

FAMILIAS ROTAS Y PROBLEMAS DE SALUD. LA MEDICALIZACIÓN DE LAS FAMILIAS MIGRANTES ECUATORIANAS¹

Arantza Meñaca
Universitat Rovira i Virgili

A lo largo del trabajo etnográfico de mi tesis, tanto en el contexto de origen como en el de recepción, me he encontrado frecuentemente con discursos que relacionan las migraciones con procesos de ruptura de familias, para después afirmar que esta des-estructuración es causa de distintas patologías mentales y sociales. Estos discursos evidencian un claro proceso de medicalización² de los sujetos migrantes y sus experiencias, que forma parte del fuerte proceso de control social que, desde múltiples instancias sociales, se lleva a cabo sobre ellos. En este artículo me propongo poner en evidencia y analizar dicho proceso, sin negar las experiencias de malestar y sufrimiento que los migrantes relatan cuando hablan de sus relaciones sociales en la distancia.

El trabajo que se presenta aquí es parte de una argumentación más amplia con la que en distintas ocasiones he buscado repensar y deconstruir estos discursos a partir de mis datos de campo (Meñaca 2005, Meñaca 2006 y Meñaca 2007: capítulos 4 y 5). En dichos trabajos he ilustrado cómo ni la imagen dominante de familia nuclear y unida, ni la imagen de las familias migrantes como familias rotas y desestructuradas son tan reales, sino que existe un amplio espectro de situaciones tanto en las familias transnacionales como en las que no lo son. También he demostrado cómo, en una situación de deterioro de las condiciones de vida de una gran parte de la población ecuatoriana, la migración ha sido la estrategia de supervivencia de elección para muchas de sus

1 Este artículo recoge una parte inédita hasta el momento de la tesis de doctorado (Meñaca 2007) que realicé disfrutando de una beca FPU del Ministerio de Educación y Ciencia, asociada a los proyectos con financiación europea "Partners for Health" I y II.

2 Como una primera aproximación al concepto podemos considerar que la medicalización es "el proceso mediante el cual cada vez más aspectos de la vida cotidiana han pasado al dominio, influencia y supervisión médica" (Zola 1983:295), a ser competencia de un sistema médico hegemónico que cumple, entre otras, clara y efectiva función de control social (Foucault 1995).

familias. Una estrategia que ha aportado, aunque no siempre, parte importante de los ingresos necesarios para cubrir las necesidades básicas de muchas familias -solucionando problemas de hambre y desnutrición de los niños, mejorando las condiciones de la vivienda familiar, permitiendo el acceso al sistema sanitario...-. Una estrategia que ha sido posible al estar disponible una red familiar extensa que ya ejercía un papel importante en otras prácticas cotidianas previas.

En esos trabajos también he señalado cómo la supervivencia no implica, ni mucho menos, una situación de idoneidad, de total bienestar. Por una parte, ya que las familias de migrantes no son homogéneas: dentro de ellas se dan conflictos de intereses y lo que mejora las condiciones de vida de unos, no siempre mejora las de todos. Por otra, dado que las familias transnacionales tienen que enfrentarse a nuevas formas de relación y mantenimiento de los lazos prácticos y afectivos entre sus miembros. Algo que están logrando en gran medida, y que en muchas ocasiones queda limitado por otras condiciones estructurales, políticas, legales y laborales. Sumado a todo esto, las familias de migrantes, tienen que vivir / padecer la contradicción entre los valores hegemónicos de la familia, desde los que se las censura, y su realidad cotidiana de supervivencia. Unos valores hegemónicos que están en la base de las imágenes que toman a la familia transnacional como factor explicativo de los problemas de salud de los migrantes, sus niños/as y adolescentes en un proceso de “culpabilización de la víctima”. Es a este proceso de medicalización al que dedicamos estas páginas.

Las imágenes medicalizadoras

Las imágenes medicalizadoras de los migrantes se dan tanto en el contexto de recepción como en el de origen. En España, se considera que los inmigrantes tienen una situación de mayor riesgo ante distintos problemas de salud mental como la ansiedad o la depresión, y que esta situación se debe, aunque no de manera exclusiva, al debilitamiento/ pérdida de sus redes sociales primarias con el proceso migratorio. Mientras, en el Ecuador, se encuentra en el “abandono” de los hijos por parte de padres y/ o madres emigrantes la causa de múltiples alteraciones de la conducta y problemas de salud: depresiones, agresividad, fracaso escolar, embarazos precoces, alcoholismo, drogadicciones, etc.

Al igual que en otros muchos países receptores de inmigrantes, los expertos españoles, tanto en atención primaria como hospitalaria, debaten acerca de la relación entre las migraciones y la salud mental (García-Campayo y Carrillo 2002; Balanzó, Faixedas y Guayta 2003). En general se caracteriza a los inmigrantes como grupo de riesgo para enfermedades mentales generales –estrés, ansiedad, depresión, etc. Hay quienes hablan

de un padecimiento específico de los inmigrantes: el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (Achotegui 2000, Achotegui 2003). Entre las publicaciones de estos últimos autores, la “separación respecto de los familiares y amigos” aparece como uno de “los siete duelos de la migración”:

Desde las ciencias de la salud mental se considera que el mundo afectivo de una persona se centra fundamentalmente en el ámbito de la familia y los amigos. Y es por ello que situaciones como la migración en las que un ser humano se separa de los seres queridos, dan lugar a profundas repercusiones psicológicas. (Achotegui 2000: 87)

El inmigrante tiene, en general, muy poca red de apoyo social, sobre todo si se compara con la que tenía en el país de origen (en la mayoría de las sociedades de origen de los inmigrantes perdura la familia extensa). Es obvio que poca gente emigra llevándose a todos los parientes y amigos (...). Es muy frecuente que los inmigrantes manifiesten que se sienten muy solos, máxime cuando provienen de sociedades en las que se hace mucha vida en grupo, y en las que casi no se tiene noción de lo que es la soledad (...). (Achotegui 2003: 58)

El déficit de apoyo social hace que los inmigrantes se sientan aún más desbordados por las situaciones de estrés, lo cual favorece las actitudes compensatorias de tipo regresivo, la aparición de conductas más infantiles. Un espacio en el que se expresa con frecuencia la regresión de los inmigrantes son los servicios sociales y asistenciales, que constituyen el apoyo social “profesionalizado” al inmigrante. Sobre estos servicios se exteriorizan en buena parte los “duelos congelados”, normalmente en forma de actitudes de demanda, rabia, queja, etc. (Achotegui 2003: 58).

