

# Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural. Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas

Rubén Muñoz Martínez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social /Sureste

**RESUMEN:** *En este texto se discute un estudio de caso, enmarcado en la investigación que llevé a cabo en mi tesis de doctorado, que analiza una praxis terapéutica inscrita en la corriente etnopsiquiátrica fundada por Georges Devereux, la cual tenía el objetivo de mejorar el acceso y disfrute a los cuidados de salud de las personas que viven en Bélgica pero son de origen extranjero. Debatiré la pertinencia de esta práctica desde el punto de vista de su adecuación a una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural y eficacia, haciendo hincapié en sus principales potenciales y aspectos problemáticos siguiendo tres niveles de análisis antropológico: el que se refiere al lugar en el cual, a diferencia de otras prácticas etnopsiquiátricas que se utilizan en Bélgica y que no están adscritas a la red de cuidados de derecho común, se inscribe, es decir, un hospital público; otro es el que comprende a los destinatarios para los que fundamentalmente está configurada esta modalidad de intervención terapéutica, es decir, las personas de origen extranjero; y el tercero es el relativo a su particular metodología, en la que a su vez destacan tres de sus elementos emblemáticos, como el grupo multicultural y multidisciplinar de terapeutas, el discurso basado en el paciente y el uso de los llamados "objetos activos".*

**PALABRAS CLAVE:** *diversidad cultural, migración, etnopsiquiatría, salud mental, terapia.*

**ABSTRACT:** *This text discusses a case study related to the research conducted for my doctoral thesis, which analyzes a therapeutic practice within the ethnopsychiatric school of thought founded by Georges Devereux, which was intended to improve access to and receipt of healthcare provided to people, who although living in Belgium, were foreign-born. I will debate the pertinence of this practice from the viewpoint of its adaptation to health care, being sensitive to cultural diversity and efficacy, stressing the potential principles and problematic aspects, following three levels of anthropological analysis: the one referring to the place, a public hospital in which registration is necessary, where, unlike other ethnopsychiatric practices used in Belgium that are not included in the network of care everyone is entitled to; another is that it includes the recipients for whom*

*this manner of therapeutic care is designed, meaning foreigners; and third, it is related to its particular methodology, in which three emblematic elements stand out, such as the multicultural and multidisciplinary group of therapists, the patient-based thinking and the use of so-called "active objects".*

**KEYWORDS:** *cultural diversity, migration, ethnopsychiatry, mental health, therapy.*

## INTRODUCCIÓN

En el presente texto se discute un estudio de caso, enmarcado en la investigación llevada a cabo en mi tesis de doctorado<sup>1</sup> [véase Muñoz, 2010], que analiza una praxis terapéutica, inscrita en la corriente etnopsiquiátrica fundada por Georges Devereux, cuyo objetivo es mejorar el acceso y disfrute a los medios sanitarios de la personas de origen extranjero en Bélgica. La perspectiva adoptada en esta investigación es la de una antropología, en el área médica, de carácter aplicado.

La práctica etnopsiquiátrica que se aborda forma parte de un conjunto de praxis interculturales<sup>2</sup> que han emergido en Bélgica desde finales de los años 80 en el ámbito de la atención médica (asociativo e institucional) como respuesta a la inequidad en el acceso y disfrute a los cuidados de salud, institucionales, de las personas de origen extranjero. Se trata de la consulta de etnopsiquiatría, emblemática por sus características y representativa, en su perspectiva teórica y metodológica, del conjunto de las que en la actualidad tienen lugar en Bélgica, del hospital Brugmann de Bruselas.

El eje central del debate que aquí se propone es la pertinencia de esta práctica, desde el punto de vista de su adecuación a una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural y eficacia, haciendo hincapié en sus principales potenciales y aspectos problemáticos siguiendo tres niveles de análisis antropológico: el que se refiere al lugar en el cual, a diferencia

<sup>1</sup> Desarrollé la temática al respecto en una ponencia presentada en el X Congreso Argentino de Antropología Social (que tuvo lugar en 2011 en Buenos Aires, Argentina), la cual me inspiró a escribir este texto.

<sup>2</sup> Analicé algunas de ellas en mi investigación durante el periodo 2006-2010. El tramo de investigación correspondiente a mi estancia en Bélgica fue financiado por la Universidad Autónoma de Madrid. La observación participante en la consulta del hospital Brugmann de Bruselas tuvo lugar durante seis meses, de 2006 a 2007, a las que acudí todos los jueves de las 13:30 a las 19:30 horas (a esto se suman dos visitas de control en 2008 y la participación en otros espacios de reunión y debate con los terapeutas en los meses mencionados).

de otras prácticas etnopsiquiátricas en Bélgica no adscritas a la red de cuidados de derecho común, se inscribe: *un hospital público*. El que comprende a los destinatarios para los que esta modalidad de intervención terapéutica está, fundamentalmente, configurada: *las personas de origen extranjero*. Y el relativo a su particular metodología, destacando tres de sus elementos emblemáticos como son: *el grupo multicultural, y multidisciplinar, de terapeutas: el discurso basado en el paciente y el uso de los llamados objetos activos*.<sup>3</sup>

En lo que respecta al orden del texto voy a comenzar hablando de la emergencia de las prácticas terapéuticas destinadas, o adaptadas, a las personas que viven en Bélgica pero son de origen extranjero. Después paso a tratar las características generales de la corriente etnopsiquiátrica y de su aplicación en el ámbito clínico en Europa, así como los debates que se han generado, principalmente en (y desde) Francia, sobre su pertinencia y las problemáticas inherentes a sus praxis. A continuación describiré la práctica que tiene lugar en el hospital Brugmann de Bruselas, para después exponer algunas de sus fortalezas y debilidades desde los tres niveles de análisis antropológico ya mencionados; es decir, el lugar, los destinatarios y la metodología. Concluiré con algunas consideraciones finales y recomendaciones.

#### EL CONTEXTO DE LAS PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS INTERCULTURALES EMERGENTES EN BÉLGICA

Desde hace algunos años en Bélgica se han venido criticando las teorías y métodos de asistencia occidentales por ser insensibles a la diversidad cultural y por las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica. La perspectiva hegemónica en el ámbito sanitario occidental ha consistido, a lo largo del tiempo, en que los pacientes con itinerarios socioculturales diferentes a los de la clase media autóctona para la cual está configurada la asistencia médica [Waitzkin, 1991] tienen que adaptarse al sistema, en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adecuados a sus trayectorias y cosmovisiones. Tal y como señala Gailly [2009], en el ámbito de la sa-

<sup>3</sup> Como se verá más adelante, el *objeto activo* se define principalmente como un objeto que carece de connotaciones conceptuales en el contexto en el cual es utilizado. El terapeuta deberá hallar un objeto sin nombre, al cual sea imposible encontrarle un lugar y función en un sistema clasificatorio, con la excepción de su clase; el de los *objetos activos*. Los objetos son entendidos aquí como objetos del mundo sensible. Algunos sistemas terapéuticos utilizan una mezcla de sustancias provenientes de universos heterogéneos (animal; pelo, excrementos, etc.; mineral o vegetal) o letras del alfabeto combinadas (y utilizadas como cosas en lugar de como signos) [Nathan, 2001].

lud mental las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se consideran desviaciones o patologías, en lugar de diferencias culturales. Frente al fracaso del encuentro terapéutico en dichas situaciones de multiculturalidad significativa, se ha tendido a considerar que éste se debe a que el paciente carece de las habilidades y el nivel cultural en términos evolutivos y de instrucción necesarios para recibir la asistencia biomédica occidental.

