material a la consciencia, llevándose una configuración que deriva en síntomas (Coderch, 2011). El caso de Joel es interesante en ese sentido pues, él no refiere una psicopatología manifiesta en el lugar de origen, sino a raíz de un evento como la migración en Mexicali y las experiencias con su primera pareja en esa ciudad. Comenta:

“Cuando estaba en Mexicali también pase por depresión y era como que, andaba siempre con mi ex, y bueno, íbamos a visitar a nuestras amistades y yo siempre serio, siempre nervioso. Ahora sí que pensaba que en cualquier momento me iba a dejar y eso me generaba estrés”.

Continúa:

“Pues es que entre estas experiencias que tuve pues había muchachos muy atractivos y bueno que seguían en contacto con mi ex-pareja y tenía, dudaba de que, pues, eso fuera a empezar una relación, sin terminar la nuestra”.

Para Joel, las experiencias de desequilibrio y sufrimiento mental se presentan en un contexto distinto y bajo condiciones totalmente nuevas a las conocidas y estructuradas en su lugar de origen. El lugar de destino se le plantea como uno donde puede mostrar su identidad sexual con mayor tolerancia, algo sumamente nuevo para él, así como la experiencia de compartir con alguien como pareja, una situación que había idealizado durante toda su vida, un lugar mejor y una relación libre. Tras el desajuste o cambio de estructura conocida, el desequilibrio lo lleva a

manifestar síntomas que busca mejorar en su atención, pero sin necesariamente acercarse a una psicopatología grave.

Tras la revisión de estos casos, se vuelve importante retomar el hecho de que el funcionamiento mental de estos sujetos puede tener una importante explicación cuando es explorada la construcción de su mente en el contexto de origen, situación que no sólo está ligada con sus motivos de migración, sino que permite comprender su funcionamiento mental. Permite acercarse a la comprensión de la manera en que estos elementos a nivel inconsciente continúan operando y manifestándose en sus desequilibrios actualmente. Son sujetos que iniciaron sus funcionamientos mentales en el lugar de origen y que, por momentos, la migración les ha sacudido, sin embargo, el fundamento de todo, está en esas experiencias añejas que, constantemente, se actualizan en sus mentes.

A continuación, y como un análisis situado a nivel de identidad y en cuanto a la institución de salud mental como importante para ello, se presentan una serie de coincidencias importantes entre todos los casos en esos sentidos. Los resultados que se presentan pueden ser entendidos más en términos institucionales y de su vinculación con ella, que en cuanto a funcionamiento mental profundo. En ese sentido, la narrativa de Víctor es muy clara:

“Yo siento que está muy bien el servicio, en mi caso que vengo de fuera, de una ciudad muy limitada, y que no que una enfermedad mental en el sur, hablando en general del sur, no solamente de la ciudad, o del estado de donde yo soy, del sur, es una enfermedad que pues no se gasta, porque son personas que están estúpidas, son personas que están locas, y a un loco no se le va a curar, para que atenderlo, para que gastar dinero en alguien que no tenga remedio, entonces, es muy diferente la circunstancia aquí”.

Para Víctor, la salud mental ha sido una de las prioridades en su vida, por lo que el lugar de destino se vuelve muy valioso cuando le facilita esa atención a través de una institución que le ha otorgado estabilidad y que, sin complicaciones relevantes, le recibe, le acepta aun con su padecimiento y lo atiende. El caso de Juan es muy similar, pues al contrastar el alcance de la

salud mental en Tijuana y en comparación con su lugar de origen, la frontera del norte termina siendo muy bondadosa:

“Si, esta bonito ahí, pero me gustaría estar sano, completamente, porque ya ve que en Oaxaca hay mucha pobreza y pos aquí solamente me dan las pastillas, pues allá son más escasas, las tienes que comprar, prefieres estar aquí que allá porque es escasa la pastilla y todo lo que es medicamento, porque está muy caro y el seguro popular como que no me lo dieron allá”.

Sin duda, la institución en salud mental se vuelve parte de las posibilidades que el lugar de destino les ha brindado, e inclusive, se ha vuelto un franco motivo para mantenerse en la región migratoria. Víctor comenta:

“No me regresaría por muchas cuestiones, porque es muy difícil mantenerme, porque cuando, antes de yo venirme para acá, para poder ir al psiquiatra, tenía que ir cuatro horas de camino, cuatro horas de regreso, y aparte el tiempo que me llevaba transcurrir de llegar a la central de Morelia a donde estaba el seguro para ir al psiquiatra era un poco complicado”.

Agrega:

“Sin embargo aquí no lo ven como algo que ya está enfermo pues, si se quiere matar que se mate, o sea, que no se va a gastar dinero en tratar ese tipo de enfermedades, entonces por eso yo veo que en el estado, en Tijuana, la gente está bien educada en lo que es una enfermedad mental”.

Entre otros aspectos que han encontrado en el lugar de destino, queda claro que la institución en salud mental pasó a convertirse en una consecuencia favorable de la migración. A nivel de significados, está relacionada con atención, y a su vez, con una identidad que asumen sin desacuerdo. Por lo tanto, es importante destacar que, aunque se identifiquen deficiencias importantes en los servicios de salud mental a lo largo del país, para estos pacientes, la

institución ha resultado beneficiosa y ha satisfecho una serie de necesidades que no cubrió el lugar de origen. Este tema no exenta a la institución de importantes limitantes, más bien, es importante comprender la manera en que se ha colocado como un objeto mental bueno y beneficioso, en contraste con los diversos objetos malos a nivel mental que se mantienen en el lugar de origen. Sin duda, esta atención hace contraste con fuertes carencias institucionales en el lugar de origen, pero a su vez, tiene coincidencia con una identidad de la que ellos ya tenían cierta noción, pero que esta institución, vino a confirmar.

Ligado a esto, se encuentra un elemento que se advirtió en el apartado de limitaciones y sugerencias, mismo que se desarrollará en el apartado de discusiones. Se refiere a que las entrevistas fueron realizadas en las oficinas del IPEBC, lugar al que todos los entrevistados continúan asistiendo por tratamiento. Este dato no es mínimo ya que, en el momento de la entrevista, la institución de salud mental tuvo una importante presencia, siendo probable que, a nivel de transferencia, los entrevistados asumieran que el entrevistador tenía alguna relación con la institución en la que siguen atendándose y que, por lo tanto, siguen necesitando. En sus narrativas nunca apareció una crítica o cuestionamiento hacia ella, al contrario, siempre se asumieron como agradecidos.

Para comprender más a fondo lo anterior, conviene retomar algunas comprensiones provenientes de los estudios psicoanalíticos. El concepto de *transferencia* en psicoanálisis se refiere a una repetición de prototipos infantiles, pero que es vivida con un sentimiento de actualidad (Laplanche y Pontalis, 2004). Conviene retomar esta dinámica mental, no solamente porque vincula al entrevistador con la institución misma, sino porque también, lo conecta con alguna autoridad en el pasado de estos pacientes. Esto toma relevancia porque permite comprender la disposición y desenvolvimiento de los entrevistados durante el encuentro, sin embargo, es posible analizarle a mayor detalle. Otra posibilidad para comprenderle, tiene que ver con la manera en que asumen su diagnóstico y su rol de enfermos en esta institución, ya que, y a manera de prototipo transferencial, están posicionados en un lugar de necesitados y carentes de saber y poder, lugar que viene a ocupar el especialista en salud mental, quien les entrega un diagnóstico que integran a su identidad sin discrepancia alguna, y que además, aceptan de manera que les tranquiliza, que les reduce la angustia respecto a lo que les sucede.

Como ha sido discutido por la perspectiva psicoanalítica y en coincidencia con la sociología de las enfermedades mentales, el encuentro terapéutico no está exento de una dinámica de poder, misma en la que se viene a repetir la organización de la sociedad respecto a las autoridades y el cómo desenvolverse frente a ellas. Este punto se considera atrayente, sin embargo, se descarta de profundización puesto que no es el objetivo de este estudio. No obstante, es importante comprender que, si se asume a la migración desde los componentes psicosociales que están involucrados en su dinámica, estas organizaciones de poder tienen un importante papel. Esto sucede cuando el paciente migrante acepta un diagnóstico que no sólo asigna una etiqueta o nombre a lo que ya venía percibiendo en el mismo, sino que, además, es socialmente aceptado. Este último punto, la aprobación social, resulta ser de suma importancia en este análisis pues es importante recordar que, en el total de los casos, el lugar de origen es uno que no solo resultaba carente, sino, además, les relegaba y recriminaba respecto a sus desequilibrios mentales. En ese sentido, Tijuana pasó a convertirse en doblemente bondadosa porque, no solamente les tolera en términos de aceptación o por ser una ciudad “educada” respecto a las enfermedades mentales, sino a su vez, los atiende, aun en sus “incapacidades o fallas mentales”.

En ese sentido, la cuestión de la identidad como enfermo mental adquiere un papel muy importante en todos los casos ya que en todos se asume y acepta, situación muy distinta a la identidad como migrantes. Dicha identidad es asumida sin ninguna discrepancia y a su vez, les lleva a saberse como carentes, faltos de algo o desequilibrados, como poseedores de una mente que no funciona bien. Esmeralda comenta:

“Si, de ahí, de ahí enloquecí, y ahora soy lo que soy y por eso estoy aquí, desde ese momento”.

Continúa:

“Uno está aquí porque está loco ¿no?, porque estas enfermo, porque tienes algo en la cabeza que no está bien, que no está funcionando bien, bueno pues yo era muy celosa toda mi vida, celaba a mis amigos, a mis hermanos, a todo mundo”.

Como se revisó en el apartado anterior, la identidad de migrantes es asumida como respuesta al ejercicio de entrevista, pero en el caso de la enfermedad mental, es distinto, la asumen sin ningún cuestionamiento y a su vez, les vuelve parte de esa institución. A partir de esto salta una interrogante ya que, es claro que asumen la identidad de enfermos mentales a partir de una sensación propia, pero a su vez, porque existe una institución construida socialmente que lo indica, categoriza y atiende, de igual manera, ¿podieran asumir su identidad como migrantes si un símil de institución social les reflejara que esa es su identidad y que, a su vez, necesitaran dicha institución? Un punto a reflexionar.

Por otro lado, y en la totalidad de casos, se identificó que a pesar de entender que las explicaciones de su padecimiento son mucho más profundas y antiguas, y que, por lo tanto, los tratamientos también debieran profundizar aún más, los aceptan completamente a un nivel de medicamento o sintomatológico, y más aún, con total consciencia de las limitantes y de que ellos mismos se reusan a trabajos profundos. En el caso de Esmeralda, ella identifica que requiere una voluntad fuerte y trabajo profundo respecto a su salud mental, sin embargo, el medicamento ha venido a ocupar una posibilidad práctica, una que le simplifica cuestiones que ella sabe, son más profundas y que el medicamento no mejorará. Señala respecto a los elementos que le han llevado a la mejoría:

“Creo que el medicamento, porque la terapia, claro que me ha ayudado a conocer, entender cosas de mí, pero, pero también sé que hay cosas que se cambian si uno quiere cambiarlas eso me queda claro, pero también me queda claro que no quiero cambiar cosas”.

Vale la pena destacar estos dos aspectos de su discurso. Uno se refiere al nivel de voluntad que muestra para cambiar aspectos y comprometerse activamente en su salud mental. Es claro por lo tanto y a partir de su narrativa, que su esfuerzo tiene un límite y no está dispuesta a llevarlo a otro nivel. Por otro lado, este aspecto que menciona tiene relación con las posibilidades y los alcances que tiene el enfoque de psicoterapia que recibe. El enfoque cognitivo-conductual que es llevado en el IPEBC tiene muy claros sus alcances y objetivos a niveles sintomáticos, pero, y como se problematizó en apartados anteriores, viene a ser muy limitado en cuanto a

exploraciones profundas que no necesariamente estén relacionadas con el síntoma. Esto lleva a un tercer punto, el cual puede tener relación con la migración, y es que, si la sintomatología que los pacientes presentan no viene a tener vinculación directa con la experiencia migratoria, no será una variable a explorar por parte del equipo de atención, por lo tanto, para el paciente tampoco pasará a tener relevancia su condición de migrante pues, si la autoridad en salud mental no lo vincula, pues ellos, menos. El caso de Víctor presenta semejanzas:

“Hubo una psicóloga que duramos tres años en terapia, y todo el tiempo que el hospital estuvo dando servicio mediante seguro popular, pero, como no me gustaba hablar de mis cosas, se me hacía muy difícil, entonces, no le platicaba muchas cosas, no me abría con ella, no sé, siempre fue, no sé, pues siempre fue una forma de no demostrar mis sentimientos, de callarme lo que me pasaba, o sea no comentarle, ni permitir que nadie viera, lo que había, si ellos tenían una percepción de mí, pues total, alimentarla. Es como yo le digo al psiquiatra y al psicólogo (IPEBC), mentiría si yo les digo que voy a estar bien, yo sé que no, pero sí me siento bien y me siento mejor que con el medicamento porque, en base a que, con las terapias me han ayudado a ver las cosas diferentes y a manejarlas también diferente”.

En ese sentido, el caso de Víctor es ilustrativo. Para él, un trabajo profundo que implique un manejo de emociones, así como la exploración y confrontación con su historia, no es muy conveniente. El tolerar las emociones sin demostrarlas, sin dar a notar su dolor, tal cual lo hizo con la psicóloga que le atendió tres años, es un logro para él, le demuestra que es fuerte para manejar sus emociones. De alguna manera, pudo engañarla, fue más hábil que ella. Víctor pues, se muestra resistente a un trabajo que implique conflicto, que implique enfrentarse a las emociones que tanto ha luchado por domar, sin embargo, si el tratamiento psiquiátrico o psicológico se concentra en la sintomatología y en estrategias de afrontamiento sin que tenga que experimentar sacudidas emocionales o el retomar su historia, eso es ideal para él. Por lo tanto, los enfoques utilizados en el IPEBC cumplen totalmente con lo que está dispuesto a tolerar. Esto no significa que sean inconvenientes, pues sin duda fueron claves en su momento, sobre todo, al momento de atender síntomas que una intervención psicoterapéutica no podía

eliminar de manera inmediata, por lo que, el medicamento fue necesario. Sin duda esto tiene que ver con su gratitud con los mismos, pero a su vez, y se insiste, se vuelven limitados y más aún cuando él mismo comprende que en su situación, los aspectos constructores de su mente son claves y no son retomados a profundidad en su tratamiento de salud mental. Respecto a los orígenes y explicación sobre su padecimiento mental comenta:

“Pues el que mi mamá me abandonara, porque pues fue prácticamente lo que hizo, abandonarme. Sí, de hecho, muchas veces los psiquiatras que me vieron me preguntaban, o los psicólogos me preguntaban. Yo siento y bueno, yo sé que todo mi trastorno se dio a raíz de que mi mamá me abandonó y todo lo que me tocó vivir”.

Respecto a los avances respecto a su padecimiento, refiere:

“Atenderme y aprender, pues bueno lo que estoy aprendiendo en este año que llevo de terapia, cosas que para mí eran imposibles o difíciles las he vencido, entonces, pues, eso, el aprender a manejar mi enfermedad y saber hasta dónde llevarla y el que aquí dan atenciones que allá no dan”.

Sin duda, para Víctor ha resultado clave una atención que integre la perspectiva psiquiátrica y psicoterapéutica, sin embargo y es importante destacar, estas son bienvenidas en la medida que se concentren en atacar el síntoma y le exijan poca exploración en su historia y sentimientos.

Para comprender la actitud de Víctor desde una perspectiva compartida por todos los casos, conviene retomar el concepto de *resistencia* en psicoanálisis. Para este enfoque, la resistencia es una dinámica esperada durante el tratamiento y sobre la cual, el psicoanalista debe poner toda su atención para a su vez, esclarecerla con el paciente y hacérsela saber. Es ideal que, en conjunto, enfrenten lo inconveniente que viene resultando el proceso psicoanalítico para su dinámica psíquica, pues sacude las organizaciones precarias que le han llevado a padecer. De manera conceptual, la resistencia se refiere a todo aquello que se opone al acceso del material psíquico profundo o inconsciente, por lo tanto, es esperado que en algún momento del proceso,

los pacientes muestren una franca oposición a sus descubrimientos, porque el mismo proceso revela deseos, procesos inconscientes que infringen las organizaciones mentales que hasta el momento, presentaba la persona (Laplanche y Pontalis, 2004).

Es clara una resistencia en Víctor respecto al afrontamiento de los aspectos profundos de su mente, aun cuando tiene consciencia de ello. Como consecuencia de esta revisión, es razonable deducir que la exploración de la construcción psicosocial de su mente debiera ser impensable para él, lo entendería como un elemento innecesario al momento del tratamiento, sin embargo y paradójicamente, se considera que no, al contrario, debieran enfrentarse y no esconderse como polvo bajo la alfombra. Sin embargo, este tema no se profundizará en la investigación.

Es importante descartar que, aunque una parte de ellos pueda resistirse a la confrontación de ciertos aspectos de su historia y emociones, viven la enfermedad mental como avasalladora, como una experiencia que por ningún motivo quieren volver a repetir y para lo cual. Están dispuestos a seguir el tratamiento que les elimine los horrorosos síntomas que han presentado. Algunos venían experimentando estos malestares desde el lugar de origen y no exclusivamente tras la experiencia migratoria. En su caso, Juan comenta:

“Estaba como ido de la mente, como alucinando, como oyendo voces, oyendo voces y los guajolotes como que te querían decir algo, a los perros, los perros que me decían ¡lárgate!, así como “gua gua te”, así como que me querían decir algo, pero ya no. Era una persona incapacitada para ser más exacto porque no podía hacer nada, solo bañarme, y hasta eso me daba incomodidad, porque no, estaba más enfocado en lo que escuchaba, como que no dejaba hacer las cosas”.

Continúa:

“Sentía que tenía como pacto con el diablo algo así y pos ya me molestaba cualquier cosa porque sentía que no andaba bien, me sentía incómodo, me sentía que las cosas me molestaban por, sentía que por cualquier cosa, me hacía sentir incómodo y todo eso, como que quería pasarme de listo no sé, como que yo quería hacer mi voluntad

no la de los otros y pos también esos fueron los síntomas que me pasaron, más que nada me sentía así porque yo sentía que tenía un pacto con el diablo y todo eso, pero ya no”.

Todos estos síntomas, habían sido experimentados en el lugar de origen, sin embargo, nunca tuvieron la atención conveniente, como en el caso de Víctor. Situaciones como éstas y tras la eliminación de importantes síntomas, vuelven atrayente al lugar de destino o Tijuana, como uno que no le abandona a su enfermedad mental. Esto termina siendo un importante incentivo para mantener la migración.

Sin embargo, el caso de Joel es distinto pues, por un lado, él atribuye a la migración el desencadenamiento de una serie de padecimientos mentales que nunca había experimentado y que, de manera lógica, no hubieran aparecido si nunca hubiera migrado. Señala:

“No sabría definirlo, sólo que me ausento de las personas, este, dejo de comunicarme, dejo de interactuar, este, y me pierdo ahí en mis pensamientos, me pongo a hacer cosas extrañas. Como romper cosas, cortarlas, cortar ropa, pelear con el perro”.

Todo esto lo relaciona con su primera migración hacia Mexicali, comenta:

“Cuando estaba en Mexicali también pase por depresión y era como que, andaba siempre con mi ex, y bueno, íbamos a visitar a nuestras amistades y yo siempre serio, siempre nervioso”.

Es claro y tras un ejercicio de interpretación que, para Joel, su padecimiento es consecuencia de la migración tal como lo señala:

“Creo que no estaría aquí si no hubiera salido de mi casa en ese entonces, creo que ahí con mi pareja me volví muy extremo, hacia cosas que ni me podía creer que hacía, que me volvieron un poquito loquito”.

Sin embargo, existe una ambivalencia importante. Como se mencionó anteriormente, la migración para ellos y entendida como el simple desplazamiento entre regiones no tiene impacto, no tiene relevancia en su salud mental. Joel señala respecto al impacto de la migración en él:

“Yo creo que no, porque no tenía algún problema con ser migrante, no era relacionado a eso sino a problemas como psicológicos normales jaja, no relacionados con la migración”.

El caso de Esmeralda es similar respecto a la ambivalencia y descalificación de la migración como ligada a su padecimiento en salud mental. Señala:

“Pues es que yo creo que no es eso lo que ha cambiado, migrar no me hizo enfermar y migrar no me hizo tranquilizarme, creo que fue todo lo demás”.

No obstante, llama la atención que también en su caso, el origen de su desequilibrio mental está muy relacionado con la experiencia migratoria, en particular por la falta de redes y el choque cultural, comenta:

“Como que yo pensaba que todos eran para mí, que mis amigos son míos, que mis amigas son mías, y si tenían otras amigas pues yo enfurecía y ya después me calmaba, pero con mi pareja, con mi esposo era todo el tiempo, o sea, dejamos de ir al cine porque salían desnudos y le iba a gustar esa, y no yo, dejamos de ir al teatro por lo mismo, dejamos de salir a la calle porque la que pasaba iba a ser mejor que yo, yo ya no quería salir de mi casa, ya no quería hacer nada, iba al trabajo porque tenía que hacerlo pero de salir a divertirnos como lo hacíamos antes, deje de hacerlo”.

Como se mencionó en el apartado de construcción psicosocial y migración en el caso de Esmeralda, ella vivió como un engaño la identidad femenina aprendida en Culiacán, realidad que enfrenta en su primera migración al Distrito Federal, lo cual y como consecuencia de

constantes crisis, llevó al rompimiento de su relación. Esto a su vez, la trajo a Tijuana y sus servicios en salud mental. Resulta muy interesante la manera en que estas situaciones no se conectan en la mente de Esmeralda, aunque es comprensible que, si se asume a la migración como un simple desplazamiento, se entiende que no tiene ningún impacto, sin embargo, todo cambia cuando se le liga como experiencia compleja y vinculada con significados o personas específicas.

Asimismo, y según lo aludido en el apartado anterior, el especialista en salud mental, no puede esperar que el migrante bajo atención mental asocie directamente a la migración con su padecimiento. Tendrá sentido si se comprende desde su complejidad y significados asociados, por ejemplo, desde las motivaciones para alejarse del lugar y de ciertas experiencias. Si se retoman los denominados gérmenes de la migración. En ausencia de esto, la migración parece ser una pieza que no explica nada de la enfermedad mental, conclusión errónea, pero superficialmente atrayente. Para el caso de Joel, la migración como acto de desplazamiento no tiene sentido ni relación con su situación mental, pero cuando se le relaciona con la lejanía de un ambiente que no toleraba su homosexualidad y con la necesidad de alejarse de importantes carencias materiales que tenía, la migración se complejiza y tiene una relación directa con su funcionamiento mental. Se convierte en el choque con un dolor del que viene huyendo, un dolor que no necesariamente dejó en ese lugar, sino que, a nivel mental, carga con él, que se encuentra en algún lugar de su mente.

La migración, por lo tanto, puede estar relacionada con conflictos de adaptación, lo cual y a manera directamente proporcional y teórica, llevaran a vincularle con enfermedad mental. Con esto se hace referencia a que es posible encontrar casos donde la franca dificultad de adaptación, el choque de culturas y demás elementos complicados, lleven a una persona a padecer. Esto es muy claro de relación y sin duda lleva a problematizar a la migración y a la salud mental, como en el caso de migraciones por desplazamientos forzados. Sin embargo, esto no significa que ese aspecto únicamente deba ser atendido en esos casos. En el caso de estos pacientes, su padecimiento presenta una relación compleja con la construcción psicosocial de su mente y con los significados complejos y profundos que la migración tiene para ellos. Una atención que

confronte todos estos elementos, se confía, tendrá un mejor impacto en la salud mental de estas personas.

A manera de síntesis para este apartado, vale destacar que, a través del análisis de los casos, se confirmó que la construcción psicosocial de su mente puede llevar a comprender de manera amplia sus funcionamientos mentales y definir a que organizaciones o estructuras mentales corresponden. Se analizaron los casos en función de esbozos de explicaciones psicoanalíticas que encuentran, en sus primeras experiencias de desarrollo y configuraciones mentales específicas, la explicación de sus padecimientos actuales, resultando la migración como una experiencia que se integra a una bola de nieve mental que inicio en su desarrollo.

Desde otro sentido y en vinculación con un análisis más inclinado a la institución en el ámbito de salud mental, se encontró que la atención recibida a través de la institución se encuentra relacionada con los aspectos gratificantes que han encontrado en el lugar de destino. Este lugar de la migración adquiere una fuerte valía cuando se retoman todas las carencias en atención que planteaban el lugar de origen. Lo anterior no significa que la institución quede exenta de aspectos a mejorar, más bien, fue necesario comprender la manera en que para ellos y aun con sus limitantes, ha sido la mejor opción. Se retomaron los conceptos de transferencia en psicoanálisis para comprender la manera en que estos pacientes han venido posicionándose frente a la enfermedad y frente a la institución, destacándose la manera en que la enfermedad mental se ha vuelto una identidad para ellos. Asimismo, se retomó el concepto de resistencia para comprender la manera en que, aun con sus limitantes respecto a la focalización de síntomas, estas intervenciones son las mejores y convenientes para ellos. Son, por decirlo de alguna manera, poco amenazantes respecto a su dinámica psíquica.

Asimismo, se esbozó una reflexión respecto a las dinámicas de poder que de manera latente operan en las instituciones de salud mental, así como también, la aprobación social, lo cual se volvió un aspecto importante ya que si, el lugar de origen les recriminaba sobre sus funcionamientos mentales, Tijuana se ha convertido en una sociedad que no sólo lo tolera, sino que inclusive, los atiende. Asimismo, se reflexionó respecto a la manera en que las instituciones les otorgan una identidad, por lo que, al no existir una institución fundamentada en la migración

y que a su vez necesiten, esa identidad espejeada a nivel institucional, no ha existido para ellos, por lo que no se han asumido como migrantes a partir de denominaciones sociales.

Se encontró también que el padecimiento mental, tuvo un origen en su región para tres de ellos, siendo que, para Esmeralda y Joel, detonó tras la migración, a raíz del contraste cultural y de experiencias de impacto vividas tras ella, sin embargo y de manera interesante, ellos no conectan todos estos aspectos, más bien, fueron producto de un ejercicio de interpretación. Todo esto llevó a reflexionar que no siempre se encontrará una vinculación directa respecto al padecimiento de salud mental y la migración, sobre todo cuando se entienda y explore a la migración únicamente a manera de desplazamiento entre regiones. Sin embargo, si se le explora relacionado con significados, es decir, con los llamados gérmenes de la migración, el impacto y relación entre salud mental y migración se vuelve más clara. Se deduce que existirán casos donde, por ejemplo, tras complicaciones de adaptación o bajo un desplazamiento forzado, la migración se ligará con un desequilibrio mental de manera directa. Sin embargo, estos no debieran ser los únicos casos en los que tenga relevancia dicha exploración, pues, aunque resulte más compleja la ligazón con significados entre su construcción psicosocial, su historia ligada a la migración permite rastrear aspectos comunes en los casos que pudieran fungir a manera de tipos o perfiles en migrantes con padecimientos en salud mental, constantes que se mencionaron en los apartados. Esto y confrontado con sus propias resistencias y conflictos psíquicos, llevarían a intervenciones con igual nivel de impacto, es decir, más profundo y eficaz.

6.2.6 Una propuesta tipológica

Con la intención de rastrear algunos aspectos comunes en los casos revisados que pudieran fungir a manera de tipos o perfiles en migrantes con padecimientos en salud mental, a continuación, se esboza una propuesta tipológica con aspectos coincidentes entre los pacientes entrevistados. Se confía en que dicho apartado pueda abonar a la comprensión y discusión teórica respecto a la relación entre salud mental y migración.

Para esto, se parte de la propuesta teórica de Weber. En ese sentido, se entiende que el “tipo” alude a una serie de rasgos recurrentes, generales y distintivos que no son propiedades atribuidas

a un individuo sino al agregado del cual forma parte. Esos tipos, mantendrían ciertas regularidades, mismas que, para Weber, son construidas por el investigador a través de un proceso de interpretación. Es decir, es un orden social “construido” conceptualmente (Tarrés, M. 2013).

Con lo anterior, se hace alusión a lo teóricamente llamado “tipo ideal” en Weber. En éste, se busca comprender, entender o interpretar el “sentido o significado” de las acciones en sus respectivos ambientes históricos y culturales. Dicha explicación hace posible los encadenamientos causales que dieron lugar a un hecho cultural. Sin embargo, dicha comprensión nunca es total, ya que la vida social presenta una diversidad inagotable de procesos que aparecen y desaparecen permanentemente. Por lo tanto, ninguna cosmovisión teórica puede atraparla en sus innumerables pliegues y relaciones (Tarrés, M. 2013).

Bajo el entendido de que la siguiente es una propuesta inacabada, se distinguen algunos rasgos comunes en ciertos individuos que les podrían agrupar y a su vez, llevaría a comprenderlos de manera conjunta. Retomando las reflexiones psicoanalíticas de Grinberg y Bleger, se propone considerar elementos como la motivación psicológica para la migración, así como también, algunas constantes en la crianza que pudieran llevar a coincidencias entre los casos. Por otro lado, las correspondientes a su diagnosticación y atención en salud mental. Bajo ese tenor, se proponen dos tipologías que distinguen perfiles en los pacientes migrantes entrevistados:

- **Con deseo de migrar:** en este grupo se consideran los casos de Joel, Estela y Víctor. Se entiende que, como consecuencia de una configuración determinada en la construcción de su identidad y como consecuencia del impacto que ciertos vínculos tuvieron en sus primeros procesos del desarrollo, tomaron relevancia los llamados “gérmenes de la migración” o momentos de lejanía y cercanía de cuidadores, así como las exploraciones de nuevos espacios o desplazamientos. Fueron momentos en que la satisfacción o privación de vínculos con los primeros objetos del desarrollo fueron cruciales para determinar las posiciones que los sujetos desarrollarían respecto a ellos. Esto es entendido también a través de los mensajes y deseos percibidos de los cuidadores respecto al sujeto, es decir, si los cuidadores los aceptaban o los deseaban

desde la cercanía o desde el rechazo. Esto se considera, tuvo un importante impacto en ellos y, asimismo, ha sido dinamizado como identidad a nivel inconsciente.

Por otro lado, y tomando la dinámica de la identificación, se considera posible asumir una identidad a partir del deseo de otro significativo, ejecutándose la identidad-deseo del cuidador valorado. Con esto se hace referencia a una posibilidad ligada a la anterior, por ejemplo, si la persona con la que se identifica el sujeto vive con gran significación la migración, la separación, la búsqueda, y demás posibles significados, estos serán introyectados por la persona en desarrollo, y por lo tanto y en algún momento, serán ejecutados. Es, por decirlo de alguna manera, un destino inconsciente, que, tras un ejercicio de revisión y análisis, pudiera volverse consciente.