Esta imagen, que muestra sólo una cara de la realidad de los e/inmigrantes, no ha tenido visibilidad únicamente en España. El Síndrome de Ulises, también ha llegado a los periódicos ecuatorianos (CC091204³); en Quito, ya en 2001, se hablaba de que “había muchos retornados, ingresados para atención en el psiquiátrico” (Campaña 2001: 8).

Esta corriente de pensamiento psiquiátrico / psicológico, también habla de “la situación de los hijos de los inmigrantes”, refiriéndose a los que ya han inmigrado siguiendo a sus padres, de quienes dicen haber constatado que “tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales que sus padres” (Achotegui 2000: 90). La ausencia del grupo familiar extenso, la reagrupación familiar entendida como “volver a unir a una

3 Estas siglas hacen referencia a las notas de mi cuaderno de campo detallando día, mes y año.

familia separada es como volver a pegar los trozos de un jarrón que se ha roto”, o la excesiva dependencia entre los miembros de familias demasiado cerradas en sí mismas, son algunas de las explicaciones de corte familiar que ofrecen para ello. Niños y adolescentes, estos, que en el contexto de origen también son centro de atención, como hijos de emigrantes.

En 2003, durante mi primera estancia en el Ecuador, una de las cosas que más me llamó la atención fue la fuerza que tenía, en la opinión pública, la imagen negativa de que la emigración significa familias rotas y niños abandonados y tiene graves consecuencias en la vida y salud de esos hijos de emigrantes. Esta imagen contrastaba con aquella otra, también plana y optimista en exceso, que sólo reconocía el aporte de las remesas en la economía nacional, y su papel paliativo de los efectos de la crisis y dolarización de los años anteriores. Se trataba, además, de una imagen por entonces prácticamente desconocida desde la perspectiva española⁴, donde la que preocupaba era la salud mental de los inmigrantes, adultos, niños y adolescentes. A lo largo de mi trabajo de campo en el Ecuador son muchas las ocasiones en las que me he encontrado con ella: en la voz de políticos y medios de comunicación; entre los profesionales del campo de la educación, la psicología, la medicina y el trabajo social; de la mano de religiosos o de mucha gente de clase media o alta –algunos de los cuales tenían familiares migrantes, pero “no era lo mismo...” (Quito, CC191004)-.

Esta imagen tiene mucha fuerza y una larga trayectoria histórica. Está presente en textos médicos en referencia a las migraciones internas, así como en los estudios de ciencias sociales y psicología referidos a las primeras migraciones, aquellas lideradas por hombres que marchan, fundamentalmente del sur de Ecuador hacia los Estados Unidos:

La migración campesina constituye otro de los factores que agravan la desnutrición pues, por una parte al emigrar el padre de familia hacia la ciudad, la madre queda a cargo de los hijos y la pequeña parcela de terreno para cultivarla sin que disponga de tiempo necesario para el cuidado de los niños y de otra, el padre emigrante no logra obtener remuneraciones apropiadas para el mantenimiento de él mismo y de su familia (...) De las familias campesinas que migran a las ciudades, es la madre la que con mayor facilidad o rapidez puede conseguir trabajo, en empleos domésticos. Los niños pequeños, sobre todo los que aún no van a la escuela, quedan abandonados en la pequeña vivienda y usualmente el mayor queda enco-

⁴ Posteriormente ha sido una imagen a la que se ha hecho cada vez más referencia desde distintos organismos de cooperación españoles. Con ella son justificados distintos proyectos que se llevan a cabo dentro del modelo, cada vez más en boga, de codesarrollo (Cortés 2005). Por otra parte, también en España ha terminado por llegar a los medios de comunicación, como muestra el reportaje de EP(s) Aguirre (2005).

mentado de dar el alimento al o a los más pequeños. Pero ni su edad, ni las indicaciones de la madre son suficientes como para que pueda asumir tales responsabilidades y atender las necesidades alimentarias de los menores, especialmente en el número, en la frecuencia y en la calidad de los alimentos que hay que administrar. (P. Naranjo 1992, médico)

A partir de los años setenta se multiplican las poblaciones azuayas con rostro de mujer. Son las mujeres quienes padecen más duramente el fenómeno de la migración. El primer éxodo al exterior trajo el sueño del oro. Los subsiguientes, la miseria: mujeres endeudadas, explotadas por prestamistas; pérdida de tierras cultivables, desintegración familiar, migración hacia centros urbanos, abandono, trabajo infantil, deserción escolar, discriminación y violencia, desempleo y abusos de todo orden; alcoholismo, embarazos precoces, incremento de la prostitución, especialmente infantil y adolescente. Es también la mujer campesina migrante —de primera o segunda generación— la población habitual de las cárceles. Paradójicamente, esta diáspora arroja un saldo importantísimo para las instituciones bancarias y financieras pero no contribuye a un mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población ni a la creación de fuentes estables de trabajo (Belén Andrade en el prólogo a Borrero y Vega 1995)