Con el transcurrir del tiempo la presencia de personas de origen extranjero, con trayectorias socioculturales diversas, viviendo en Bélgica y otros países de Europa Occidental, y la falta de eficacia del modelo terapéutico hegemónico (siguiendo la denominación de Menéndez [1984]), ha llevado a muchos profesionales de la salud a ampliar las miras en el ámbito de la atención médica.<sup>4</sup> Esto ha ocurrido fundamentalmente con las praxis terapéuticas pertenecientes al campo de la salud mental. Lo cual, sin duda, sucede también en el área somática pero no de una manera tan relevante, al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica, como en el particular de la salud mental [Leman y Gailly, 1992].

En el caso específico que nos ocupa de Bélgica se ha asistido, fundamentalmente desde finales de los años ochenta, a la emergencia de una serie de prácticas, de carácter intercultural<sup>5</sup> en el ámbito de atención sanitaria (institucional y asociativo), dirigidas a aquellas personas que por su itinerario sociocultural encuentran mayores dificultades en el acceso y disfrute igualitario a los medios sanitarios de derecho común.<sup>6</sup> Entre ellas se con-

<sup>4</sup> Dicho cuestionamiento no ha sido exclusivo de los contextos del llamado primer mundo, sino que a lo largo de los años se ha venido dando también en otros lugares. Un ejemplo de ello es, en el contexto de la descolonización del África Occidental y como respuesta al fracaso de los modelos psiquiátricos monoculturales occidentales, el modelo de intervención de Henry Collomb [véase Collomb, 1965] en el servicio de neuropsiquiatría del hospital de Fann (Senegal) creado en 1956.

<sup>5</sup> La interculturalidad será entendida aquí como la dimensión de diálogo, aprendizaje e intercambio [Giménez, 2003] en la interacción sociocultural entre los portadores y productores de las culturas relacionadas (y sus elementos en juego). En este sentido, la interculturalidad conlleva una visión relacional, dinámica y no esencialista del propio concepto de cultura, lo cual obliga a abrirse a los intentos de cristalización culturalista en el uso de taxonomías deterministas de las dimensiones explicativas que comprenden a las conductas y prácticas humanas.

<sup>6</sup> Estas praxis están insertas en los tres modelos que desarrollé, inspirado en los enunciados por Leman y Gailly [1992], y que explico a continuación: *a) El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*, en el cual encontramos aproximaciones como la llamada "Formulación cultural de casos psiquiátricos" en centros de atención médica (estatales y asociativos), o en las clínicas especializadas en el abordaje de las secuelas de la tortura (EXIL), etc. *b) El modelo etnopsiquiátrico*, correspondiente a la consulta

solidaron, a lo largo de la década de los noventa y principios del 2000, una constelación de prácticas terapéuticas de tipo etnopsiquiátrico (inspiradas en la corriente fundada por George Devereux) en el escenario asociativo e institucional de Bélgica.<sup>7</sup> De ello hablo a continuación.

#### EL NACIMIENTO DE UNA PRAXIS CLÍNICA. APROXIMACIONES TEÓRICO METODOLÓGICAS Y PROBLEMÁTICAS DE LA CORRIENTE ETNOPSQUIÁTRICA

En la historia y desarrollo de la llamada psiquiatría cultural, Kirmayer y Franzp [2000] proponen que existen tres grandes líneas que reagrupan a sus prácticas e intereses. En primer lugar encontramos los estudios comparativos transculturales de la forma y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En segundo lugar, el estudio de las poblaciones migrantes y las variaciones culturales de la enfermedad dentro de las naciones étnicamente diversas y, en tercer lugar, una crítica cultural de la teoría y práctica psiquiátrica.

Podemos situar a la teoría etnopsicoanalítica y los principios metodológicos desarrollados por George Devereux en la primera y tercera línea. Con la descripción que hace en su obra *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide* [1961] respecto de lo que piensan los mohaves sobre los trastornos del comportamiento (la nosología, la sintomatología de cada una de las enfermedades distinguidas y las formas de atención/curación), George Devereux instaura un punto de inflexión. Tanto esta parte como el resto de su obra nos lleva a considerarlo, suscribiendo lo afirmado por Laplantine [1973: 134], como la figura más influyente en el *etnopsicoanálisis contemporáneo*. Desde el punto de vista metodológico, Devereux propone una *aproximación complementarista* que aborde de forma separada las dimensiones *psicológica, social y cultural* del trinomio salud/enfermedad/atención. El método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones, siendo cada una exhaustiva en su cuadro de referencia pero apenas parcial en otro

---

de etnopsiquiatría del hospital Brugmann de Bruselas (así como otras consultas que se dan en las ONG). c) *El modelo antipsiquiátrico intercultural*, propio de la comunidad terapéutica intercultural de las "casas peul" (*L'autre Lieu*) en Bruselas [véase Muñoz, 2010]. La diferencia entre los tres modelos reside principalmente en la relativización que se produce de (y en algunos casos desde) las concepciones y prácticas de la mirada biomédica hegemónica en el proceso de abordaje terapéutico del padecimiento, incorporando las de los pacientes en búsqueda de una mejora en la eficacia terapéutica.

<sup>7</sup> Y otros países como Francia, Suiza o Canadá.

cuadro distinto. Lo importante, desde este punto de vista, será la eficacia que se desprenda de un mecanismo terapéutico adaptado al universo explicativo del paciente, más allá de si se fundamenta en el razonamiento científico o de una religión o etnia determinada. De tal manera que, en la práctica psiquiátrica, no se excluya ningún método o teoría terapéutica si no que se trate de coordinarlos [Devereux, 1998].

Desde finales de los años setenta, y especialmente a principios de los noventa, los principios teóricos y metodológicos de Devereux se fueron consolidando en una serie de prácticas clínicas promovidas en su inicio por Tobie Nathan. Originadas en Francia, y debido a su éxito incipiente, se han ido expandiendo al ámbito de cuidados no normalizados (clínicas y asociaciones privadas) así como a algunos centros sanitarios públicos, principalmente por los contextos de influencia francófona europeos y norteamericanos.<sup>8</sup> El éxito de estas prácticas se debe sobre todo a la mayor eficacia curativa que han demostrado tener con algunos pacientes de origen extranjero, para quienes no están adaptados los dispositivos terapéuticos normalizados. Es aquí donde esta práctica se inserta en la segunda línea general de la psiquiatría cultural, relativa al vector migración, enunciada anteriormente.