En el caso de Joel, el deseo de migrar se gestó a partir de la carencia, así como también, a partir del registro de migraciones exitosas, como las de sus tías o inclusive la del padre que nunca regresó. A su vez, con relación a rechazos experimentados por cuidadores como el padrastro y otros en su ambiente, siendo el único contrapeso importante, su madre. El caso de Estela, coincide en un deseo que tuvo génesis, pero a partir del deseo de otro, es decir, de su padre, quien le puso expectativas que la diferenciaron de sus hermanos y de su comunidad. Dicho deseo fue frustrado por la madre al sacarla de estudiar, pero en algún nivel, se mantuvo apoyado por los hermanos que la estimularon para dejar Tijuana. El vínculo de cercanía con el padre y, aparentemente, siempre deseado, se vuelve un empuje para su actual migración, que le ha llevado a reunirse con una nueva pareja. Pareciera que el empuje de Estela es cercano a la simbiosis, sin embargo, se descarta esa categoría, porque, ella no busca, no persigue a una persona, más bien, las encuentra en las migraciones. La empuja una sensación de hacer las cosas distintas, en primer lugar, posteriormente, encuentra ciertos lazos que se vuelven fuertes. Es probable que a nivel inconsciente busque al padre deseado, sin embargo, el deseo es de moverse y buscar. En el caso de la simbiosis, no existe tal deseo, sólo el de estar con la persona necesitada. Finalmente, en el caso de Víctor, las migraciones experimentadas a temprana edad como pequeños desplazamientos entre la abuela, la tía y la madre, así como la tradición migratoria

familiar de éxito, ejerció un impacto a nivel mental del cual no parece tener registro consciente. Asimismo, las constantes experiencias de rechazo y soledad, ejercieron impacto en el sentido de continuamente alejarse y no necesitar ayuda, no mostrar dolor. En ese sentido, solo le ha dado oportunidad a la institución de salud mental para determinarlo así, como enfermo mental. En su caso, la mejor muestra de este tipo de deseo, es que el entrevistado no quiere volver al lugar de origen, así como que, las migraciones, no sólo han sido entre Zamora, sino entre otros estados. Ha existido constancia en un deseo de movimiento, mismo que ha dirigido su conducta durante toda su vida.

- **Sin deseo de migrar:** en este grupo se consideran los casos de Esmeralda y Juan. Se plantea que, en ellos, la simbiosis ha fungido como un motivador psicológico determinante para la migración. Con esto se hace referencia a que, pareciera poco viable que un sujeto muy arraigado a un grupo de pertenencia se pueda separar de un lugar, sin embargo, toma coherencia entender los desplazamientos y las migraciones cuando este grupo o vínculo significativo lo hace, cuando el objeto amado o necesitado se aleja. De alguna manera, se podría decir que se le busca, se le persigue. Esto significa que la persona, puede bien no desear la migración por sí misma, pero si el objeto con el que se tiene la simbiosis sí lo desea, y se desplaza, por ende, el sujeto necesitado de él lo hará en compañía o en su búsqueda. Motivado, no por la migración, ella nunca se busca. Lo que se desea es a la persona y, en ese sentido, la migración es solo una consecuencia.

En el caso de Esmeralda, la migración nunca estuvo presente como deseo ni ideal, sin embargo, si lo fue para su esposo y para algunos familiares como su hermana. En un primer momento, ella se desplazó para mantener el vínculo con él. Con el tiempo, la relación se perdió y, en necesidad de otro sostén, se desplazó hacia Tijuana en busca de su hermana y su madre. Es su hermana con la que actualmente mantiene un vínculo de sostén. El caso de Juan es similar, en el sentido de que la migración, nunca se le presentó como deseo ni ideal, al contrario, no se veía como capaz de realizarla. Sin embargo, personas necesarias para él, como su madre, sí lo llevaron a cabo a nivel de

seguridad y protección. Con el tiempo, Juan se vio necesitado de cuidado, motivo por el que llegó a Tijuana, lugar donde se mantiene bajo el apoyo de su madre.

Si bien, esta tipología se considera distintiva en cuanto a la motivación o deseo de migrar, conviene rescatar también la que corresponde a la dinámica de salud mental, sin embargo, esta se refiere a un señalamiento institucional. Con esto se hace referencia a que el diagnóstico, no es inherente a la persona. Es, digamos, una construcción institucional, un concepto. Este se vuelve real a partir del dictamen de una autoridad en salud, en este caso de salud mental. En ese sentido, se encuentran dos tipos de casos, es decir, los que fueron diagnosticados antes de la migración y los que fueron diagnosticados después de la migración. Se somete a esta puntualización, porque se desconoce si, los que fueron diagnosticados después de la migración, hubieran sido calificados así en el lugar de origen, de haber tenido el servicio o cercanía a la institución en salud mental. Sin embargo y una vez hecha la aclaración, se rescata la siguiente tipología:

- **Diagnosticados antes de la migración:** en esta categoría, se encuentran los casos de Víctor, Estela y Juan. En el caso de Víctor, el diagnóstico vino de Guadalajara y a partir de un padecimiento médico, es decir, gastrointestinal que se relacionó con un aspecto mental. La explicación psicológica que con el tiempo llegó, nunca relacionó al padecimiento mental con migración, sino con su historia y funcionamiento neuroquímico. Esa explicación se mantiene en Tijuana. Cabe mencionar que, cuando recibió el diagnóstico en Guadalajara, Víctor no vivía ahí, solo se desplazaba por el servicio en salud. En la situación de Estela, la primera crisis mental apareció tras la muerte de su padre, en su lugar de origen, y, la segunda, en Tijuana, motivo por el que se atiende en salud mental. Ambas reacciones se explican por cuestiones de duelo, por muertes, en ningún momento por la migración. Finalmente, en el caso de Juan, la crisis apareció en la adolescencia y se liga al fallecimiento de su padre en Oaxaca. Con el tiempo, se le trajo a Tijuana para ser atendido y cuidado por la madre, entendiéndose que su trastorno surgió tanto por la precaria situación en Oaxaca, como por la muerte de su padre.

- **Diagnosticados después de la migración:** en esta categoría, se encuentran los casos de Joel y Esmeralda. Para Joel, y en sus palabras, la enfermedad mental apareció con la migración. Sin migración, esta no hubiera aparecido, pues le fue diagnosticada en Tijuana, tras experimentar traumatismos con su primera pareja. Sin embargo, se considera la existencia de una configuración determinada en el lugar de origen, misma que era factible de desarrollo patológico tras algún evento traumático, sin embargo, ahí no ocurrió. Se desarrolló tras la migración. En el caso de Esmeralda, la migración hacia el Distrito Federal le planteó un choque cultural que le llevó a cuestionar su identidad y la seguridad tan supuestamente afianzada en el lugar de origen. En ese primer lugar de destino fue atendida en psicoterapia, pero no fue sino en Tijuana donde recibió medicación y un franco diagnóstico en términos de salud mental. Es importante destacar, que los rasgos de celotipia, mismos que se agudizaron en su primera migración, ya habían aparecido en su lugar de origen, sin embargo y desde una perspectiva social, dicha conducta era tolerada, motivo por el que, se hipotetiza, no fue problemática antes, no fue diagnosticada antes. Asimismo, se deduce que dicha reacción emocional se presentó en diferentes momentos, pero con el respaldo de cierta red de apoyo, la cual no existió cuando radicó en el Distrito Federal.

Como se puntualizó al inicio del apartado, los tipos propuestos no responden a una última verdad respecto a la categoría de pacientes migrantes. Se considera como un apartado con amplias posibilidades de desarrollo y complementación. Se confía, a su vez, en que puedan abonar a la comprensión de los mismos y a una mayor profundidad teórica.

6.3 Fase 3

6.3.1 Introducción

A continuación, se presentan los resultados de una serie de entrevistas realizadas a los especialistas en salud mental del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y del Hospital General de Tijuana (HG). Entre ellos, se encuentran psicoterapeutas y psiquiatras que brindan atención bajo el esquema del seguro popular. A través de las entrevistas, se buscó

identificar el modelo de atención a través del cual diagnostican e intervienen con sus pacientes, entre los cuales, existe un alto porcentaje de población migrante interna.

Cabe puntualizar, que el seguro popular de salud es un programa del Plan Nacional de Salud en México que tiene como propósito brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos y fomentar la atención oportuna a la salud (Secretaría de salud, 2014). Por lo tanto, la población objetivo de éste esquema son familias de bajos ingresos económicos que no se encuentran aseguradas por otro sistema de salud.

Prácticamente, cualquier persona es candidata a ser paciente en estas instituciones siempre y cuando cuente con póliza de seguro vigente, sea referido por un centro de salud o solicite directamente el servicio, así como también, que su diagnóstico se encuentre dentro del catálogo de atención. Ambas instituciones trabajan predominantemente con población adulta, motivo por el que se volvieron viables de exploración para esta investigación.

6.3.2 Modelos de atención en salud mental

En el caso del IPEBC, se identificó un trabajo colaborativo que incluye a psiquiatras y psicoterapeutas. De manera inicial y en cuanto a procedimiento, el especialista en psiquiatría entrevista a los pacientes, les diagnostica y define el tipo de atención necesaria. Las posibilidades de atención son:

- Atención psiquiátrica.
- Atención psicoterapéutica individual o grupal.
- Atención psiquiátrica y psicoterapéutica en paralelo.

En cuanto al modelo de atención en el que sustentan su práctica, los especialistas en psiquiatría mencionaron dos modelos básicos, el modelo psicosocial y el modelo médico. Respecto al modelo psicosocial mencionan:

“Sería el modelo integral, de atención integral a la salud mental, es decir, todos somos parte de una sociedad y esa sociedad influye en los aspectos de cómo me enfrento, como aprendí a afrentarme al estrés, que tanto estrés hay en el ambiente. Todo este ambiente tiene consecuencia en como experimento el mundo y todas las experiencias positivas y negativas tiene una consecuencia biológica”.

Asimismo, mencionan integrar algunos fundamentos de los estudios psicoanalíticos para comprender los determinantes del desarrollo y ambientales que impactan en el padecimiento actual de los pacientes:

“Mi modo de trabajar, es la orientación, un poquito de psicoanálisis, pero sin irme tan, sin ser tan pretencioso, más bien como la psicología evolutiva o la psicología social”.

Con esto se refieren a que existen aspectos arraigados en la personalidad de los pacientes que tienen resonancia en el padecimiento que presentan, mismos que sólo se comprenden cuando se retoman sus biografías, lo cual es considerado por la perspectiva psicoanalítica. Señalan:

“Somos nuestras costumbres, eso somos y a veces les digo yo, hay una frase que utilizo mucho, muchas veces la gente dice “no, es que yo ya no soy la misma persona que cuando era niño”, le digo, señor, es muy fácil sacar a una persona del rancho, pero es más difícil sacar el rancho de la persona”.

Agregan:

“Es muy importante porque si no entiendes a la persona, no entiendes de donde viene, no entiendes por qué piensa lo que piensa, te vas a ir por juzgar sus actos desde tu mundo”.

En cuanto a la intervención, comentan que recogen datos para la construcción de una historia clínica, consecutivamente, analizan la información, establecen hipótesis y finalmente, emiten un diagnóstico. Posterior a esto, definen un tratamiento y le dan seguimiento para ver los

resultados. Si cumplen con su hipótesis, continúan con el mismo tratamiento, de lo contrario, revisan la información que antes obtuvieron o vuelven a entrevistar a familiares con el fin de establecer una hipótesis diferente y plantear otro tratamiento. Este tratamiento incluso, es auxiliado en su medida por la psicología, el trabajo social, por el médico general o por algún otro especialista:

“Si es alguna situación somática, pide uno el apoyo para clínicos de gabinete como sería electrocardiograma, radiografías, tomografías y cosas así. Descartado eso, entonces si tiene uno que plantear si es una situación psicosocial o de ámbito personal, o hereditario. O sea, tienes que tener una interrelación completa de la información y ya de ahí su diagnóstico, ese es el modelo que generalmente se apoyan todas las especialidades del médico, del área del médico”.

Si bien, la explicación respecto a la aplicación del modelo psicosocial resultó coincidente en dos casos, uno de los psiquiatras entrevistados hizo referencia al modelo médico, del cual comentó:

“Es el modelo médico, exclusivamente una asistencia, aquí no tenemos hospitalización. Sí tenemos hospitalización, pero en casos con gran riesgo de suicidio o que la persona haya perdido la razón”.

Continúa:

“Aquí no hay prevención, aquí no hay curación más que asistencia, estamos en la etapa curativa en el segundo modelo de Leavell y Clark que es la etapa curativa, la etapa rehabilitadora nosotros no la hacemos, no rehabilitamos pacientes, tal vez esta parte les pertenece a los psicólogos que tratan de rehabilitar al paciente deprimido a través de sus interacciones psicológicas”.

Comenta que con cada paciente se realiza un historial médico y psiquiátrico, así como que la atención se dirige concisamente hacia los signos y síntomas que presentan, pues a partir de ellos es posible emitir un diagnóstico.

“Primero cuando llega un paciente se le hace un historial médico y psiquiátrico y desde luego, nos vamos directamente a los síntomas y signos de porque está aquí”.

Finalmente, continua, se llega a una conclusión respecto a lo que le sucede al paciente y con qué se va mejorar y/o curar.

Cabe enfatizar que, pese a la consideración de estos dos modelos, ello no implica una alternancia entre los mismos, sino que más bien, un grupo de psiquiatras maneja uno, y otro grupo de psiquiatras, el otro. Por lo tanto y dependiendo el especialista que le trate, el paciente recibirá atención bajo uno u otro modelo.

Esta situación fue distinta en el caso de los psicoterapeutas, pues en su caso, se identificó un fundamento común en el modelo cognitivo-conductual de salud mental. Mencionan que dicho modelo considera que las situaciones por sí solas no tienen importancia, sino que la adquieren a partir de lo que las personas piensan de ellas. Comentan:

“Dependiendo de lo que la persona piense y como esté interpretando ya sea a sí mismo, al mundo y al futuro, le va a generar cierto tipo de pensamientos automáticos y estos ciertos tipos de pensamientos automáticos a su vez, le van a generar ciertas conductas, unas formas de comportamiento o actitud, una manera de experimentar las emociones, de experimentar sensaciones fisiológicas, físicas, y también cogniciones”.

Continúan:

“Para poder manejar el pensamiento hay que identificarlo, hay que saber cómo se está pensando, que es lo que se está imaginando, que es lo que no se platica, como fluye ese pensamiento automático para, posteriormente, hacer modificaciones

cuando éste pensamiento automático es desproporcionado, es disfuncional, entonces ya se puede hacer las modificaciones”.

Refieren que aun cuando su enfoque está puesto sobre los síntomas actuales del paciente, también revisan su historia de vida para detectar las creencias centrales que puedan estar manteniendo hábitos de pensamiento. Exploran la manera en que esos esquemas de pensamiento fueron desarrollándose desde una etapa temprana en las personas y como van dando sentido al por qué hacen lo que hacen y como eso ha ayudado a perpetuar los síntomas:

“Los esquemas van desarrollándose de los 5 a los 10 años y estos esquemas son mal adaptativos, hasta a cierto punto cuando las figuras de autoridad en este caso padre o madre están ausentes”.

Continúan

“Al final de cuentas, los esquemas son los que se van planteando y al final de cuenta, una persona actúa por el conocimiento que tiene de cómo es el mundo”.

Finalmente, y para emitir un diagnóstico, comentan que es posible recurrir a la valoración con base en instrumentos psicológicos tales como test o inventarios de pensamientos:

“Por lo regular le aplican una persona bajo la lluvia, un test proyectivo, pero también conviene hacer algunos inventarios por ejemplo de pensamientos, cognitivos, saber que está sucediendo, hacer una historia del desarrollo, ir armando el caso para ver cuál es el seguimiento para nuestro paciente”.

Señalan que un factor muy importante es el nivel de coeficiente intelectual de la persona, pues es necesario que se encuentre dentro de la norma mínima o superior, de lo contrario, se propone un tratamiento más conductual.

No obstante la coincidencia respecto a la atención en salud mental, el caso del Hospital General de Tijuana (HG) presenta importantes diferencias respecto al IPEBC. En su caso, la

organización entre especialistas es distinta pues el área psicológica se desenvuelve de manera independiente, es decir, sin colaboración con el área de psiquiatría. Otra diferencia radica en que gran parte de sus intervenciones son dirigidas hacia pacientes hospitalizados por cualquiera de las especialidades médicas que abarca el mismo hospital.

Respecto al modelo de atención, se identificó que no está sostenido en un sólo enfoque o técnica de atención:

“Nosotros en el área de Hospital General como le decía antes, yo trabajo en el área de cognitivo-conductual, aunque no estoy casada con ningún tipo de corriente. Sí intentamos a veces hasta consejería u orientación en psicoeducación. Es muy variable, el hospital es un área donde no te puedes acomodar exactamente en un enfoque porque el abordaje a cada paciente lo tienes que hacer de una manera diferente”.

Continúan:

“Hay un área en oncología ginecológica que es cáncer de mama cérvico-uterino, ellos tienen su propia psicóloga, pero cuando este tratamiento se ve interrumpido, porque así se maneja administrativamente, pues entramos nosotros a atender la prioridad. El doctor nos pide el apoyo en lo que le vuelven a restituir al personal entonces si hacemos diversas actividades y hacemos diferentes enfoques”.

Refieren, a su vez, una consideración respecto al contexto de origen con sus pacientes, pues consideran que a partir de esa exploración se puede entender mejor su situación:

“Tenemos que ver el contexto de origen para saber cómo piensa este paciente y poder hacer una intervención, que pueda darle a él este impacto que busca aquí en psicología”.

De manera muy general y tomando en consideración los modelos mencionados en las instituciones, llama la atención la coincidencia respecto a la concentración sintomatológica ligada al enfoque cognitivo conductual, pero a su vez, la consideración de aspectos socioculturales, e inclusive para el caso de los psiquiatras, cierto fundamento psicoanalítico. Se destaca el caso del Hospital General, institución donde se argumenta una necesaria versatilidad debido al tipo de casos y condiciones bajo las que atienden. A continuación, se profundizará respecto a la consideración de la condición de migrantes y el aspecto psicosocial en las intervenciones.

6.3.3 La condición de migrante y su consideración en las intervenciones de salud mental

En este apartado se retoman las posturas que tienen los especialistas en salud mental respecto a los pacientes migrantes y si es considerada dicha condición para su atención. En relación a los psiquiatras del IPEBC se identificó que, en términos generales, no existe una consideración respecto a la condición de migrantes pues más bien, suponen que el origen de sus conflictos es el mismo que tendría en cualquier tipo de persona. Señalan:

“No, porque generalmente el tratamiento es farmacológico y el manejo que se le tiene que decir a los familiares en este caso, que se la den puntualmente y que vengan a ciertas evaluaciones con cierta periodicidad, hasta que ellos sanen”.

Refieren que el hecho de ser migrantes es poco relevante en términos mentales, más bien, reflexionan que existen ciertas condiciones en el ambiente que vuelve adverso el tránsito, por lo que el apoyo, no necesariamente debería sostenerse en salud mental, sino en facilitar condiciones dignas de vida y de tránsito:

“Todos somos humanos y todos somos iguales, entonces si realmente protegiéramos el ambiente para todos, migrar no sería tan malo. El problema es que generalmente migran personas en condiciones de vulnerabilidad, en un ambiente donde esas condiciones de vulnerabilidad se les va a pegar en la condición de ser migrante, es mucho más fácil adaptarse si yo vengo de Santa fe,

DF y me voy a vivir a Puerta de hierro ¿no? Mucho más fácil adaptarnos, porque tengo protección de muchos factores de vulnerabilidad, entonces que migración sea mi único factor de vulnerabilidad no va a ser tan malo. Creo que realmente atender a los migrantes tendría que ser atender a favorecer un estado de mayor bienestar y si todos tuviéramos ese estado de bienestar sería más sencillo que a mí me cueste menos trabajo ayudarle a un migrante”.

Sin embargo, llama la atención que cuando se ahonda en su experiencia de atención hacía pacientes migrantes, comentan situaciones específicas:

“Los migrantes están llenos de deseos. El esfuerzo que tienen que hacer para lograr convertirse en las personas que quieren, va a ser un esfuerzo muy grande y dependerá mucho de las leyes y de lo permisivo o restrictivo para que se cumplan estas condiciones y va a haber un contra. Para ellos, el no hay no existe, no se puede, es contra lo que tienen que luchar ellos y eso obviamente retumba en su salud mental”.

De manera general, pero con mayor énfasis en la población migrante, toman en cuenta la red primaria de apoyo y las barreras del lenguaje que se puedan presentar. Consideran que las desventajas en cuanto a redes y a objetos materiales, puede llevarles a importantes situaciones de crisis por lo que, de manera distinta a lo inicialmente mencionado y considerando a la población migrante fuertemente impactada en términos socioeconómicos, debiera existir una atención específica para ellos:

“Muchos caen en un estado de psicosis reactiva breve o trastorno delirante. Llega un momento que se desorganizan. Traían un teléfono, se les perdió, no traen dinero, llegan a la ciudad, los explota o los asusta la policía, los coyotes, los polleros, los pandilleros etc”.

Continúan:

“Vemos que es una población, que no hay una infraestructura para atenderla, porque es una población que si tú llegas aquí tienes que traer documentos que trajiste a las oficinas del programa del seguro popular, donde te piden acta de nacimiento, tu carta, te piden una serie de cosas ¿no?, y si agarráramos 10 de la migración flotante, ni siquiera uno trae acta, es más, ni saben cuándo nacieron o no tienen ni siquiera primaria o tienen dos o tres grados de primaria y son personas que no vienen preparadas para eso. Un primo o alguien les dijo que en Estados Unidos ganan en dólares y vienen con el famoso sueño americano, es una total falsedad eso. Entonces no pueden acceder al sistema, luego les dan documentos, sacan su póliza, después tiene que hacer cita y demás y todos esos aspectos limitan la atención. Entonces, el no haber infraestructura aquí, tenemos un fenómeno bastante serio en ese sentido de la población flotante que debería tener una atención inmediata, haber infraestructura”.

A manera de casos comunes y en cuanto a impresión diagnóstica, comentan que es posible asociar a la persona que migra con trastornos de personalidad:

“La gente que migra tiene algún trastorno de personalidad, ya sea personas con trastorno afectivo o bipolar, que les da mucho por la aventura, algunos otros son trastornos límite, gente que le da por salir sin planes y más, irse a algún lado, sin importar los peligros. Gente que pasa por alguna situación de pérdida o algún aspecto depresivo o ansioso también. Generalmente las personas ansiosas también son impulsivas y lógicamente estamos hablando de jóvenes, la mayoría son gente joven y algunos con experiencias con sustancias nocivas o con problemas del alcohol desde niños y desde luego, vemos que alguna de esas gentes, no todas, vienen de familiares desorganizadas, desintegradas, donde a veces sólo tienen a uno de los padres y viene la idea de voy a trabajar y te voy a mandar dinero y cosas de ese tipo o simple y sencillamente a la aventura. Pero la mayor parte o muchos de éstos individuos sí trae algún estrato de base, ya sea genético o de personalidad, o de problemática de experiencias inadecuadas en la adolescencia como antecedente”.

Finalmente, y como a todo individuo, comentan, el ambiente en el que se desarrollen los va a determinar y definirá sus problemas mentales, pues si vienen de un seno familiar más integrado, eso se reflejará en sus conductas y manejos en la vida, inclusive si deciden migrar:

“Esos que más o menos les va bien, que vienen de un seno familiar más integrado, con más seguridad que hacen su plan de migrar con más bases, traen sus recursos, traen domicilio, traen sus teléfonos, son gente más tranquila, que planea, que organiza, que sigue una meta más o menos objetiva y eso hace que la persona logre lo que quiere, pero fuera de eso, muchos muchachos, al verse desprotegidos, son los que caen en manos de los narcotraficantes, los del menudero, por sacar algún dinero para sobrevivir”.

En seguimiento a esta institución, es decir, el IPEBC, se encontró una postura similar en los psicoterapeutas respecto a la consideración de la condición de migrantes cuando atienden a un paciente. Para ellos, dicha condición no es la prioridad en una intervención pues como cualquier persona, el migrante posee pensamientos y, a menos que estos estén vinculados con el tema de la migración, no se volverán relevantes. Comentan:

“Es una persona, no hay diferencia alguna. Me enfoco más en lo que es la terapia, la persona, en la sintomatología que trabaja y en los pensamientos, no me enfoco si viene de afuera o de adentro. Para mí, si es de Tijuana o si es de afuera, trabajo más con la persona más que con si es más de adentro o de fuera”.

Continúan:

“Si es una situación que está influyendo en el diagnóstico, por ejemplo, muchos mandan dinero, mandan dinero de aquí a sus familiares a sus papás y a lo mejor a sus hermanos. Entonces, tienen mucho conflicto con ello, yo creo que a lo mejor la organización de los familiares, el hecho de que estén muy lejos, no haya buena comunicación, creo que eso ha influido en ellos, también, yo creo que las personas

de mayor edad creo que he notado que suelen deprimirse por estar lejos de su lugar de raíz”.

Consideran que al investigar los pensamientos de las personas aparecen sus proyectos y de manera general, su condición de migración y la manera en que ha resultado o no, impactante para ellos:

“El contexto entendido en términos amplios toma relevancia. Identificar lo que está sucediendo en diferentes ambientes, como el familiar inmediato y también extenso, saber lo que está pasando en la escuela o en el trabajo o con sus amigos en la sociedad. A través de dicha exploración se identifica de donde viene, que creencias tiene, cómo las maneja, qué adoptó del lugar donde creció, qué es lo que está en conflicto con él, y que la persona decida”.

En cuanto a experiencia con pacientes migrantes, consideran que aquellos con mayor poder adquisitivo no recurrirán al seguro popular, por lo que, como especialistas en salud mental, ellos no se encuentran con un conocimiento tan amplio respecto a vulnerabilidades mentales en personas migrantes, ya que ellos no trabajan con el total de la población o con una muestra que represente a la sociedad tijuanaense, sólo la más vulnerable en términos económicos. Ligado a esto, han identificado también que muchas de las veces ésta población llega sin pertenencias, por lo que el incorporarse socialmente les cuesta mucho trabajo, comentan:

“Muchas de las veces llegan aquí sin nada entonces también el que se incorporen socialmente y empiecen a formar vínculos les cuesta mucho trabajo. La mayoría no tiene amistades o no me refiero a varios sino más bien de personas de confianza, y en las redes de apoyo ahí si me doy cuenta que mucha gente no tiene eso pues, o son, si acaso puede ser la hermana pero vive lejos y llama por teléfono, pero a lo mejor aquí casi no. Cuando llegan así, la mayoría así es porque no tiene una red de apoyo y por ejemplo si se viene con la pareja y aquí pues a ver para donde van, los mando a trabajo social para que los refiera o les dé información de los lugares donde puedan acudir como DIF, o también los centros de desarrollo donde pueden

acudir con la intención de que hagan una actividad y también empiecen a socializar”.

Finalmente, consideran que sí es relevante investigar más aspectos mentales en población migrante pues existen situaciones que pueden perpetuar ciertas enfermedades, desde la depresión hasta la ansiedad.

“Sería adecuado a partir de eso que se deja y eso que se trae, por ejemplo se traen historia, esquemas, experiencias, pero también se trae una carga emocional de apego y desapego y yo creo que en esa línea se tendría que establecer como una, reforzando también la parte de redes sociales, redes de apoyo, ¿si me explico?, de lo que carecen, creo que si sería interesante reformular o establecer una intervención específica porque son indudablemente necesidades específicas que requieren las personas que venimos de fuera”.

En el caso del servicio de atención psicológica en el HG, se identificó que no tiene ninguna relevancia la condición de migrante e inclusive, han encontrado que ésta exploración puede resultar persecutoria para algunos de los pacientes por lo que, lo que menos se les pide es saber de dónde vienen:

“No jamás ha sido un factor para hacer ningún cambio, un paciente que entra a este hospital creo que lo que menos se le pide es saber de dónde viene, sino que se le pide la situación por la que está hospitalizado, no su condición de migrante”.

Continúan:

“Tiene miedo a que lo vayamos a deportar y demás, y no intervenimos realmente mucho con eso, aunque se lo hacemos saber, pero realmente no es como que la parte que nos llame la atención para atender al paciente”.

Señalan que en su defecto y si, por ejemplo, la depresión de éstos pacientes está ligada con el hecho de estar en Tijuana, por no tener un hogar o por estar en un hogar como la casa del migrante o en la calle, consideran que la intervención debe ser por parte del área de trabajo social a manera de asesoría para su establecimiento en la ciudad. En los únicos casos en los que han recurrido a apoyo en ese sentido es cuando se enfrentan a idiomas diferentes, por lo que se vuelve necesario el apoyo de intérpretes. Desde su punto de vista, se puede hacer la misma intervención tanto con un paciente migrante y no migrante porque de todas formas se indaga de manera personal su contexto:

“Tomarlo en cuenta, pero no modifica la intervención ni nada pero si tienes que a lo mejor investigar algo o indagar poquito sobre usos y costumbres para saber desde donde partir y saber lo que para él, por ejemplo, siempre le digo a los pacientes, tengo que saber que es la normalidad para ellos, tengo que saber que para el paciente se considera normal y a eso me refiero con usos y costumbres y a lo mejor su relaciones de pareja y todas estas situaciones pero también fluyen las cuestiones personales, familiares, los valores y creencias y todas estas circunstancias”.

Finalmente, respecto a la consideración de algún programa o atención específica para migrantes, consideran que, salvo algún esquema que se enfoque en adicciones, en deportaciones o un tema muy específico, no lo consideran necesario:

“Desde mi punto de vista como tal un programa específico para migrantes no, salvo algún programa que se haya enfocado en adicciones, en deportaciones o un tema muy específico, sí, pero generalmente no. En una generalidad no, quizá en algo muy específico o no antes visto en una población migrante. Por ejemplo, escuché por ahí que está llegando gente rusa a México, ahí si tendríamos que saber un poquito más de ellos, como te decía el idioma, que sería la parte más difícil de establecer, la comunicación, y que la comunicación sea como él la entiende.

Continúan:

“Pues sería como muy específico en la población. Podría funcionar a lo mejor un programa especial en albergues o en lugares donde todavía está el migrante ahí como tal, pero cuando ya están en su vida ahora sí que adaptados, donde ya están familiarizados con Tijuana y ya tienen su rutina, creo que no, pero a lo mejor en albergues o en lugares específicos donde todavía les hacen falta estas herramientas para empezar”.

De manera general, se encuentra que los especialistas en el HG no sugieren una consideración específica con la población migrante en cuanto a intervención. Sin embargo, llama la atención que, tras ahondar en el tema, los especialistas, tanto psiquiatras como psicoterapeutas del IPEBC, tienen impresiones muy claras respecto a esta población e inclusive, consideran adecuada la generación de estudios e intervenciones específicas en salud mental, caso contrario a lo mencionado por parte de las especialistas de HG.