En la actualidad en nuestra consulta, la mayor parte, 7 de cada 10, están relacionadas con la desintegración familiar o amenaza de desintegración en los casos de divorcio, pero sobre todo provocadas por la migración. No sé exactamente como podríamos llamar a las familias que se quedan sin un papá o sin una mamá o incluso sin los dos o en ocasiones sin un hermano, producto de la migración, de hecho es una desintegración familiar en principio temporal, algunos lo llaman desmembración, otros hasta abandono, desgraciadamente en algunos casos llega a ser a la final un verdadero abandono, el cómo llamarla, el poner una etiqueta a estas familias es lo menos importante e incluso inconveniente, lo más importante es intentar comprenderlas y darles una ayuda real. (...) Los efectos provocados por la separación que evidenciamos desde el punto de vista clínico se presentan de diferentes maneras y en diferentes etapas, una primera se produce apenas se separan los familiares, los primeros tres, cinco meses, se presentan situaciones de tristeza, ansiedad, que se manifiesta en los hijos por baja en el rendimiento escolar, pérdida del interés, problemas de conducta, aumento de la agresividad, que llega a veces a la violencia, las madres se sienten tristes, se sienten “nerviosas”, e inquietas, hay casos que llegan hasta el pánico, provocando efectos psicossomáticos agudos y estados obsesivos graves, cambian de carácter, maltratan a sus hijos. La agresividad y violencia entre hermanos aumenta, los hombres consumen alcohol, buscan otras relaciones. Pero si los contactos se mantienen y si no hay otras situaciones que agraven la crisis, poco a poco la familia se va adaptando a la pérdida parcial y temporal del ser querido. Pero si lo programado no se cumple, tanto en el apoyo económico como en mantener los lazos de relación con el

separado, una nueva crisis, más grave y más larga se presenta; la tristeza puede transformarse en depresión, temiendo ya la pérdida definitiva del ser querido y la ansiedad se transforma en desesperación por la incertidumbre del futuro económico y del futuro afectivo y relacional, el “nerviosismo” se transforma en un estado de tensión crónico, que a la vez provoca otros efectos psicosomáticos y del comportamiento graves (Cardoso, 2002, psiquiatra)

Referentes a esa misma migración también son los estudios psicológicos de Hurtado, Ochoa Ordóñez 1998 y Pinos y Ochoa Ordóñez 1999 (citados en Pribilsky 2001: 252) que asocian “una letanía de problemas infantiles –conducta agresiva, timidez, incontinenencia urinaria, tartamudeo, además de problemas de identidad de género- a la ausencia de los padres”.

Posteriormente, la misma imagen, también cobra relevancia en las noticias difundidas por Internet, que hacen referencia ya al periodo migratorio actual, con mayor presencia en las grandes ciudades como Guayaquil:

Al menos 83.818 niños que estudian en escuelas fiscales de la provincia del Guayas tienen a uno de sus padres o a ambos en el exterior, según la Dirección Provincial de Educación del Guayas. Un reporte de esta entidad reveló que ese número de estudiantes corresponde al 30% de 279.392 menores que cursan en el 2003 el nivel primario en las 1.663 escuelas fiscales de la provincia. Al respecto la psicopedagoga Beatriz Ayala de la escuela Pedro Vicente Maldonado sostuvo que “un niño, cuyos padres hayan emigrado, jamás se recuperará del trauma psicológico, porque se rompe el vínculo del niño con sus padres y surge la secuela psicológica por falta de afecto”. Ayala indicó que la ausencia de padres origina trastornos psicológicos y desestabilidad emocional en los menores, quienes desmejoran su rendimiento escolar. “Muchos de los padres terminan separándose, forman otros hogares y se olvidan de sus hijos, esta es la parte más dura”, agregó. Según la Dirección Provincial de Educación del Guayas, la ausencia de los padres, la mayoría a causa de la emigración, incide en la deserción escolar, cuya cifra llegó a los 9.071 casos en el 2002. Ayala dijo, al respecto, que a consecuencia de la migración muchos de los niños “están expuestos al maltrato, viven desnutridos, y en ellos las consecuencias se agravan, porque optan por los amigos y la vida de la calle, donde fácilmente se involucran en problemas sociales”. (Noticias de la Asociación Mundial de Ecuatorianos Residentes en el Exterior, Quito, 22 Julio del 2003).

Así como en las palabras de esta directora de un colegio religioso en una zona suburbana de Guayaquil:

Bueno la experiencia que tenemos con los niños (hijos de emigrantes) que están aquí son: el rendimiento totalmente bajo, son niños carentes de cariño, afectividad... En su casa, las

familias que los tienen no asumen la responsabilidad porque en primer lugar no son sus hijos de ellos... y el nivel económico no les da para apoyarlos en todos los sentidos...

Porque... por ejemplo: una de las familias que se fue a España, se olvidó totalmente de ellos. Esos niños están totalmente botados, son cuatro niños, tres estudian aquí en la escuela. El papá no tiene un trabajo estable, seguro. Tiene un hijo que estaba estudiando y que tuvo que botarse del estudio, no había pues quién quede con ellos. O sea, el hijo que estaba estudiando dejó su colegio, no sabemos qué esté haciendo ahorita. Yo los visité porque me preocupaba la situación de estos niños: prácticamente no hacían tareas, los niños venían a la escuela sucios, llenos de piojos, e inclusive la niña, que se hizo señorita ahora recién, inclusive hasta sin interior. Entonces usted puede imaginarse toda esta situación a nosotros en la escuela nos preocupa bastante... Con el señor hemos conversado bastante, pero usted sabe no hay una solución. La señora prácticamente... él se siente ya que lo botó prácticamente... La señora cuando se acuerda llama y cuando no, no; cuando ella también tiene dinero manda y cuando no, no. No es que a veces van a buscar dinero o soluciones económicas en otro país, también se van por problemas que tienen con su pareja, eso pasa.

Y no todos los casos... A veces el papá se preocupa por sus hijos, y la mamá está continuamente llamando, pero no es igual, igual les vemos a los niños que tienen problemas de aprendizaje, bastante, bastante, bastante. Yo pienso que el 80 % de los niños que tienen problemas... (son de familias migrantes).