La praxis etnopsiquiátrica ha emergido en diversos contextos en los que se han articulado sus características específicas, lo cual nos lleva a dejar de considerarla como una praxis homogénea y a referirnos a ella en plural, es decir, a hablar de praxis etnopsiquiátricas. En un principio su vector de intervención se centró, en particular, en el tratamiento de personas migrantes de origen extranjero, pero con el tiempo comenzó a incluir a otros grupos de población (por ejemplo las minorías culturales autóctonas, las víctimas de sectas, etc.). El eje central de intervención con los migrantes parte de un problema que no sólo atañe a un modelo de práctica clínica, asimilacionista, hegemónico (e inoperante con este tipo de pacientes), sino también a un modelo político-normativo de gestión de la diversidad cultural (el modelo multicultural asimilacionista francés). Para ello, y en el análisis antropológico que aquí nos ocupa, la práctica clínica etnopsiquiátrica (promovida por Nathan) problematizará la perspecti-

---

<sup>8</sup> La primera práctica etnopsiquiátrica destinada a los pacientes inmigrantes en hospitales y clínicas europeas fue desarrollada en 1979 por Tobie Nathan en el hospital Avicenne de Bobigny (Francia). En 1993 fundó el centro Devereux en París. Actualmente países no francófonos, como Italia, cuentan con aproximaciones terapéuticas de corte etnopsiquiátrico. Cabe mencionar que en el contexto actual de Francia la aproximación teórico metodológica de la etnopsiquiatría también se ha llevado a la consulta psicológica de un colegio de París [véase Duvillié, 2006].

va que hace recaer el fracaso de la terapéutica institucional dominante, con el paciente inmigrante, en su adhesión a los universos culturales de su país, y contextos, de origen, dándole la vuelta al argumento. Esto es, el padecimiento no surge por la resistencia a la aculturación si no precisamente por la pérdida de *attachments*, traducido en adhesiones y recursos, de la persona que es asimilada por la cultura dominante del país de destino al que migró. En este sentido, las instituciones (escuelas, hospitales, etc.) funcionan como máquinas de abrasión de las diferencias culturales [Nathan, 2001(1994)]. La propuesta clínica del autor se puede sintetizar en cuatro ejes argumentativos que se contraponen, dialécticamente, con algunas de las aproximaciones hegemónicas de las psicoterapias occidentales: *a)* Una acción práctica frente a una postura interpretativa. *b)* La consideración del paciente como experto de la etiología y entidades nosológicas a los que remite su padecimiento. *c)* Un posicionamiento crítico con la idea de que la persona está sola con, y en, su padecer (siempre estará acompañada de un mundo espiritual de seres que, en su presentación cultural, reenvían a las causalidades del padecer, así como a las adhesiones, que actúan como mecanismos resocializadores, del sujeto). *d)* Una teoría terapéutica basada más en la influencia que en el diagnóstico y tratamiento de pretensión objetivista.

A la par del éxito y proliferación de las clínicas etnopsiquiátricas han comenzado a surgir diversos cuestionamientos a este tipo de dispositivos terapéuticos y a las teorías que los defienden. Autores como Fassin [1999], entre otros, señalan que su éxito reside en que se han implantado en un espacio favorable que había sido dejado de lado por los poderes públicos y las instituciones sanitarias y sociales. En este sentido, una de las críticas más comunes que se han hecho a los denominados “centros especializados en el tratamiento, etnopsiquiátrico, de inmigrantes”, como el Centre George Devereux (de Tobie Nathan) en París, es la segregación de la población de origen extranjero, bajo una reducción esencialista de la alteridad<sup>9</sup> [Rechtman,

<sup>9</sup> Se cuestiona la sobredeterminación cultural que conlleva concebir que la terapéutica se debe adaptar al universo cultural de origen del paciente (como aboga Nathan [1998]), ya que éste sólo vehiculará su malestar de forma tradicional. Por otra parte, defensores como Moro [1998] y el propio Nathan [2001 (1994)] tratan de consolidar, desde el punto de vista ontológico y pragmático en la intervención clínica, un eje de problematización de las dinámicas culturales migratorias y el mestizaje concibiéndolos como patológicos. Esta perspectiva eminentemente culturalista puede implicar tres riesgos: el primero es ignorar las condiciones sociales, económicas y jurídicas en las que se desenvuelve el paciente día a día; el segundo es pasar por alto la capacidad de las personas de origen extranjero de concebir modelos explicativos del distress de tipo político y social (legislación del país, posición estructural, socioeconómica y laboral en

1995], evitando incorporarlos en el sistema de cuidados de derecho común público. Segregación, por otra parte, que se produce a su vez desde instancias pertenecientes al ámbito social, educativo, jurídico, etc., ya que muchos de estos pacientes, en dicho contexto, son derivados desde instituciones no sanitarias (por trabajadores sociales, educadores, etc.) a los dispositivos etnopsiquiátricos bajo el argumento del abordaje, terapéutico, de un padecer que remite a especificidades culturales.

En el plano de las “declaraciones de intenciones” uno de los argumentos relacionados con la adopción de una postura respecto de la práctica clínica, que ha sido objeto de numerosas críticas, fue la exhortación por parte de Nathan [2001] a crear guetos culturales frente al asimilacionismo/integracionismo francés:

Yo lo afirmo alto y fuerte, los niños soninkes, bambaras, peuls, dwalas... ¿qué sé yo todavía? pertenecen a sus ancestros. Lavarles el cerebro para hacer blancos, republicanos, racionalistas y ateos es simplemente un acto de guerra [...] En las sociedades de fuerte emigración hay que favorecer los guetos con el fin de no obligar a una familia a abandonar su sistema cultural. [Traducción propia.]

Según Jaffre [1996], estos argumentos de “buen corazón” ponen a los objetos de tal solicitud en peligro de ser desalojados de sus vidas. La historia de estos actores es testimonio de otras opciones y otra vitalidad. No se trata de nostalgia cultural sino de dinámicas sociales. De esta forma, una po-

---

la que se encuentran, incidencia de variables como la discriminación, etc.) (al respecto cabe destacar el trabajo de Creen [2000]), y el tercero es no tomar en cuenta el problema de la adscripción identitaria impuesta al paciente por el dispositivo terapéutico y su metodología, en tanto que migrante y alteridad. No hay que olvidar que en muchos casos estamos hablando de pacientes cuya “condición/origen migratorio” puede remontarse a sus padres o abuelos, lo cual, desde el punto de vista de la referencia del dispositivo terapéutico etnopsiquiátrico a una “cultura tradicional” exógena (de origen) es contradictorio. Y esto no sólo es resultado de considerar foráneo tanto al sujeto como a sus prácticas y creencias (religiosas, valores, etc.) que conviven en el seno de una sociedad multicultural en una suerte de principio arbitrario, discriminatorio, sobre lo ajeno y lo propio (instrumento reproductor de la estratificación social), sino también de atribuir una condición genealógica étnica a un ciudadano autóctono, cuya única diferencia, impuesta por el concepto “filiación migratoria”, es tener algún ascendiente que en algún momento de su vida migró al país en el que nació (sobre esta discusión me remito, entre otros, a Sayad [1994]).



sición romántica culturalista como la enunciada lleva a una visión de no relacionalidad y de clausura y homogeneización intragrupal.<sup>10</sup>

En la actualidad los dispositivos etnopsiquiátricos emergen en una gran variedad de contextos diferentes impulsados por personas que, a su vez, poseen miradas y sensibilidades muy diversas. Si bien, muchos de ellos, se inspiran en la epistemología desarrollada por Nathan, sus métodos y los efectos que se desencadenan de los lugares que ocupan y de la población a la que se dirigen, en mi opinión, no deben ser reducidos a estos debates que, con un carácter con frecuencia generalizador, se han referido al contexto del Centro George Devereux. Por otro lado, muchas de estas críticas no se han basado en un trabajo de campo previo, sino que están fundamentadas en la lectura de los textos de sus defensores.<sup>11</sup> Desde mi punto de vista, si bien son relevantes para evitar los peligros y consecuencias que pueden implicar ciertos marcadores paradigmáticos, ideológicos y metodológicos de la praxis etnopsiquiátrica, deben matizarse, o incluso descartarse, a la luz de la observación *in situ* de una práctica etnopsiquiátrica específica.