7. DISCUSIÓN

El primer supuesto de la investigación se definió a partir de tres evidencias. La primera, surgió de una exploración inicial en los servicios públicos que ofrecen atención de salud mental en Tijuana (Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y el Hospital General de Tijuana). Se encontró que, en estas instituciones, no se llevaba a cabo un registro específico sobre la condición de migrante en las personas atendidas hasta hace muy poco (2016, en el caso del Hospital General de Tijuana), ignorándose la importancia de la visibilización de la población migrante en materia de salud mental. La segunda, se refiere a la intensa dinámica migratoria interna presente en la ciudad de Tijuana (Zenteno,1993; Cruz y Quintero, 2011), misma que caracteriza a un amplio porcentaje de las personas que viven en la ciudad. La tercera, alude a la vulnerabilidad psicosocial que atraviesa la población migrante en general, misma que se ha relacionado con el franco origen de trastornos mentales, con desorganización mental asociada al tipo de personalidad de quien migra, a las condiciones del tránsito, el duelo, el posible estrés postraumático experimentado, así como también, por el choque cultural que puede devenir en el proceso de integración al lugar de destino (Bhugra, 2004). Estos datos, plantearon la necesidad de analizar las características de la población que recibe atención psicológica en las instituciones mencionadas. Lo anterior, para poner a prueba el supuesto de que gran parte de esta población está compuesta por migrantes internos quienes comparten condiciones de alta vulnerabilidad psicosocial.

Los resultados encontrados confirmaron el supuesto planteado al identificarse que un 77% de la población atendida tanto en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California como en el Hospital General de Tijuana, eran migrantes internos, mientras que 23% nacieron en Tijuana, lo cual es un dato desconocido por las instituciones. De manera evidente, esto podría explicarse por una ausencia de registros, pero a nivel de consideración, pudiera obedecer a una suerte de cotidianidad o familiaridad con la migración en la región, es decir, que la migración ha venido siendo un fenómeno tan común, que paradójicamente y al ser tan habitual, se le ha restado importancia. Estos datos coinciden con la importancia de la migración interna en la ciudad reportada por algunos autores (Zenteno,1993; Cruz y Quintero, 2011; Novosseloff y Neisse, 2011). Asimismo, y según la Encuesta Intercensal de 2015, Baja California figuraba como el

segundo estado receptor de migración interna seguido de Quintana Roo, contabilizándose una población de 3 172 800 personas, siendo que de estas, un total de 145 082 eran inmigrantes recientes, fungiendo Tijuana como el principal municipio receptor. Al respecto de las regiones desde donde migraron las personas del presente estudio, se encontró que la región noroeste y el centro este, concentran a la mitad de los migrantes. Esto coincide con los resultados de otros estudios que señalan a los estados de Sinaloa, Sonora, Jalisco y Michoacán como los de mayor afluencia de población migrante radicada en la frontera norte de México (Hernández, 2013; Cruz y Quintero, 2011).

Los factores sociodemográficos que, principalmente, diferenciaron a los migrantes usuarios de servicios psicológicos en Tijuana de los nativos fueron la edad, la escolaridad y el estado civil. Estas características se relacionan con una mayor vulnerabilidad psicosocial que acentúa las limitaciones en el bienestar personal del migrante, puesto que la edad puede llevar a un choque de expectativas de vida, siendo que por su parte, la baja escolaridad expone a la población a menores oportunidades de lograr una autonomía económica estable, así como que el estado civil puede estar relacionado con la importancia de mantener las reducidas redes sociales con que cuenta esta población migrante. Asimismo, se considera que lo anterior, pudiera estar acompañado de una creciente conciencia respecto a la utilidad del tratamiento psicológico con el paso de la edad. Se relaciona también con que, de manera general, se ha visto que más mujeres que hombres consultan por problemas psicológicos (Krause, 2005 referido por López -Hernando y Cols. 2010), lo cual se ha relacionado con el hecho de que, para los hombres, es más difícil solicitar ayuda profesional en el plano psicológico. Sin embargo y hasta hace apenas poco, la media de edad en los servicios de psicología ha comenzado a bajar.

Aunque el menor nivel educativo de los migrantes en comparación con los nativos en Tijuana puede sustentarse en que la escolaridad de la población en Baja California se encuentra entre las mayores a nivel nacional (Acosta, 2015), se considera que éste resultado merece una mención especial por su relación como condición de vulnerabilidad psicosocial (Bhugra, 2004) en población migrante. Esto se relaciona con menores oportunidades de un empleo calificado y a bajos ingresos, lo que impacta directamente en la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas, lo cual ha sido demostrado por estudios que han encontrado una alta prevalencia

de trastornos mentales y de depresión en particular, asociada al desempleo y sus factores ligados (Gili, García y Roca, 2014). En este sentido, se encontró que 44.8% de los migrantes que estaban desempleados o dedicados al hogar tenían en promedio 8 años de estudio mientras que en aquellos que tenían un empleo el promedio fue de 11 años.

Otros hallazgos relacionados con la vulnerabilidad psicosocial de la población migrante estudiada, radica en la movilidad previa presente en 45% de las personas quienes tuvieron un recorrido migratorio con diversas paradas antes de llegar a la ciudad de Tijuana, lo que pudiera hablar de intentos fallidos por estabilizarse en otros lugares, así como también, con el hecho de que el retorno al lugar de origen sea considerado como un fracaso (Metzner, 2014). Los motivos de la migración también reflejan diversas problemáticas en sus lugares de origen dentro de las cuales, sobresalen las malas condiciones de empleo y las dificultades económicas (43.6%). Esto se relaciona con reflexiones como las de Lazarte (1987) quien ha planteado que las migraciones internas no pasan de ser una transferencia de personas que están en la faja de desempleo y subempleo rural, a repetirlo en el área urbana. Igualmente, como lo señalan Gámez y cols (2010), estas situaciones pueden convertirse en un elemento de disfunción con altos costos sociales ya que tocan negativamente la vida de quienes laboran en esas condiciones.

Por otra parte, el haber migrado por razones familiares ocupó el segundo lugar (40.1%) dentro de los motivos expresados por los migrantes, lo cual denota la relevancia de las relaciones familiares y las experiencias significativas en el lugar de origen para comprender por qué estos sujetos se desplazan. Esto significaría que, si bien los motivos económicos explican en algún nivel las migraciones, tienen significados más profundos y están asociados a experiencias vinculares en sus lugares de origen, expectativas, emociones, deseos, traumatismos y sus propias identidades. En menor medida, aparecieron los problemas de salud (5.2%), mismos que indudablemente se asocian con mayor vulnerabilidad del migrante que llega en búsqueda de atención a un lugar desconocido, tal como es el caso de uno de los entrevistados en este estudio.

A diferencia de lo que plantean Cruz y Quintero (2011) respecto a que Tijuana termina siendo un destino fortuito que no había sido considerado por los migrantes que se establecen allí, se encontró que, en los migrantes del presente estudio, los que afirmaron razones fortuitas de su

estadía en Tijuana corresponden a un porcentaje muy bajo (3.5%). Más bien, la mayoría llegaron a la ciudad tras haberla considerado como franco lugar de destino, es decir, sin intenciones de vivir en el país vecino. Sólo dos personas reportaron haber migrado con la intención de cruzar a Estado Unidos. En términos sociodemográficos, se coincide parcialmente con autores como Novosseloff y Neisse (2011) quienes afirman que Tijuana atrae a todo México y a todos los que se vuelven migrantes dentro del mismo país para trabajar.

Finalmente, y reforzando la hipótesis de una mayor vulnerabilidad psicosocial de los migrantes, se identificó que 76.7% reportaron antecedentes de problemas psicológicos, siendo que 51.7% consultaron antes de llegar a Tijuana y 25% sólo lo habían considerado previamente. A lo anterior se le agrega la participación en grupos de apoyo en 29% de los casos. Sólo 3.4% refieren haber ido a consulta cuando eran niños y lo hicieron por indicación de la escuela o la familia, mientras que el resto lo hicieron por voluntad propia. Depresión, ansiedad y problemas de pareja fueron los motivos de consulta previos más frecuentes, lo que coincide con los diagnósticos que al momento del estudio recibieron los migrantes en los servicios de atención en salud mental.

Seguido de lo anterior, esta investigación planteó que la construcción psicosocial de la mente del migrante en el contexto de origen se encuentra ligada con la psicopatología experimentada en el lugar de destino. Esto se refiere a que la migración por sí misma no es causante de una psicopatología, sino que más bien, la psicopatología experimentada en el lugar de destino tendría una explicación y fundamentación en una construcción psicosocial pasada y ligada al lugar de origen.

Todo esto coincide de manera importante con problematizaciones de autores como Lee (1966) y Germani (1969) para quienes la migración se explica a partir de causas que muchas veces suelen ser irracionales, así como también, que al estudiar la migración se descuidan aspectos psicológicos importantes. En ese sentido, esta investigación permitió identificar que las causas de la migración en estos sujetos tienen un componente psicológico complejo e importante ligado en su mayoría a experiencias lastimosas en el lugar de origen. Asimismo, y aunque los sujetos argumenten motivos racionales, existen experiencias que, a manera de gérmenes de la migración

e inconscientes para ellos, explican sus primeros acercamientos a la migración o franca ejecución.

Autores como Pacheco y cols. (1984) y González Calvo, han planteado la importancia de profundizar en cuanto a los significados y formas en que los sujetos experimentan la migración en términos emocionales. Para ellos, la tristeza, los temores y el duelo, suelen ser reacciones de mucha relevancia en términos psicológicos, sin embargo, esta investigación encontró dinámicas en profundidad que no están asociadas a tristeza o nostalgia respecto al lugar de origen, por el contrario, se encontró que el total de los casos entrevistados argumentan un desinterés por regresar a él, mismo que más bien, asumen con importantes carencias. En ese sentido, se difiere de autores como Piastro (2015) respecto al duelo migratorio y la nostalgia que deviene tras el fracaso en su elaboración. Esta diferencia puede estar relacionada con el hecho de que la investigación encontró a sujetos que llevan radicando en la ciudad entre 3 y 6 años, es decir, que no eran migrantes recientes, por lo que pudiera ser que la experiencia de elaboración de duelo escapara a la entrevista por ser antigua. Sin embargo y aun con dicha distancia temporal, no se encontraron restos de nostalgia ligados al lugar de origen.

A su vez, esta investigación plantea importantes diferencias respecto a autores como Ingleby (2008) y Achotegui (2004) quienes asocian psicopatologías o reacciones mentales directamente con la experiencia migratoria y con un fundamento directo. Se identificó que los diagnósticos de la población referida se explican a partir de una serie de experiencias impactantes en el desarrollo en cuanto a vínculos, traumatismos y organización mental. En algunos casos, se encontró que la migración fungió como detonante de aspectos significativos en el pasado, tales como pérdidas de personas o choques de identidad importante, lo cual coincide con las posturas de autores como Vilar y Eibenschutz (2007) quienes consideran a la migración como detonante de aspectos mentales. Con una importante profundidad, se encontró que la alteración mental es ampliamente comprensible al estudiar la manera en que su mente fue construida en términos psicosociales en el lugar de origen.

En los casos revisados, no se encontraron experiencias traumáticas ligadas a la migración, y mucho menos, que estuvieran asociadas como causa u origen de trastornos mentales, lo cual ha

sido considerado por autores como Bhugra (2004), quien plantea que el proceso de migración en sí mismo pudiera estar vinculado con el origen de trastornos mentales. No obstante, se coincide en la problematización de éste autor y Alvarado (2008) en el sentido de que pueden existir ciertos tipos de sujetos vulnerables en términos mentales para los cuales, la migración puede resultar como un reto de difícil superación, motivo por el que se vuelve necesario comprender tanto las características de las personas como del mismo proceso migratorio.

La propuesta psicoanalítica se volvió fundamental para comprender tres aspectos en los sujetos migrantes. En primer lugar, que sus narrativas sobre migración presentaban conexión con experiencias tempranas en el desarrollo, mismas que para ellos no tenían ligazón consciente, las cuales fueron reveladas y vinculadas a través de un ejercicio de interpretación. En segundo lugar, que la hipótesis genética planteada por los estudios psicoanalíticos y retomada por autores como Fenichel (2008), permitió rastrear experiencias tempranas en el desarrollo, que, en vinculación con aspectos socioculturales problematizados por autores como Caruso (1979) y Kardiner (1939), volvieron comprensibles sus funcionamientos mentales. Dichos funcionamientos se asociaron a organizaciones o estructuras psíquicas que explican tanto la resistencia como la vulnerabilidad mental con las que los entrevistados han hecho frente a situaciones que la realidad les ha planteado. En tercer lugar, la perspectiva psicoanalítica resultó útil para comprender a los sujetos sin un énfasis en la psicopatología, sino asumiéndolos como personas con un desarrollo, provenientes de un contexto y con una historia que les determinó, motivo por el que autores como Hwang y cols. (2007), así como Berguer y Luckman (1968) se volvieron coincidentes y determinantes para sumar la perspectiva psicosocial a la construcción de su funcionamiento mental y el lugar que la migración como fenómeno social ha ocupado en sus mentes.

Se encontró que los entrevistados comparten una historia de fracturas familiares, donde las experiencias de separación, muertes, entre otras, les marcaron de manera importante en términos mentales, es decir, fueron hechos que determinaron la manera en que fue construyéndose su mente. Fueron experiencias ligadas a carencias, violencia y fantasías de protección por momentos, en otros de huida. Asimismo, los entrevistados coincidieron en la concepción del lugar de origen como uno que resultó desafortunado para ellos. En un sentido sociocultural, se encontró que esos lugares de origen están ligados con realidades rígidas y con culturas que para

ellos no han evolucionado. Son espacios que plantean costumbres y entendidos sobre las identidades que las entrevistadas, por ejemplo, no desean seguir recibiendo, motivo por el que, entre otras cosas, no desean volver.

Los antecedentes en cuanto a estudios psicoanalíticos en migración por parte de autores como Grinberg (1980), coincidieron con la manera en que los sujetos se ajustan tras la experiencia en términos de idealización y devaluación del lugar de origen, destacándose ésta última. Además, y de la mano con la propuesta de autores como Mitchell (1988) y Erikson (1993), se encontró la relevancia de vínculos conectados con el lugar de origen, mismos que a nivel mental se volvieron objetos importantes. La experiencia con estas figuras importantes que en su momento fueron reales, permitió entender el deseo de estos pacientes de alejarse o acercarse a ellos, pero también, la manera en que asumieron que éstos les abandonaran, migraran o murieran. En ese sentido, la teoría psicoanalítica sobre funcionamientos mentales psicopatológicos de la mano de autores como Coderch (2011) y Bergeret (1974), permitió comprender de manera más profunda la dinámica mental y las manifestaciones patológicas que explican la búsqueda de atención en salud mental de estos sujetos.

Ligado a esto, se encontró una importante coincidencia con la propuesta de autores como Tallaferro (2008), Fenichel (2008), Bleger (1999), Balint (referido por Grinberg, 1980) y Grinberg (1980) respecto a la relevancia de sus vínculos y sus representaciones en términos psíquicos. Esto se refiere a que, dichas representaciones, generan reacciones en los sujetos, tanto a nivel simbiótico o de deseo de permanecer con ellos, por ejemplo, lo que explicaría algunos tipos de migración para permanecer con la persona necesitada, ya sea real o con fundamento mental. Permitiría comprender también la distancia que se vuelve necesaria en algunos casos para mantener seguridad psíquica. Por otro lado, las sensaciones de pertenencia también permitieron comprender la manera en que su identidad se relacionó con la experiencia migratoria, es decir, el poco afianzamiento con su lugar de origen o desdén del mismo, lo cual explica el deseo y esfuerzo de permanencia en el lugar destino.

Finalmente, estos lugares de origen están ligados a fuertes carencias emocionales, pero también, a carencias en un sentido socioeconómico, lo que les volvió llenos de desesperanza, lugares

donde no encontraron ni encontrarán los vínculos y condiciones necesarias para sentirse satisfechos y plenamente adaptados. Son lugares que no podrían permitirles vivir mejor, y de los cuales, hay que huir. Asimismo, se encontró en ellos una serie de experiencias y rasgos asociados a su identidad con un tono de fortaleza y rebeldía, lo que les volvía capaces de tolerar y de realizar cosas distintas respecto a las personas de su ambiente. Se identificó en ellos un tipo de fortaleza narcisista o de amor propio ligado a diferencias en cuanto a identidad, experiencias o expectativas. Algunos, por ejemplo, se saben muy diferentes en cuanto a su destino y el de sus comunidades, otros, con una capacidad de resistencia a las adversidades. Esto se explicó por ciertos elementos nutricios en su desarrollo, tales como vínculos que, aunque limitados, fueron fuertes en cuanto a seguridad por parte de figuras importantes para ellos, aunque perdidas después o asociadas con ambivalencia. Esto coincide con los planteamientos psicoanalíticos de autores como Bergeret (1974) cuando explican la conformación de estructuras y organizaciones psíquicas. Este aspecto también permitió comprender la manera en que se han enfrentado a los retos que la misma migración les ha impuesto.

Se encontró también que, para esta población, la migración no es un acto que realizan cómo pioneros, sino más bien, siguiendo los pasos de algunos sujetos importantes en su desarrollo. Lo anterior no significa que el acto quede libre de conflicto psíquico. Llama la atención también la manera en que Tijuana ha pasado a significar una ciudad conveniente para ellos en términos mentales. Se encontró, además, un empuje a mejorar y buscar altas condiciones de vida, lo que implica dejar otras cosas, seguir ideales o seguir los pasos de otros. Son sujetos que, por decirlo de alguna manera, no son estáticos, más bien y literalmente, están en movimiento. En ese sentido, es posible asociarle con el concepto de *resiliencia*, retomado desde su complejidad por autores como Villalba (2003) para quienes implica una capacidad de sobreponerse a las dificultades y tener éxito a pesar de estar expuestos a situaciones de alto riesgo, así como al recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos. Esto, por un lado, podría explicarse a partir de experiencias importantes de carácter nutricional en un sentido vincular y social en su historia, pero también, por un empuje propio a la conservación.

Un dato que resultó relevante e interesante, fue el encontrar que los entrevistados no se asumen abiertamente como migrantes. Esto no significa que la migración carezca de relevancia en

términos psíquicos, al contrario. Lo anterior se volvió comprensible al retomar dinámicas psíquicas como el manejo de la angustia y conflictos psíquicos, a través de las cuales se ajustan objetos y representaciones mentales, magnificando unas y devaluando a otras. Específicamente, se retomó el concepto de *conflicto psíquico* (Laplanche y Pontalis, 2004), el cual se refiere a la experiencia mental de un choque de exigencias contrarias en un mismo sujeto, sobre todo, cuando existen recuerdos o representaciones mentales ligadas a dolor o como posibilidad de angustia en términos psíquicos. Como consecuencia de esto, por lo tanto, se erige una barrera a nivel de defensa que protege a las representaciones o elementos mentales incompatibles. Desde esa perspectiva, fue posible considerar que la migración y el lugar de origen están ligados con elementos mentales complejos e intensos, motivo por el que pudieran volverse necesarios de defensa, resultando para ellos y en un nivel consciente, como hechos aislados y de poca relevancia.

Ligado a esto, se volvió relevante comprender los significados específicos que la migración ha tenido para ellos. Se encontró coincidencia y utilidad en los postulados de Ricoeur (1969) y Kardiner (1939) sobre las significaciones latentes o inconscientes de los contenidos lingüísticos o narrativas de los sujetos. Asimismo, con la propuesta de Geertz (1979) en cuanto al ahondamiento en significaciones respecto a un fenómeno social y desde un esfuerzo intelectual específico, esto, sin pretender emitir la última respuesta sobre la situación. En el caso de los entrevistados, se identificaron contenidos que tienen sentido para ellos y que inclusive, explican sus síntomas, sin embargo, se descubrieron narrativas relacionadas con la migración, pero que ellos mismos no vinculaban, lo cual explica el rechazo del fenómeno migratorio como determinante. Esa situación cambió cuando se pensó a la migración como ligada a familiares importantes en su historia, asociados a separaciones y con fantasías de cercanía o de otros lugares. Tras esas reflexiones, la migración comenzó a tomar protagonismo en sus vidas. Pero esto resultó del mismo ejercicio de interpretación ya que para ellos, la migración como mero desplazamiento geográfico no planteaba mayor relevancia, es decir, es un hecho sin impacto importante en sus vidas o en su salud mental. Por lo tanto, la interpretación permitió comprender sus propios significados de la migración, así como también, las palabras a través de las cuales nombraban la experiencia sin necesariamente dimensionarla o referirla como tal. Ligado a esto, se considera que el hecho de que no se asuman como migrantes también, pudiera estar

relacionada a que el fenómeno sólo lo ligen con sujetos extranjeros, los cuales y estrictamente, llevarían la denominación de migrantes.

En un tercer momento, ésta investigación planteó que el modelo de intervención psicológica aplicado por especialistas en instituciones de salud mental en Tijuana, prioriza en síntomas y en su eliminación, partiendo de diagnósticos e intervenciones con base en psicopatologías de ese orden, dejando de lado, la construcción psicosocial de la mente de los sujetos. De la mano de esto, se planteó que el modelo de atención no toma en cuenta la condición de migrante para su atención.

En cuanto a la diagnosticación, destacó el trastorno por depresión (51%), trastorno de ansiedad (33.7%) y trastorno psicótico (4.7%). Estos y según la hipótesis confirmada, parten de los manuales diagnósticos y estadísticos de enfermedades mentales. En ese sentido, autores como Farrero (2006) cuestionan esta limitante, argumentando que, si bien la atención en psicología no puede dissociarse del diagnóstico psicopatológico, debería ir más allá de él y averiguar cuál es la demanda implícita en términos psíquicos. Se refiere a comprender la motivación y los intereses subjetivos del paciente que pudieran estar implicados en la solución de su malestar.

Ligado a lo anterior, resultó interesante encontrar que algunos especialistas argumentaron el retomar aspectos biográficos y socioculturales en las entrevistas con sus pacientes. Esto es interesante, pues coincide con una consideración solicitada por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), aunque sin ser determinante en los tratamientos. Por otro lado, vale la pena considerar en qué medida la estimulación o provocación de la misma entrevista, llevó a que rescataran y argumentaran dichas exploraciones en sus pacientes. Esto se vincula con planteamientos como los de Echeburúa y cols. (2014) quienes señalan que las insuficiencias del actual DSM-5 derivan del modelo médico de enfermedad mental. Se refieren a que el sufrimiento humano es el resultado de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica la necesidad de la formulación psicológica y el necesario conocimiento de las historias de vida de los pacientes (en lugar o además del diagnóstico psiquiátrico).

Por otro lado, se identificaron problematizaciones ligadas a la población migrante, mismas que no son desarrolladas a profundidad en términos de aplicación pues los especialistas no consideran ningún modelo ni atención específica para este tipo de pacientes. Se encontró también que, para ellos, es clara la existencia de funcionamientos mentales específicos en población migrante, es decir, les resulta claro que ésta población plantea necesidades particulares en cuanto a dinámica mental. Sin embargo y a pesar de que lo identifican, no están formados ni han problematizado a profundidad el fenómeno migratorio en cuanto a salud mental.

Lo anterior se refiere a que, en el caso de esta investigación, no se encontró una categoría psiquiátrica o diagnóstico específico para pacientes migrantes, sin embargo, en las explicaciones de los especialistas se descubrieron elementos comunes o compartidos entre ellos, tales como deseos de aventura, ansiedad, impulsividad, entre otros. Esto significa que, aun cuando es de manera informal, les posicionan dentro de una categoría que les vuelve comunes en cuanto a motivaciones y padecimientos. Esto coincide con lo planteado por Ríos (2011) sobre la *psicosis del repatriado* y las características que los psiquiatras adjudicaron a mexicanos deportados. Este autor encontró que en la década de los 30's se les asociaba con síntomas ligados a psicosis paranoide, sin embargo, eran personas que sufrían adversidades en negocios, falta de trabajo e intoxicación alcohólica, es decir, que atravesaban por aspectos sociales muy específicos que determinaron su adaptación en Estados Unidos. Al ser atendidos en México y debido a sus coincidencias, resultó necesaria la creación de una categoría específica para ellos, es decir, el diagnóstico de psicosis del repatriado.

Finalmente, para instituciones como el Hospital General los aspectos migratorios y su impacto no son explorados ni considerados, pues por experiencias de atención, han identificado que resulta una condición que les vuelve temerosos, y al contrario del Instituto de Psiquiatría de Baja California, evaden totalmente el cuestionamiento de dicha condición salvo francas diferencias culturales o ligazón marcada con los síntomas. En ese sentido, se encontró una mínima coincidencia respecto a autores como Bastide (1979), quienes problematizan aspectos sociales ligados a las enfermedades mentales, tales como la manera en que una enfermedad es o no es, considerada por una sociedad.

8. CONCLUSIONES

A través de esta investigación, fue posible esclarecer el lugar que ocupa la población migrante dentro de las instituciones públicas de salud mental en Tijuana, destacándose que ha permanecido invisibilizada dentro de ellas. Esto resultó evidente a partir del análisis de los datos recabados, los cuales revelaron altos porcentajes en cuanto a migrantes internos que son atendidos por cuestiones de salud mental. Asimismo, esta invisibilización resultó evidente cuando se distinguieron los modelos de atención en salud mental a partir de los cuales, la población es diagnosticada e intervenida, mismos que no plantean especificidad alguna o intervención particular para la población migrante.

A su vez, se encontró que la población migrante que llega a estos servicios presenta diferentes vulnerabilidades psicosociales de entre las cuales destacan la baja escolaridad, misma que está asociada a reducidas posibilidades de empleo, así como también, a que dichos empleos sean poco remunerados por su insuficiente calificación. Se encontró también una inconformidad laboral experimentada desde la región de origen, lo cual y en parte, explica sus desplazamientos hacia Tijuana. Esto a su vez, se relacionó con importantes carencias económicas. Por otro lado, se distinguieron una serie de patrones culturales arraigados que, en algunos casos, han dificultado su adaptación a nuevas sociedades donde no necesariamente se comparten las concepciones de género y trabajo que les determinaron en sus lugares de origen. Asimismo, y sumado a los motivos económicos para migrar, se identificaron importantes problemas familiares relacionados con el desarrollo de problemas psicológicos, mismos que, entre otros aspectos como su desarrollo psicológico y contexto, explican el hecho de ser atendidos en servicios de salud mental.

Asimismo, resultó evidente que ésta población presenta una serie de fortalezas que explican su adaptación a Tijuana. Se trata de elementos narcisistas que no remiten a aspectos patológicos, sino a una serie de experiencias nutricias e importantes durante ciertos momentos de su desarrollo. En algunos casos, se encontraron autoafirmaciones a partir de sus capacidades para afrontar dificultades y sobreponerse a ellas, así como también, una percepción de ellos mismos como personas que habían sido distinguidas en algún momento de su historia, y que se les había

depositado una serie de expectativas especiales. Todo esto, les llevaba a generar la sensación de ser distintos a otras personas en su comunidad, incluso dentro de su misma familia.

Se encontró también que las causas de sus migraciones tienen un fundamento psicológico complejo que se encuentra ligado a la construcción psicosocial de su mente. Esto resultó claro cuando se analizaron los vínculos determinantes en su desarrollo, creencias y experiencias ligadas a la cultura y sociedad, expectativas, deseos, emociones y sentimientos predominantes durante su desarrollo, así como también, por vivencias de impacto y por la manera en que su identidad fue definida. El análisis de esos aspectos, permitió comprender la manera en que la migración ha figurado en sus historias, así como también, el cómo y el porqué de sus propias migraciones.

Por otro lado, los casos revisados no muestran conflicto con relación a la experiencia de duelos emocionales no elaborados o con la presencia de estados melancólicos por añoranza del lugar de origen, por el contrario, fueron notorias las vinculaciones del lugar de origen con conflictos y aspectos carentes, los cuales les volvían poco ideales para el regreso. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la migración no resultara traumática para ellos, pues más bien, les planteó un escenario muy distinto al que ellos tienen integrado en su mente como lugar de origen, el cual está envuelto de carencias tanto en términos económicos como vinculares. A través de la amplia revisión de aspectos psicológicos, se pudo comprender que la migración no tiene relación directa con sus problemas de salud mental, sino que estos, tienen un fundamento complejo en la construcción psicosocial de su mente y, por lo tanto, lo que detona tras la migración son una serie de reacciones con un fundamento en configuraciones mentales añejas.

La propuesta psicoanalítica se volvió fundamental para comprender que sus narrativas sobre la migración están vinculadas con experiencias tempranas en el desarrollo, aun cuando estas no resultaran conscientes para ellos. Asimismo, permitió rastrear aspectos socioculturales ligados a sus primeros años de vida y momentos claves en que su mente fue determinada, lo cual pudo asociarse con explicaciones respecto al funcionamiento de sus organizaciones o estructuras psíquicas. Esto permitió comprender tanto sus fortalezas como sus vulnerabilidades en términos mentales frente a situaciones que la realidad les ha planteado, como la migración. Asimismo,

los estudios psicoanalíticos permitieron comprender a los sujetos sin un énfasis exclusivo en su psicopatología, sino más bien, como personas determinadas por un contexto y una historia mucho más compleja que el simple diagnóstico.

Se destaca el enriquecimiento y complementariedad entre el enfoque psicoanalítico y el método biográfico en sociología. Esto permitió, en términos metodológicos, explorar a profundidad elementos manifiestos en los discursos de los pacientes, pero, sobre todo, con una profundidad interpretativa de lo latente, lo cual fue posible al destacar la voz de las personas que padecen en términos de salud mental. A partir de esto, se propuso también una tipología que, en términos teóricos, abrió el panorama para la comprensión sobre el funcionamiento mental y motivaciones en estos pacientes migrantes. Asimismo, se cuestionó la organización hegemónica en salud mental. Se destacó también, la relevancia de explorar sobre los aspectos culturizantes y no necesariamente permanecer desde los enfoques medicalizantes y/patologizantes. El enfoque psicoanalítico, a su vez, puso sobre la mesa la relación de los sujetos con la institución a nivel de transferencia, rescatando también, el aspecto contratransferencial en la dinámica de investigación.

Quedó clara una desvinculación conceptual, es decir que, para ellos, la palabra migrante no les definía de ninguna manera ni la relacionaban con su malestar mental. Esto no significa que la migración sea irrelevante en sus historias, sino más bien, que el fenómeno es mucho más complejo, así como que está ligado a cuestiones propias y conflictivas en términos psíquicos. Por el contrario, y cuando la migración fue entendida como lejanía de personas relevantes, así como ligada con deseos o fantasías conectadas con otros lugares, tomó relevancia. Esto permitió discernir que la migración o las experiencias ligadas en su mente, tenían un matiz conflictivo, motivo por el que pudieran volverse necesarios de defensa. Esto llevó a que para ellos y en un nivel consciente, la migración fuera un hecho aislado y de poca relevancia, pero que tras un ejercicio de interpretación desde el enfoque psicoanalítico y a nivel inconsciente, se volviera con total sentido.