Hay otra familia, imagínese, que estuvo en Italia, o sea parece que ya se acostumbran a vivir en el nivel de allá, de España o de Italia, ya se acostumbran, vienen aquí como que aquí no fuera su tierra, no fuera su gente... Incluso su propia familia, sus propios hijos, que ya no les van a interesar nomás... Se van acostumbrando a cómo vive la gente allá, al materialismo, no sé, al nivel de allá, los que vienen acá no sé, ven la vida desde otra perspectiva. Entonces ese problema tuvimos recién con una señora que vino hace dos meses, como que todo a ella... se parecía que venía de otro planeta, sus hijos parecía que no eran sus hijos, su familia... Era que venga a la escuela para saber cómo sus hijos, pues no, nosotros tuvimos que llamarla a ella como mamá, que venga, porque sus hijos igual, lo último... Entonces son problemas bastante grandes, que desgraciadamente dependen de una estructura social en la que vive nuestro país con la corrupción y tantas cosas no, que tal vez no viven ustedes en los países de Europa. Porque son las consecuencias de causas grandes en que vivimos nosotros, no se pueden remediar así fácilmente. Eso es lo que te puedo decir...

(entrevistadora: y ante estos problemas cuál es la repercusión en el colegio, han tomado alguna medida (...), qué hace el colegio)

Nosotros tratarlos de apoyar afectivamente. Las maestras conocen los problemas de esos niños. Tenemos una orientación con la psicóloga más cercana. Después de que los niños... aquí los niños almuerzan, porque el INNFA nos ayudó con la alimentación de los niños porque aquí la alimentación de los niños es muy baja. –Porque a las mamás no les interesa, eso es por la vaguería, porque darles un verde, un arroz y los niños totalmente están desnutridos-. Entonces el INNFA nos ayuda en darles una alimentación nutritiva balanceada... Entonces justamente tratamos de que se queden esos niños..., entonces justamente se quedan al almuerzo, luego se quedan a recuperación, a hacer sus tareas... De esa manera hemos tratado, pero ya le digo no es lo mismo, porque siempre se necesita en la casa quien les ayude, quien les oriente, quien los instruya en los valores, no es cierto, porque no es lo mismo que tener una familia, así en la escuela trate de remediar los problemas, nunca va a ser igual, y esos niños crecerán sin una orientación de su familia, de su madre, sin formar esos hábitos que se forman en la familia. (Directora de colegio, Guayaquil, octubre 2004)

Poco después la directora pidió por la megafonía que las maestras le enviaran a los alumnos hijos de migrantes para que yo, la investigadora, los pudiera conocer. Vinieron unos 15. Entre ellos me aconsejó que visitase las familias de dos, a su modo de ver los más “representativos”. De una chica dijo, “esta no, que sus tíos son como si fuesen sus padres”. El círculo se cerraba, se consideraba que los hijos de migrantes estaban descuidados, y sólo se consideraba hijos de migrantes “representativos” aquellos que cumplían con el perfil de estar descuidados. (CC081004)

Como podemos ver en la entrevista de esta directora, sobre todo cuando se habla de la nueva “oleada” migratoria, la preocupación pública no es neutral en términos de género. Entre los migrantes ecuatorianos en España, a diferencia de etapas anteriores, más de la mitad son mujeres, mujeres que no migran exclusivamente por reagrupación familiar sino que muchas veces son *pioneras* (López Rodríguez-Gironés 2004). En estas circunstancias, debido a la atribución social del rol de cuidadoras a las mujeres, ellas son consideradas más responsables de la “ruptura familiar” y el “abandono” de sus hijas e hijos que los hombres migrantes (Herrera y Martínez 2002). La alarma social y el estigma aumentan, porque en muchas ocasiones en el imaginario ecuatoriano se sobre-dimensiona la asociación entre migración femenina y prostitución, como ha sucedido en otros procesos migratorios de mujeres (Gregorio 1998:141-142). Durante el verano de 2003, distintas personas, sin familiares directos que hayan emigrado, me preguntaron si “era verdad que las mujeres ecuatorianas iban a España a ejercer la prostitución” (CC200703).

Con todo ello, los *e/inmigrantes* son vistos a la vez como víctimas y culpables. Víctimas, por más proclives a padecer problemas de salud mental. Culpables, del aban-

dono y la ruptura de sus familias. También en la imagen de hijos de los e/inmigrantes está presente esta dualidad. En origen (Herrera y Carrillo 2004) y en destino (Queirolo 2005; Aja 2002) se considera a los hijos de e/inmigrantes tanto víctimas del abandono y la desestructuración familiar, como problema para la sociedad –ya que al “faltar el control de los padres, los jóvenes son representados como “más proclives a caer en el alcoholismo, la drogadicción, enfrentar embarazos precoces, e incluso involucrarse en pandillas” (Carrillo 2005: 362)-. Este discurso generalizado, como sucede con otras muchas imágenes hegemónicas, tiene una gran fuerza estigmatizadora y de control social. Inmigrantes e hijos de migrantes se han vuelto el centro de investigaciones, de exámenes psicológicos y de programas sociales específicos. Ambos colectivos son contruidos como grupos de riesgo frente a distintos problemas de salud en un proceso de medicalización que “reifica” (materializa, refuerza) su condición problemática de víctimas y culpables.

Los procesos de medicalización

La medicalización es un proceso mediante el cual se define un problema en términos médicos (Conrad 1992:211). Es un proceso de construcción social de la realidad, de un aspecto de la experiencia humana, como problemática. Es, por tanto, un proceso de control social que diferencia entre la norma y las desviaciones –problemas-. No es el único elemento en las dinámicas de control social: es uno específico que tiene su fuerza en la *naturalización* de la norma como *saludable* y de la desviación como *patológica*, así como en el escudo de la supuesta neutralidad científica del conocimiento biomédico. Propone un orden a partir del cual “curar la patología”, “corregir la desviación” y “solucionar el problema”: un orden biológico, psíquico o psiquiátrico, desde el que experiencias sociales son individualizadas y de-politizadas. No sólo las experiencias migratorias son medicalizadas, también lo han sido la sexualidad, las adicciones, los desórdenes alimentarios, el desarrollo infantil, la discapacidad, la reproducción, la vejez, la muerte, y un largo etcétera.