<sup>10</sup> Cabe comentar también que para algunos autores, como Fassin [2000], la llamada a la producción de guetos como una forma de preservar la identidad cultural les recuerda el uso de una experiencia clínica como base para erigir un modelo de gobierno del tipo que propuso el psiquiatra Carothers en el caso de la *villagisation* de los Mau Mau, cuyo objetivo era acallar las protestas que comenzaron a surgir en la Kenia de los años cincuenta frente a la colonización inglesa, o la conocida como *separar para pacificar*, en el caso de los bantustanes del Apartheid. En este caso Carothers diagnosticaba el movimiento social de protesta de los mau mau patologizándolo, por una parte, atribuyéndoles un perfil psicológico propio de sus personalidades culturales (disociación de la personalidad, propensión a la duplicidad criminal...) y, por otra, atribuyéndoles una patología derivada del contacto con el mundo europeo y el conflicto consiguiente con éste (crisis de sus valores tradicionales, etc.). Su propuesta consistía en un programa, conocido como *villagisation*, que el imperio británico ya utilizaba con frecuencia contra las revueltas. Dicho programa favorecía el reagrupamiento en unidades espaciales de tamaño modesto, lejos de las ciudades y de sus efectos desestructurantes, en donde podían encontrar formas de vida ancestrales.

<sup>11</sup> Algunos trabajos posteriores (cuyos autores son investigadores o etnopsiquiatras) realizados en contextos como el de Canadá o Francia sí incorporan una perspectiva de observación/participación en las prácticas, sin embargo, su línea descriptiva y analítica es, en mi opinión, glorificadora y poco crítica con las mismas [véase, por ejemplo, Lecomte, Jama y Legault, 2006].

## LA PRAXIS ETNOPSQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL BRUGMANN (BRUSELAS)

*Espacios en los que se desarrolla la consulta*

El hospital Brugmann fue inaugurado oficialmente en el año 1923. Una de sus particularidades, desde el punto de vista arquitectónico, es que fue el primer hospital belga que fue trazado de forma horizontal por recomendaciones de los médicos jefes de servicio. La concepción en pabellones con jardines comunicantes buscaba limitar los riesgos de contaminación y respetar el ambiente y la planificación del territorio. Actualmente se encuentra en la frontera entre dos barrios de gran diversidad sociocultural: Laeken, al norte, y Jette, al sur.

En 1991 varios psiquiatras que trabajan en el hospital Brugmann comenzaron a plantearse la posibilidad de incorporar la metodología y aproximaciones de la etnopsiquiatría (que estaba emergiendo en Francia de la mano de Tobie Nathan, y con el cual estaban en contacto) para mejorar la eficacia terapéutica al tratar a los pacientes de origen extranjero. Gracias a la sensibilización, con el problema de las limitaciones de una praxis monocultural en un contexto de diversidad cultural, de sus compañeros y su trabajo en esta dirección<sup>12</sup> consiguieron superar algunos de las barreras de la cultura organizativa-administrativa del hospital logrando incorporar, en un principio, la asistencia de varios profesionales de la salud mental a la consulta psiquiátrica convencional.<sup>13</sup>

Tras la fundación del Centro Georges Devereux, en París, se pensó crear uno de iguales características en Bruselas. Sin embargo, como era más conveniente mantener la consulta de etnopsiquiatría en el seno de un hospital público en vez de en un centro específico para inmigrantes (entrevista con Woitchick, 2006) este proyecto se canceló y dicha consulta se mantuvo en el interior de la estructura hospitalaria de Brugmann y la red de cuidados sanitarios de derecho común. En su carácter inclusivo, derivado de su emplazamiento y adscripción al sistema público, encontramos uno de los ejes a resaltar, en el debate que nos ocupa, significativamente diferenciado de

<sup>12</sup> En ese periodo comenzaron a debatirse, en el panorama nacional belga, las problemáticas del acceso a los cuidados de salud de la población de origen extranjero y la necesidad de medidas como la mediación intercultural sanitaria, cristalizándose las primeras políticas públicas en este sentido (ver Muñoz, 2010).

<sup>13</sup> Entrevista personal con Philp Woitchick, etnopsiquiatra del hospital Brugmann, Bruselas, 2006.

otras praxis, en Bélgica u otros países, externas a la red pública de cuidados sanitarios.<sup>14</sup>

Ubicada en el pabellón de consultas del área de psiquiatría, la consulta tiene lugar todos los jueves en la tarde (de 13:00 a 19:30), con sesiones cuya duración varía de una a dos horas.<sup>15</sup> El espacio en el que se desarrolla la misma es uno de los consultorios en los que se dan las consultas “convencionales” durante la semana, habilitado de tal forma que los terapeutas (que pueden ser de 10 a 15), el paciente y sus acompañantes forman un círculo junto con el etnopsiquiatra. La mesa, que constituye una frontera simbólica (sobre la que se prescribe el diagnóstico/tratamiento y se asignan los roles según las posiciones a uno u otro lado) entre el terapeuta y el paciente, se lleva a un rincón con el fin de abrir el espacio para el grupo. En dicha disposición espacial los terapeutas ocupan un lugar, elegido arbitrariamente y sin una codificación expresa, y el psiquiatra se sitúa por lo general un poco más adelante, frente al paciente, sin llegar a estar en medio del círculo.<sup>16</sup> Inspirada en la teoría del espacio intermedio de Winnicot

<sup>14</sup> Por otra parte, el campo social sanitario institucional y el itinerario y formación del psiquiatra inciden en algunas de las particularidades de la práctica. Al respecto se puede señalar que la selección y coordinación de ciertas estrategias metodológicas y la exclusión de otras se relaciona con el criterio del etnopsiquiatra que implementó y dirige la consulta, y con las dinámicas que se instauran entre los participantes. Pero también con el escenario, el cual está sujeto de forma tácita o explícita a las normativas, culturas organizativas e interacciones del campo social hospitalario público. Es interesante destacar que no existe una supervisión oficial del desarrollo de la consulta, la cual tendría que ser llevada a cabo por evaluadores o inspectores. Sin embargo, por sus características, la consulta está sujeta a una revisión testimonial cotidiana por parte de sus participantes, algunos de los cuales pertenecen al propio hospital (por ejemplo los mediadores interculturales y traductores) o a otros hospitales públicos o instituciones de tipo social, jurídico, educativo, etc. Una diferencia significativa que se puede establecer entre las prácticas llevadas a cabo, en ONG's belgas, por psicoterapeutas con una perspectiva etnopsicoanalítica, y la que desarrolla en Brugmann el médico (etno) psiquiatra es el recurso, de este último, a prescribir medicamentos y a hacer uso de los llamados *objetos activos* (lo cual no sucede en la mayoría de estas organizaciones).