Se encontró que los modelos a través de los cuales los especialistas en salud mental atienden a estos pacientes no toman en cuenta la construcción psicosocial de su mente. Al ser estos modelos

predominantemente médicos, priorizan en síntomas y en su eliminación, sin profundizar respecto a aspectos de tipo psicosocial. Lo anterior no exentó a que los especialistas refirieran una consideración de aspectos sociales durante las entrevistas a estos pacientes, sobre todo las iniciales. Se encontró que dichos aspectos les permiten comprender a los sujetos en sentidos más amplios que el meramente biológico, sin embargo y en congruencia con sus modelos, el aspecto psicosocial no determina su atención pues su prioridad está en el orden de la sintomatología y su eliminación. Ligado a esto, se identificó que no existe una atención específica para población migrante, e inclusive, algunos especialistas señalaron como inconveniente ese abordaje pues los pacientes lo han asociado con persecución, lo que les ha llevado a evitarlo en sus tratamientos.

A nivel de propuesta para la atención en los servicios de salud mental en el país, se plantea la necesidad de retomar la especificidad de la identidad del paciente migrante para su atención en salud. Entendiendo que la migración se va convirtiendo, día a día, en una realidad constante, es esencial que los servicios de salud mental incorporen lo particular de dicha identidad tanto a nivel de conocimiento, de comprensión y de atención. En ese sentido y respecto a la revisión del estado del arte, se rescataron propuestas a manera de antecedentes que coinciden con la importancia de integrar dicha atención, sin embargo, esas propuestas se plantean como muy específicas y sugieren una atención exclusiva para migrantes en situaciones de crisis muy particulares como, por ejemplo, los desplazamientos forzados o migrantes refugiados. La propuesta en esta investigación se diferencia en cuanto a que no sugiere una atención específica y exclusiva para pacientes migrantes y desde ese único enfoque, sino el retomar la especificidad de la identidad del paciente migrante para que sea integrada en los modelos de atención existentes. Respecto a los enfoques de atención, conviene destacar que existen antecedentes en cuanto al aprovechamiento de la teoría y técnica psicoanalítica en la intervención con sujetos migrantes en México, lo cual pone un importante precedente que se vincula con esta investigación.

Finalmente, la investigación permitió una complementariedad de enfoques, a partir de la metodología mixta, lo cual llevó a comprender aspectos problematizados por algunos estudios, sin embargo, no siempre profundizados. Son aspectos que se tocan de paso, como los mentales,

pero que esta investigación profundizó. Se confía en que estas conclusiones puedan tener un impacto en cuanto al entendido que se tiene de los sujetos migrantes que solicitan atención en salud mental, así como también, en los mismos especialistas que los atienden. Se confía pues, en que dicha condición se vuelva relevante en sus intervenciones.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, Joseba. (2004): “Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, Revista Norte de Salud Mental, vol. V, n° 21, pág. 39-53.
- Acosta, Félix y cols. (2015) Crisis económica, migración interna y cambios en la estructura ocupacional de Tijuana, México. El Colegio de la Frontera Norte.
- Alvarado, Rubén (2008) Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 12 (1): 37-41
- Alvarez y Kuri, (2014) Salud pública y medicina preventiva. Editorial Manual Moderno. México.
- Aneshensel (2015) CS. Sociological inquiry into mental health: the legacy of Leonard I. Pearlin. J Health Soc Behav. 2015 Jun;56(2):166-78
- American Psychological Association (2013) Working With Immigrant-Origin Clients An Update for Mental Health Professionals. 750 First Street, NE, Washington, DC 20002-4242.
- Arango, J. (1985). Las “Leyes de las Migraciones” de E. G. Ravenstein, cien años después. Revista española de investigaciones sociológicas. ISSN 0210-5233, N° 32, 1985, págs. 7-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=250715>.
- Ariza, Mariana y Velasco, Laura (2015) Metodos cualitativos y su aplicación empírica. Instituto de investigaciones sociales UNAM- El Colegio de la Frontera Norte.
- Arizpe, L. (1979) Indígenas en la ciudad de México, el caso de las “Marías”. Secretaría de Educación Pública. México.
- Asamblea Mundial de la Salud (2012) Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Augsburger, Cecilia (2004) La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. Psicología & Sociedade; 16 (2): 71-80; maio/ago.2004.
- Ávila, Alejandro (1998) Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica. España: Paidós Iberica.
- Bastide, Roger (1979) Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI editores, México.

- Becerra-Partida, Omar (2014) La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. México: Revista Persona y Bioética, Julio-Diciembre 2014.
- Berenzon y Cols. (2013) Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Revista Panamericana de Salud Pública.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas. (1968). La construcción social de la realidad. Editorial Amorrortu.
- Bergeret, Jean (1974) La personalidad normal y patológica. Editorial Gedisa, España.
- Berry, John (2001) A psychology of migration. Volume 57, Issue 3Fall 2001, Pages 615–631.
- Bhugra, Dinesh. (2004). Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand, 109(4), 243-258
- Bleichmar y Leiberman (1989). El psicoanálisis después de Freud, teoría y clínica. Editorial Paidós, México.
- Bleger, José (1999) Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico. Editorial Paidós, España.
- Bilsborrow, R.E.; Graeme, Hugo; Oberai, A.S.; Zlotnik, Hania (1997) International migration statistics. Guidelines improvement of data collection systems
- Bojorquez, I et al (2009) International migration of partner, autonomy and depressive symptoms among women from a Mexican rural area. International Journal of Social Psychiatry, 55(4):306-321. ISSN: 0020-7640.
 - (2014). Common Mental Disorders at the Time of Deportation: A Survey at the Mexico-United States Border. J Immigr Minor Health. doi: 10.1007/s10903-014-0083.
- Bowlby, John. (1980). La Pérdida Afectiva. Publicado por Paidos Iberica, Ediciones S. A.
- Breslau, J et al (2011). Health selection among migrants from Mexico to the U.S.: childhood predictors of adult physical and mental health. Public Health Rep, 126(3), 361-370.
- Bustamante, Jorge (1997) Cruzar la línea, la migración de México a los Estados Unidos. Fondo de Cultura Económica. México.
- Calderon, Edith (2012). La afectividad en antropología, una estructura ausente. Mexico, CIESAS-UAM.
- Campbell, Federico (2014) Regreso a casa. Editorial Conaculta, México.

- Cardano, Mario y Cols. (2018). Internal migration and mental health of the second generation. The case of Turin in the age of the Italian economic miracle. *Social Science and Medicine*. Volume 208, pages 1-208.
- Caruso, Igor (1979) Aspectos sociales del psicoanálisis. Editorial la red de Jonas, Mexico, Distrito Federal.
- Castoriadis, Cornelius (1975) La institución imaginaria de la sociedad. Editorial Tusquets, México, D.F.
- Coderch, Joan (2011) Psiquiatría dinámica. Editorial Herder, España.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016) Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados. España.
- Coubès, Marie Laure. (2003) “Evolución del empleo fronterizo en los noventas: Efectos del TLCAN y de la devaluación sobre la estructura ocupacional” en *Frontera Norte*, vol. 15, núm. 30, juliodiciembre 2003, pp. 33-64.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Estados Unidos: Thousand Oaks, CA Sage Publications.
- Cruz, Rodolfo y Quintero, Cirila (2011). *Ires y venires: movimientos migratorios en la frontera norte de México*. México: El Colegio de la Frontera Norte: El Colegio de San Luis, 2011
- Cuestas, F. (2011) Sobre locura y emigración en el mundo globalizado. *Psicoperspectivas*, 2011, 10(1):21-45.
- De la Fuente, Ramón y Colaboradores (1997) *Salud Mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Devereux, G. (1967). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Dirección General Adjunta para la Salud del Migrante. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-adjunta-para-la-salud-del-migrante>
- Dorantes, Enrique (2013) *Observatorio Estatal de Baja California de los Padecimientos Psiquiátricos*. Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC).
- Dupont, Marco (2013) *El ser psicoanalista*. Argentina: Editorial Lumen.

- Echeburúa y cols. (2014) Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Ter Psicol vol.32 no.1 Santiago abr. 2014. España.
- ENEP (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. México: Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Erikson, Erik (1993) Infancia y sociedad. Argentina, Ediciones Hormé.
- Fajardo, Guillermo y Cols. (2002). Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902 – 2002. Organización Panamericana de la Salud. México.
- Fendrik y Jerusalinsky. (2011) El libro negro de la psicopatología contemporánea. Grupo editorial siglo XXI. Mexico, D.F.
- Fenichel, Otto (2008) Teoría psicoanalítica de la neurosis. Editorial Paidós, Argentina.
- Ferenczi, Sandor (1932) Confusión de lenguas entre los adultos y el niño, el lenguaje de la ternura y de la pasión. Problemas y métodos del Psicoanálisis Volumen 31 España:Paidós.
- Freud, Sigmund (1918) Los caminos de la terapia psicoanalítica. Argentina: En obras completas Editorial Amorrortu.
- Fierros, Arturo (2014) Historia de la salud pública en el distrito norte de la Baja California 1888 – 1923. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- Flores Ortega, Anabel (2016). “Detrás de los muros: soy un alma y un cuerpo. Subjetividad y sexualidad de mujeres en el Hospital de la Salud Mental de Tijuana, Baja California”. Tesis de Maestría en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 184 pp.
- Fonagy, P. (2003) Genética, psicopatología evolutiva y teoría psicoanalítica: el argumento para terminar con nuestro (no tan) espléndido aislamiento narcisista. Psychoanalytic Inquiry, copyright 2002 de Analytic Press, Inc.
 - (1999) From the efficacy to the effectiveness model in psychoterapy research: The APP Multi-Centre Project. Inglaterra: Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Gabbard, Glen y Cols. (2002) The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. Estados Unidos: Arch Gen Psychiatry/Vol. 59.
- Galende, Emiliano (1990) Psicoanálisis y salud mental, para una crítica de la razón psiquiátrica. Argentina: Editorial Paidós
- Gallo, Rubén (2013) Freud en México. Historia de un delirio. México: Fondo de Cultura Económica.

- Gámez, Alba y Cols. (2010) Las mujeres en la migración interna y el empleo informal en Baja California Sur, México. La ventana, revista de estudios de género. México.
- Geertz, Clifford (1973). La interpretación de las culturas (p. 19-40). Barcelona: Gedisa.
- Germani, Gino. (1969) La sociología de la modernización. Buenos Aires: Paidós, 1969.
- Gili, García y Roca (2014) Crisis económica y salud mental. Elsevier España.
- Gonzalez Calvo, Valentin. (2005). El Duelo migratorio. Trabajo Social No. 7, páginas 77-97 Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- González-Monteaudo, J. (1996b). Las historias de vida. Aspectos históricos, teóricos y metodológicos. Revista Cuestiones Pedagógicas, (12), 223-242.
- Grinberg, León y Rebeca. (1980) Psicoanálisis de la migración y el exilio. Paidos, España.
- Gruel, Víctor (2012) Corrupción y filantropía en el Hospital de la Rumorosa. México: Revista Culturales del Instituto de Investigaciones Culturales, Museo de la Universidad Autónoma de Baja California.
- Hernández Campos, Carlos. (2014) La dinámica de la migración interna en México en los tiempos turbulentos de la globalización: frontera norte, enclaves turísticos de playa y centro este, 1990 a 2010. Tesis de maestría. El Colegio de la Frontera Norte.
- Herrera, A. (2013). Epistemología del psicoanálisis. Estados Unidos: Palibrio LLC.
- Holm-Hadulla (1999) El arte psicoterapéutico. La hermenéutica como base de la acción terapéutica. Editorial Herder, España
- Huertas, Rafael (2017) Políticas de salud mental y cambios social en América Latina. España: Los libros de la catarata.
- Hwang WC, Myers HF, Abe-Kim J, Ting JY. (2007). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. Clinical Psychology Review; 28(2):211-27.
- ILEF, Instituto Latinoamericano de la Familia A.C. (2017) Resignificando la vida: acompañamiento psicológico con migrantes desplazados. Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017) disponible en: <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/1979-se-crea-el-instituto-nacional-de-psiquiatria?state=published>

- Ingleby, David. (2008). *New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia*. Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 4/07, IMER/MIM, Malmö University, Sweden.
- Kachele, H. y Thoma, H. (2003). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Tomo 3: Investigación. Recuperado de: http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/tomo_3_completo.pdf.
- Kardiner, Abraham (1939) *El individuo y su sociedad*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Keung, Daniel y Cols. (2008) Mental health of migrant workers in China: prevalence and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2008) 43:483–489. China.
- Laplanche y Pontalis (2004), *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós, España.
- Lazarte, Rolando (1987) *El éxodo hacia la metrópoli*. Migración interna y mercado de trabajo. *Revista Nueva Sociedad*. México.
- Lee, Everett (1966) *A Theory of Migration*. *Demography*, Vol. 3, No. 1. pp. 47-57
- Leyva (2012) *Tratado de metodología de las ciencias sociales, perspectivas actuales*. Fondo de cultura económica, México.
- Leñero, Vicente (1986) *Puros cuentos*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- López-Hernando y Cols. (2010) *Características de Consultantes y Proceso Terapéutico de Universitarios en un Servicio de Psicoterapia*. Universidad de Santiago de Chile.
- López Sánchez, Ericka (2016) *Crisis en la enseñanza de la metodología cualitativa*. *Andamios*, revista de investigación social. Distrito Federal, México.
- Mardones, J. y Úrsua, N. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. España: Editorial Fontamara.
- Martínez-Hernaez, (2006) *Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural*. *Salud pública*, Rio de Janeiro.
- Melero, Luisa. (2010). *La persona más allá de la migración, manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Editorial Tirant Lo Blanch, España.
- Metzner, Tobias (2014) *La migración haitiana hacia Brasil: Características, oportunidades y desafíos*. Organización Internacional para las migraciones.
- Millán, I. y Maccoby, M., 1975: ¿Qué es el sociopsicoanálisis?, in: *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, México No. 7-8 (1975), pp. 9-44.

- Mitchell, S. A. (1988). Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una integración. Madrid: Siglo veintiuno.
- Novosseloff, Alexandra y Neisse, Frank (2011). Muros entre los hombres. Francia: Editor: Red Alma Mater.
- OMS (2012) Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=AD19A593F95A6595C8934003EFE11828?sequence=1
 - (2013) Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Ortiz, R. (2014) Pierre Bordieu: sociología. Editoria Atica, Sao Paolo, Brasil.
- Pacheco y Cols. (1984) El estudio de la migración: retos para la psicología social y la psicología ambiental. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 16, núm. 2, 1984, pp. 253-276 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465
- Perrés, J. (1988). El nacimiento del psicoanálisis. Apuntes críticos para una delimitación epistemológica. México: Editorial Plaza y Janés y/o Plaza y Valdéz, S.A.
- Piastro, Julieta (2015). Los procesos subjetivos de la migración en la obra literaria de Tahar Ben Jelloun. Revista Migraciones Internacionales, El Colegio de la Frontera Norte, México. Vol. 8, núm. 28.
- Programa Anual de Trabajo 2015: Salud del migrante. Disponible en: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/docs/PlanAnualdeTrabajoDGRI2015.pdf>
- Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>
- Programa Especial de Migración 2013-2018 (PEM). Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Programa_Especial_de_Migración_2014-2018_PEM
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/educacion/docs/programa_ectorial_2013-2018.pdf

- Proyecto Salud Mental y Migración (2018) Proyecto Salud Mental y Migración Acompañamiento psicosocial para personas migrantes y sus familias en la frontera norte de México. Disponible en: <http://migrare.org.mx/wp-content/uploads/2018/11/Informe-final-del-proyecto-Salud-mental-y-Migraci%C3%B3n.pdf>
- Racker, Enrique (1965) Estudios sobre técnica psicoanalítica. Editorial Paidós, Argentina.
- Ramírez, Santiago (1977) El Mexicano, psicología de sus motivaciones, México, Grijalbo, 1977.
 - (1979) Ajuste de cuentas. México: Editorial Nueva Imagen.
 - (1983) Obras escogidas. México: Editorial Linea.
- Raphael, Ricardo (2011). El otro México. Editorial Booket.
- Ricoeur, Paul (1969) El conflicto de las interpretaciones. Fondo de Cultura Económica, México.
- Ríos, Andrés. (2016) Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Siglo Veintiuno editores. 232p. ISBN: 978-607-027-701-6. (UNAM), ISBN: 978-607-030-725-6. (Siglo Veintiuno).
 - (2009) La locura durante la revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1919-1920. México: El Colegio de México.
 - (2011) La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944. México-Estados Unidos: Mexican Studies/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera, Cristina (2010) La Castañeda, narrativas dolientes desde el manicomio general. Editorial Tusquets, México.
- Sacristán, Cristina (2005) Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. España: Frenia, revista de historia de la psiquiatría.
- Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 29 (1):143-148.
- Sandoval, Juan (2005) La salud mental en México. México: Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social.
- Sarzuri-Lima, Marcelo. (2013) La construcción del “sueño español”. Revista Integra Educativa Vol. VI/No 1.

- Secretaría de salud (2014) Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial del Salud. México.
- Shedler, J. (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Revista American Psychological Association*. Vol. 65, No. 2.
- Sin Fronteras IAP (2017) Salud mental y movilidad humana: 20 años de experiencia, reflexiones desde Sin Fronteras IAP. Ciudad de México.
- Slaikeu, Karl (1996) *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Editorial Manual Moderno, México.
- Solís-Pontón y Cols. (2006) *La cultura de la parentalidad*. Editorial Manual Moderno, México.
- Sosa, Felipe y Cols. (2016) *Freud y Lacan en México. El revés de una recepción*. México: Editorial Emergente
- Tallaferro, Alberto (2008) *Curso básico de psicoanálisis*. Editorial Paidós, Argentina.
- Talarn, Antoni (2007) *Globalización y salud mental*. Herder, España.
- Temores-Alcantara y Cols. (2015) Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Revista salud pública de México*.
- Thoits, (2006). Personal agency in the stress process. *J Health Soc Behav*. 2006 Dec;47(4):309-23.
- Valencia Lomelí, Enrique. (2010). "¿Es pertinente pensar hoy el universalismo básico en México?", en Valencia Lomelí, *Perspectivas del universalismo en México*. México: ITESO/Universidad de Guadalajara/Konrad Adenauer Stiftung/Universidad Iberoamericana.
- Valenzuela, José Manuel. (2000). *Entre la magia y la historia*. Editorial Plaza y Valdez, México.
- Vázquez-Benítez y Cols. (2015) Una aproximación al estado emocional de adolescentes y sus padres en dos comunidades conectadas por la migración. México: *Revista de Educación y Desarrollo*, 36.
- Vilar, Eugenia; Eibenschutz, Catalina. Migración y Salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 6, núm. 13, julio-diciembre, 2007, pp. 11-32 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- Villalba, Cristina (2003) El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 2003, Vol. 12 N.º 3- Págs. 283-299

- Vintiadis E (2015). A frame of mind from psychiatry. *Med Health Care Philos*, 18(4):523-532.
- Zenteno, René (1993). Del rancho de la Tía Juana a Tijuana: una breve historia de desarrollo y población en la frontera norte de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*. Vol. 10, No. 1 (28). Pag. 105-132.
- Zolberg, Aristide (2008) *A nation by design. Immigration Policy in the Fashioning of America*. Estados Unidos: Russell Sage Foundation Books at Harvard University Press.

10. APÉNDICES

Apéndice 1: Encuesta para caracterizar a población migrante usuaria de servicios de psicología

Fecha de entrevista:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de expediente
	DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>
Institución:	HOSPITAL GENERAL	<input type="text"/>		
	IPEBC	<input type="text"/>		
	HSMT	<input type="text"/>		

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
SEXO	01 Hombre 02 Mujer
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
	DÍA MES AÑO
Estado Civil:	Unión libre ____ Soltero (a) ____ Casado (a) ____ Separado/Divorciado (a) ____ Viudo (a) ____
¿Con quién vive?	
1. Solo	<input type="text"/>
2. Con su pareja	<input type="text"/>
3. Con sus hijos	<input type="text"/>
4. Con otros familiares	<input type="text"/>
5. Con otros no familiares	<input type="text"/>
¿Tiene usted hijos?	<input type="text"/>
¿Cuántos hijos tiene? (ANOTE EL NÚMERO)	<input type="text"/>

¿Cuál fue el último año de escuela que usted aprobó?		[]	[]	[]	[]	
Nivel:		AÑO		NIVEL		
01 Ninguno (PASE A PREG. 7)	05 Escuela técnica con primaria	08 Profesional	11 College			
02 Primaria	06 Escuela técnica con secundaria	09 Elementary	12 Maestría/Master			
03 Secundaria	07 Normal	10 High School	13 Doctorado/PH Doctor			
04 Preparatoria						
¿Habla usted inglés?						
[] []						
¿Cual es su actividad laboral?						

PROCESO MIGRATORIO						
(Aplicar solo a las personas que no nacieron en Tijuana)						
¿Nació en México, o nació en otro país (en dónde)?						
¿En qué estado, municipio y localidad nació?						
<i>ESTADO</i>			<i>MUNICIPIO</i>			
¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Tijuana?						
¿Vivió en otros lugares antes de llegar a Tijuana (anotar los nombres desde el más reciente hacia atrás)						
¿Cuál fue el motivo por el cual llegó a Tijuana?						
01 Para vivir en la ciudad					[]	[]
02 Para cruzar a Estados Unidos						
03 De visita						
04 Lo deportaron						
05 Otra razón (ESPECIFIQUE) _____						
¿Cuál fue el principal motivo por el cual decidió venir a Tijuana a vivir?						
<i>(ESCUCHE Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO)</i>						
01 Falta de empleo en su lugar de origen		06 Violencia o inseguridad en su lugar de origen				
02 Ingresos muy bajos en su lugar de origen		07 Crisis política en su lugar de origen				
03 Malas condiciones de trabajo en su lugar de origen		08 Desastres naturales en su lugar de origen				
04 Crisis económica en su lugar de origen		09 Estudios				
05 Problemas familiares		10 Otro (ESPECIFIQUE) _____				
Llegó a Tijuana sólo o acompañado?						

Parentesco de la persona con la que llegó

- 01 Pareja
- 02 Hijos
- 03 Padres
- 04 Otros familiares
- 05 Amigos

--	--

¿Alguna vez ha cruzado a Estados Unidos para vivir, para trabajar o buscar trabajo?

HISTORIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

¿Ha sido usuario previamente de algún servicio psicológico?:

Motivo por el que consultó:

Si recibió algún diagnóstico, cuál fue:

¿En caso de no haber ido previamente a psicología, consideró usted la necesidad de buscar apoyo psicológico alguna vez? (¿por cuál motivo?):

Ha participado en algún grupo de apoyo (alcohólicos anónimos, grupo religioso, servicios en delegación política, etc):

Diagnóstico de salud mental recibido actualmente:

Apéndice 2: Guion de entrevista para pacientes migrantes atendidos en salud mental

Exploración psicológica general

- a) Ficha de identificación (edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, religión)
- b) Motivo por el que se atiende o estaba siendo atendido en la institución
- c) Historia familiar
Ahondar sobre miembros específicos madre, padre, hermanos, otros familiares o cuidadores significativos respecto a sus personalidades, su vínculo con ellos.
- d) Historia personal
Organizada en infancia, pubertad, adolescencia, adultez.
- e) Pautas de ajuste personal
Organizada en familiar, vocacional, trabajo, social y sexual; explorar sobre deseos de desarrollo.
- f) Circunstancias ambientales posiblemente significativas
Explorar sobre el manejo de emociones, sobre todo la tristeza, la demanda de cercanía y lejanía.
- g) Determinación de los conflictos
Indagar sobre lo que ha considerado los problemas de su vida, y su conexión con personas y lugares específicos.
- h) Temores o angustias
Indagar sobre su experiencia en el lugar de origen respecto a esto, así como actualmente en el lugar de destino.

Exploración sobre migración

- a) Describir el lugar de origen
¿Cómo se compara con Tijuana?
- b) Antecedentes de migración en la familia y/o entorno
Explorar sobre antecedentes de migración, ¿cómo supo de la posibilidad?, ¿qué expectativas tenía?, ¿se cumplieron?

- ¿Cómo reaccionaron los familiares a la decisión de migrar?, ¿hubo o no apoyo?, ¿hubo aceptación?
- c) ¿Quién le acompaña actualmente?
 ¿Se siente solo o acompañado?
 ¿Extraña su lugar de origen?, ¿Por qué?
- d) Deseos de migrar
 Explorar sobre el origen de este deseo y las expectativas que tenía, explorar en personas significativas y experiencias desde que por primera vez entendió lo que era migrar; ¿alguien importante influyó en este deseo?
- e) Decisión de migrar
 ¿Cuál fue la gota que derramo el vaso o detonó la migración?
 ¿Cuándo y como se tomó la decisión de migrar?
 Tiempo entre decisión y acto
 ¿Cómo se planeó?

Salud mental y migración

- a) Explorar en antecedentes de padecimientos mentales familiares
- b) En sus palabras, ¿qué le sucede en términos mentales?, ¿cómo inicio y por qué?
- c) ¿Siente que fue bien atendido en salud mental?
 De no ser así, ¿que faltó o como podría ser mejor?
- d) Explorar si la migración le ha hecho padecer algo que nunca había tenido
 ¿Desde el lugar de origen existían malestares a nivel mental?
 ¿Cómo lo atendió?
 ¿La migración le ha hecho padecer cosas nuevas?
- e) A nivel mental, ¿cuál es su estado actual?
 ¿Cómo se siente en este momento de su vida?
- f) ¿Considera que la migración le ha afectado en salud mental? o por el contrario, ¿ha sido un cambio que le hace sentir mejor?
- g) ¿Considera que hubo motivos psicológicos, familiares o que no le podría contar a cualquiera para haber migrado?

- h) Alguno de quienes migraron con usted, ¿sufren o considera que la migración los marcó?
- i) ¿Considera que el migrar fue una buena o mala decisión?
- j) ¿Ha considerado regresar a su lugar de origen?, ¿Por qué y para qué?
- k) ¿Le gusta esta ciudad?, ¿se siente adaptado?
- l) ¿Con quién platica sobre su lugar de origen?, ¿comparte esta parte de su vida?

Apéndice 3: Guion de entrevista para especialistas

A. Ruta formal para recibir atención en salud mental

- ¿Me puede explicar la ruta que atraviesa una persona para llegar a atenderse en esta institución?
- ¿A nivel interno, existen diferentes rutas y posibilidades de atención?
- ¿Qué requisitos debe cumplir un interesado para recibir la atención?
- ¿A qué tipo de población está dirigido el servicio de esta institución o área específica?
- ¿Qué tipos de especialistas se encuentran en la institución?
- ¿Cuál es la duración de los tratamientos?
- ¿Cuál es la frecuencia con que un paciente en tratamiento recibe atención?
- ¿Tiene algún costo el servicio para los pacientes?
- ¿Se tiene acceso a medicamentos de manera amplia?
- ¿Se cuenta con servicio de internamiento?

B. Modelo de atención en el que se sustenta el diagnóstico y la intervención

- ¿Cuál es el modelo de atención en el que se sustenta su práctica?
- ¿La condición de migrante cambia la aproximación teórica?
- ¿De qué manera se integran variables socioculturales en su modelo de atención?
- ¿Qué lugar tiene la construcción psicosocial de la mente en la intervención con pacientes migrantes?

C. Rol que tiene la condición de migrante en el modelo de atención

1. ¿Cuál es la relación que tiene el rol de migrante con su intervención?
2. Los estudios sobre salud mental han identificado que dicha población presenta vulnerabilidades psicosociales específicas. ¿Usted considera que esas afirmaciones son correctas y existen en contraste con los nativos?
3. ¿Considera que el paciente migrante presenta fortalezas específicas en contraste con los nativos?

4. ¿Considera que hay antecedentes comunes en los pacientes que son migrantes?
5. ¿Qué tanto considera que, como profesionales en salud mental, debieran conocer sobre la condición de migrante y su impacto en la salud mental?
6. ¿Cómo se puede entender que Tijuana, siendo una tierra de migrantes en términos históricos, carezca de investigación en salud mental para migrantes?
7. ¿Su modelo de atención tiene consideración para diferentes condiciones socioculturales?

Apéndice 4: Consentimiento informado

El Colegio de la Frontera Norte es una institución que se dedica a la investigación de problemas sociales y que se interesa en el bienestar de las personas en diversas condiciones. En esta oportunidad se le invita a participar en un estudio que se realizará para evaluar los significados ligados a la experiencia migratoria en pacientes atendidos en instituciones de salud mental en la región. El estudio pertenece al departamento de estudios de migración bajo la tesis de doctorado titulada *El migrante en la institución de salud mental: la invisibilización de lo evidente*, realizado por el Mtro. Ángel Luna estudiante del doctorado en estudios de migración y dirigido por la Dra. Silvia Mejía, investigadora de El Colef.

La participación en el estudio requiere de su parte en la respuesta a una entrevista que explorara cuestiones relacionadas con su experiencia migratoria y experiencia de vida. Este proceso se realiza en las instituciones de salud mental Hospital General, Hospital de Salud Mental de Tijuana y el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y tendrá una duración de 60 minutos. Los resultados serán de utilidad para conocer los significados asociados a la experiencia migratoria y una aproximación al funcionamiento mental. No existe ningún riesgo para la persona que participe dado que el estudio implica solamente preguntas y respuestas que son confidenciales. A cada participante se le asigna un número de identificación manteniendo anónimo su nombre.

Su participación en el estudio es voluntaria. En caso de aceptar le pedimos que firme abajo.

Fecha: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Apéndice 5: Dictamen emitido por el Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte



**Subcomité de Bioética de El
Colegio de la Frontera Norte**

25 de enero de 2018

Número de Referencia de Protocolo: 052-061217

Título de Estudio: "El migrante en la institución de salud mental: La invisibilización de lo evidente"

Ref: Aprobado

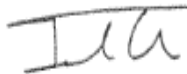
Investigador:

Mtro. Ángel Ismael Luna García, Colegio de la Frontera Norte

Estimado investigador:

El Subcomité de Bioética sobre Salud y Población de El Colegio de la Frontera Norte ha revisado su protocolo. Me permito informarle que el dictamen es de **aprobado**.

Deseándole el mejor de los éxitos en su investigación,



Dra. Ietza Bojorquez Chapela
Subcomité de Bioética, El Colegio de la Frontera Norte

Apéndice 6: La hermenéutica como base de análisis

Para Holm-Hadulla (1999) el origen del concepto de hermenéutica no es seguro. No obstante, existe una relación con el mítico personaje Hermes de la mitología griega. Se refiere al mensajero de los dioses que anunciaba y traducía los encargos divinos a los seres humanos, mismo que otorgaba el lenguaje a los mortales. Un lenguaje que permitía la experiencia y la configuración del mundo. A partir de ese mito, se contempló al lenguaje como viable de ocultación, tergiversación y engaño.