En el nivel más abstracto, podemos decir que la medicalización forma parte de la dinámica de dominación ideológica / hegemonía⁵ de los grupos en el poder (Baer, Singer y Susser 1997). Las ideas y la “actividad práctica” de las clases dominantes se

5 Kate Crehan (2004) critica la idea de que la hegemonía sea “simplemente el nombre dado por Gramsci a este proceso de dominación ideológica” (Scott 1985: 315). Afirma que en Gramsci la hegemonía siempre implica “actividad práctica” y también las relaciones sociales responsables de la desigualdad, así como las ideas que la justifican, la explican y la regulan. Es cierto que destaca a veces Gramsci el consentimiento, y otras veces el nexo entre fuerza y consentimiento, pero “nunca consideró la hegemonía como una ideología” (Crehan 2004: 1995).

imbuyen en la esfera médica, al igual que lo hacen en la producción científica, en las instituciones educativas o en las religiosas. No podemos entender el crecimiento de la biomedicina sino dentro los procesos más generales de industrialización, burocratización y mercantilización. Diríamos entonces que, en la biomedicina, lo normal y lo patológico se define de manera acorde con los valores, los estilos de vida, y los intereses de los grupos en el poder. Unos valores que, en este caso, están representados por la imagen de la familia nuclear.

En un nivel más concreto, podemos ver que no toda forma de malestar, sufrimiento, o miseria social es medicalizada. La medicalización es un proceso complejo en el que tienen que converger factores relacionados con profesionales médicos, estrategias políticas de salud pública y otros grupos sociales legos. Los grados de medicalización, por tanto, varían dependiendo de los contextos socio-históricos, y del proceso que estamos analizando. De esta manera, mientras que en España tiene lugar un proceso más claro de medicalización de la salud mental de los migrantes -son psiquiatras los que llevan a cabo el proceso-, en Ecuador la medicalización es más bien paramédica, una *psicologización* de la situación de los hijos de los migrantes, que es más difícil de separar de otras instancias y procesos de control social, y sanción – estigmatización de los hijos de migrantes (de clases trabajadoras). El desarrollo histórico de los sistemas sanitarios en ambos países es una de las principales variables explicativas de estas diferencias.

Katia Lurbe (2004) analiza cómo se construye a los inmigrantes como grupo de riesgo para la salud mental, explicitando la confluencia de intereses que hay detrás de este proceso de medicalización. Por una parte está el conocimiento experto. Los grupos profesionales que crean los servicios específicos de atención en salud mental a migrantes justifican el surgimiento de estos servicios por la toma de conciencia de que existen necesidades sanitarias que no son cubiertas por el sistema: tanto por restricciones jurídico-administrativas de acceso al sistema médico, como por un etnocentrismo y sociocentrismo del sistema sanitario que no da importancia a las barreras idiomáticas y culturales presentes en la atención a los migrantes, y como por la especificidad de la atención a las víctimas de tortura y violencia política. El “labrarse su propio espacio de poder en el mercado de la atención sanitaria y en el reparto de recursos, tanto públicos como privados, destinados a cuestiones sanitarias” (Lurbe 2004: 9), así como el prestigio que genera la nueva etiqueta de “experto en salud mental e inmigración”, forman parte de intereses no explicitados, en un proceso de profesionalización que reconoce a estos expertos como el grupo competente para intervenir sobre este ámbito específico.

En segundo lugar confluye el saber lego “de unos cuerpos que hallan en la enajenación de la que son objeto una brecha por la que visibilizar su sufrimiento y adquirir cuidados sanitarios” (Lurbe 2004: 9). En general, los usuarios de estos servicios “sólo

para inmigrantes” valoran positivamente la calidad humana del trato que se les da, dando a dicha calidad de los cuidados sanitarios recibidos más importancia que al hecho de que sean unos servicios segregados. No olvidemos, eso sí, que los usuarios de estos servicios son una mínima parte de los migrantes que viven y trabajan en nuestro país.

Converge, por último, una estrategia política de salud pública basada “en la gobernabilidad, el control y la regulación de los cuerpos extraños” (Lurbe 2004: 9). Una forma política más que engrosa la construcción dominante de los inmigrantes como problema, “como clase-objeto de las relaciones de dominación” (Ribas 2004: 65, explicando los planteamientos de Bourdieu y la construcción social de la integración).

En Ecuador, el discurso que medicaliza / problematiza a los hijos de los migrantes como grupo de riesgo de graves desórdenes psicológicos, alcoholismo, drogadicción y embarazos precoces, también puede analizarse como convergencia de este tipo de factores, si bien con algunas diferencias. En primer lugar estarían los intereses profesionales de un sector, paramédico en este caso, compuesto fundamentalmente por psicólogos, que ha encontrado en los hijos de los migrantes un objeto profesional legítimable. Además de en las referencias a psicólogos y psicopedagogos que hacíamos al inicio del capítulo, este proceso se refleja en las conversaciones mantenidas con el coordinador de una asociación dedicada a los migrantes:

Nos explica que lleva toda la vida trabajando en el fortalecimiento de los procesos de organización de las comunidades, en la formación de líderes sociales... Pero que ahora, el trabajo ya no sólo va por lo ideológico, ahora va más por lo psicológico, que si los niños se han vuelto más violentos y tienen a los profesores desesperados... Así, nos cuenta, que desde la asociación se habla con los profesores, se hacen tests psicológicos, se tiene contacto con las familias... y los casos patológicos se derivan a psicólogos, a terapias grupales o con la familia. Nos dice que ya tienen resultados de este trabajo, aunque termina por puntualizar que los migrantes no son los únicos con problemas, que a veces las familias resuelven con la migración situaciones conflictivas. (CC080703)

Estos profesionales tienen un discurso que toma del ámbito de la psicología del desarrollo “occidental” algunas teorías que ponen un fuerte énfasis en la importancia de los vínculos entre padres e hijos (Pribilsky 2001: 252). Un discurso que confluye con aquellos otros, hegemónicos, que naturalizan la familia nuclear, y “sacralizan” la infancia, y que, por tanto, fácilmente encuentra eco en las instituciones religiosas, asistencialistas, educativas y mediáticas que se yerguen como portadoras de los “valores de la sociedad”.