<sup>15</sup> La duración de la terapéutica varía según el paciente y la problemática que presenta. Por lo general no se cita a los pacientes más de una o dos veces al mes y la media de duración total es de cinco o seis sesiones. En Brugmann se dan aproximadamente 16 consultas etnopsiquiátricas al mes (cuatro por semana).

<sup>16</sup> Además de la consulta principal existen otros dos tipos de actividades en torno a la misma: las sesiones formativas, en las que se trata de reflexionar con el grupo sobre la mecánica curativa del dispositivo, y las sesiones clínicas complementarias, en las que el etnopsiquiatra se reúne con el paciente, a solas o acompañado de uno o dos coterapeutas, y si es el caso con los acompañantes de éste, lo cual será determinado en todo momento por el etnopsiquiatra.

[Nathan, 1986], esta configuración trata de promover la emergencia de una zona común entre el paciente y los representantes institucionales (terapeutas) que no será ni la sociedad de origen ni la de destino. De este modo, por medio de la particular metodología etnopsiquiátrica, el espacio intermedio permite operar más allá de la relación conflictual u ordinaria al constituirse en un territorio binario, conector de dos culturas: la del paciente, de origen migrante, y la de la cultura biomédica autóctona.

#### *Aspectos emblemáticos de la metodología etnopsiquiátrica en Brugmann*

Con el fin de desarrollar una metodología adaptada a los itinerarios socioculturales de sus pacientes, y de mejorar la eficacia curativa, la práctica etnopsiquiátrica que tiene lugar en Brugmann relativiza algunos de los principios dominantes en las psicoterapias occidentales inspirándose en técnicas atribuidas a ciertas terapéuticas llamadas tradicionales. Las especificidades metodológicas en la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann se articulan en torno a tres ejes diferenciadores: *a)* el grupo multidisciplinar y multicultural de terapeutas y su organización espacial, *b)* el discurso sobre el paciente y *c)* el uso de los denominados *objetos activos*.

#### *¿Quiénes conforman la consulta?*

La consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann está constituida por un etnopsiquiatra, que centraliza el desarrollo de la sesión clínica (en línea con la corriente etnopsiquiátrica fundacional defendida en Europa por Moro [1998] y Nathan [1998]), y un grupo de colaboradores denominados terapeutas (o coterapeutas, indistintamente) cuya formación proviene de disciplinas diversas, como la psicología, la psiquiatría, la antropología o la sociología.<sup>17</sup> En este sentido, como veremos después, la concepción del coterapeuta guarda relación con las funciones que su saber experto e integración en el dispositivo clínico desempeña en la mejora de la eficacia terapéutica. En lo relativo a sus trayectorias y adscripciones socioculturales, hay que decir que son muy variadas. Todos los terapeutas de “orígenes culturales alóctonos” hablan sus lenguas maternas y el francés, en algunos casos éste incluso es su lengua materna. El etnopsiquiatra nació

<sup>17</sup> Estas características no siempre son compartidas por otras prácticas etnopsiquiátricas. Moro [1998] aconseja que el número de terapeutas que participe en el grupo no sea mayor ni menor que 10 y que se hayan formado como psiquiatras o psicólogos [1994].

en Bélgica, aunque su padre y su madre son de origen polaco y sueco, respectivamente.<sup>18</sup>

Las vías de llegada de los coterapeutas son muy heterogéneas. Aproximadamente una tercera parte del grupo, ya que el tamaño de éste varía en cada sesión, está realizando prácticas en el último año de su carrera, o posgrado, y son enviados principalmente por la Universidad Libre de Bruselas, así como por otras universidades. Un porcentaje menor llega por otra vía, como investigador o estudiante de doctorado (como fue mi caso). Por otra parte, existe un grupo de cinco o seis personas que acude con regularidad desde años atrás. La mayoría son profesionales de la salud mental, educadores y trabajadores sociales que ejercen su profesión.<sup>19</sup> Con excepción de los estudiantes que acuden para realizar sus prácticas, la presencia del resto de los participantes no se planifica de antemano, por lo que puede acudir quien así lo desee y lo acuerde previamente con el etnopsiquiatra. Esto, como iremos viendo, tiene diversas implicaciones en el desarrollo y características de la consulta. Lo mismo sucede con respecto a la interacción de los terapeutas en la consulta y en lo relativo a las intervenciones, las cuales no se programan con anterioridad permitiendo que surjan de la espontaneidad y buen criterio de los terapeutas.

En aquellas sesiones en las que el paciente no habla francés está presente un traductor/intérprete lingüístico/cultural. En la consulta la traducción es percibida por el etnopsiquiatra como material terapéutico fundamental para la curación. Además, en línea con lo señalado por Nathan [1998], defiende la perspectiva de que discutir abiertamente la traducción de las palabras del paciente y de su familia convierte al paciente en aliado y experto en la exploración de la etiología del trastorno psicológico. El escenario ideal para el etnopsiquiatra de Brugmann es que siempre haya un traductor/intérprete, aunque la persona (de lengua materna no francófona) hable perfectamente el francés, ya que la traducción no sólo será lingüística sino también cultural, y se considera que la exploración semiótica es más rica si se hace en la lengua natal del paciente.<sup>20</sup> Con el fin de promover la

<sup>18</sup> Los terapeutas proceden de países diversos como Bélgica, Congo, Turquía, Marruecos, Túnez, Italia, España, etcétera.

<sup>19</sup> Los cuales colaboran en una modalidad de "voluntariado", ya que ninguno de ellos, a excepción del psiquiatra (y de los traductores en algunos casos), recibe retribución económica. En el caso particular de este grupo lo que motiva a los participantes es aprender, para su trabajo o interés personal, de las sesiones etnopsiquiátricas, así como contribuir con su presencia a su desarrollo y devenir.

<sup>20</sup> Sin embargo, en la práctica, cuando no es estrictamente necesario no hay traductor. Esto se debe principalmente a que no es fácil encontrar a aquellos que manejen la tra-

expresión fluida del paciente y no actuar como supervisor de su discurso situándose frente a él, el traductor se ubicará siempre junto a éste y su familia o acompañantes, quedando situado al igual que ellos frente al etnopsiquiatra.