En relación al moderno concepto de hermenéutica, éste se deriva del griego *hermenuo* que significa “yo expreso mis ideas en palabras” (Holm-Hadulla, 1999). Por su parte, Leyva (2012) plantea que, en la edad moderna, la hermenéutica ha sido comprendida como la teoría o el arte de la interpretación, particularmente de la interpretación de textos escritos. Originariamente estuvo dirigida a ámbitos del saber fundados en textos que debían ser continuamente interpretados, tales como textos correspondientes a la teología, el derecho y la filología. Para este autor, los precursores de la hermenéutica moderna son Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher, Wilhelm Dilthey y Martin Heidegger.

En Scheiermacher (1768-1834), la hermenéutica se componía de dos partes, una, la referida a la interpretación *gramatical* y otra, vinculada a la interpretación *técnica o psicológica* (Leyva, 2012). Con la primera se hacía alusión a un procedimiento comparativo que tomaba como punto de partida lo ya conocido desde el lenguaje. La segunda, de uno adivinatorio que se apoyaba de la intuición subjetiva de quien comprende y busca anticipar a partir de ellos, plexos de comprensión. Fue con este autor que la hermenéutica experimentó una nueva ampliación en el sentido de una doctrina universal de la comprensión y la interpretación (Holm-Hadulla, 1999).

Para Dilthey (1833-1911), los estados mentales, los fenómenos de la conciencia y la interioridad psíquica del individuo, son accesibles a la comprensión únicamente a través de nexos de sentido intersubjetivamente compartidos y articulados de manera simbólica, esto es, lingüísticamente, dados a los sujetos en un orden social, cultural y lingüísticamente estructurado. Por lo tanto, la interioridad de otro individuo se abre a la intelección solamente en virtud de un signo, de una expresión. Dilthey (Leyva, 2012), se dirigió en contra de toda idea de que la comprensión podría

tener lugar a través de una suerte de introspección en la que el sujeto dirija su conciencia a su propia interioridad. Más bien, la comprensión se alcanza sólo a través de exteriorizaciones del propio sujeto, especialmente, de aquellas que están articuladas como expresiones simbólicas, lingüísticas y las fijadas por la escritura, es decir, a través de expresiones objetivamente comprensibles por el lenguaje. Estas ideas, coinciden con la propuesta de Berger y Luckmann (1968), desde la sociología, cuando afirman que un signo puede distinguirse por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos. Por lo tanto y para estos autores, es posible la objetivación de procesos y significados que son originariamente subjetivos, siendo a partir de estos encuentros en los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común.

Por su parte, Martin Heidegger (1889-1976) ofreció una comprensión de la hermenéutica muy distinta a la propuesta de Schleiermacher y Dilthey (Leyva, 2012), pues lo haría desde el ámbito de la existencia (Holm-Hadulla, 1999). En su interpretación, la totalidad de la existencia humana consiste en entender y en proyectarse hacia la posibilidad de uno mismo. Este autor planteó una aprehensión no categorial sino existencial de dos modos constitutivos originarios e íntimamente entrelazados, estos eran, la disposición afectiva y la comprensión. Respecto a la primera, planteó que a través de las diversas disposiciones afectivas (estados de ánimo, emociones y sentimientos) el mundo se abre ante los hombres y estos pueden tener así experiencia de él. Por su parte, la comprensión se refería a una aprehensión preteórica, prereflexiva, de la que derivan el pensamiento y la conceptualización teórica. Siendo ambas, la disposición afectiva y la comprensión, íntimamente enlazadas con el lenguaje, el cual, a su vez, tiene un fundamento ontológico-existencial en el discurso. Cabe aclarar que para Heidegger (Leyva, 2012), la comprensión es un componente esencial de lo que significa existir o estar en el mundo, del ser. Por lo tanto, no tiene que estar articulada en forma explícita, teórica y reflexiva. Podría más bien decirse que toda suerte de comprensión teórica se encuentra remitida a esa suerte de comprensión previa, existencial, sin la cual no podría entenderse el existir.

En cuanto a discusiones recientes, conviene destacar a dos figuras que toman la vertiente abierta por Heidegger para plantear la hermenéutica de la segunda mitad del siglo XX, Hans-Georg Gadamer y Paul Ricoeur.

Gadamer (1900-2002) convirtió la hermenéutica en una reflexión sobre la práctica vivencial humana, definiéndola como la “capacidad práctica del entender mismo, es decir, la participación comprensiva y empática en la dedicación al otro” (Gadamer, 1986, en Holm-Hadulla, 1999). Será la hermenéutica, una reflexión sobre la continuidad de la tradición, la historia y el modo en que se articula el orden del lenguaje, abarcando a lo interpretado y al propio intérprete.

En este autor, se encuentran revisiones que toman la dirección de la ética, la retórica, la relación entre palabra y concepto, de la escucha y de la imagen. Para él, la comprensión es un modo de estar en el mundo. Todo aquel que desee comprender un texto, por lo tanto, tiene que realizar siempre una suerte de proyección de ese texto a partir de sus propias expectativas inherentes a su condición de intérprete determinado por su historia, su sociedad y su cultura. Por lo tanto, esté consciente de ello o no, el intérprete se anticipa y presupone al interpretar (Leyva, 2012).

De esta manera, cuando se interpreta, el yo espectador no puede olvidar todo el conjunto de opiniones previas, de suposiciones básicas que conoce, pues sólo así se acerca a esa otredad (Leyva, 2012). Planteará: “lo que importa es hacerse cargo de las propias anticipaciones, con el fin de que el texto mismo pueda presentarse en su alteridad y se obtenga así la posibilidad de confrontar su verdad objetiva con las propias opiniones previas” (Gadamer, 1960 en Leyva, 2012).

Es así como, en el ámbito intersubjetivo, la comprensión y la interpretación no se refieren a una misteriosa comunión entre dos almas –la del interprete y la del autor-, sino a la participación en un sentido comunitario en el que tanto la posición del autor como la del interprete se hallan vinculadas en un movimiento, un vaivén, donde pasado y presente se hallan referido en uno y en otro (Leyva, 2012). Como crítica a las posturas previas, Gadamer planteó que toda tentativa por reconstruir de manera fiel y objetiva a una obra o texto es ilusa, pues más bien será un peculiar diálogo, una comunidad, un consenso. El texto, por lo tanto, pierde su pretensión de decir algo para el intérprete (Leyva, 2012).

Para Gadamer, el lenguaje es el seno en donde se desarrolla y configura el proceso hermenéutico, siendo que “el ser que puede ser comprendido es lenguaje” (Gadamer, 1960 en

Leyva, 2012). En conclusión y en un sentido amplio, la experiencia hermenéutica habrá de llegar tan lejos como llegue el diálogo entre los seres racionales, teniendo validez universal, y no sólo para las ciencias del espíritu.

En el caso de Paul Ricoeur (1913-2005), la hermenéutica aparece como un ejercicio de la sospecha que se propone develar la arquitectura del sentido que ha colocado, bajo la superficie del discurso, otra capa de significaciones que esconde, disimula y reprime a un estrato profundo que, justamente, la actividad de interpretación, debe extraer y exponer a la luz. En cuanto a ideas, parte de antecedentes como los de Karl Marx, Friedrich Nietzsche y Sigmund Freud (Leyva, 2012). Afirmará que ellos han intentado por diferentes vías, hacer coincidir sus métodos de desciframiento respecto al trabajo inconsciente, buscando descifrar, según corresponda, la voluntad de poder, al ser social y al psiquismo inconsciente.

Para Ricoeur (1969) existe un problema de ilusión al interpretar la consciencia. Para él, ésta puede ser engañosa, lo que llevaría a tomar con cuidado la fenomenología que le toma como la totalidad a estudiar y a comprender. Para este autor, el problema de la consciencia es tan oscuro como el problema del inconsciente. Para librar estos problemas se requeriría de una doble confesión: *“no comprendo el inconsciente a partir de lo que sé de la consciencia, incluso del preconscious, pero tampoco comprendo lo que es la consciencia”* (Ricoeur, 1969). De lo anterior surgen dos sentencias que dirigirán la propuesta hermenéutica de Ricoeur:

- a) Hay una certeza de la consciencia inmediata, pero esa certeza no es un saber verdadero por sí mismo.
- b) Toda reflexión remite a lo irreflexivo, como escape intencional de sí, pero este irreflexivo tampoco es un saber verdadero de lo inconsciente.

Por lo tanto, la comprensión de lo inconsciente, al igual que de la consciencia, no es ni completa ni directa. Ricoeur (1969) planteará, a partir de la propuesta freudiana, que lo profundo o pulsional sólo se manifiesta a través de representaciones. Se refiere al realismo empírico cuando afirma que lo inconsciente es cognoscible por sus “representantes-representativos” de la pulsión, mismos que son del orden del significado, por lo tanto, coincidentes con el ámbito del habla. En

contraste con lo físico o externo, Freud afirmará, que al igual que lo físico no necesariamente es tal cual lo percibimos, lo mismo sucede con el mundo interno.

Por lo tanto y siguiendo a Ricoeur (1969), el psicoanálisis se concentra, estrictamente hablando, en el estudio de los derivados del inconsciente y no del inconsciente en sí, por lo tanto, es válido afirmar que el inconsciente tiene una existencia real como la del objeto físico, y al mismo tiempo, que sólo existe (o es aprehendido) en lo relativo a sus “derivados” que lo hacen aparecer en el campo de la consciencia. Para este autor, es al afirmar lo anterior que nos enfrentamos a una nueva epistemología, una nueva línea de conocimiento que puede ser descubierta a partir de una hermenéutica específica relativa a las reglas mismas del análisis. Es pues, en este análisis o setting, que surge la dinámica intersubjetiva donde los análisis referentes al inconsciente son significantes para el otro (analista) y pueden ser descifrados. En este sentido, se habla de una segunda consciencia en la relación terapéutica, sin embargo, el inconsciente es elaborado esencialmente por un otro (analista), en tanto objeto de una hermenéutica que la consciencia propia no puede hacer sola. La consciencia testigo del inconsciente no mantiene sólo una relación terapéutica sino también de diagnóstico. En sus palabras dirá sobre la relación terapéutica de desciframiento en psicoanálisis:

“Los hechos que el análisis refiere al inconsciente son significantes para un otro. No se ha subrayado suficientemente el papel de la consciencia testigo, la del analista, en la constitución del inconsciente como realidad. Nos limitamos generalmente a definir el inconsciente en relación con la consciencia que lo “contiene”. El papel de la otra consciencia no se considera esencial, sino accidental, reducido a la relación terapéutica. Sin embargo, el inconsciente es elaborado esencialmente por otro, en tanto objeto de una hermenéutica que la consciencia propia no puede hacer sola” (Ricoeur, 1969).

Y añade:

Diremos, pues, que el inconsciente es un objeto, en el sentido de que está “constituido” por el conjunto de operaciones hermenéuticas que lo descifran. No

existe de manera absoluta, sino relativa a la hermenéutica como método y como diálogo. Por eso, no se debe ver en el inconsciente una realidad fantástica que tiene el extraordinario poder de pensar en mi lugar” (Ricoeur, 1969).

De manera sintetizada y por su parte, Racker (1965) dirá que el analista está dividido en dos, en uno que siente el trato que le da el paciente, es decir, a partir de lo que se manifiesta y otro, el que utiliza todas esas sensaciones y sentimientos como instrumento de su labor para señalarle al analizado lo que pasa dentro de él. Ambos en su caso, y adjudicándole relación con las reflexiones de Ricoeur, se diría, son ejercicios de interpretación.

Derivado de lo anterior, es importante rescatar cierta plasticidad y destacar que el inconsciente es un objeto, pero únicamente en el sentido de estar “constituido” por el conjunto de operaciones hermenéuticas que lo descifran, pues ésta, presta signos para revestirle y entender un sentido. Es pues que el inconsciente no existe de manera física o material, o por lo menos, no se puede comprender así, sino en relación a la hermenéutica que le interpreta y con la que dialoga (Ricoeur, 1969). En ese sentido, el inconsciente presenta una relatividad similar a la del objeto físico, cuya realidad es relativa al conjunto de operaciones científicas que lo constituyen, que le revisten, que le atribuyen características y, por tanto, realidad.

La historicidad para Ricoeur (1969), será un elemento clave en la hermenéutica psicoanalítica, pues, la inteligibilidad del inconsciente procede de figuras anteriores, tanto en un sentido temporal como simbólico. Siendo el hombre, el único ser cautivo de su infancia que no cesa de tirar hacia atrás. Su comprensión se encuentra al orden inverso de la consciencia, por lo tanto, la consciencia es el orden de lo terminal, lo inconsciente del orden de lo primordial. Nos encontramos, por lo tanto, frente a dos hermenéuticas de los símbolos. Una orientada hacia el descubrimiento de figuras posteriores (hermenéutica de la consciencia) y la otra, vuelta hacia las figuras anteriores (hermenéutica del inconsciente), siendo que el inconsciente explica en el hombre su parte baja, inferior, nocturna, la pasión de la noche, mientras que la consciencia explica su parte alta, superior, diurna, la ley del día, metafóricamente hablando.

Sin embargo y a pesar de las posibilidades que Ricoeur (1969) identifica en la interpretación psicoanalítica, la encuentra como global y limitada. Global porque se aplica por derecho a todo lo humano, y limitada, porque no se extiende más allá de la validez de sus modelos, es decir, de su metapsicología (tópica, económica y genética). En Freud, encuentra Ricoeur a un autor que interpreta desde un sentido manifiesto hacia un sentido latente, que comprende las relaciones de fuerza (represión, retorno a lo reprimido) como relaciones de sentido (censura, disfraz, condensación, desplazamiento). Nadie, por lo tanto, ha hecho lo que Freud, concluirá Ricoeur (1969), romper el encanto del hecho y reconocer el imperio del sentido.

No obstante, y antes de concluir, conviene retomar autores posteriores que aportan a la integración de la hermenéutica en las ciencias sociales. Anthony Giddens por su parte, planteó que la teoría social debe comprender a la acción como actividad interpretativa y ordenada por agentes que se articula reflexivamente en el orden del lenguaje, pero no limitándolo a un sistema de signos, sino, ante todo, como un medio en el que se constituye la actividad social práctica y donde se organiza la significatividad para la vida social. Por su parte, Gottfried Boehm trabajó en la elaboración de una hermenéutica de la imagen, reconociendo en estas un ámbito específico no reductible a la esfera lingüística. Finalmente, y respecto a la psicología, Charles Taylor planteará que el discurso de las fuerzas psíquicas o de deseos, debieran ser analizados en la dimensión interpretativa de la persona. Es pues, que el ser humano para este autor, es un animal que se interpreta a sí mismo, siendo que, los deseos, preferencias e intenciones subjetivas y su evaluación que son viables de explicación, pueden ser comprendidos como diversas formas de autocomprensión personal, como interpretaciones que los sujetos tienen de sí mismos, siendo esta capacidad la que distinguirá a los seres humanos, la reflexión interpretativa que hacen sobre sus deseos, preferencias y fines (Leyva, 2012).

Apéndice 7: Breve revisión sobre la epistemología del psicoanálisis

-¿Quiere usted que le dé algunas pruebas?- preguntó Holmes

-¿Y de que serviría eso?- susurró Moore algo nervioso-

¿Quién puede demostrar que una prueba es en sí misma garantía de verdad?.

Estamos de acuerdo en que las leyes de la evidencia son ciertas, y por ello aceptamos lo que es demostrado por medio de ellas. Pero una prueba sólo es satisfactoria si antes nos hemos puesto de acuerdo en que es una garantía de verdad. Sin embargo, no podemos demostrar que al ponernos de acuerdo, estemos en lo correcto.

El caso del anillo de los filósofos

Randall Collings

Para Perrés (1988), estudiar la génesis de una ciencia y su nacimiento cobra una importancia sin igual debido a las repercusiones que ese nacimiento tiene en su quehacer científico y, por tanto, en cada momento de su historia. Sobre todo, en los momentos en que consolida sus propias normas de verdad y de científicidad. Esta discusión remite a los aportes de la sociología del conocimiento encabezada por Thomas Khun, siendo que, para él, el paradigma epistémico tiene relación con las o la ideología de una comunidad científica determinada, la cual condiciona el modo de pensar y marca con ello el tipo de ciencia válida para cada sociedad. Se trata de las “evidencias” absolutas que aporta la ideología como concepción del mundo y que son admitidas por una comunidad (Perrés, 1988). Para Herrera (2013), el evadir discusiones amplias y contextualizadas respecto a la generación del conocimiento, evidencia la sujeción a una ideología, siendo que toda ideología es una ilusión. Siguiendo a Assoun (referido por Herrera, 2013), se entendería por ilusión a *un error, una equivocación, pero también, una fabulación tranquilizadora, una complacencia inconsciente como un juicio orientado por cierto interés.*

Pero, ¿cuál es el origen y la vía mediante la cual un conocimiento se posiciona como científico? El responder a lo anterior llevaría a dos rutas, la historia general de las comunidades del conocimiento y la histórica específica para cada ciencia. Para Perrés y respecto a la historia específica de cada ciencia, es de total relevancia comprender su propio surgimiento considerando los elementos involucrados de manera completa. Se refiere a la identificación y diferenciación de dos contextos claves al momento de generar un conocimiento, esto es el *contexto de descubrimiento* y el *contexto de justificación*, planteados por primera vez por

Reichenbach en 1938 (Perrés, 1988). Para Perrés, resulta clara la inclinación que la epistemología moderna ha tenido respecto a un contexto exclusivo, el de justificación. Contexto de justificación, se refiere al hecho de probar algo con razones convincentes, testigos, documentos o datos. Consiste en la validación de un concepto o de una teoría científica respecto a su justificación racional y legitimación lógica en el interior del cuerpo teórico de una ciencia. Por su parte, el contexto de descubrimiento pone su énfasis en otros aspectos, pues se refiere a la consideración de elementos como la historia, el sujeto que le genera y la sociedad en el surgimiento de un conocimiento. Con esto se otorga una relevancia al proceso de creación o descubrimiento científico, entendiéndolo como determinado por una época y a su vez, por una sociedad que ineludiblemente tiene impacto en el investigador.

De manera crítica, Perrés (1988) siguiendo a Reichenbach, denuncia la manera en que las determinaciones sociales e históricas quedan en su mayoría, fuera del campo de la ciencia y de la epistemología, es decir, que mientras los descubrimientos o la investigación se justifiquen con una lógica acorde a la disciplina, además de un buen uso de conceptos y mediante una válida aplicación del método, poca relevancia suelen tener las motivaciones del investigador y los elementos socioculturales asociados, volviéndose cuestiones de interés exclusivo para la historia y para la psicología.

Perrés (1988) propondrá una epistemología particular para el ámbito psicoanalítico, es decir, una epistemología con especificidades que no siempre son claras ni compartidas por toda la comunidad psicoanalítica, pero que, sin duda, son relevantes al momento de investigar en este ámbito, tanto a nivel clínico como a niveles amplios (tal como el que está comprometido en esta investigación, en complementación con los estudios de migración). Su propuesta será revisada a detalle posteriormente, sin embargo, lo que sí se considera conveniente en este momento a manera de contexto de descubrimiento, es lo que se refiere al surgimiento del saber en psicoanálisis (lo cual se considera ineludible para comprender la manera en que resultan viables de complementariedad los estudios psicoanalíticos con los estudios de migración).

Respecto a la emergencia del saber freudiano (no propiamente psicoanalítico aún) Herrera (2013) plantea que éste surgió como heredero del paradigma forjado en el siglo XVII, es decir,

del paradigma de la física de Galileo, enfoque que fue dominante hasta principios del siglo XIX cuando encontró la oposición en un modelo alternativo emergente que reclamaba un objeto y un método para generar conocimiento en esencia distinto. Con lo anterior, se hace referencia al paradigma de las llamadas ciencias del espíritu, las cuales buscaban comprender y captar un hecho en su singularidad, a diferencia del paradigma galileano que buscaba explicar, o relacionar hechos singulares con una ley general, lo que era propio de las ciencias naturales.

Mardones en su artículo *Filosofía de las ciencias humanas y sociales, nota histórica de una polémica incesante* (1991), profundiza respecto al origen de las dos grandes líneas de generación del conocimiento consideradas en los últimos siglos, las cuales surgieron con base en dos grandes tradiciones en la filosofía del método científico, la tradición aristotélica y la galileana. Cada una de ellas plantearía condiciones específicas que ha de satisfacer una explicación que busque denominarse científica, categorización que en tiempos actuales podemos notar en la división de estudios con metodología cualitativa y metodología cuantitativa.

La tradición aristotélica por su parte, plantea que la primera aproximación a un fenómeno a estudiar es mediante la observación, la cual, a su vez, permitirá la generación del conocimiento para una explicación científica. Sin embargo, el conocimiento para esta tradición, sólo se alcanza al darle una razón o sentido al mismo fenómeno, es decir, por la mera explicación (Mardones, 1991). La inducción a partir de observaciones sistematizadas llevaría a proponer principios generales o explicativos que, a niveles más amplios y a partir de la deducción, conduciría a la posibilidad de extender generalizaciones o leyes para los fenómenos estudiados. Sin embargo, Mardones (1991) es enfático cuando plantea que Aristóteles exigía explicaciones teleológicas, es decir, explicaciones de las causas finales que aclarasen la causa primera de los fenómenos, comprender el fin de que suceda lo estudiado.

La tradición galileana proponía una visión muy distinta que se distinguiría por su pragmatismo. Mardones (1991) plantea que, durante el renacimiento tardío y la época del barroco, se dejó de mirar el universo como un conjunto de sustancias con propiedades y poderes, para verlo como acontecimientos que suceden según leyes, con el fin a su vez, de tener poder y control sobre la naturaleza. En ese contexto, el centro no era el mundo sino el hombre, por lo que se volvió

relevante el entendimiento de lo natural a partir de las necesidades humanas y de las posibilidades de utilidad. Este interés pragmático, mecánico-causalista, buscó respuestas más inmediatas y prácticas sobre los fenómenos y sus consecuencias. En esos momentos, siglo XVII, se cristalizó un nuevo método científico, una nueva línea de requisitos sobre lo que debería cumplir una explicación que pretendiera llamarse científica. El lenguaje matemático sería la guía y habría que buscar, no tanto la substancia subyacente a los fenómenos, sino las leyes matemáticas que develaran la estructura real del mundo físico (vale recordar que la primera aparición formal de los estudios de migración sucedió en esta época a través de las leyes de Ravestein presentadas en 1885, mismas que acorde a la tradición galileana, buscarían en las matemáticas, la explicación de los movimientos migratorios hacia Inglaterra).

A manera de reflexión, el autor (Mardones, 1991) identifica que el sistema de producción con base en oferta y demanda vino a favorecer la acumulación de capital y el fortalecimiento de una nueva clase social urbana, la burguesía, la cual se inclinó por un sentido del orden y de lo positivo, entendiendo a lo positivo, como el hecho de ir a lo conveniente, a lo útil, o a lo pragmático. De ahí la denominación para la gran base que determinaba lo que era científico desde esa época y que, en la actualidad, se mantiene, pero no a expensas de varios y necesarios debates, esto es, el positivismo.

La nueva ciencia (galileana-positivista) que vino a reemplazar a la aristotélica, consideró como explicación científica de un hecho todo lo que se presentara formulado en términos de leyes que relacionara fenómenos determinados numéricamente, es decir, matemáticamente; siendo que tales explicaciones tomarían las formas de hipótesis causales. Asimismo, los análisis experimentales serían los pilares de las hipótesis causalistas, siendo estos la comparación de la hipótesis con las consecuencias deducidas mediante las observaciones de la realidad y la experimentación, la que nos dirá su valor explicativo (Mardones, 1991).

La pretensión del positivismo científico fue hacer ciencia social, histórica y económica, siguiendo la tipificación ideal de la física matemática. Comte intentará hacer –física social- por ciencia de la sociedad o sociología, por ejemplo. El debate no tardaría en estallar, y frente a la filosofía positivista, surgiría una tendencia anti-positivista, la hermenéutica, representada por

figuras como Dilthey y Max Weber, quienes se posicionarían en rechazo al afán predictivo y causalista, así como de la reducción de la razón a una razón instrumental (Mardones, 1991). Droysen fue el primero que utilizó la distinción entre explicación y comprensión. Para Simmel, la comprensión tendría resonancia psicológica considerando como elemento clave la empatía o identificación afectivo-mental que reactualiza la atmósfera espiritual, sentimientos, motivos, valores y pensamientos de los objetos de estudio social. La distinción se volvería clara, las ciencias del espíritu, herederas de la tradición aristotélica, buscarían comprender hechos particulares, mientras que las ciencias naturales, herederas de la tradición galileana, tratarían de formular leyes generales.

Quizás de manera sorprendente, para la construcción inicial del psicoanálisis, Freud optó por un monismo epistémico y se adhirió a postulados fisicalistas según los cuales, solo las fuerzas químicas y físicas actúan en el organismo. Será así que, por muchos años, la metapsicología fundada por el psicoanálisis y sostenida en gran medida desde el positivismo, configuraría su identidad epistémica (Herrera, 2013).

Con base en la anterior revisión, resulta posible trazar una ruta de comprensión sobre lo que en términos de conocimiento se puede esperar de la escuela psicoanalítica, para esto, será necesaria una revisión respecto a su consolidación. Considerando el contexto de descubrimiento, Herrera (2013) identifica que la tarea inicial para el naciente psicoanálisis resultaba en:

- a) El definir la problemática inherente al objeto de estudio (el inconsciente),
- b) La instrumentación de una metodología precisa y,
- c) El forjamiento de una batería conceptual que perfilaría rigurosamente la especificidad de lo metapsicológico.

En el surgimiento, la línea de abordaje fue la tópica, es decir, la concepción de una *anatomía psíquica* que iba en un rodeo de la medicina en general a la neurología en particular. Pero esta propuesta empírica se basaba en un razonamiento específico, este fue: *existe una anatomía psíquica, pero, psicopatologías como la histeria, se comportan como si la anatomía no existiera*. El naciente estudio se enfrentaba así a un problema de delimitación epistemológica, debido a

que los datos registrados contradecían la expectativa anatómo-patológica. Es importante recordar que Freud fue formado en una tradición positivista donde la fisiología era considerada una continuación de la física, siendo que la energía era la sustancia que unía a dos campos disímiles hasta entonces, la neurología y la psicología (Herrera, 2013).

Para Bachelard (retomado por Herrera, 2013) existen dos extremidades en el saber de la filosofía de la ciencia, uno es el estudio de los principios demasiado generales y el otro es el estudio de los resultados demasiado particulares. La naciente propuesta psicoanalítica requeriría, por tanto, de esfuerzos que le definieran desde una necesaria especificidad y diferenciación respecto a los saberes dominantes de la época, esto es, desde su particularidad dentro del gran espectro existente. En ese sentido, se encuentra una diferencia sustancial en el estudio de esta instancia pues en el campo de la anatomía nerviosa, es bien sabido que prima la *mirada* para el estudio, a diferencia de esto, la *escucha* prevalecerá en el terreno de la anatomía psíquica como vía de acceso a lo inconsciente (Herrera, 2013). Esto será un elemento clave que vendrá a distinguir el estudio psicoanalítico.

De esa manera, el psicoanálisis operaba en un desplazamiento procedimental que iba de la exploración somática al análisis de los discursos. Esto se consideraba como un elemento relevante y único que permitiría el acceso y viabilidad de vinculación con ciencias que parten del análisis del discurso o que consideran elementos hermenéuticos en sus conclusiones. Es así como la disciplina psicoanalítica marca una diferencia sustancial con lo médico: este último escucha menos de lo que observa, y lo que el paciente le dice es secundario en relación a lo que los análisis de laboratorio o una exploración corporal revelan. En el procedimiento psicoanalítico se opera justamente a la inversa, porque no es la mirada sino la escucha el instrumento de lectura adecuado cuando de una afección de la anatomía psíquica se refiere (Herrera, 2013). El psicoanálisis freudiano u originario, partiría de una investigación clara respecto a su objeto de estudio, lo inconsciente, mediante instrumentos que le darían acceso a su comprensión, instrumentos y condiciones técnicas como la asociación libre, la atención libremente flotante, la interpretación, el setting analítico, entre otros, estrictamente necesarios para la develación de lo inconsciente. Pero hay otro distintivo. En Freud aparece un esfuerzo por humanizar la enfermedad, siendo que, frente a un cuadro mórbido, lo más importante viene

a ser el sujeto, y más aún, lo que el sujeto diga sobre su enfermedad. El estudio psicoanalítico corresponderá con la escucha (no es poca entonces la coincidencia que lleva en esta investigación el unir los estudios psicoanalíticos con los estudios de migración, es decir, el aporte posible para una tradición de estudios que va reclamando cada vez más una humanización para el proceso de estudio en población migrante, distanciándole de la frialdad numérica).

En continuación, se considera que en este punto se vuelve relevante también el integrar una diferencia sustancial entre la investigación psicoanalítica y la médica como se ha venido revisando, pero, además, respecto a las otras psicologías de la conciencia y de la eliminación de síntomas. El esfuerzo freudiano es claro, el síntoma designa algo más que una disfunción: todo síntoma se revela por una falla en el funcionamiento normal que estaría más bien, vinculado con la emergencia de una verdad. Para Freud la eliminación del síntoma no es lo primordial, sino que, el interpretar un síntoma equivale a descifrar la verdad ahí contenida. Se entiende pues al síntoma como una alteración que puede ser comprendida dentro del amplio espectro de estrategias subjetivas de defensa (represión, negación, racionalización, escisión, etc.), por tanto y desde el esfuerzo psicoanalítico, la anomalía no es en sí patológica. La patología es denominada por el experto en salud. En psicoanálisis, se entenderá que el síntoma expresa otras posibles normas de vida. Conforme el tránsito en su delimitación epistemológica, psicoanálisis va distinguiéndose como disciplina claramente distinta a lo concebido en esa época (Herrera, 2013).

Se trataba de un abanderamiento en Freud donde, la psicología del psicoanálisis, tendría que ser una teoría de los procesos psíquicos inconscientes. Esa era la cuestión a la que la psicología general debiera arribar por instancia del psicoanálisis, por lo tanto, el destino de la psicología para Freud era claro: o se reelaboraba toda la psicología o se instituía la metapsicología como aquello que trascendería las contradicciones en una disciplina que no había considerado los procesos psíquicos inconscientes. En palabras de Assoun (Herrera, 2013), el psicoanálisis, al querer conquistar los procesos inconscientes para la psicología, se confirmaba como parte del continente psicológico, pero introduciendo en ella un objeto significativamente descuidado, rediseñando. Por lo tanto, psicoanálisis se revelaba como un *operador crítico de la psicología*. Como veremos más adelante, este vaticinio ideal se enfrentó a un aislamiento institucional, que

en palabras de Fonagy, le alejaría de los debates, lo dejaría solo con su cuerpo teórico, técnico e investigación, llevándolo a un nada espléndido aislamiento narcisista (retomando la sentencia clásica con la que Freud idealizaba sus años de estudios en aislamiento respecto a las comunidades médicas de Vienna llamando a esa época *los años de espléndido aislamiento narcisista*).