En segundo lugar se encuentran las familias migrantes que, en ciertas ocasiones recogen dicho discurso. Tal vez porque encuentren en él una manera de explicar y

actuar ante su malestar, pero sin olvidar, la convivencia necesaria que tienen con esas instituciones que gestionan los medios de comunicación, los colegios, las iglesias, y los servicios sociales, entre los que se desenvuelve una parte importante de su vida. El inmigrante puede recurrir o no a los servicios de salud mental, los hijos de migrantes no pueden escoger si ir o no al colegio.

Por último, confluyen las instituciones estatales, en un marco de discursos económicos, políticos y de construcción nacional, donde prevalece una imagen negativa de la migración y se insta a los migrantes a volver, para trabajar en la re-construcción de su país.

Dentro de las corrientes de pensamiento crítico, sociólogos, antropólogos, filósofos, teóricas del feminismo e historiadores, han puesto en evidencia el proceso de naturalización de la familia nuclear. Una crítica fundamental en el discurso sobre las “nuevas familias” que, en los últimos años, se ha desarrollado en España. Un discurso que reivindica la normalidad y posibilidades de las múltiples formas que hoy en día toma la familia española de clase media y acomodada: madres solteras, parejas de hecho, divorciados, adopciones internacionales, matrimonios homosexuales... La primavera de 2005, en dos semanas consecutivas el suplemento semanal de *El País*⁶ trató el tema de las nuevas familias y de los hijos de los migrantes. El tono desenfadado, normalizador y optimista sobre las nuevas familias no se aplicaba en igual medida a las familias transnacionales de migrantes ecuatorianos. Un doble discurso, en el que se pone en evidencia que la reivindicación positiva de nuevos modelos y valores de familia sólo puede ser realizada por quienes están mejor situados en la escala sociopolítica.

¿Es lo mismo medicalizar que socializar el sufrimiento de las familias?

Como hemos visto, en general en los procesos de medicalización, los intereses profesionales, y las estrategias de control social y gobernabilidad, confluyen con una búsqueda, por parte de aquellos medicalizados, de dar sentido y visibilizar un sufrimiento. No pretendo, ni mucho menos, negar la existencia de ese sufrimiento. Todos los miembros de familias transnacionales, a uno y otro lado del océano, incluso aquellos a los que mejor parece haberles ido, hablan con tristeza de la separación de sus hijos, padres, hermanos etc.

Me tocó allá quedarme con mis hijos. Tengo el apoyo de mi cuñada que estaba allí en la casa, me ayudaba. Y... de la noche a la mañana te levantas sin una persona que ha estado allí

6 EP(s) Aguirre (2005) y Sevillano (2005).

mucho tiempo, años. Teníamos la edad del niño 12 años, bueno cuando ella marchó 7 años, porque ya va a tener 5 años en Italia... Los niños... traté de compensar lo más que podía, estar ahí... con el cambio, los niños, el varón... no se puso rebelde, no cambió tanto, más bien como que bajó un poco en los estudios. La niña esa no, como es más pequeña parece que poco le afectó. El varón... como más pegado a la mamá. De una forma me di cuenta que no estaba solo, tenía el apoyo de mi cuñada, pero era muy duro llegar a casa, no encontrar a tu mujer, y pensar cómo estaría en un país extraño, bueno aquí por lo menos está la ventaja del idioma (...) durante mucho tiempo me afectó, me puse más delgado de lo que estoy, fue duro, hasta que poco a poco uno se acostumbra, se adapta al medio... Yo tenía mi trabajo, y prácticamente del trabajo a la casa y de la casa al trabajo, porque no podía. Yo sé que a mis niños les atendían igual, pero quería compensar un poco el amor que no tenían de la mamá. (Lucho, Barcelona, marzo 2004)

La mayoría de fotos están ahí, todas las que tiene adentro. También hay más, y ahí se ve muy lindo, y los patrones de la casa muy bien, incluso ellos le han dicho para ayudarla, para que ella saque sus papeles y pueda llevar a sus hijos. Porque mi hermana tiene 3 niños. Sufren bastante sin verla. La bebe más que todo. Ella se ha flaqueado, no quiere ni comer, así a veces... si es que la extraña mucho (Alegría, Guayaquil, noviembre 2004)

Antes yo no tenía nada de esto y bueno, a raíz de que se murió mi abuelito es que me agarra esto, no tenía yo..., y es hace poquito que estoy, y es en mi trabajo también, como estoy sola, que a veces me acuerdo de mi abuelito y ya me dan ganas de llorar. Pero cuando estoy más así con esa depresión es cuando lloro de verdad. Sí que lloro. Pero cuando no, me acuerdo sí, me da tristeza, pero sé que estaba tan viejito y enfermito y digo quizás sea lo mejor porque no sufre, y no le vemos enfermito, me consuelo a mí misma. Es así, y es que me coge desde allí la depresión, me pongo así como triste, me cambia el carácter. No sé, yo creo que ya me pasará con el tiempo, no. Yo misma tengo que superar, porque si no, por el bien mío mismo y el de mi hija y el de mi hogar que no estemos siempre. Porque mi marido a veces dice "bueno, hoy estás en un día..." y él se va. No me hace caso, luego yo me digo es que estoy mal, ya me pasará, con el tiempo... Pues ahora no estoy como la vez pasada, y es que como era justamente el día de las madres también se me vino todo encima (Eliza, Barcelona, mayo 2004)

Claro que es duro (vivir lejos de los hijos). Hay días que amaneces bien pero hay días que no, quieres estar allá, pero es eso, salir adelante. Pero a veces quieres estar con ellos, conversar. En momentos difíciles no puedes estar con ellos, aquí, duele bastante (Susana, Madrid, febrero 2005).