### *Los pacientes y sus acompañantes*

El motivo principal por el que los pacientes son enviados o acuden a dicha consulta lo constituyen las dolencias y síntomas atípicos atribuibles a especificidades culturales<sup>21</sup> (o relativos al vector migración). Los actores que influyen en esta etapa del itinerario terapéutico del paciente, la de llegada a la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann, son muy diversos. Algunos son enviados por psiquiatras de otros hospitales o consultas (incluso del propio Brugmann). Otros llegan derivados de centros de asistencia social estatales (como los centros de acogida de menores) o de las ONGS que conocen este tipo de terapéutica. Un buen número de casos acuden porque se enteraron por información de boca en boca. Esto sucede, principalmente, cuando el paciente conoce a alguien de su comunidad que fue tratado en dicha consulta, o a través de alguno de los traductores lingüístico/culturales.<sup>22</sup>

De los perfiles socioculturales de los pacientes se puede decir que son muy diversos. Por lo general el perfil socioeconómico del paciente suele ser de clase media y media/baja, sin embargo, también hay casos pun-

---

ducción e interpretación de manera profesional y que, además, cuenten con experiencia en el ámbito psiquiátrico, en donde cuestiones como la proximidad al entorno del paciente, la falta de experiencia en el manejo de material terapéutico delicado (sus contra-transferencias no percibidas y gestionadas) o la indefinición en lo que se refiere al papel que deben desempeñar, no deben interferir conflictivamente, desde el punto de vista de la delimitación de sus roles, en su labor y en la de los terapeutas. Por otro lado, cuando es el caso, y en momentos puntuales de la consulta (y nunca de forma sistemática), quienes desempeñan esta función son los coterapeutas que hablan la lengua materna del paciente.

<sup>21</sup> Como veremos después, si bien las especificidades culturales son la puerta de entrada (en términos de canalización o reclamo temático por el que acuden a la consulta), éstas no siempre intervienen ni son objeto de problematización o un factor etiológico prioritario en la dinámica terapéutica, en donde con frecuencia se dan otras especificidades, como las psicosociales o mediadoras (de pareja o socio/laborales por ejemplo).

<sup>22</sup> Lo cual incide en la recurrencia de atención a ciertos perfiles poblacionales de origen de los pacientes, ya que los traductores o intérpretes suelen derivar a la consulta a personas que pertenecen a las mismas comunidades lingüísticas/culturales que ellos (durante mi estancia en el grupo éste fue el caso de algunos pacientes de origen turco que fueron derivados por el traductor o intérprete).

tuales de personas que provienen de clases media/alta e incluso alta. Las procedencias culturales son, a su vez, muy heterogéneas. Los dos grupos poblacionales más numerosos son los pacientes de origen marroquí y turco, así como, en menor medida, de otras áreas del Magreb (Túnez) y del África Subsahariana (África Central (Ruanda y Congo) y Occidental (Senegal)). También hay pacientes que provienen de países de Europa del Este y América Latina. En algunos casos muy esporádicos el paciente es de Europa Occidental (y Bélgica).<sup>23</sup> Desde el punto de vista del protocolo de actuación del etnopsiquiatra, cuando un paciente acude por primera vez a la consulta y no conoce su funcionamiento, el primero debe realizar una entrevista previa, solo o acompañado por uno o dos terapeutas. Sin embargo, como veremos después, en ocasiones la entrevista parece no ser suficiente para detectar para quién resulta adaptado este dispositivo y para quién no.

Por otra parte, a menudo se pide al paciente que acuda acompañado por los profesionales que están llevando su caso clínico u otros con los que tenga relación (como psicólogos, trabajadores sociales, educadores...). El objetivo es que puedan proporcionar información sobre él y que tengan la oportunidad de explorar otras narrativas y representaciones del padecer del paciente (y terapeutas), adquiriendo competencias de tipo cultural, y un conocimiento más amplio de su dolencia.<sup>24</sup> Los acompañantes acudirán en las primeras sesiones para, posteriormente, ser invitados a formar parte del grupo de coterapeutas (en el que podrán permanecer el tiempo que consideren oportuno).

---

<sup>23</sup> El tiempo que los pacientes de origen extranjero llevan residiendo en Bélgica es muy variado, algunos acaban de llegar (de sus países de origen o de residencia), mientras que otros llevan casi toda su vida viviendo en este país. Los que nacieron en Bélgica son, mayoritariamente, segundas generaciones. Por otra parte, las edades abarcan un espectro variado que comprende desde bebés hasta hombres y mujeres ancianos, y no se excluye a nadie por su estatus jurídico/administrativo o su capacidad económica (para afrontar el sistema de copago belga) [Woitchick, 2006].

<sup>24</sup> El etnopsiquiatra recomienda a los coterapeutas que traten de salir de la consulta e ir a las casas y barrios en los que viven los pacientes con el fin de obtener más información sobre su padecimiento (como él mismo ha hecho en alguna ocasión). Comparto esta idea con él, ya que creo que la forma cultural/conductual en que una persona o colectivo (como la familia del paciente) se presenta en un hospital no es igual a la forma en que se presenta en su hogar. El que los terapeutas los visiten en su hogar tiene, además, otras implicaciones beneficiosas para la adhesión del paciente al tratamiento, ya que, a diferencia de los representantes institucionales que suelen visitarlos (trabajadores sociales, supervisores, policías, etc.), el terapeuta no es una figura punitiva.

*Representaciones del proceso salud / enfermedad / atención en la escena etnopsiquiátrica de Brugmann*

La consulta, desde la propuesta etnopsiquiátrica, es un espacio abierto al encuentro entre diferentes narrativas explicativas de la enfermedad, de la etiología de ésta, y de las expresiones sintomatológicas y las representaciones de la atención y la curación. Ateniéndome a lo observado en el trabajo de campo, a continuación distingo, con la cautela que se debe tener con los ejercicios que sirven para la clasificación y el análisis,<sup>25</sup> entre *varios tipos de narrativas explicativas del síntoma y la etiología del distress* por el que los pacientes acuden a la consulta: *a)* personas que no presentan ningún tipo de síntoma, o cuyos síntomas son leves y en las que no existe un discurso relativo a la enfermedad, *b)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas, en cuyas representaciones y discursos relativos a los síntomas predomina el universo biomédico y *c)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas, en cuyas representaciones y discursos relativos a los síntomas no predomina el universo biomédico y sí el de otras representaciones y nosologías<sup>26</sup> [Muñoz, en prensa (a)]. En lo que respecta a la aproximación teórico/metodología del trinomio salud/enfermedad/atención por parte de *los terapeutas y el psiquiatra*, cabe realizar la siguiente clasificación: *a)* por un lado las personas que no necesitan de una terapia desde la etnopsiquiatría clínica como tal, sino de un trabajo del tipo del acompañamiento o la mediación sociofamiliar (de su pareja, hijos, etc.),<sup>27</sup> *b)* aquellas que requieren la terapia etnopsiquiátrica, *c)* las que además de la terapia en la consulta de etnopsiquiatría requieren una terapia complementaria (por ejemplo personas víctimas de tortura, abusos, violaciones...) [Muñoz, en prensa (a)].

<sup>25</sup> Ya que, por ejemplo, las presentaciones culturales de los actores en el campo de la sesión clínica son dinámicas, relacionales y están en constante transformación.