Recapitulando, es claro que un inicio positivista en el psicoanálisis es innegable, sin embargo, se identifica también y gradualmente, una separación respecto a las búsquedas de medición, prefiriendo la escucha que llevaría a la cualidad y la comprensión, sin privilegiar la medición, entendiéndola como mediada por la conciencia y por tanto incierta, es decir, que cuando se mide a partir de la conciencia se mide la intensidad que en la conciencia alcanza un hecho psíquico, pero persiste el desconocimiento sobre la cualidad de ese hecho, cualidad que será buscada por la metodología psicoanalítica. En síntesis, psicoanálisis presenta una línea epistemológica que no es posible encasillar estrictamente en el terreno de lo positivista ni estrictamente en lo humanista, rescata de ambos.

Perrés (1988) se encargará de poner en duda, con base en una revisión histórica profunda de los desarrollos teóricos en psicoanálisis, su cualidad tanto positivista como humanista, entendiendo que cuando se le estudia, es conveniente integrar todos los elementos que le construyen y hacer honor a su objeto de estudio, es decir, que es clave integrar el elemento inconsciente al hablar de epistemología psicoanalítica. Un hecho que puede sorprender es la condición casi multidisciplinaria del psicoanálisis a nivel interno, es decir, que en la actualidad no se puede hablar de un sólo psicoanálisis, sino de varios desarrollos, esto es, que nos referimos a líneas en psicoanálisis que parten de lo freudiano y que se pueden complementar, pero también, muchas otras que se contradicen. Por lo tanto, se vuelve necesaria una vinculación precisa que deje claro a nivel metodológico, lo que se entiende por funcionamiento psíquico y los funcionamientos que se buscan en los estudios e investigaciones (incluida la presente, dirigida a población migrante).

Un hecho sorprendente, revela Herrera (2013), es que, si se lleva a cabo la tarea de revisar cuidadosamente la obra completa de Freud, uno no encontrará referida ni una sola vez la palabra

epistemología, siendo la salvedad, una carta enviada a Carl Jung, donde refiere: “me está rondando un trabajo acerca de la dificultad epistemológica del inconsciente, para lo cual me llevaré unos libros este verano” (carta a Jung del 1ro de julio de 1907). Para Perrés (1988), este hecho es clave y no siempre tomado en consideración por los teóricos en psicoanálisis. La ausencia de reflexiones epistemológicas en psicoanálisis devela una evasión importante a entender.

A manera de mención, se considera no poco importante considerar que para Perrés, existe una falta de acuerdo respecto a las bases epistemológicas en psicoanálisis, lo que llevaría a un posicionamiento en relación a los estudios positivistas en psicoanálisis, los filosóficos humanistas althusserianos y los que reclamarían una epistemología específica. Autores como Otto Fenichel, Franz Alexander, Karl Meninger, Santiago Ramírez y Miguel Kolteniuk encabezarán los esfuerzos del positivismo en psicoanálisis, sin dejar de lado, (los poco mencionados por Perrés), psicólogos del yo.

Para este autor (Perrés, 1988), los esfuerzos positivistas aplicados al psicoanálisis encierran un reduccionismo y descuido de elementos claves en esta disciplina. En Fenichel (Perrés, 1988) se encuentra una sentencia considerada como pilar en la historia de este campo pues se refiere a una casi metáfora de acta de nacimiento cuando afirma que el psicoanálisis surgió como una innovación técnica, es decir, que nació cuando se abandonó el hipnotismo y fue introducida la asociación libre. El siguiente esquema podría dar luz al origen del psicoanálisis:

- a) El nacer de una innovación técnica descubierta empíricamente,
- b) esto provocó efectos que permitieron una mejor comprensión teórica y
- c) esta comprensión teórica repercutió en la técnica, permitiéndole avanzar.

Para Perrés, esto es un reduccionismo y deja de lado el hecho de que la disciplina nació desde concepciones teóricas previamente articuladas y a partir del autoanálisis de Freud. En Franz Alexander se encontrará una versión propia del psicoanálisis desarrollada en Estados Unidos que planteará una simple terapéutica adaptacionista y de un entrenamiento emocional a manera de proceso educativo. En Meninger, una sentencia similar a Fenichel, esto es, que el nacimiento

se debe a un movimiento dirigido de la empírea a la teoría. En Ramírez, se identifica un posicionamiento en el terreno del empirismo lógico, entendiendo que la ciencia parte de la observación. Esto llevará a abstracciones que decantarán en proposiciones particulares en forma de hipótesis que se irán generalizando en forma de leyes objetivas, buscándose una explicación válida de la realidad observada, sin embargo, pareciera que para Perrés (1988), estos observables descuidan las concepciones previas y la complicada interacción que eso implica. Finalmente, Kolteniuk partiendo de los estudios de Rappaport (Perrés, 1988), tomará como ejes de análisis a los teóricos del yo los cuales se habían distinguido por un esfuerzo de encuadrar el estudio psicoanalítico al de las comunidades psicológicas de la conciencia, asumidas como científicas positivistas. Para este autor (Kolteniuk, en Perrés, 1988), el psicoanálisis es una ciencia en formación que no alcanza a satisfacer todos los criterios de cientificidad necesarios, y eso es totalmente correcto. Desde los criterios de cientificidad del empirismo lógico, el psicoanálisis no es ni puede ser una ciencia, porque no es una ciencia de la observación y, por lo tanto, no puede ser evaluada en términos epistemológicos por los criterios válidos para las ciencias de la observación.

A lo antes mencionado, valdría integrar reflexiones como las de Langer respecto a la experiencia de validez para el psicoanálisis:

“A menudo y erróneamente buscamos en las ciencias exactas, único modelo de ciencias aceptado al nacer el siglo XX, un apoyo que nos defendiese de los ataques de afuera y de nuestra propia inseguridad frente a la nueva, fascinante, desconcertante práctica a que nos dedicábamos. Y cuando nos percatábamos de la imposibilidad de incluir al psicoanálisis en el único modelo prestigioso disponible sin incurrir en sobreesimplificaciones o sin llevar al absurdo los descubrimientos de Freud, nos retirábamos del campo de lucha, orgullosos pero dolidos, a nuestros consultorios y a nuestras sociedades psicoanalíticas. Esquivando el contacto con el afuera nos entendíamos entre nosotros. Hablábamos cada vez más en un idioma esotérico mientras nuestras asociaciones se transformaban en sociedades secretas” (referido por Perrés, 1988).

Para Perrés (1988) fue la escuela generada por el filósofo Louis Althusser la que provocó un nuevo interés por los problemas epistemológicos de las diferentes disciplinas científicas, entre ellas, el psicoanálisis. Tomando las ideas de Lacan (ya que Althusser no se dirigía propiamente a la práctica del psicoanálisis), este autor logró identificar tres ejes centrales con relación a la cientificidad del psicoanálisis:

- a) Que el psicoanálisis tiene la estructura de una ciencia.
- b) Que posee un objeto de estudio propio: el inconsciente.
- c) Que ese objeto tiene una “esencia formal”.

Siendo que en sus palabras (Perrés, 1988), una ciencia solo es ciencia cuando puede aspirar con pleno derecho a la posesión de un objeto de estudio propio, y no cuando toma la porción de un objeto prestado o abandonado por otra ciencia. El psicoanálisis para Althusser, posee claramente identificado un objeto de estudio, pero, además, posee una teoría y una técnica (método) que permiten el conocimiento y la transformación de un objeto en una práctica científica. Por lo tanto, y en contra del reduccionismo del psicoanálisis a la clínica, este autor considera que ésta no posee todos sus secretos, así como tampoco la técnica, sino más bien, será la teoría la que conserva sus elementos sustanciales, además de ser la que define cualquier disciplina científica.

Bajo la línea de Althusser se encuentran las reflexiones de Michel Tort, quien claramente señaló la importancia de distinguir entre una teoría psicoanalítica y una epistemología del psicoanálisis. Con la primera se refiere al campo totalmente perteneciente a los especialistas del estudio psicoanalítico, siendo la segunda, una reflexión desde el discurso filosófico que lleve lo psicoanalítico a los discursos y planos científicos. El plano de discusión epistemológica llevaría a diferenciar entre una epistemología del freudismo y una epistemología del psicoanálisis, lo cual para Tort (en Perrés, 1988) era urgente para la labor psicoanalítica que debía tomar como objetivo, no el rescatar todo el pensamiento freudiano, sino en construir una epistemología del psicoanálisis más allá de su autor. Para este autor, psicoanálisis podría identificar tres grandes ejes que marcan el corte entre nociones ideológicas y conceptos teóricos:

- a) El inconsciente
- b) La sexualidad
- c) La teoría del sujeto

Se trata, en síntesis, de una propuesta que plantea, volver a Freud justamente para no tener más que retornar a él. Eliminarlo como sujeto ideológico, erradicar la terminología y modelos importados de otras disciplinas que desnaturalizan los procesos específicos del psicoanálisis. Para él (Tort, referido por Perrés, 1988) no tiene ningún sentido que una ciencia se construya sobre el nombre de su fundador y no en su desarrollo formal que muy pronto, como en todas las ciencias, debe conducir a confiar y desligarse de sus orígenes. Finalmente, y en concreto, se hablaría de que la situación psicoanalítica misma consistirá en el dispositivo técnico que posibilita la emergencia de dichas formaciones del inconsciente. Ese dispositivo técnico permite la emergencia y manifestación de los mecanismos a los cuales obedece, es decir, enfrentando al clínico a lo inconsciente.

El fin de este apartado es el brindar una breve aproximación al terreno sobre el que se sostiene la disciplina psicoanalítica, buscando cada vez más, aclarar el elemento que permitirá el puente entre ella y los estudios de migración. Se pretende no cometer el insulto de reduccionismos para los autores brevemente revisados, por lo que se sugiere una revisión profunda a partir de las lecturas específicas al tema de epistemología, no siendo éste, el fin de la investigación, pero sí, una base ineludible en todo quehacer científico. Con la intención de dirigirnos al final de esta revisión histórica y buscando elementos concretos de vinculación, se retomarán las reflexiones propias de Perrés y de Kachele y Thoma para establecer las posibilidades identificadas para el presente estudio.

Perrés plantea que, en su opinión, el sostén del psicoanálisis no puede reducirse a su producción teórica sino a una compleja articulación entre ella, la clínica y la dimensión del análisis propio (refiriéndose a la de los practicantes y de su práctica). Tomando las reflexiones de Mannoni, se considera que el estatuto científico de psicoanálisis se vincula, no únicamente por la teorización (línea althusseriana), ni por los descubrimientos empírico-clínicos con sus pacientes (línea positivista), sino por la articulación de esos aspectos con el movimiento interno en relación a la

dinámica de transferencia. Antes de profundizar en el ámbito de la transferencia, vale reafirmar que la dicotomía explicar-comprender, no es tan radical en psicoanálisis, siendo que, desde Freud, la explicación natural y la comprensión hermenéutica se suceden, además de que, la reflexión epistemológica propia del psicoanálisis no puede quedarse sólo con el discurso teórico o sólo con el discurso clínico, sino que debe poder hablar desde ambos, mostrando permanentemente sus articulaciones.

Volviendo al tema de la transferencia del analista (técnicamente llamada contratransferencia), podría ponerse de ejemplo, respecto a la complejidad de la articulación, que un analista puede entender la teoría de una manera cuando sólo le conoce desde ahí, desde la teoría, a diferencia de cuando lo hace bajo la experiencia del propio análisis. Este autor entiende por transferencia, a la relevancia de considerar los elementos de interacción entre analista y analizado, y claro, la experiencia del análisis por sí misma, elemento crucial y propio de la práctica psicoanalítica. Perrés (1988) al retomar a Mannoni, plantea que la fórmula teórica del psicoanálisis, no se debe olvidar, surgió de un “delirio” que provino de un saber inconsciente, que llevó a un saber consciente, no viceversa. Concluye finalmente que, si Freud logró producir la teoría psicoanalítica, fue justamente porque estaba en análisis, enfrentándose a ese saber inconsciente.

Siguiendo a este autor, será importante diferenciar dos discursos en psicoanálisis, el teórico y el clínico, los cuales no son directamente homologables y que más bien, mantienen sus propios registros de funcionamiento, porque:

“El analista que pretendiera hacer intervenciones teóricas con sus pacientes, demostraría su inoperancia como clínico y sería rápidamente desconfirmado por sus propios pacientes. A la inversa, el psicoanalista que, presentando un caso en un ateneo clínico o en una publicación, se limitará a reproducir el texto de las sesiones y el lenguaje común allí empleado, sin pretender teorizar, se desacreditará ante sus colegas, demostrando su ignorancia” (Perrés, 1988).

Volviendo al tema que se considera tan relevante para este autor y tan descuidado en otras reflexiones, es decir, la transferencia, Perrés planteará que el investigador y clínico en

psicoanálisis deberá tener cuidado con la capacidad protectora de la teoría. Por ejemplo, valdría la ejemplificación del psiquiatra cuando se ubica como el “sano” frente al paciente para no caer en angustias transferenciales, refugiándose en su función, aferrándose a la protección de la teoría. Por lo tanto, va concluyendo Perrés, si el psicoanálisis se presenta como disciplina asumiendo particularidades que la hacen diferente a otras ciencias o disciplinas, su epistemología debiera integrar esas particularidades en vez de descartarlas, de otro modo sería trágicamente incongruente.

Para Perrés (1988), la idea de concebir el psicoanálisis como una teoría hermenéutica, resulta otro reduccionismo. Sin duda, plantea, esta línea está presente y es sumamente valiosa, pero no es la única, ya que la dimensión de la comprensión (hermenéutica) también aparece emparejada con la explicación. Por lo tanto, otro aspecto de la especificidad del psicoanálisis radica en la unión de los dos ámbitos básicos claves de la historia científica: el comprender y el explicar.

Sin descuidar el ámbito del investigador y del analista, para Perrés (1988) se vuelve conveniente utilizar el término transferencia indistintamente, es decir que la reacción del analista será otra transferencia en función del paciente, no la considerará de manera clásica como las fantasías, pensamientos y sensaciones que en el paciente despierta la figura del analista. En ese sentido, se considera clave el retomar a George Devereux quien, siendo investigador social con formación psicoanalítica, surge como quien identificó la dinámica de la transferencia en los procesos de investigación ligándolo a conceptos como angustia y su papel en la generación del conocimiento. Por lo tanto, para Devereux (Perrés, 1988) el investigador no está libre de la contratransferencia, siendo ésta la suma total de las distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana, y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías por lo general inconscientes. Para la pregunta ¿cuál es el camino para combatir la angustia en la investigación?, la respuesta sería: a través del conocimiento de lo que sucede, y la incorporación de dichas variables al conocimiento del objeto estudiado, no entendiendo los resultados como verdades indiscutibles, siendo que *toda investigación es siempre –en forma profunda- una investigación sobre el investigador mismo que remite a sus motivaciones inconsciente* (Devereux, referido por Perrés, 1988). Ligado a esto y no como tema menor,

resulta conveniente poner sobre la mesa el tema del narcisismo del investigador, el que explicaría los puntos ciegos en las investigaciones, análisis que, entre otras cosas, podrían estar relacionadas con el poder tolerar la herida narcisista que significaría para él, por ejemplo, la caída de su hipótesis de trabajo, sus desarrollos teóricos o falta de acuerdos en comunidades científicas.

Finalmente, para Perrés (1988) es ineludible la discusión del origen de la teoría psicoanalítica, lo que Tort llamó, una epistemología del psicoanálisis considerando tres puntos clave:

- a) Que el estudiar esto en Freud implica analizar la coherencia del cuerpo teórico que va construyendo, así como el discutir el problema de la veracidad (o valor de verdad) que tienen las proposiciones teóricas que van articulándose (contexto de justificación).
- b) Estudiar las múltiples determinaciones históricas que hacen posible el surgimiento de dicho conocimiento científico (paradigma Kuhniano).
- c) El estudio de Freud como investigador, Freud como sujeto histórico, como marcado por una contextualización socio-histórica, y estudiar también, las complejas vicisitudes del movimiento interno generado por su propio análisis, en su transferencia con Fliess (contexto de descubrimiento).

Autores como Kachele y Thoma, a pesar de dirigir sus esfuerzos a la investigación psicoanalítica en el plano clínico, se consideran convenientes para afinar lo que se va comprendiendo como especificidad epistemológica del psicoanálisis (y como eje guía, su vinculación con los estudios de migración). Estos autores retomarán con profundidad el tema de la hermenéutica como sustento para la clínica psicoanalítica, pero desde revisiones más profundas.

Para estos autores (Kachele y Thoma, 2003), la actividad hermenéutica entendida como ejercicio de comprensión en la investigación resulta viable de vinculación con la psicología comprensiva, refiriéndose a la exigencia de empatizar o ponerse en lugar de, pero, tanto cuando se habla de un texto como de un semejante; es esa exigencia, una que posibilita el proceso psicoterapéutico psicoanalítico. Introspección y empatía son características esenciales de las

reglas técnicas en psicoanálisis. Para Kohut (referido por Kachele y Thoma, 2003), Freud tornó utilizables la introspección y la empatía como instrumentos científicos para la observación sistemática y el descubrimiento. La guía para esto tiene que ver con que el psicoanalista accede a conductas actuales que son incomprensibles en un paciente, pero que se vuelven con sentido a través de la persecución de su desarrollo, teniendo lugar la comprensión histórica-genética, la comprensión de fenómenos psicológicos o patológicos en su nexo más estrecho con su biografía (elemento, valga adelantarlo, clave en la investigación con población migrante que se pretende desde el enfoque psicoanalítico). Para autores como Gadamer (Kachele y Thoma, 2003), la interpretación comienza allí donde el sentido de un texto no puede comprenderse directamente, por lo tanto, debiera interpretarse donde no se quiera creer lo que la apariencia representa directamente, es así como el psicoanalista interpreta al no dejar prevalecer el significado intencional de confesiones biográficas y repreguntando por lo sucedido a nivel inconsciente.

Lo anterior no difiere de otro importante teórico en hermenéutica, Paul Ricoeur. En consonancia Santiago Ramírez refería:

“Caruso ya había pensado que el psicoanálisis únicamente se podría dar en el terreno de la ambigüedad. Ricoeur en su espléndida obra sobre la interpretación también enfatiza que únicamente la ambigüedad es objeto de interpretación. Lo categórico, lo definitivo, último y eterno, no es objeto de investigación o interpretación psicoanalítica” (Perrés, 1988).

Para Kachele y Thoma (2003) fue a través del supuesto del inconsciente que las reglas de interpretación filológicas e históricas adquirieron una dimensión más profunda, siendo que podría llamarse como “hermenéutica profunda” a la técnica interpretativa en psicoanálisis, tal como la plantean Habermas y Lorenzer. La experiencia de conocimiento en la clínica psicoanalítica surge desde el comienzo de la entrevista, en el sistema técnico que pone a disposición la posibilidad para que surja un lenguaje especializado acerca de conexiones causales y que permita la comprensión de conductas que, sin este referente, resultarían inentendibles.

Kachele y Thoma (2003), consideran de una valía imprescindible en psicoanálisis lo concerniente a la intuición como origen de la interpretación. Sin embargo, esta revisión científica no acaba ahí puesto que, es totalmente válido un escepticismo respecto de una intuición que cree poder trabajar sin reasegurarse retroactivamente sobre la base de datos objetivos y sin someterse continuamente a verificación. Para estos autores, al igual que en Ferrés, no resulta completo reducir lo psicoanalítico a una línea epistemológica tajante, o de explicación o de comprensión, sino que es una articulación. Plantean siguiendo el esquema de Waelder, los distintos niveles por los que se puede entender el origen de la teoría psicoanalítica general:

- 1) Nivel de la interpretación en clínica individual: se refiere al uso de datos con los cuales el psicoanalista toma conocimiento a través de su paciente y que en general no son accesibles a los demás; constituyen el nivel de la observación. Se interpretan en función de su conexión mutua y de su relación con otras conductas o contenidos conscientes e inconscientes.
- 2) Nivel de la generalización clínica: los datos individuales y su generalización conduce a determinadas afirmaciones respecto de grupos de pacientes, sintomatología y grupos etarios. Permite la primera formulación de conceptos teóricos.
- 3) Nivel de la teoría clínica del psicoanálisis: la interpretación clínica y su generalización permiten la formulación de conceptos teóricos que pueden estar ya contenidos en las interpretaciones o derivarse de ellas, por ejemplo, conceptos como represión, defensa, retorno de lo reprimido, regresión, etc.
- 4) Nivel de la metapsicología psicoanalítica: se refiere a conceptos más abstractos como carga, energía psíquica, eros, pulsiones, etc.

Se podría decir, a manera de síntesis, mencionan los autores, que Freud objetivó los fenómenos descubiertos e interpretados en las sesiones de psicoterapia mediante una descripción controlable, y los puso en conexión causal e histórico-genética. Interpretando por su puesto, pero no limitándose a ello sino formulando teorías explicativas que probaron ser correctas en diversa medida (Kachele y Thoma, 2003).

A manera de reflexión final, se retoma la postura de Allport quien caracteriza la labor científica como el intento de “comprender, prever y controlar”, siendo que frecuentemente, se desvaloriza el rol de la comprensión y se le emparenta con especulaciones filosóficas, con lo cual se descuida que la comprensión como principio hermenéutico es precondition de cualquier otro paso del quehacer científico (Kachele y Thoma, 2003). Vale pues rescatar que la complejidad del psicoanálisis radica en la articulación de las líneas de explicación y comprensión a nivel del objeto de estudio, sin embargo, no quedaría acabada su tarea si en ese mismo sentido, se ausentara la integración del estudio del investigador o analista como sujeto que interpreta. Un sujeto que explica y que por ser sujeto, es viable de reacciones psíquicas inconscientes.

Apéndice 8: Psicoanálisis en México, ¿una posibilidad para los estudios de migración?

“La formación psicoanalítica es ineludiblemente una experiencia infantilizante.

Interesante, ¿no?”.

Esta es una profesión que aspira a fomentar una maduración progresiva,
pero su proceso de formación es una experiencia infantilizante”.

Psicoanálisis, una profesión imposible

Janet Malcom

Durante la primera mitad del siglo pasado en México, el psicoanálisis adquirió relevancia como una herramienta teórica que acercó a los psiquiatras a la comprensión de aspectos importantes en la construcción de la personalidad en los pacientes que no eran tomados en cuenta antes de su aparición. La perspectiva psicoanalítica (Ríos, 2016), les permitió comprender emociones, motivaciones de las conductas, de la conciencia y a su vez, propuso la consideración de elementos sociales para la comprensión de los sujetos en atención. Todo esto a su vez, resultó sumamente útil para quienes dirigían los servicios de higiene mental, sobre todo, en el caso de la atención a criminales.

Aunque históricamente, las primeras revisiones o lecturas de la obra psicoanalítica fueron llevadas a cabo por artistas mexicanos (Gallo, 2013) y por psiquiatras apegados al paradigma de higiene mental (Ríos, 2016), su posterior nacimiento como institución psicoanalítica no le afianzó a nivel cultural en el país, así como tampoco, le llevó a mantener una solidez en sus vínculos con instituciones públicas del ámbito académico o del sistema de salud. Aunado al descubrimiento de las posibilidades neurológicas y bioquímicas para el tratamiento de enfermedades mentales, así como debido al auge de investigaciones experimentales y del afianzamiento de otros enfoques basados en evidencia, como el conductual en el caso de Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el psicoanálisis tuvo un destino muy particular en México. De esa manera y a los pocos años de su institucionalización (fundación de la Sociedad Mexicana de Psicoanálisis y la Asociación Psicoanalítica Mexicana a mediados del siglo XX), el vínculo existente entre psicoanálisis y psiquiatría se vio sumamente mermado. Su posicionamiento en el ámbito cultural y psiquiátrico tuvo fruto antes de su institucionalización, pero las posteriores investigaciones así como los nacientes enfoques psicológicos, emparejados con el naciente auge del paradigma de salud mental (década de los

cincuentas), le llevaron a desaparecer de espacios académicos como el de la UNAM (Ramírez, 1979), encontrando posteriormente, lugar en instituciones como la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) (Sosa y Cols. 2016), pero sobre todo, en sus propios institutos y consultorios.

Pareciera que la historia del psicoanálisis en México se asemeja a una tragedia, desde su difundido y casi obligado (para quien se considerara a la vanguardia en el conocimiento) uso en estudios socioculturales, artísticos, filosóficos y psiquiátricos en la primera mitad del siglo pasado, hasta su rápida caída y desaparición de casi todas las instituciones públicas en el país desde la segunda mitad del siglo pasado hasta la fecha. Los hechos muestran un enfoque resguardado en sus institutos y en su práctica privada. Y, por si fuera poco, pareciera que esta situación no es exclusiva de este país, pues autores como Fonagy (2003), identifican un aislamiento y una crisis en la institución psicoanalítica internacional, lo cual y para este autor, ha tenido desafortunadas consecuencias. Una muy importante, es quizás, un cierto estancamiento intelectual, es decir, la pérdida de presencia entre líderes de disciplinas y la pérdida de participación en la comunidad académica internacional.

No obstante su historia en México, se considera que el enfoque psicoanalítico tiene mucho que aportar al ámbito de la salud mental, y en este caso específico, a aquellos estudios de migración que ponen su atención en los desequilibrios o trastornos mentales. Para comprender su particular desarrollo en el país y sus posibilidades actuales, en el siguiente apartado se revisarán de manera general su historia en México, su vinculación con el paradigma de salud mental y algunas posturas actuales. Con esto último se hace referencia a estudios que, a diferencia de otras épocas, no presentan animadversión frente a la discusión de la efectividad con base en evidencia, todo esto, con el fin de mostrar la viabilidad de los estudios psicoanalíticos para la comprensión y atención de población migrante que padece en el ámbito de salud mental. La intención es reflexionar y considerar su impacto ya no únicamente desde sus institutos o sus consultorios privados, sino desde la vinculación con los ámbitos académicos y los sistemas de salud en México.

Pero antes de profundizar en la historia, se considera importante explicar lo particular de la formación que se debe tener para ejercer el psicoanálisis como método de intervención psicoterapéutica. Este proceso es sumamente peculiar ya que no puede sostenerse únicamente en el conocimiento teórico, pues implica también una experiencia de análisis propio en el caso de los psicoanalistas y supervisión de casos. Resulta dudosa o en el mejor de los casos, con importantes limitantes, toda formación psicoanalítica que pretenda intervenciones psicoterapéuticas cuando solamente es reducida a seminarios teóricos.

La definición del método de entrenamiento psicoanalítico, refiere Dupont (2013), fue producto del esfuerzo de Max Eitingon, quien estableció el primer Instituto Psicoanalítico en Berlín. Ese sistema establecido en Berlín, se transformó en un modelo, el Modelo Berlín, mismo que fue extendido para todos los institutos psicoanalíticos y que, desde entonces, ha planteado una organización tripartita en la formación:

- Análisis didáctico.
- Seminarios teóricos.
- Supervisión de casos.

En este modelo y contrario al supuesto intelectualismo en psicoanálisis, el análisis didáctico adquiere mucha mayor relevancia que los seminarios teóricos y la supervisión de casos. Tan es así, que los aspirantes a formarse como psicoanalistas en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, deben iniciar con anticipación su propio análisis, es decir, asistir a análisis previo al inicio de la formación y ser pacientes, de manera que los seminarios teóricos puedan encontrarlos sensibilizados para la mejor comprensión de los aspectos formativos. Este análisis didáctico, influye de manera importante en la génesis de la identidad del futuro analista y propicia la incorporación mimética de una técnica y de su teoría. Por lo tanto, el análisis didáctico no sólo persigue la salud mental del analizado, sino al mismo tiempo, su aprendizaje de la técnica y su aplicación en la teoría. Esto abrirá al analista el camino para hallar lo propio de modo creativo.

Por lo tanto y por paradójico que parezca, el distintivo en psicoanálisis es la comprensión del propio inconsciente y los propios procesos mentales, lo que llevará, de la mano del modelaje por parte del analista, a fortalecer al candidato para que posteriormente, comprenda el

funcionamiento mental de otro y así, pueda llevarle a un recorrido en el que antes fue acompañado, todo esto, de la mano con la teoría y el acompañamiento técnico en supervisión. Una formación carente de ese elemento y sostenida únicamente en la teoría, llevaría precisamente a una comprensión intelectual la cual y de manera honesta, debería ser asumida estrictamente como tal, sin embargo y como se revisará en el desarrollo histórico del psicoanálisis en México, ese elemento pareciera haber sido poco difundido y en algunos casos eludido, aun cuando él o los sujetos en la historia del psicoanálisis en México, se asumían como psicoanalistas.

Se ha tomado esta acotación tanto por un compromiso de claridad y honestidad en cuanto a lo que es una formación completa en psicoanálisis, así como también, porque se considera que en esos detalles se puede rastrear el destino y actual situación que, como institución, el psicoanálisis mantiene en el país.

Instituciones de psicoanálisis en México y sus vínculos institucionales

En una investigación sobre el desarrollo del psicoanálisis en México, Ríos (2016) y Gallo (2013) descubrieron que, a pesar de su uso previo por artistas, psiquiatras y abogados, el psicoanálisis se institucionalizó hasta la década de los cincuentas cuando fue fundada la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), la primera institución que recibió el reconocimiento de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API). Esto sucedió, según Ramírez (1983), en dos fases, primero, en 1955 tras el regreso de un grupo de psicoanalistas que emigraron al extranjero para formarse y que fueron aceptados como el “Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos”, mismo que en 1957, se transformó en la Asociación que hasta la actualidad se mantiene en funciones. Sin embargo, antes de esto, y con la llegada de Erich Fromm al país en 1949 y a la UNAM en 1950, se había formado la Sociedad Psicoanalítica Mexicana (SPM), esto fue, algunos años antes de la fundación de la APM. Posteriormente y debido a conflictos internos, tanto la APM como la SPM se escindieron, dando origen a otros institutos psicoanalíticos como la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica (AMPP), la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), entre otras en la década de los sesentas.

