

Por un lado el fenómeno de la migración, un tema cada vez más actual en España, que ha pasado en pocos años de ser un país emisor de emigrantes a convertirse en un país de inmigración, y por otra parte, la existencia de una serie de síndromes psíquicos o manifestaciones de trastornos mentales específicos distintos en cada cultura, han hecho que cada vez se hable más de la Psiquiatría cultural como una entidad interdisciplinaria, entendida así porque en ella caben aportaciones, además de la psicopatología, de otras ciencias como la biología, la antropología o la sociología. Como precursor de la misma, Emil Kraepelin (1856-1926) ya apuntó a la necesidad de una “Psiquiatría comparada” para abordar el estudio cotejado y la influencia de los distintos aspectos étnicos y socioculturales en la mente humana tanto sana como enferma.

Por sí solo, el fenómeno de la migración está considerado como factor de riesgo en salud mental, como una causa capaz de originar patología mental o de favorecer la aparición de un trastorno mental larvado, debido precisamente a una serie de factores que algunos expertos actualmente en el tema, como Achotegui, denominan los “siete duelos”, refiriéndose así a los relacionados con la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos.

Lo fundamental para diagnosticar distintos cuadros psicopatológicos en sujetos que proceden de diferentes culturas, requiere tener algunas nociones sobre cómo viven sus integrantes los procesos emocionales, ya que la “emoción”, además de ser primordial como función de adaptación, es la manifestación nuclear de una patología mental (la tristeza la depresión, el temor el trastorno de ansiedad, etc.). Además del conocimiento de esa intimidad vivencial del inmigrante, para el procedimiento diagnóstico hay que tener en cuenta también que síntomas particulares o curso evolutivo de un trastorno están influidos por la respuesta social y por otros factores culturales locales. Así, hechos como el que un cuadro psicopatológico muy común, pudiera convertirse en un trastorno mental muy extravagante cuando apareciera en otra cultura, hacen que para este enfoque de la Psiquiatría sea primordial el conocimiento de la influencia cultural en la personalidad, y también en factores biológicos específicos como la respuesta a psicofármacos, por citar alguno.

Excluyendo el caso de los individuos que ya estaban enfermos, los trastornos que con más frecuencia se observan en los inmigrantes son fundamentalmente cinco: los trastornos de síntomas somáticos, los trastornos reactivos de ansiedad y del estado de ánimo, los delirios, las alteraciones de la personalidad y las toxicomanías. Con respecto a los primeros, son frecuentes los trastornos somáticos que cursan con dolor (muchos autores han detectado que las migrañas son tan típicas que se refieren a ellas como las “in-migrañas”). Los trastornos reactivos de ansiedad y/o depresión son consecuencia directa del proceso de adaptación, por eso se llaman así, trastornos adaptativos; entre éstos concretamente, cabe mencionar el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, también conocido como Síndrome de Ulises, haciendo referencia al héroe mitológico que padeció innumerables adversidades y peligros estando lejos de sus seres queridos. Los trastornos adaptativos llevados a un extremo también pueden desembocar en cuadros de inhibición profunda, trance o incluso reacciones primitivas como la parálisis o la de tempestad de movimientos (se sabe que en el núcleo del

duelo migratorio existe una regresión psicológica). Con respecto a los delirios, los que con más frecuencia se suelen observar son los de autorreferencia, persecución o celos. En cuanto a las alteraciones de la personalidad con posibles consecuencias legales, habría que contemplar los estados de violencia y agresividad con las probables conductas delictivas tales como robo, tráfico de drogas o contra la libertad sexual. Por último, en lo que respecta a las toxicomanías, existe una cierta vulnerabilidad de ese grupo al consumo de sustancias, por factores precisamente como su relación con los sectores más desfavorecidos de la población receptora, donde sabemos que predomina más el consumo de drogas como opiáceos, cocaína, etc. y de alcohol.

Si hablamos de factores en particular, quizás el que más patógeno y que por tanto merezca especial atención, sea es el aislamiento lingüístico al que están sometidas estas personas. Se sabe que las dificultades lingüísticas pueden desembocar en reacciones paranoides, con ideas de perjuicio o incluso de persecución, llegando a interpretar de forma delirante actitudes o gestos de otras personas que pueden secundariamente acarrear consecuencias significativas, como reacciones violentas frente a esos supuestos perseguidores. Precisamente en nuestro país y para posibilitar debidamente la defensa por parte de estas personas que desconocen nuestro idioma, el ordenamiento, tomando como base el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, prevé la obligada intervención del intérprete desde el momento de la detención policial hasta todas las intervenciones procesales posteriores, implicando así a las autoridades policiales, judiciales y también a la Administración penitenciaria. Igualmente, el citado convenio, extiende la intervención del intérprete al caso contrario, es decir, a los supuestos en que el inmigrante es testigo, víctima de delito, etc.

En nuestro ámbito jurídico y ante delitos cometidos por estas personas, siempre se debe valorar, que no implica eximir, la incidencia que tienen las circunstancias culturales concretas sobre la imputabilidad, es decir, sobre el conocer y actuar conforme a esa comprensión y si, tanto por un lado el factor cultural, como por otro, la existencia de un trastorno mental condicionado por la misma (ya sea por déficit lingüístico, o por obediencia a otras normas o leyes autóctonas de países de origen), fueron las que condujeron a que la conducta del sujeto resultara modificada.