<sup>26</sup> Los casos que he podido observar se pueden dividir en dos variantes: *a)* el paciente posee un modelo explicativo sobre su dolencia que puede remitir, en mayor o menor medida, a ciertos universos simbólico/culturales, como la magia o la brujería, y su deseo es permanecer en las representaciones que reenvían al mismo. *b)* El paciente explora la causa de su dolencia por medio de las herramientas que se dirigen a la anterior cosmovisión, sin embargo, acude a la consulta para que le ofrezcan una explicación de tipo biomédico que le permita dar a su situación un sentido y control que de otra forma no tiene. En ocasiones el paciente remitirá indistintamente a ambos. Por otra parte, como veremos después en el caso de un paciente de origen kurdo (turco), algunos pacientes acuden con sintomatologías nunca antes vistas (cuyas explicaciones etiológicas aluden, o no, al universo cultural biomédico).

<sup>27</sup> No obstante, desde una perspectiva mediadora, serán atendidos de igual modo por el dispositivo grupal.



FUNCIONES, VENTAJAS Y PROBLEMAS DE LOS ELEMENTOS METODOLÓGICOS  
FUNDACIONALES DE LA TERAPÉUTICA

A continuación analizo las particularidades del grupo multicultural/multidisciplinar de terapeutas, el *discurso sobre el paciente y los objetos activos*.

*Un grupo de terapeutas en un espacio configurado para mejorar la eficacia de la atención médica... ¿para todos los pacientes?*

Si, como se ha señalado, la díada terapeuta/paciente impulsa e instaura una serie de procesos y significados a menudo inoperantes en un contexto de multiculturalidad significativa, la aproximación teórico/metodológica de la etnopsiquiatría propone una configuración espacial grupal, circular y multicultural/disciplinar con el objetivo de recrear otros significados y procesos, adaptando el dispositivo terapéutico a los pacientes de origen extranjero. Recreando el efecto de la influencia analógica, propiciada por el espacio cerrado estructurado como el *medio maná* de Mauss [2001 (1902)], alrededor de analogías formales, el paciente sale de su aislamiento patológico y, en opinión de Nathan [2001 (1994): 114], se reintroduce en un proceso de mediación con otros seres humanos que, como él, están situados cada uno en su círculo cultural de pertenencia (o identificación). Ilustraré algunos de los aspectos de esta mecánica con el caso que veremos en el último apartado del texto.

El carácter grupal, multicultural/disciplinar de las consultas tiene por objetivo favorecer una serie de funciones en el desarrollo de la misma. Algunas de las principales son: *a)* dotar de un *carácter público* a la consulta, actuando como grupo de control, es decir, testimonial, supervisando y sometiendo a la observación tanto la relación de poder, el saber hacer y la imposición de ideologías del psiquiatra al paciente, como su propio comportamiento, *b)* actuar como *cortafuegos* ayudando a disipar, o diluir, los efectos adversos que podría experimentar el terapeuta debido a la constante exposición a las experiencias traumáticas de sus pacientes. Lo cual confiere una mayor consistencia emocional al grupo, así como coherencia a su práctica clínica, *c)* actuar como *actor resocializador* promoviendo la movilización de recursos y habilidades cognitivo/comunicativas del paciente, lo que, desde esta perspectiva colectiva, ayuda a que la *transferencia y contratransferencia* sean de mayor eficacia terapéutica, *d)* ser un referente heteróclito como grupo participante en las instituciones y perteneciente al país de acogida (del paciente),

compuesto por personas originarias de culturas alóctonas y autóctonas,<sup>28</sup> e) constituir un *potencial terapéutico de enfoques y aproximaciones* desde las distintas formaciones académicas, trayectorias vitales y representaciones culturales de sus componentes. En este sentido, el grupo actúa como multiplicador de puntos de vista, con lo cual permite un desarrollo caleidoscópico de las interpretaciones y sus referentes frente al dispositivo dialógico confesional de la díada [Nathan, 1993]. Por otro lado, en el plano lingüístico puede *superpoinar la tarea del traductor*, en el caso de haberlo, y aclarar términos o reflexionar en torno a sus significados en la lengua materna del paciente y f) conformar un seminario, esto es, *recrear un espacio de producción de pensamiento*, un lugar de reflexión e investigación. [Muñoz, en prensa (a)].

Durante mi investigación en lo que se refiere al método del grupo multidisciplinar/multicultural he podido observar dos problemas, uno es que este mecanismo no es adecuado para algunos de los pacientes y otro es el debate que, en mi opinión, suscita en torno al derecho a la privacidad. En el primer caso la falta de adecuación del dispositivo terapéutico grupal a algunos pacientes guarda una relación directa con el hecho de que, con frecuencia, al entrar por vez primera a la consulta no saben lo que se van a encontrar y expresan su desconcierto verbal y gestualmente. Dependiendo de la conveniencia del mismo, y sobre todo de la aceptación del paciente, se logrará que se adhiera y vincule a la terapéutica, o bien, que la abandone. En esta situación la primera entrevista con el paciente es relevante para explorar la mayor o menor adecuación del dispositivo. No obstante, durante el periodo de mi investigación pude detectar que en ocasiones su desarrollo actual no es suficiente, lo que provoca situaciones conflictivas<sup>29</sup> de abandono y confrontación.

En lo relativo al derecho a la intimidad, un factor determinante es el poco control que se ejerce sobre la entrada de los coterapeutas y, en especial, del uso que éstos le dan al material que obtienen en la consulta. En mi experiencia de campo no recibí ninguna explicación ni recomendación u

<sup>28</sup> Lo cual, desde el punto de vista de la mecánica curativa, también permite que el paciente pase de ser un individuo universal (descontextualizado) a ser un representante del grupo cultural del cual es originario [Nathan, 2001 (1994): 114].

<sup>29</sup> En ocasiones la falta de adecuación, principalmente en lo que se refiere a la información sobre las características de la consulta, en especial con respecto a la existencia y las funciones del grupo, ha dado lugar a situaciones de tensión en las que el paciente o sus acompañantes (los cónyuges principalmente) protestan o se sienten violentados y dejan de acudir (en una sesión en la que participé el marido de una paciente protestó enojado diciendo "los pacientes no son animales exóticos a los que hay que estudiar", y refiriéndose a la consulta como un circo [véase Muñoz, en prensa (b)]).

obligación contractual sobre la confidencialidad de la información clínica y personal del paciente (lo cual le sucedió también a otros de los participantes en la consulta). Al comienzo de cada sesión grupal tampoco se explicita ni transmite al paciente, como sí sucede en otras clínicas etnopsiquiátricas [véase Lecomte, Jama y Legault, 2006], cuáles son las obligaciones deontológicas de los terapeutas al respecto.