Estas versiones de los hechos, aunque coinciden en cuanto al objeto de revisión, es decir, la institucionalización del psicoanálisis en México, es realizada desde distintas perspectivas según los autores que le exploraron. En términos historiográficos, la versión de Ramírez coincide con la categoría de *historia profesional objetiva* de Sacristán (2005) pues es el dato de un miembro del gremio psicoanalítico, con toda la perspectiva ideológica que eso conlleva, pero también, con los sesgos que lleva el hecho de ser juez y parte. Asimismo, pudieran ser consideradas desde la *historia social y cultural* por parte de las revisiones de Ríos como historiador y Gallo como investigador en literatura comparada, pues estos investigadores retoman documentos oficiales y de validez histórica a través de los cuales dan noticia de sucesos poco revisados, pero sobre todo, haciéndolo desde un enfoque ajeno al psicoanalítico, lo cual les permite reflexionar desde una distancia suficiente como para cuestionar y concluir valiosas y originales ideas. Esta última puntualización toma importancia, en primer lugar, para poner en su justo lugar a las versiones consideradas y tomarlas desde otra perspectiva, pero también, porque habla de un ejercicio donde varias disciplinas pueden discutir un tema común, esencia de esta investigación donde se encuentran los estudios de migración y los psicoanalíticos.

Regresando al tema, Gallo (2013) descubrió que la recepción de Freud en México data desde principios de siglo pasado por un grupo de estudiosos totalmente ajenos, no solo al ámbito psiquiátrico, sino a cualquier área de la salud. Se refiere a los artistas. Encontró que poetas como Salvador Novo (en 1920) y Octavio Paz (en 1950) le revisaron para la comprensión de elementos personales y socioculturales. Por su parte, el filósofo Samuel Ramos (en 1934) revisó documentos y se encontró personalmente con Alfred Adler, proponiendo la vinculación del complejo de inferioridad para un sector de la población mexicana. Encontró también que Frida Kahlo (en 1945) refirió a Freud en sus obras, situación similar a Remedios Varo (1960) quien, en sus pinturas, ilustra su experiencia como paciente en psicoanálisis. También descubrió que el juez Raúl Carranca y Trujillo (a inicio de la década de los treinta) buscó en la teoría freudiana la comprensión de la mente criminal culpable del asesinato de León Trotsky. Encontró a su vez que el padre Gregorio Lemercier (en la década de los sesentas), pretendió renovar el catolicismo a partir del aporte psicoanalítico.

Los estudios psicoanalíticos, pareciera, no fueron tan lejanos a México desde su aparición a inicios del siglo pasado, pues como refiere Ríos (en Sosa, 2016) “durante la primera mitad del siglo XX, toda persona que se considerase culta, debía tener a Freud en su radar”. Para Carlos Monsiváis (Gallo, 2013), “el psicoanálisis fue una moda intelectual que permitió a escritores, psiquiatras y psicólogos analizar la cultura mexicana a la luz de las sublimaciones, el falo o cualquier otro lugar tremendista”.

Es importante agregar que Ríos (2016) identifica que, si bien el psicoanálisis fue revisado de manera aislada por Salvador Novo en los veinte, así como por Samuel Ramos y Raúl Carranca y Trujillo en los treinta, los primeros en leer y discutir en comunidad el tema de psicoanálisis fueron los médicos, publicando inclusive trabajos académicos al respecto. Los médicos del naciente México moderno, señala, introdujeron el psicoanálisis al ámbito psiquiátrico durante el paradigma de la higiene mental (décadas de los treinta y cuarentas). Sin embargo y de manera similar a Samuel Ramos, el psicoanálisis revisado por ellos no estaba apegado a las propuestas freudianas, sino más bien, resultaba un campo del saber donde convergían propuestas de Jung, Adler, Janet y Fromm, siendo muy poco el ahínco en la obra originaria. Esto traería importantes consecuencias según Sosa (2016) en el desarrollo del psicoanálisis en México.

El interés por el psicoanálisis, refiere Ríos (2016), era tan fuerte en el *Manicomio General de La Castañeda* desde la década de los veinte del siglo pasado, al grado en que fue la técnica más aplicada en la clínica, buscándose su utilidad para interpretar a todo enfermo psicótico. No obstante, y a pesar de lo alentador que resulte ese dato histórico, para autores como Sosa (2016), no fue esa tendencia la que marcó el lugar del enfoque psicoanalítico en México. En 1949, los psiquiatras Alfonso Millán, Raúl González Enríquez y Guillermo Dávila, recibieron o más bien, se acercaron a Erich Fromm quien llegó a radicar a México, y en colaboración, formaron el primer grupo psicoanalizado de manera sistemática, situación particular que posibilitó la creación de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana (SPM). Vale agregar que, poco después de su llegada a México, Erich Fromm fue expulsado de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1953 siendo que también, años antes, en 1939, había roto el lazo con el Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt (Sosa, 2016).

Un detalle importante a considerar es que a los psiquiatras del naciente México moderno, el psicoanálisis no les resultó útil como técnica terapéutica individual, sino más bien, resultó relevante como herramienta teórica que permitía comprender tanto la construcción de la personalidad, las emociones, las motivaciones y la influencia de elementos socioculturales en las psicopatologías. Años después, Ramón de la Fuente (1997) quien marcaría el ámbito psiquiátrico en el país pero que no corresponde cronológicamente (aunque si ideológicamente) a la corriente de los primeros psiquiatras del siglo pasado, comentaba la situación del enfoque psicoanalítico en ámbitos académicos. Refiere que, en 1956, el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se convirtió en el Colegio de Psicología, quedándose en él un grupo freudiano de la universidad, siendo que a la Escuela de Medicina se trasladó el grupo Frommiano. Sin embargo, continua De la Fuente, tras los esfuerzos del doctor Rogelio Díaz-Guerrero en la década de los sesentas, el 50% de los cursos en la UNAM trataban aspectos técnicos y metodológicos de la investigación en psicología, en específico lo transcultural, situación que, en 1966, decantó en un nuevo plan de psicología por cinco años en el cual no había lugar para el psicoanálisis. Ese lugar fue ocupado por los psicólogos experimentalistas que desplazaron casi por completo a los psicoanalistas, quienes, en palabras de Ramírez (1979), terminaron por desarrollarse en la consulta privada de sus consultorios. Ramírez (1979) comenta que, si la enseñanza de la psicología en la UNAM se había dejado en manos de los conductistas, se debía a que para los psicoanalistas era más redituable la terapia fuera de las aulas, cobrándoles mucho a personas adineradas y dedicándosele el esfuerzo a personas “que realmente pudieran salir adelante y crearse una vida productiva por medio del psicoanálisis” (Ramírez, 1979). Esta postura puede considerarse elitista, pero también y entre líneas, pudiera leerse una sensación de resentimiento de parte de un psicoanalista que experimentó los avatares de su gremio en esos años.

Se destaca que la década de los cincuentas, momento en que se institucionalizó el psicoanálisis en México, no resultó ser el primer momento de su conocimiento ni aplicación, pues artistas, filósofos y sacerdotes habían recurrido a él desde la década de los veinte. Asimismo, fue referente para los psiquiatras que iniciaron sus intervenciones en el *Manicomio General de La Castañeda* desde la década de los veinte, quienes estaban carentes de una sólida revisión freudiana, lo cual prometía ajustarse muchos años después con la llegada de un psicoanalista al

estilo “pura sangre” como Erich Fromm, expectativa muy alejada de la realidad, pues, si una figura en la historia psicoanalítica internacional fue crítica de Sigmund Freud y su teoría, fue Erich Fromm.

Sosa (2016) encuentra en Erich Fromm a una figura fraudulenta que no tuvo la valentía de construir una nueva corriente de pensamiento, asumiéndose como psicoanalista aun cuando exponía su propia concepción de fenómenos psíquicos y sociales (diferiendo significativamente de Freud), negando a su vez, la presencia e importancia de fenómenos esencialmente psicoanalíticos como los transferenciales y contratransferenciales. Para Sosa (2016), quien coincide con Ramírez (1979), en la década de los cincuentas existió una lucha de autoafirmación entre “la vieja guardia” de psiquiatras quienes aceptaron y se sostuvieron sin cuestionamientos sobre Fromm (aun cuando no todos hablaban inglés y se “analizaban” con él aunque no hablaba español) y la naciente Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), liderada por una nueva generación de médicos y psiquiatras quienes además, tenían el respaldo de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

Pero, a manera de paréntesis, llama la atención que la historia de diferencias y autoafirmaciones no parece reducirse a las dos primeras instituciones, pues al poco tiempo y como consecuencia de importantes escisiones internas en la APM, surgirían diversos institutos psicoanalíticos en la década de los setentas. En ese sentido, Teófilo de la Garza comenta que los conflictos iniciales en la APM fueron consecuencia de transferencias no resueltas y de intereses que apuntaban a la búsqueda de poder. Denuncia a la envidia destructiva como un elemento importante en el pequeño grupo psicoanalítico que llevó a su fractura, así como a la insuficiencia de los análisis didácticos y a conflictos personales en los miembros. Alcoholismo, por ejemplo. Al igual que Ramírez, la versión de Teófilo de la Garza es la de un psicoanalista hablando de la institución psicoanalítica, sin embargo, denunciando elementos sensibles y presentes en algunos pequeños grupos, inclusive en los académicos, la envidia y el poder, los cuales no fueron ajenos y marcaron los orígenes de la institución psicoanalítica en México.

Haciendo una breve suma de hechos, llama también la atención el desplazamiento de la práctica psicoanalítica de la universidad a la práctica privada, dando paso a la escuela experimentalista

y conductista en la UNAM. Todos estos hechos tan intensos en la década de los cincuentas, fueron dando forma al destino de psicoanálisis en México y al porqué de su aislamiento. Sin embargo, hay un hecho por demás particular respecto a su recepción local que fue brevemente mencionado anteriormente, y se refiere al paradójico impacto en los ámbitos académicos, de salud y culturales que dejó el grupo de psicoanalistas y la figura a Erich Fromm.

Para Sosa y Cols. (2016), la transformación que tuvo psicoanálisis en México a partir de la inclusión de Fromm no ha sido suficientemente esclarecida. Sosa (2016) identifica que en la época en que arriba al país por cuestiones de salud de su esposa, Fromm no era ni frommiano ni jefe de ninguna escuela en psicoanálisis, más bien, ese título lo recibirá en México. Fromm, muy a diferencia de la idealización que lo recibió, había sido desautorizado y criticado severamente por la Escuela de Frankfurt debido a la posición que había asumido respecto a la teoría de Freud. Sin embargo, Fromm deslumbró a figuras como Aniceto Aramoni y Ramón de la Fuente, así como a los psiquiatras dirigentes del paradigma de higiene mental que anteriormente y de manera autodidacta habían leído a Freud. Sosa se cuestiona por qué fue recibido con tanta apertura alguien que aparentemente necesitaba considerar a Freud como desatinado, caduco y degradado, presentándose como el reemplazo del inventor del psicoanálisis.

Por ejemplo, Ramón de la Fuente dirá en 1982: “a Fromm se le han hecho muchas críticas, una de ellas es que no uso lenguaje técnico y que su obra no está dirigida a los expertos. En efecto, él es poseedor de un lenguaje claro y escribe en forma sencilla, pero ¿es esto criticable?” (Sosa y cols. 2016). Para Sosa (2016), De la Fuente fue alguien que sólo alaba a Fromm, eludiendo la controversia y la polémica, como otros tantos. Respecto a la posición de la APM, el autor identifica que Fromm llegaba en ausencia de los futuros fundadores de la APM, sin embargo, resulta interesante que, en un algún momento, ambos grupos (APM y SPM) intentaran constituir una sola sociedad psicoanalítica, sin embargo, nuevamente Ramón de la Fuente sería un elemento determinante. Santiago Ramírez comenta (Sosa, 2016), que Ramón de la Fuente determinó que tendría que ser el grupo de Fromm (o el de los psiquiatras de la primera generación) el que validaría el entrenamiento de los analistas que venían del extranjero, lo cual ponía en mayor jerarquía a un grupo local en contraste con uno que venía respaldado por Asociación Psicoanalítica Internacional. Los grupos terminaron separándose definitivamente y

las diferencias de fondo, más que jerárquicas, fueron poco discutidas. Posteriormente y para la APM, Fromm no merecía crítica, más bien fue negado y ninguneado.

De manera comparativa, se encuentra que los primeros pilares de la institución psicoanalítica en México presentan una situación fuera de lo común en el movimiento psicoanalítico internacional. Resulta ser el producto de dos raíces, una llamada humanista o frommiana y la otra, freudiana. La marca de la idealización a los inventores no fue borrada, y en esa fractura, más las posteriores que se darán en instituciones como APM, se escribirá el destino del psicoanálisis en México.

Como sombra invisible y posiblemente negada, el psicoanálisis dictado por figuras detractoras como Fromm, o por dirigentes con formaciones inconclusas y carentes, seguirá marcando el tipo de “psicoanálisis” que se generará en el país, refiere Trejo (en Sosa, 2016). Para esta autora, es importante rastrear el origen de un particular instituto psicoanalítico que tenía como intención el extender el psicoanálisis más allá del ámbito clínico, este fue el Círculo Psicoanalítico Mexicano (CPM) en 1971. Para Trejo (en Sosa, 2016) una figura clave fue el conde Igor A. Caruso quien estuviera vinculado con nazismo y eugenesia, figura con la que se analizarían los fundadores de este instituto, Armando Suarez y Raúl Páramo, quien, además, había tenido escasa formación psicoanalítica y análisis personal.

Armando Suarez (Trejo en Sosa, 2016), inmigrante español y candidato a sacerdote, había dejado los hábitos y se había “analizado” en Viena con Caruso, para posteriormente, fundar el CPM. Impartió clases en la UNAM y fue editor responsable del área “Psicología, Psicoanálisis y Etología” en la editorial Siglo XXI. Para Trejo, la tercera institución psicoanalítica con mayor fuerza en México, planteaba importantes carencias. Fernando González (en Sosa, 2016) refiere que Armando Suarez y Raúl Paramo carecían de formación psicoanalítica completa, por lo que el síntoma del inacabamiento habitó como un espectro en la institución durante años y años, por más análisis y supervisión que se tomara.

Sin embargo, para Trejo, la historia no termina ahí pues entre 1974 y 1976, fueron recibidos un grupo de inmigrantes psicoanalistas argentinos y uruguayos que llegaron a México, los cuales,

tenían grandes diferencias de formación respecto a los que habían migrado y fundado la APM. De esta manera, al CPM se integran psicólogos que, por ejemplo, no habían tomado ninguna formación en instancias de la IPA pero que se asumían como psicoanalistas con una postura freudomarxista anti IPA, aludiendo el haberse formado en seminarios privados y contar con experiencia clínica previa. Figuras como Silvia Bleichmar, que llegaba a los 31 años con la carrera de socióloga y psicóloga resultan cuestionables para la autora a causa de su poca experiencia y, sobre todo, por la falta de formación psicoanalítica, que, sin embargo, no fue limitante para rápidamente posicionarse como tal en México.

Caso similar fue el de Néstor Braunstein quien en palabras de Trejo (en Sosa, 2016), llegaba a México con un “libro bajo el brazo” que entregaba como carta de presentación: *Psicología: Ideología y ciencia*. Ese texto, continúa la autora, planteaba una ideología alejada de la postura freudiana y bajo la cuestionable identificación de psicoanalista. En 1982, Braunstein junto con Frida Saal, fundaron el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos (CIEP), lugar donde comenzaron un proyecto de transmisión del psicoanálisis como “teoría”, ofreciendo una maestría en estudios psicoanalíticos inscrita ante la Secretaría de Educación Pública (SEP). Es importante en este punto resaltar que se habla de una formación –teórica– con las importantes limitantes que esto plantea para el ejercicio psicoanalítico. Por consecuencia, se vuelve cuestionable el psicoanálisis que se transmitió en estas instituciones que, sin duda, ha marcado la formación de psicoanalistas en el país. Tiempo después, en la década de los setentas, el freudomarxismo, la psicología social, los grupos operativos y el análisis institucional, encontraron un espacio académico de difusión en la recién formada Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), plantel Xochimilco. Fue así como estas figuras, recién llegadas al país con aparentemente solidez y formación, se posicionaron en círculos académicos, afianzando su psicoanálisis desde estas estructuras.

En años más recientes y hasta 2014, se pueden identificar un total de 40 programas de psicoanálisis en México con Registro de Validez Oficial de la Subsecretaría de Educación Pública de la SEP (RVOE) según Trejo (en Sosa, 2016):

- 2 a nivel licenciatura.
- 4 a nivel especialidad.

- 25 a nivel maestría.
- 9 a nivel doctorado.

Respecto a las instituciones afiliadas a la Asociación Psicoanalítica Internacional en México, se encuentran:

- Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Asociación Psicoanalítica de Guadalajara.
- Asociación Mexicana para la Práctica, Investigación y Enseñanza del Psicoanálisis A.C.
- Asociación Regiomontana de Psicoanálisis A.C.
- Sociedad Psicoanalítica de México.

Como se ha venido revisando en este breve recorrido histórico, queda claro que el psicoanálisis en México encontró refugio básicamente en tres espacios: a) los institutos o asociaciones psicoanalíticas, b) la práctica privada en consultorios e c) instituciones como UNAM (aunque brevemente), la UAM, campus Xochimilco y universidades privadas. Pero, y en relación con esta investigación, ¿cuál ha sido su vinculación respecto a la atención en salud mental por parte del Estado? Se considera que el impacto se ha dado de manera indirecta por especialistas que brindan sus servicios con fundamento psicoanalítico, sin contarse oficialmente con una clínica o centro de atención psicoanalítico público. Asimismo, se identifica una ausencia de programas de atención en salud mental con fundamento psicoanalítico, siendo lo más cercano a esto, los espacios o clínicas de los institutos privadas o universidades.

A manera de cierre, resulta importante concluir algunas cuestiones. En primer lugar, llama la atención que las primeras lecturas de psicoanálisis que se tienen documentadas en el México, no tenían un rigor ni estructura que llevara a quienes le revisaron, a comprender los fundamentos freudianos más elementales y esenciales del psicoanálisis, más aun, fueron interpretados de manera personal o autodidacta tanto por psiquiatras como por artistas. Esto puede llevar, en el mejor de los casos, a manejos y análisis creativos, sin embargo, sufre el riesgo de ser malentendido y, por ende, maltransmitido, situación que, desde cierta perspectiva, terminó por suceder.

La llegada de Erich Fromm prometía resanar la falta de guía en el estudio psicoanalítico llevado por la primera generación de psiquiatras del México moderno. Sin embargo, esto resultó contradictorio y, además, ha sido poco discutido pues para algunos autores, el impacto de un Erich Fromm antifreudiano en el nacimiento del psicoanálisis institucionalizado en México, no se ha dimensionado en su justa medida. Esta posición privilegiada y respaldada por el grupo hegemónico de la salud mental de la década de los cincuentas, llevó a que Fromm encontrara un espacio académico en la UNAM. Ese privilegio fue corto para la, en ese entonces, nueva generación fundadora de la APM, la cual posteriormente, no se integraría al grupo frommiano y experimentaría escisiones explicadas por algunos, desde la envidia y el deseo de poder.

No obstante la fuerza y apoyo que se le brindó a Fromm, el grupo hegemónico en salud mental que en el país retomó el enfoque psicoanalítico, lo continuaría por poco tiempo debido a la aparición de paradigmas como el biológico y el neuroquímico que explicaron la enfermedad mental de una manera más certera para ellos. Sin embargo, resulta importante destacar que estos psiquiatras nunca conocieron de manera completa el enfoque psicoanalítico, pues, o lo revisaron de manera autodidacta, o se asesoraron y “analizaron” en otro idioma, con una figura antifreudina. Es un hecho más bien, que conocieron las reflexiones de Fromm, es decir, su llamado psicoanálisis humanista, el cual, con el tiempo, fue considerado como inoperante y relegado. Asimismo, la institución que inicialmente fue respaldada internacionalmente por un órgano psicoanalítico, quedó también relegada a su existencia bajo sus propios recursos de manera privada, retirándose del campo de juego académico y de salud pública con aparente dignidad, pero en un aislamiento que se lee como resentimiento y con consecuencias importantes en la difusión del psicoanálisis en México, mismas que aun hoy se padecen, como los altos costos en las formaciones, atenciones de manera casi estricta en los consultorios privados y lejanía de los centros de investigación en el país.

Resulta obvio, por lo tanto, que el enfoque psicoanalítico no ha tenido presencia en el ámbito de salud pública en el país, y mucho menos, en reflexiones dirigidas por el Estado en torno al tema migratorio. Pareciera que psicoanálisis en México se desarrolló como exótico, extraño, chocante y extravagante. Y, por si fuera poco, la realidad actual tampoco favorece. Formaciones a costo elevado, centralizadas y, sobre todo, una tendencia a la autosuficiencia y resguardo en

la práctica privada, son distintivos que le siguen aislando y en palabras de Peter Fonagy, manteniendo en su “no tan espléndido aislamiento narcisista”. Es necesario, y en ese punto se coincide con el autor, que psicoanálisis salga de ese aislamiento y demuestre sus posibilidades en el campo de la salud mental, integrando a su vez la práctica basada en evidencia. Es necesaria una transformación en la identidad del psicoanalista, de uno aislado a uno que pueda interesarse en ámbitos sociales, pero también y, sobre todo, en la integración y discusión complementaria con otras disciplinas. Que pueda tolerar, recibir crítica y retroalimentación de las diversas disciplinas encargadas de la salud mental. Un profesional que pueda poner su lente de atención no solamente en población posicionada económicamente, sino en población vulnerable que, sin duda, puede ser atendida bajo este enfoque.

Esta idealista meta, no es simple y tampoco se tiene certeza de que sea posible en México, sin embargo, resulta esperanzador el hecho de que cada vez más psicoanalistas comiencen a discutir sobre temas como la investigación y la evidencia en psicoanálisis, así como también, que vayan integrando perspectivas sociales en sus estudios. En ese sentido, a continuación, se revisarán algunos avances respecto a la investigación en psicoanálisis y a los resultados basados en evidencia, todo esto en años más recientes.

Apéndice 9: Sobre psicoanálisis y efectividad

En apartados anteriores se hizo mención del aislamiento que la institución psicoanalítica en México ha tenido de las entidades públicas tanto académicas como de salud, lo cual, ha impactado tanto en su manera de generar conocimiento, como en el alcance de sus intervenciones en términos clínicos. En años recientes, la efectividad basada en evidencia ha sido el eje de validación para varios enfoques en psicoterapia (Ávila, 1998). El psicoanálisis, ha permanecido con cierta distancia de este tipo de validación, pero no totalmente ajeno. Se considera relevante retomar algunas investigaciones y reflexiones de autores que se han dedicado a investigar la efectividad basada en evidencia del psicoanálisis.

En España, se identifican las investigaciones de Ávila (1998) quien ha estudiado la efectividad de manera general en psicoterapia, pero con énfasis en el enfoque psicoanalítico. Este autor reflexiona que a diferencia de los contextos que dieron origen a los enfoques pioneros en psicoterapia, la época actual plantea muchas particularidades, entre ellas, la presión socioeconómica y política que envuelve a los abordajes psicoterapéuticos. Esta situación ha provocado que varios enfoques busquen acomodarse tanto a las necesidades de los pacientes como a las exigencias ahorrativas de las instituciones en salud mental.

Ávila (1998) considera que el origen de la psicoterapia tal como es concebida en la actualidad, es contemporánea a la aparición del psicoanálisis a inicios del siglo pasado. Ligado a esto, se encuentra que los primeros trabajos que pusieron su atención en la evaluación de la efectividad datan de la década de los veinte y fueron dirigidos por el psicoanalista Otto Fenichel en Berlín. Desde un aspecto histórico y asociado a que sus esfuerzos iniciales estuvieron dirigidos a la clínica desde los orígenes mismos de la psicología como disciplina formal, no es una sorpresa identificar que el enfoque psicoanalítico dominó el panorama psicoterapéutico durante la primera mitad del siglo pasado, situación que se ha venido identificando inclusive en México. Sin embargo, el psicoanálisis ha planteado criterios muy particulares que restringían la atención a aquella población que podía pagar por sus servicios y por una formación. Respecto a la atención de aquellos años, se distinguía por procesos de larga duración, elevado número de sesiones semanales, un rol específico del psicoterapeuta, la exigencia de elevados recursos económicos, entre otros elementos. Todo esto, llevó a la integración de nuevas técnicas que

permitieran alcanzar a poblaciones más amplias (psicoterapia breve, psicoterapia de grupo, psicoterapia de familia y pareja, entre otras) (Ávila, 1998). En cuanto a la formación profesional, resultaba sumamente costosa, de amplia duración y únicamente validada por instituciones como la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Sin embargo, esto ha venido cambiando en épocas recientes pues como se revisó en el caso de México, algunos estudios en psicoanálisis son ahora validados por el sistema educativo del Estado, esto es, programas estructurados en colaboración con psicoanalistas, lo que ha permitido generar formaciones sólidas en distintas universidades.

Esto se considera conveniente, pero como muchas situaciones, se le puede atribuir también una versión latente, oculta y no tan romántica, como el hecho de que los requerimientos y distintivos de los institutos psicoanalíticos tuvieron que relajarse ya que cada vez eran menos los candidatos interesados en sus inscripciones. Pero independientemente de los motivos, para este estudio resulta importante el hecho de que el psicoanálisis ha venido abriendo su panorama formativo con enfoques como el de psicoterapia psicoanalítica, y al mismo tiempo, ha buscado tener un mayor alcance en diferentes poblaciones, lo que le ha llevado a integrar técnicas y ajustar sus procesos para tener un alcance mayor en términos de población. Todo esto, le ha permitido ganar cierto espacio en algunas sociedades.

Respecto a la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico, se destaca que no es uno reciente pues desde 1923, sus pioneros Sandor Ferenczi y Otto Rank refirieron sus principales ingredientes:

1. Límite temporal.
2. Papel activo del terapeuta.
3. Focalización del problema.

En esa misma línea, se encuentran los trabajos de Michael Balint y David Malan desde la década de los cincuenta en Inglaterra, así como los de Franz Alexander y Thomas French en Estados Unidos en la década de los cuarentas (Ávila, 1998). Cabe destacarse que, Alexander, buscó dotar a los resultados psicoanalíticos de bases empíricas sólidas y de una sistematización integradora,

hecho que como era de esperarse, no fue totalmente compartido por la comunidad psicoanalítica internacional.

Para Ávila (1998), resulta importante la década de los cincuentas respecto al tema de la efectividad en psicoterapia, pues, tanto las aportaciones de autores como Carl Rogers sumado a los desarrollos de la terapia conductual, enriquecieron el panorama, pero a la vez, fueron aumentando una confusión que dio origen a una guerra entre escuelas que, quizás desde entonces, compiten por demostrar “la mejor calidad de sus productos”. En la línea de las investigaciones, autores como Eynsenck en 1952, concluían que no existía evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa que la ausencia de tratamiento. Sin embargo, Kellner (en Ávila, 1998) demostró que la revisión de Eynsenck era incompleta y tenía errores en el manejo de datos, por lo que las conclusiones debían modificarse. Kellner concluía que quizás los análisis de los datos estaban permeados por una animadversión que llevaba a perder el supuesto “rigor científico”. Este tipo de reflexiones coinciden con las de George Devereux (1969) quien señaló y cuestionó la presunta objetividad en las investigaciones en las ciencias del comportamiento, concluyendo que siempre es una angustia de tipo inconsciente lo que motiva al investigador en su búsqueda, angustia que puede marcar los resultados de las investigaciones por lo que, la claridad en cuanto a los motivos del por qué investigar, debieran ser manejados y conocidos por los mismos investigadores, para, en la medida de lo posible, evitar este tipo de errores producidos por angustias inconscientes.

No obstante existir la investigación y discusión respecto a la efectividad en psicoterapia, autores como Ávila (1998) se preguntan si el método científico es el más oportuno para evaluarle. Asimismo, y en coincidencia con Fonagy (1999), destaca que pareciera que los criterios de curación no suelen favorecer a los enfoques psicodinámicos debido a que este enfoque se plantea criterios más exigentes que los considerados por otros enfoques psicoterapéuticos.

Pero las investigaciones han continuado. En la década de los sesenta y ligado al tema de la efectividad, la escuela rogeriana puso el énfasis sobre las capacidades del psicoterapeuta (Ávila, 1998). Sin embargo, Ávila cae en una importante omisión pues mucho antes de las reflexiones de Rogers, Sandor Ferenczi desde el psicoanálisis, estudiaba el rol del analista en el proceso.

Desde la década de los treinta en su artículo *Confusión de lengua entre los adultos y el niño*, Ferenczi discutía la manera en que el rol del psicoterapeuta podría caer en frialdad e hipocresía profesional, por lo que resultaba importante admitir errores y autorizar críticas de los mismos pacientes, lo que llevaría a relaciones más genuinas en el proceso psicoterapéutico, elemento en el que realmente radicaba el factor clave de la mejoría (Ferenczi, 1932). Sin embargo, pareciera que el aporte de Ferenczi quedó restringido al ámbito psicoanalítico, siendo el rogeriano uno con mayor resonancia en las discusiones clínicas. Fue con Rogers, refiere Ávila (1998), que se delimitaron los tres factores a través de los cuales el psicoterapeuta favorecía la cura:

1. La aceptación positiva del paciente.
2. La autenticidad.
3. La empatía.

De la mano de esto, Bergin en 1966, concluía que había una correlación significativa entre los resultados positivos del tratamiento y los terapeutas que ofrecían las tres condiciones. Bajo esa línea, Betz en 1962 describió a dos tipos de psicoterapeutas, los que buscaban que el paciente lograra ser responsable y autónomo, por un lado, y los que buscaban lograr obediencia y conformismo, encontrando que existían mejores resultados con los psicoterapeutas del primer grupo (Ávila, 1998). No obstante el entusiasmo de esta corriente, autores como Mitchel, Bozarth y Krauff en 1977 encontraron que las tres condiciones manejadas por los rogerianos, no eran suficientes para que un tratamiento obtuviera buenos resultados (Ávila, 1998).

En épocas más recientes, como la década de los ochentas y noventas, se ha venido confirmando la efectividad de la psicoterapia en términos globales, sin distinguir a un enfoque específicamente (Ávila, 1998), por lo que, recientemente, la cuestión se ha volcado en identificar a el enfoque que resulte ser más eficaz que el resto. Actualmente, se destaca que las variantes de psicoterapia más estudiadas se enfocan en las técnicas cognitivas, cognitivo-conductuales, las psicodinámicas y las interpersonales (Ávila, 1998).

En ese sentido, se considera valiosa la investigación de Sloane y Cols. quienes en 1975 buscaban comparar la efectividad entre tres tipos de terapias: la terapia de conducta, la inspirada psicoanalíticamente y el tratamiento de contacto mínimo (en Ávila, 1998). Entre sus resultados

encontraron una significativa mejoría en los grupos de terapia conductual y psicodinámica en comparación con el tratamiento mínimo que mostró poca efectividad. Sin embargo, no encontraron diferencia significativa entre los dos tratamientos efectivos, así como tampoco, encontraron que la experiencia de los psicoterapeutas marcara una diferencia. Esta investigación resulta importante para confirmar la efectividad general de la terapia, pero no aclara la cuestión de la comparación de enfoques. Pero un hallazgo importante de ese estudio, fue el cuestionamiento del mito sostenido en que las terapias conductuales eran frías, superficiales y determinadas por la manipulación.