El dolor está ahí. Otra cosa es cómo se elabora, cómo se le da significado y sentido, cómo se integra en la práctica social y cultural de los migrantes, de sus familias y del contexto social en el que viven. Sin duda, una forma de hacerlo es mediante las imágenes hegemónicas, como la de ruptura de las familias. Unas imágenes culpabilizadoras que ejercen presión social, violencia simbólica, sobre los migrantes. No es la única. Otros, la mayoría de aquellos que han compartido un poco de sus vidas conmigo, simplemente “lo sufren”, “lo resisten”, “lo soportan con fortaleza y aceptación voluntaria”, “lo cargan a sus espaldas” (Fresneda 2004: 11), normalizan el dolor como parte de la vida cotidiana. Lo elaboran dentro de una cultura católica del sufrimiento, dentro de una forma de entender la vida, y también de experimentarla por las condiciones en las que se lleva a cabo, que considera que el sufrimiento algo intrínseco a la vida. Muy diferente de la de aquel discurso secular y dominante entre las clases medias y altas occidentales que describe un mundo sin dolor ni sufrimiento (Kleinman 1995: 116).

Si te bajas nadie te va a sacar, hay que seguir porque si te encuentras en una tristeza nadie te va a ayudar. A seguir, a reponerse y a arriba, haciendo lo que tienes que hacer. Yo siempre he pensado que pase lo que pase hay que seguir. En ese sentido no me he hundido nunca. Desde muy niña me ha pasado de todo y nunca me he hundido. Si algo te pasa por algo será... la única vez que me afectó demasiado fue cuando se murió mi padre, de ahí no me hundí... pero me afectó bastante. Dejar de pensar lo mismo... Me afectó bastante... Todo el resto que me ha pasado he tratado de superar, de pensar de otra manera, de pensar en positivo... (mujer de la Sierra, 20-30 años, clase trabajadora).

En los pueblos de la Sierra Sur Ecuatoriana los hijos de los migrantes a Estados Unidos sufren de “nervios”, un “síndrome culturalmente delimitado”, una enfermedad tradicional considerada fundamentalmente de mujeres y relacionada con la ruptura de las prácticas de reciprocidad. En este caso, vemos cómo las familias de migrantes elaboran el sufrimiento de sus hijos sobre la base de categorías nosológicas previas. Psicólogos, educadores, y opinión pública, interpretan estos casos de “nervios” como una manifestación más de los efectos de la “desmembración” / “fractura” familiar. Pribilsky (2001) dice que las interpretaciones deben ir más allá. En un contexto rural donde las relaciones de reciprocidad padres / hijos incluían la realización de distintas tareas productivas por parte de éstos, participación en las tareas domésticas, de campo y en las mingas (jornadas de trabajo) comunitarias, la migración ha cambiado radicalmente las pautas de relación. Los hijos se han vuelto una parte central en las prácticas de consumo de los hogares migrantes. Los migrantes quieren dar una “nueva vida”, más acorde con los ideales y valores sobre la niñez que están aprehendiendo en los

Estados Unidos. Dan a sus hijos educación –generalmente en escuelas de la ciudad, no de su pueblo de origen-, un cuarto en el que tengan privacidad –no como antes, que vivían en habitaciones compartidas y multiuso-, diferentes regalos. Es preciso, para estos niños, redefinir la reciprocidad, su posición en la familia, dentro de una situación cambiante en lo que se espera de ellos, en sus roles y responsabilidades. Los “nervios” en este contexto serían una vía para que los niños pudieran “dar voz a unos cambios de vida que no comprenden del todo” (2001a: 251).

Jason Pribilsky busca explicar desde una perspectiva más social el sufrimiento de los hijos de los migrantes, expresado mediante los “nervios”. En lugar de medicalizarlo (*psicologizarlo*), lo socializa. ¿Existe alguna diferencia entre una y otra opción?, ¿Acaso no son dos formas similares de “imperialismo”: médico en un caso y sociológico en el otro (Williams 2001)? ¿No nos encontramos ante dos “transformaciones profesionales” del sufrimiento, entre las que no podríamos decir que sea “moralmente superior antropologizar el malestar que medicalizarlo, que lo que se pierde en las versiones médicas –la complejidad, la incertidumbre y lo ordinario de la experiencia del mundo de algunos hombres y mujeres- se pierde también cuando la enfermedad es reinterpretada como rol social, estrategia social o símbolo social... como algo que no sea experiencia humana”? (Kleinman 1995: 96).

Yo pienso que sí hay diferencias. Médicos y psicólogos argumentan que ante la inmediatez del sufrimiento humano que va en busca de apoyo a distintos tipos de servicios médicos, psicológicos y sociales, se quiere por una parte denunciar la existencia de ese dolor y por otra dar respuesta rápida, directa. Denuncia y respuesta que están dentro de la práctica totalidad de los discursos médicos y psicológicos sobre las migraciones (Rae-Espinoza 2004, Fresnedas 2004). Sin embargo, no podemos olvidar que es una respuesta controvertida. Una respuesta que pasa muchas veces por medicamentos antidepressivos y ansiolíticos con distintos efectos iatrogénicos. Una respuesta que, generalmente, individualiza las causas y la búsqueda de soluciones a ese dolor, lo de-politiza y de-socializa.

Sin duda, la acción social es más lenta y compleja, y las ciencias sociales no escapan tampoco a ser una construcción contextualizada socio-históricamente. “Traer a la conciencia los mecanismos que vuelven la vida dolorosa, incluso invisible, no es neutralizarlos; sacar a la luz las contradicciones, no es resolverlas. Pero, por más escéptico que uno pueda ser sobre la eficacia social del mensaje sociológico, no se puede tener por nulo el efecto que puede ejercer permitiendo a aquellos que sufren descubrir la posibilidad de imputar su sufrimiento a las causas sociales y sentirse así disculpados; y haciendo conocer ampliamente el origen social, ocultado colectivamente, del malestar en todas sus formas, incluidas las más íntimas y secretas” (Bourdieu 1993: 1453-1454, traducción propia).