Para autores como Frank (en Ávila, 1998), los determinantes de un buen tratamiento psicoterapéutico no deben rastrearse únicamente en la figura del psicoterapeuta, sino en la relación terapéutica, lo cual lleva a mejores resultados que la técnica en sí. La propuesta de Frank se considera importante y ha sido retomada seriamente por el enfoque psicoanalítico, tanto en los desarrollos de la teoría como de la técnica. Sin embargo, autores como Shedler (2010), no comparten la idea de los fundamentos e impactos compartidos por los diferentes enfoques psicoterapéuticos. Para este autor, la evidencia empírica ha venido demostrando la eficacia de la terapia psicodinámica y, además, como dato que pudiera sacudir a diferentes enfoques, encuentra que la efectividad de los enfoques no psicodinámicos se debe a que utilizan técnicas que originariamente fueron desarrolladas desde la teoría y técnica psicoanalítica.

Para Shedler (2010), los enfoques psicoanalíticamente inspirados surgen de los conceptos y métodos descubiertos por Sigmund Freud mismos que, no obstante, han continuado desarrollándose sin caer en el estancamiento, evolucionando significativamente sin reducirse a los primeros descubrimientos, distinguiéndose actualmente por:

1. Enfocarse en el afecto y la expresión emocional.
2. Explorar los intentos por evitar emociones y pensamientos angustiantes.
3. La identificación de patrones y tendencias repetitivas.
4. La discusión de la experiencia pasada y su relación con el malestar actual.
5. Enfocarse en las relaciones interpersonales.
6. Enfocarse en la relación terapéutica.
7. Explorar la vida de fantasía.

Para una comprensión más detallada sobre los esfuerzos en psicoanálisis contemporáneo se sugiere revisar a detalle la bibliografía del autor. Para esta investigación, resulta relevante destacar que el psicoanálisis ha rebasado la figura caricaturizada del diván, del eterno análisis y de la intelectualización como vía de comprensión interna, pues más bien, resulta ser un proceso que busca un bienestar y flexibilidad en los sujetos con base en un proceso de autorreflexión, autoexploración y autodescubrimiento, basado en una genuina e importante relación entre terapeuta y paciente.

Para Shedler (2010) al igual que Ávila (1998), no es poca la atención que se ha puesto a la investigación de la efectividad en psicoterapia, pues importantes estudios fueron llevados a cabo en la década de los ochentas descubriéndose cerca de 475 investigaciones relacionadas. A Shedler le llama la atención el hecho de que la efectividad sea compartida por los diferentes enfoques lo cual remite al llamado “veredicto del pájaro Dodo”, el cual hace referencia a un personaje del cuento de *Alicia en el país de las maravillas* y que se ha utilizado para problematizar esta situación: *Todos ganaron, y todos merecen sus premios*. Ligado a esto, el autor pone a discusión un elemento interesante que recuerda a Devereux. El hecho de que los enfoques investigados y efectivos, sean los mismos que manejan sus investigadores. Esto reflejaría, más que el hecho de que todos sean ganadores, que probablemente existen errores en sus conclusiones.

Por otro lado, los enfoques que han comparado la terapia cognitivo conductual con la psicodinámica a corto plazo para la depresión, no han demostrado mayor eficacia o viceversa. Asimismo, se ha encontrado que algunos estudios compararon tratamientos psicodinámicos de sólo ocho sesiones de duración con tratamientos cognitivos conductuales de dieciséis sesiones, poniéndose en desventaja al psicodinámico (Shedler, 2010). Asimismo, el autor problematiza lo considerado como “eficaz”, ya que para la terapia psicodinámica los objetivos se extienden mucho más allá del alivio de síntomas agudos, pues la salud psicológica no es solo ausencia de síntomas, sino una presencia positiva de capacidades internas y recursos que permitan a los sujetos vivir con mayor libertad y posibilidades, siendo que los resultados en las investigaciones suelen estar orientados estrictamente a los síntomas (Shedler, 2010).

Shedler (2010) pone el énfasis en las limitaciones de las mediciones en los estudios empíricos. Una ironía importante, señala, es que pocos psicoanalistas se dedican a la investigación por lo que, a pesar de la acumulación de evidencia empírica en psicoanálisis, no se suele respaldar la práctica con esto, sino más bien, se sostiene desde una caduca arrogancia y autoridad psicoanalítica que ha marcado a la institución en épocas pasadas. Para este autor, es importante integrar al investigador psicoanalítico, aun con lo desconocido que resulte el manejo estadístico en este tipo de métodos.

Bajo esta misma línea, pero en relación con los tratamientos psiquiátricos, Gabbard y Cols. (2002) destacan el divorcio actual entre ambos enfoques (psicoanalítico y psiquiátrico), acusando a fuerzas ideológicas, económicas y políticas de tal situación, pero a su vez, señalando el riesgo que corre la psicoterapia psicoanalítica de sucumbir al no desarrollar métodos científicos que prueben su efectividad.

Para estos autores, el panorama no es favorecedor, pues estudios desarrollados como el del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 2002 concluyó que los estudios existentes no demuestran adecuadamente que el psicoanálisis sea eficaz en relación con métodos alternativos o placebos. Los estudios suelen fallar en el uso de diagnósticos estandarizados, descripción de los procedimientos de tratamiento, falla en el control de sesgos, análisis de los sujetos que abandonaron los estudios, el uso de terapeutas inexpertos, poca homogeneidad en los grupos de tratamiento, falta de manualización de las intervenciones en el tratamiento, falta de asignación aleatoria, falta de estandarización de las medidas de resultado, ausencia de evaluación independiente del resultado y falta de poder estadístico. Sin embargo, una serie de estudios con métodos de vanguardia se generan actualmente y prometen proporcionar evidencia del valor del psicoanálisis (Gabbard y Cols. 2002).

Sin duda, Gabbard encuentra más deficiencias a mejorar y menos posicionado al psicoanálisis que Shedler, señalando que las formaciones en psicoanálisis deben cambiar y considerar elementos importantes para llevarlo al terreno de la evidencia sólida. De manera puntual, señala el entrenamiento en métodos científicos de investigación en las formaciones. Para este autor, es necesario generar bases de datos que sirvan para los estudios y la creación en la IPA de un grupo

de investigadores psicoanalíticos y que estos sean capacitados sistemáticamente. Asimismo, considera importante que la comunidad psicoanalítica adopte un sistema de clasificación que permita la comprensión para terceros de sus casos en estudio. La introducción de una nosología aceptada en comunidad permitiría identificar categorías diagnósticas importantes, como trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y trastornos de la alimentación (Gabbard, 2002).

Gabbard (2002) aconseja también la medida de resultados en psicoanálisis, es decir, la descripción puntual de los tratamientos, lo que permitiría evaluar que cualquier terapeuta pueda poner en práctica un tratamiento designado, demostrando su competencia y adherencia en la administración de tratamientos específicos. Aunque suena casi revolucionaria la propuesta de estos autores, otros investigadores y autores en psicoanálisis se afilian a sus ideas.

Con coincidencias y diferencias, para Fonagy (1999) resulta importante someter los resultados psicoanalíticos a estudios basados en evidencia, pero es importante identificar el método más apropiado para medir su efectividad. A diferencia de Gabbard y Cols., Fonagy y Chiesa encuentran limitantes en la adherencia dogmática a tratamientos manualizados pues estos pueden restringir los potenciales terapéuticos de los psicoterapeutas al inhibir y restringir su intuición, su libertad en elegir el nivel y cuando interpretar, siendo que los psicoterapeutas psicodinámicos adaptan sus capacidades a casos individuales. Retoman observaciones importantes como las de Seligman (en Fonagy, 1999) quien sostiene que la psicoterapia evaluada en estudios de eficacia tiene poca semejanza con lo practicado en la realidad, pues omite elementos cruciales de la cotidianidad. De esa manera, concluye que los criterios impuestos por los diseños comunes de eficacia no reflejan lo que ocurre realmente en los tratamientos o en los consultorios.

Para Jones (en Fonagy, 1999) los estudios de caso superan esas limitaciones ofreciendo conocimientos profundos y mayor especificidad en los resultados, lo cual data de una larga tradición de estudio. Fonagy (1999) concluye que la psicoterapia psicoanalítica es, hasta cierto punto, una "especie en peligro de extinción" al ser un tratamiento a largo plazo y relativamente caro, así como también, uno cuyos practicantes han tardado en responder al clamor de "base de

evidencia". Sin embargo, no hay evidencia de que la psicoterapia psicoanalítica sea menos efectiva, o incluso menos rentable, que cualquier otro tratamiento. E inclusive, donde se han realizado estudios, la efectividad de esta forma de tratamiento ha sido sorprendente (IPA, 1999 en Fonagy, 1999).

Para estos autores, resulta clave que los psicoterapeutas psicoanalíticos adopten una postura proactiva ante el desafío planteado por los financiadores y los profesionales de las terapias alternativas. Es importante, señalan, demostrar no sólo que la terapia psicoanalítica es útil en el tratamiento de trastornos psiquiátricos, sino también, mostrar los trastornos específicos en los que su eficacia es particularmente, e incluso, excepcionalmente marcada. Destacan, al igual que Shedler, que las terapias psicoanalíticas hacen mucho más que lograr un alivio sintomático, pero, señalan que el hecho de que se sepa que ese es el caso no debería hacer dudar en demostrar lo obvio, es decir, que entre sus muchos efectos, también alivia la angustia del paciente en un grado marcado. Esto sería, contrario a las fantasías catastróficas, positivo, pues armaría a los psicoterapeutas psicoanalíticos con indicaciones precisas de lo que se puede esperar del enfoque en la práctica clínica diaria, por lo que no únicamente se estaría en una mejor posición para discutir el caso de los recursos, sino que también, se tendría la confianza en recomendar este tratamiento a los pacientes con los que se trabaja.

Finalmente, se rescata la propuesta de Kackele y Thoma (2003) quienes retoman el estudio de caso para sistematizar sus resultados sin sacrificar el carácter que tiene psicoanálisis como ciencia de la subjetividad. Respecto a los datos de investigación, ellos aclaran que las transcripciones usadas en supervisiones, no son garantías de lo que ocurrió, sino más bien, de lo que fue registrado por los psicoterapeutas, por lo que las grabaciones resultan un recurso muy útil para captar manifestaciones verbales claves en la dinámica analítica. Para ellos, el psicoanálisis necesita evolucionar de la narrativa a la ciencia empírica contemporánea, describiendo procesos de interacción, es decir, lo que sucede entre analista y paciente, y cómo sus fantasías inconscientes se manifiestan de manera verbal y no verbal.

Estos autores cuestionan la focalización de síntomas en psicoanálisis, pues a diferencia de eso, consideran que la terapia psicoanalítica es una atención con enfoque variable y de tiempo

indeterminado, no un enfoque lineal. En psicoanálisis, señalan, la secuencia de los focos de atención es resultado de un proceso de negociación inconsciente entre las necesidades o deseos del paciente y las posibilidades de manejarlos por parte del analista. En conclusión, para Kackele y Thoma (2003), la investigación sistemática es necesaria aun cuando psicoanálisis presente particularidades y sea considerado como una hermenéutica o una ciencia natural, es decir, independientemente del fundamento epistemológico. Psicoanálisis, no debiera escapar a revisiones y comprensiones que lo lleven a la científicidad, pero sin sacrificar su especificidad y, por ende, sus métodos de medición particulares.

A manera de cierre se concluyen algunos puntos que se consideran relevantes. En primer lugar, que psicoanálisis ha tenido un importante papel en el surgimiento y desarrollo de la psicoterapia como intervención dirigida a la mejoría psíquica, sin embargo, ha sido poca su integración en investigaciones y discusiones sobre su efectividad basada en evidencia. Asimismo, la ruta de revisión no ha sido simple pues ha transcurrido desde el cuestionamiento de la psicoterapia en general, el rol del psicoterapeuta y los enfoques en específico.

Sin embargo, llama la atención la inquietud de varios investigadores en psicoanálisis que muestran una importante apertura a integrarle a cuestionamientos sobre su validez basada en evidencia. Sin embargo y debido quizás a la demora en estas revisiones (o a la histórica falta de consenso en las disciplinas *psi*), no se cuenta con una manera única y definida respecto a cómo se debiera de medir. Diferentes autores proponen lo que consideran como la mejor manera, problematizando cuestiones distintas que inclusive lleva a contradicciones, como el hecho de si está o no demostrado de manera empírica su efectividad o, si el estudio de caso es el mejor método de investigación, a diferencia, por ejemplo, de los investigadores que defienden el método comparativo. Por lo tanto, se habla de un debate vigente.

Se considera relevante destacar, que la psicoterapia psicoanalítica requiere de un proceso de evaluación específico y ligado tanto a sus objetivos de tratamiento, como a su objeto de estudio, los procesos psíquicos inconscientes. En esta investigación, se encuentra afinidad con la propuesta de Kackele y Thoma quienes proponen la sistematización de estudios de caso que llevarían a no sacrificar la subjetividad y particularidad de las dinámicas individuales en los

estudios. Se considera que la búsqueda de evidencia, no debe sacrificar el análisis de las necesidades inconscientes del paciente y las posibilidades psíquicas del analista. No parece conveniente la manualización como ruta única, pues se correría el riesgo de sacrificar gran parte de la espontaneidad que requiere el encuentro psicoanalítico. Por otro lado, y si bien la generación de categorías psicopatológicas facilita la identificación y explicación de casos, se cuestiona la constante tendencia paradigmática en la historia de la psicopatología a la clasificación, por lo que surge la pregunta de qué sucedería si ese paradigma se pusiera en duda y más que estrictamente diagnosticar, los casos se entendieran desde puntos clave como los identificados por Shedler.

Se considera que, para ésta investigación, algunos fundamentos de los desarrollos psicoterapéuticos como la psicoterapia breve psicoanalítica aporta viables posibilidades, lo cual llevaría a integrar elementos psicoanalíticos en atenciones que alcancen a mayor población y a menor costo. Esto, sin embargo, llevaría a sacrificar posibilidades que se tienen cuando la guía no es la focalización. La discusión es pues, fructífera y pareciera que la ruta tiene importantes avances respecto al tema de la efectividad en psicoterapia y elementos prometedores en este enfoque, lo cual vuelve posible el integrar esta perspectiva en el caso de sujetos migrantes.

Un tratamiento que tenga como meta el bienestar y la flexibilidad psíquica (en contraparte de rigidez caracterológica) en los sujetos con base en un proceso de autorreflexión, autoexploración y autodescubrimiento no debiera ser devaluado, ya que inclusive, presenta importantes coincidencias con la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para quien *“la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2013). Esto es claramente amplio y coincidente en algunos elementos de la propuesta psicoanalítica, e inclusive, contrario a los paradigmas que se concentran en la eliminación de síntomas. Sin embargo, es importante considerar que existen malestares que pueden operar en silencio, en aparente bienestar, sin sintomatología, pero que no por eso dejan de ser malestares. Psicoanálisis, por lo tanto, presenta una importante coincidencia con el paradigma de salud mental, aunque también algunos cuestionamientos y diferencias. No obstante lo anterior, la

realidad supera a la teoría y el aislamiento del enfoque psicoanalítico poco le ha acercado a la integración e inclusive, a debatir ampliamente sobre la existencia de coincidencias o diferencias con el enfoque hegemónico en salud. Valdría pues revisar con más cautela las supuestas coincidencias.

Apéndice 10: Sobre el ámbito contratransferencial en la investigación

El concepto de contratransferencia se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste. Vale destacarse que este concepto fue muy poco utilizado en los inicios de los estudios psicoanalíticos, sin embargo y posteriormente, ha merecido una atención creciente, sobre todo cuando la cura se ha ido interpretando y describiendo cada vez más a partir de la relación entre paciente y analista (Laplanche y Pontalis, 2004).

Este fenómeno clínico, también ha sido considerado como el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado. Para Racker (1965), la contratransferencia cumple una doble función en el tratamiento pues, así como puede intervenir, también puede interferir. Con intervención se refiere al analista como interprete, como interferencia, se refiere al analista como objeto de impulsos. Para él, la contratransferencia puede ayudar, dificultar o falsear la percepción de unos u otros procesos inconscientes. Asimismo, plantea que este fenómeno puede tener una expresión patológica, lo que vendría a ser la neurosis de contratransferencia. Esta posibilidad surge al considerar que el mismo analista es un sujeto que no está plenamente libre de dependencias infantiles, de representaciones neuróticas, así como tampoco, de mecanismos patológicos de defensa. No obstante, Racker (1965) considera como problemático otro aspecto. Se refiere al hecho de que en los historiales clínicos la contratransferencia raras veces se menciona y menos aún, se trata con profundidad. En su opinión, estos hechos se deben a que el fenómeno es tratado como a un niño del que los padres se avergüenzan. Pero esa vergüenza, continua, del analista por ser analizado y seguir siendo neurótico, no es más que una expresión superficial de las causas de las resistencias contra el hacerse consciente de la contratransferencia. Detrás de todo esto, señala, están todos los temores y todas las defensas inherentes a su neurosis, siendo que la situación profesional sólo reviste con nuevos términos a antiguos impulsos, imágenes y angustias.

Sin duda, las revisiones de Racker han permitido desarrollar el estudio del fenómeno en el ámbito clínico, sin embargo, y entendiendo a esta investigación como una distinta al escenario psicoterapéutico, conviene plantearse su presencia o ausencia en el plano de la investigación social. En ese sentido, conviene destacar las reflexiones de Devereux (1967) cuando plantea que

los científicos de lo social, no han tenido la humildad ni el ingenio suficientes para reconocer que pueden introducir datos contaminados de muchas maneras. Para este autor, un dato fundamental de toda ciencia social es lo que sucede dentro del observador, es decir, su propia contratransferencia en el proceso de investigación. En sus conclusiones, plantea que el investigador atraviesa también por puntos ciegos, ansiedades, inhibiciones y cosas semejantes, por lo que, para el científico de la conducta, el insight debería empezar por él mismo. Opina que la ciencia del comportamiento se volverá simple cuando empiece a tratar las propias reacciones del científico respecto a su material y su trabajo, como el más fundamental de todos los datos de esa ciencia. Finalmente, continua, la autenticidad de dichos estudios nacerá cuando quienes la practiquen comprendan que una ciencia realista del género humano, solo pueden crearla hombres perfectamente conscientes de su propia humanidad. Se logrará, precisamente cuando más plenamente la pongan por obra en su labor científica.

En congruencia con lo anterior y según lo que se vino anunciando en apartados anteriores, a continuación, se desarrollará lo correspondiente a las reacciones que como investigador pude experimentar durante mis encuentros con los pacientes entrevistados, situación que, entre otras cosas, resultó emocionalmente intensa. Con esto me refiero a las sensaciones que experimentaba al concluir las entrevistas y al analizar los casos, por ejemplo, momentos en que experimenté desde tristeza, cansancio y decepción, hasta esperanza y respeto por quienes habían sobrevivido a eventos francamente duros en sus historias. Sin duda, el respaldo de la institución donde fueron realizadas las entrevistas resultó clave para tener la sensación de tolerancia respecto al tiempo y al espacio que era necesario, no sólo para entrevistar a los pacientes, sino para que yo mismo y emocionalmente, pudiera estabilizarme después de entrevistarlos.

De manera constante (y desde que éste aspecto fue discutido en un seminario teórico en los primeros semestres de la formación), no dejó de perseguirme la duda respecto a las ganancias que los pacientes obtenían cuando me abrían sus historias y sus dolencias internas. Por momentos, me tranquilizaba la posibilidad de escucharles con empatía y poder brindarles un espacio catártico, así como el poder devolverles algún aspecto que como psicoterapeuta podía identificar en sus historias, el cual, a su vez, pudiera servir en la atención que reciben en la institución. Sin embargo, esto no siempre fue suficiente y es importante reconocer una sensación

de deuda que mantengo con ellos, así como la esperanza de que éste trabajo pueda tener un impacto respecto a una mejor atención hacia quienes como ellos, reciben atención por parte de una institución que podría mejorar aún más respecto a cómo les atiende y como los comprende.

Considero conveniente, a continuación, presentar de manera individual todas aquellas sensaciones que he podido registrar respecto a lo que, interiormente, fue sacudido cuando pude estar un momento con las personas que colaboraron con esta investigación, al escuchar sus historias e ir construyendo sus escenarios en mi mente. Todos ellos, matizados con mis propias emociones. Con esto me refiero a que, a continuación, hablaré individualmente de la contratransferencia experimentada durante el trabajo de campo en entrevistas.

Resultó muy claro para mí, en el caso de Víctor, distinguir una sensación de simpatía hacia él, despertándome a su vez, una sensación de quererlo cuidar. Por otro lado, resultó evidente para mí un desgaste, inclusive físico, que quedó tras escuchar la historia de su vida, dejándome muy triste y molestándome por las situaciones que según me narró, le habían lastimado, sobre todo en su niñez. Fue inevitable contrastar su historia con la propia en algunos aspectos, sintiendo entonces, una importante empatía mientras le escuchaba. Al concluir la entrevista, me quedé con un pensamiento. Pensé en si algún día podrá encontrar lo que necesita en alguna persona con quien pueda confiar, o en algún lugar donde se sienta completamente seguro y que le brinde lo que necesita. Pensaba también en si algún día podrá elaborar sus miedos y digerir su historia sin necesariamente utilizar la etiqueta y racionalización de que él es un enfermo mental, comprendiendo que vivió muchas circunstancias en cuanto a vínculos y sociedad que no estuvieron bajo su control. Vale destacar que Víctor sólo se presentó una vez para entrevista, cancelando en tres ocasiones posteriores. En una ocasión simplemente no llegó y en las otras avisó con anterioridad, sin embargo y, de cualquier manera, nunca más lo volví a ver. De manera inicial, esto me generó molestia por haber asistido, o por haber agendado, o por desear escucharlo y quedarme frustrado, sin embargo, después comencé a experimentar otra sensación. Pensé en lo difícil que era para él, abrirse conmigo, es decir, abrirse a un completo desconocido, a un desconocido que además le anunciaba que se iba a ir, que tomaría su historia, que haría algo con ella y que después no lo vería más. Por otro lado, imaginaba lo complicado que podría ser el abrirse a él mismo, a una historia que sabía casi como recital, pero que no dejaba de

hacerlo recordar y, sobre todo, sentir eventos sumamente complicados, algo que constantemente luchaba por evitar, sentir y desequilibrarse sin que el raciocinio pudiera tomar el control. Fue así como, resultó claro para mí la manera en que Víctor ha experimentado el abandono y la manera en que lo repite, pues creo que, de alguna forma, sentí, al igual que él lo ha sentido muchas veces en su vida, un abandono, sentí pues que el terminó siendo el que abandonó primero.

En el caso de Juan, experimenté una sensación de ternura muy interesante, pues a pesar de ser un adulto de 26 años, sus reacciones y su inquietud respecto a recibir una atención y ser escuchado, me recordaba mucho a esas reacciones que tiene un niño cuando se siente muy contento por algo que comenzará a hacer y que le gusta. No obstante, esta sensación fue transformándose al escuchar su historia pues el sentir desesperanza y pena por la poca movilidad social que se puede esperar en su historia, me generaba una sensación de pena, sobre todo al escuchar sus altas expectativas respecto a estudiar y obtener un trabajo bien remunerado, lo cual contrastaba altamente con las acciones y actividades laborales que desempeña pues hasta hace poco y por primera vez, comenzó a trabajar de ayudante de su madre que es comerciante en un mercado sobreruedas en Tijuana. Por lo tanto, fue claro para mí que sus deseos están muy alejados de la realidad. Por otro lado, fue inevitable experimentar una sensación de incomodidad y desagrado al escuchar los detalles de sus conductas sexuales, sobretodo, respecto a cómo percibía sus alucinaciones en los momentos en que el deseo sexual lo invadía. Por otro lado, me llamó mucho la atención la manera de plantearme a su hermano y como resultaba algo que aún cargaba con culpa, sin embargo, constantemente me cuestionaba como había sido el crecer con dicha condición sexual en una región como la que me planteaba Juan. Algo que me llamó mucho la atención de su discurso, era cierto desprecio a las tradiciones religiosas de su lugar de origen, lo cual contrastaba con la esperanza depositada en su actual grupo cristiano, pues argumentaba cierto pensamiento de que dios le brindaría la ayuda que necesita en sus alucinaciones. En mi mente ambas cosas eran lo mismo, pero lo que cambiaba era la manera en que él los vivía pues en Oaxaca se sentía obligado y en Tijuana, él se sentía perteneciente a ese grupo, es decir, se sentía querido por ellos. Al reflexionar esto, mis dudas quedaron aclaradas y quizás pude comprenderlo mejor. Finalmente, experimenté una sensación de querer cuidarlo, sobre todo cuando registraba docilidad en su discurso y en la manera en que explicaba lo que le sucedía a

nivel mental. En ese sentido y por momentos, él parecía muy firme respecto a diferir con los psiquiatras sobre su padecimiento, pero constantemente refería el apoyo de alguien más que le decía eso, lo cual me dejaba pensando en qué tanto reflexionaba o contrastaba los hechos con su misma experiencia sin ser digerida por alguien más.

La situación con Estela resultó muy interesante en el sentido en que ella no dudó en hacerme saber su sorpresa por haber confiado en mí y por haber explicado tantas cosas de su historia en tan poco tiempo. Todo esto comenzó a tener sentido cuando analicé su historia y pude entender las expectativas que deposita en algunas figuras masculinas de las que espera cuidado, comprensión y estímulo. En ese sentido, me llamó mucho la atención su constante esfuerzo por sentirse cuidada por una pareja, sin embargo, experimenté una sensación de preocupación y tristeza, que en parte ella misma siente, al identificar el patrón tan constante de involucrarse con hombres que no se comprometen con ella y la incapacidad que ha tenido a lo largo de su vida en cuanto a poder concretar una buena relación de pareja. Por momentos, albergaba la hipótesis de que ella atraía y se sentía atraída por un perfil específico de hombres con los que se involucraba sexual y sentimentalmente, lo cual, asocié a una sensación de confusión que experimentaba cada que me contaba lo difusas que eran sus experiencias sexuales, lo que, a su vez, le ha llevado a tener varios hijos de diferentes hombres. Algo extraño que identifiqué en mi escucha, tiene que ver con cierto desprecio registrado por mí cuando se refería a su hijo mayor. Percibía descuidos cuando me detallaba los largos lapsos en que no estuvo con él y delegó el cuidado a su madre, asimismo, cuando me decía que él se parece mucho a su padre, quien fue su primera pareja y con quien se casó por cuestiones de creencias en Ahome, Sinaloa. No me resultó difícil construir en mi mente a un adolescente resentido por todas estas situaciones, el cual, y como ella me comentaba, ha venido teniendo diferentes problemas de conducta. Contrario a esto, llamó mucho mi atención el cómo se refería a su hija adolescente, la clara identificación respecto a que ella no debía cometer los mismos errores que su madre, o que su hija no debiera vivir situaciones complicadas que ella misma experimentó. En ese sentido, era claro para mí identificar en Estela una lucha por ser diferente a su madre, por querer tratar a su hija como ella hubiera querido ser tratada. No obstante, me quedé dudando si ese sería el mismo trato que desea ahora su hija.

Por otro lado, la entrevista con Esmeralda no resultó una tarea fácil, pues constantemente se mostraba plana en cuanto a las respuestas que me brindaba, así como también, mostraba una constante duda respecto a lo que yo hacía y sobre el tema de mi investigación. En ese sentido, resultó claro para mí distinguir que experimenté frustración cada vez que rechazaba la hipótesis sobre la migración y su impacto en la salud mental, a lo cual, ella no mostraba tacto para hacérmelo saber, sin necesariamente ser grosera. Por momentos y cuando la entrevista fluía, yo experimentaba una sensación de logro al avanzar y poder engancharla con el encuentro, sin embargo, estos eran sólo momentos, pues al poco tiempo, solía volver a respuestas monosilábicas o muy concretas, demandándome otros planteamientos y creatividad para abordarla. Respecto a su historia, fue constante una sensación de desesperanza cuando registraba tristeza y enojo en ella misma, cuando me decía todas las cosas que deseaba, pero emparejadas con la sensación de no poder y no querer cambiarlas, sobre todo las que tenían que ver con un trabajo interior en psicoterapia. Es decir, tuve la sensación de que eran opuestos irreconciliables, sus deseos con sus pocas ganas de cambiar aspectos en ella misma. Llamó mucho mi atención que dicha tristeza ante su realidad, se emparejaba con cierto porte de dignidad y superioridad, lo cual asocié con la Esmeralda que, según me contaba, predominó en su personalidad hace muchos años. Esto último, sobre todo, se ligaba en el tema del baile, cuando también con entusiasmo, me explicaba detalles, el cómo enseñaba a otras personas y el cómo se iban volviendo parte de su vida. Sin embargo, siempre dominó una sensación de desesperanza al notar la complejidad de su duelo, la soledad que me refería y las pocas posibilidades que me hacía saber en cuanto a su desarrollo socioeconómico.

Finalmente, el caso de Joel resultó muy interesante pues siempre se mostró con disposición a la entrevista e inclusive, se mostraba sorprendido por cosas que recordaba e iba conectando con su realidad actual. Sin embargo y emparejado con esto, experimenté también una sensación de desconfianza por su parte. Por momentos, Joel me hacía saber lo complicado de su historia y como se había vuelto caótica tras la migración, sin embargo, también me dejaba ver pocas intenciones de esfuerzo, por ejemplo, respecto a cuestiones laborales o académicas, lo que me hacía pensar que él no deseaba esforzarse mucho y que, por esto, buscaba escenarios donde una persona, ya fuera pareja o amigo, le extendiera toda la ayuda sin que él se esforzara mucho. Esto me llevó a cuestionarme la manera en que él podría ajustar su historia y redirigirla a sus deseos.

A manera de cierre, considero importante plantear lo relevante que considero este tipo de apartados en investigaciones que, sin denominarlo como contratransferencia, han mostrado las sensaciones y experiencias de los investigadores, en específico me refiero al trabajo de Jorge Bustamante en su estudio *El “espalda mojada”*: informe de un observador participante (1997), lo cual y en importante medida, llevó a confiar en que este aspecto no es totalmente olvidado en el área de investigación social y que por lo tanto, puede tener un lugar en esta tesis. Asimismo, confío en que esto pueda vincularse con desarrollos posteriores en investigaciones y, sobre todo, que vuelva tolerable el leer sobre la humanidad del investigador, sus sensaciones, dudas y experiencias. Que lleve a comprender que la realidad, en conjunto con el saber, también es construido por todos en conjunto.

El autor es Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Baja California y Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica por la Universidad Intercontinental. Egresado del Doctorado en Estudios de Migración de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: ailg20@hotmail.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Luna García, Ángel Ismael (2019). “El migrante en la institución de salud mental: la invisibilización de lo evidente”. Tesis de Doctorado en Estudios de Migración. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 323 pp.