Bibliografía

- ACHOTEGUI, J. (2000) Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial, *in* Perdiguero, E. *et al.* (eds) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Edicions Bellaterra
- ACHOTEGUI, J. (dir) (2003) *Depresión y ansiedad en el inmigrante. Curso de formación continuada*, Barcelona: Ediciones Mayo S.A.
- AGUIRRE, B. (2005) “Hijos en la distancia”, *EP{s}-semanal* 29-5-2005.
- AJA, E. (2002) *Els menors immigrants del carrer a Barcelona*, Barcelona: CIIMU. <http://www.ciimu.org>
- BAER, H. *et al.* (1997) *Medical Anthropology and the World System*, Westport, Connecticut: Bergin & Garvey.
- BALANZÓ, X. *et al.* (2003) *Els immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxis* 16, Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- BORRERO, A.L. *et al.* (1995) *Mujer y migración. Alcance de un fenómeno nacional y regional*, Cuenca: ILDIS - Abya Yala.
- BOURDIEU, P. (dir.) (1993) *La misère du monde*, Paris : Éditions du Seuil.
- CAMPAÑA, A. (2001) “Salud mental y migración”. *Conferencia del Cuarto Curso Internacional Nuevos Paradigmas en Psiquiatría*, Quito: Asociación Latinoamericana de Psiquiatría y Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría.
- CARDOSO, M.A. (2002) “Familias ecuatorianas: una mirada desde la clínica”, *Ecuador Debate* núm. 56. Quito: <http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/debate/>
- CARRILLO, M.C. (2005) “El espejo distante. Construcciones de la migración en los jóvenes hijos e hijas de emigrantes ecuatorianos” *in* Herrera, G. *et al.* (eds.) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- CONRAD, P. (1992) “Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology* núm.18, pp. 209-232.
- CORTÉS, A. (2005) “La experiencia del codesarrollo Ecuador-España: una aproximación a un transnacionalismo ‘desde el medio’”, *in* Herrera, G *et al.* (eds) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- CREHAN, K. (2004) *Gramsci, cultura y antropología*, Barcelona: Edicions Bellaterra.
- FOUCAULT, M. (1995) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México D.F: siglo XXI, 15ª edición.
- FRESNEDA, J. (2004) “La salud mental del colectivo de inmigrantes ecuatorianos en España: una visión construccionista”, *4t Congrés sobre la immigració a Espanya. Ciutadania i participació*, Girona.

- GARCÍA-CAMPAYO, J. *et al.* (2002) “Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío”, *Medicina Clínica (Barcelona)*, núm. 118, pp. 187-91.
- GREGORIO, C. (1998) *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.
- HERRERA, G. *et al.* (2004) *Jóvenes, migración y familia en la región sur del Ecuador*. Informe presentado al Fondo de Solidaridad, Quito: FLACSO.
- HERRERA, G. *et al.* (2002) *Género y migración en la región del sur. Informe final revisado*, Quito: FLACSO.
- KLEINMAN, A. (1995) *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press.
- LÓPEZ RODRÍGUEZ-GIRONÉS, P. (2004) “Relaciones de género entre migrantes ecuatorianos en el nuevo contexto de ‘la Rambla’”, Murcia: un acercamiento desde la Antropología”, *Ecuador Debate*, Quito, num. 63, pp. 121-152.
- LURBE, K (2004) “La gestión de inmigrantes extracomunitarios y refugiados como grupos de riesgo sanitario”, *4t Congrés sobre la immigració a Espanya. Ciutadania i participació*, Girona.
- MEÑACA, A (2004) “Procesos de salud que traspasan fronteras. Familias entre el Ecuador y España”, *Cuicuilco*, México (en prensa).
- MEÑACA, A (2005) “Ecuatorianas que ‘viajaron’. Las mujeres migrantes en la familia transnacional”, in Herrera, G. *et al.* (eds) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- MEÑACA, A (2007) *Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas, Tesis de doctorado*, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- NARANJO, P. (1992) “Desnutrición” in Sempertegui, R. *et al.* (eds) *Panorama epidemiológico del Ecuador*, Quito: Ministerio de Salud Pública.
- PRIBILSKY, J. (2001) “Nervios and ‘modern childhood’. Migration and shifting contexts of child life in the Ecuadorian Andes”, *Childhood* núm. 8(2), pp. 251-273.
- QUEIROLO, L. (2005) “Entre ciudadanía, discriminación e integración subalterna. Jóvenes latinos en Génova”, in Herrera, G *et al.* (eds) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- RAE-ESPINOZA, H. (2004) *Emigración e inmigración desde una óptica de paz. Los niños dejados detrás: consejos prácticos para familias re-estructuradas*, Guayaquil, Conferencia.
- SCOTT, J. (1985) *Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance*, New Haven: Yale University Press.
- SEVILLANO, E. (2005) “Nuevos tiempos, nuevas parejas”, *EP{s} – semanal* 6/2/2005.

- WILLIAMS, S.J. (2001) "Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now?", *Sociology of Health and Illness* núm. 23(2), pp. 135-158.
- ZOLA, I.K. (1983) *Socio-medical inquiries*, Philadelphia: Temple University Press.

Resumen

Existen distintos discursos que relacionan las migraciones con procesos de ruptura de familias, para después afirmar que esta des-estructuración es causa de distintas patologías mentales y sociales. Estos discursos evidencian un claro proceso de medicalización de los sujetos migrantes y sus experiencias, que forma parte del fuerte proceso de control social que, desde múltiples instancias sociales, se lleva a cabo sobre ellos. En este artículo me propongo poner en evidencia y analizar dicho proceso en el caso de las familias migrantes ecuatorianas. Frente a la propuesta individualista y muchas veces culpabilizadora de la medicalización, desvelar la construcción y las causas sociales del sufrimiento de los migrantes no acaba con él, pero abre el camino a la búsqueda de otro tipo diferente de soluciones.

Abstract

There are different discourses that relate migrations with family break-up and consider them cause of different mental and social pathologies. These discourses evidence a clear medicalization process of migrants and their experiences which is part of a broader situation of social control. In these pages, I illustrate and analyze the specific case of Ecuadorian migrant families between Spain and Ecuador. In a different way than medicalization, the analysis of the social construction and causes of migrants' suffering does not finish it off, but opens the possibility to new non individualistic and non blaming solutions.