Si el carácter público de la consulta se opone, a menudo con eficacia, a la denominada farsa de la privacidad y los posibles abusos de poder del psiquiatra, al tiempo que logra un mayor control de las contratransferencias (y sus efectos no deseados), el escaso cuidado de cómo se maneja la información confidencial relativa al paciente implica la negación del mismo, como sujeto de derecho, en el nombre de las técnicas que pretenden su sanación. El grupo, representante performativo de la multiculturalidad del país de acogida, se erigiría como actor-observador de un teatro social de la curación convertida (en la ausencia de control de los datos) en un evento público frente al cual el paciente, reducido a objeto pasivo,<sup>30</sup> es vulnerado desde una economía pragmática de la curación por la ausencia de anonimato a la que queda sometido y los potenciales efectos de la “fuga de su intimidad”. En este sentido, el control efectivo de esta información es tan relevante que su ausencia o existencia instaura una concepción no sólo del *ethos* de la terapia, sino incluso de la vida pública y la validez del derecho a la privacidad del paciente.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> El paso de la ética de la confidencialidad a la ética del testimonio (frente a seres visibles (terapeutas) o invisibles (ancestros) [Nathan, 1996]), ya mencionado y defendido por Nathan, conlleva una concepción y estructuración *ad hoc* del *self* del paciente que en mi opinión es problemática y esencialista. Dicha concepción sostiene que el paciente no está solo, sino que siempre está acompañado de un mundo espiritual que lo remite a sus ancestros y adhesiones con su cultura de origen, lo cual, en palabras de Nathan, lo hace humano. Más allá de disquisiciones sobre la reducción culturalista de este discurso, que sólo reconoce como humano al migrante en la medida en la que reivindica una condición trashumante, epifenómeno patogénico, y un origen no autóctono, el riesgo en este caso estriba en cómo opera dicha concepción, argumento inaugural que justifica la configuración pública de la consulta, desde el punto de vista de la defensa del paciente como ciudadano y sujeto de derecho.

<sup>31</sup> En mi opinión no se trata de que el paciente se convierta en un validador de la teoría del terapeuta, cualesquiera que sean sus consecuencias, sino que estas últimas den la medida y autoricen el uso de un recurso/teoría y los mecanismos de control sobre el mismo. Esto marca la diferencia entre, retomando las palabras de Habermas [1982] con respecto a las miradas del investigador, una perspectiva objetiva/correctiva del terapeuta con respecto al paciente, o una perspectiva de tipo emancipatorio.

En ambos casos se trata de evitar los escenarios y las consecuencias no controladas del recurso metodológico experimental constituido por el grupo, en las situaciones en que la intimidad del sujeto sea violentada por un dispositivo (plataforma del carácter público de la consulta) que, en la lógica instrumental de la sanación, actúe sin el consenso del paciente... a menudo vulnerable y desesperado por encontrar una solución a su padecimiento, sea cual sea ésta.<sup>32</sup>

*Apelando al discurso chamánico. La narración del mito social frente al individual o el discurso sobre el paciente*

Si las diversas psicoterapias de inspiración psicoanalítica están centradas en el discurso del paciente, en etnopsiquiatría la sesión se organiza en torno al discurso sobre el paciente [Nathan, 2001 (1994): 113]. La sesión comienza presentándole al paciente y sus acompañantes a los terapeutas y el psiquiatra (se les dice a qué se dedican, cuál es su profesión y el motivo por el que están en la consulta, su origen, etc.). A continuación se da la palabra a los acompañantes y/o familiares del paciente. A menudo las preguntas se centran en lo que dicen los otros con respecto a la enfermedad del paciente. Esta forma de actuar se puede interpretar como el camino intermedio entre la actitud de escucha del psicoanalista occidental, receptivo para una posterior interpretación del "mito individual" sacado de los elementos del pasado del paciente, y la del habla del chamán, el cual le proporciona el "mito social".

En la consulta del hospital Brugmann hay dos elementos que ejemplifican esta aproximación, uno es la tendencia de los terapeutas y el etnopsiquiatra a tratar de no centrarse sólo en interpretar el discurso del paciente, y el otro es la norma de siempre abordar todo lo concerniente al paciente en su presencia, debatiendo entre el grupo, los acompañantes y él mismo sobre las cuestiones que se relacionan directa o indirectamente con él.<sup>33</sup> Al discutir

<sup>32</sup> Dos de las diferencias principales existentes aquí con un grupo de palabra "clásico", de una comunidad terapéutica (grupo de autoayuda, etc.), estriban en que en este caso el único que expone su intimidad es el paciente, además de, por otra parte, encontrarse emplazado en una posición de poder subordinada con respecto al grupo.

<sup>33</sup> Entre consultas, y al final de las mismas, se dedica tiempo a, entre otras cosas, debatir sobre los casos clínicos tratando de compendiar algunas de las conclusiones, hipótesis o posibles líneas de actuación para la próxima sesión. La mayor parte de ellas emergen en la conversación con el paciente y, a excepción de mecanismos terapéuticos concretos futuros que se usarán con un "efecto sorpresa", como los *objetos activos*, fueron abordadas en presencia del mismo. No obstante, en algunas ocasiones puntuales no

sobre su padecimiento en presencia del paciente se trata de evitar derivaciones interpretativistas a expensas de su supervisión, haciendo prevalecer una perspectiva basada en la reflexión sobre los mecanismos de la acción y en la interpretación como exploración en el “mito social” que discute y proporciona el grupo junto con el paciente.

Sin embargo, el método señalado al principio, el cual propone priorizar de manera sistemática la palabra de los acompañantes relacionada con el padecimiento y las vivencias del paciente por encima de la palabra de éste, no es siempre idóneo. Según he podido observar, a algunos pacientes les incomoda que otras personas hablen en su nombre.

Un ejemplo de ello es el de L., una chica de 15 años de origen marroquí que acude a la consulta, derivada del centro de menores en el que vive, acompañada por dos asistentes sociales de 25 años. La causa por la que fue derivada del centro de menores a la consulta etnopsiquiátrica, según relatan los asistentes, es que los problemas que padece (apatía e incapacidad para concentrarse en las clases) remiten a su cultura y a su historia personal.<sup>34</sup> En la primera sesión la paciente se queda sorprendida al ver al grupo de terapeutas y la disposición espacial de la consulta (eso interpreto yo porque observo que se muestra asustada ante la presencia del grupo, nadie le explica en qué consiste la consulta ni las características de ésta). Comenzamos con las presentaciones y acto seguido se pide a sus acompañantes que expliquen qué es, en su opinión, lo que le sucede a la paciente y, entre otras cosas, cuál es la idea que ella tiene de su padre. La paciente protesta argumentando que no está de acuerdo con las interpretaciones y diciendo: “Estoy harta de que no me escuchen, de que los otros cuenten

---

se ha podido evitar especular sobre la etiología del padecimiento del paciente sin que éste esté presente (como veremos en el apartado relativo al caso clínico).

<sup>34</sup> Su madre pasa periodos internada en un hospital psiquiátrico y no posee la tutela de su hija (la cual no tiene otro tutor). Su madre explícita, ante ella y el personal del hospital en el que está internada, un modelo explicativo de su padecimiento relativo a la brujería realizada por celos. L. manifiesta el temor que le provoca este modelo explicativo y la importancia que le da (relata cómo, cuando era pequeña y su madre la abrazaba, le hablaba de la aparición de una voz amenazante, así como de la asociación que hacía su madre de la brujería con los celos). Su preocupación principal, explica, radica en que se siente perdida, como si no supiese quién es ni dónde está. Teme que le suceda lo mismo que a su madre (que, según comenta, fue embrujada). En la última sesión a la que asistí (con esta paciente) L. acudió con su madre, y esto permitió esclarecer, desde el eje de análisis producido por el etnopsiquiatra y el grupo de coterapeutas, algunas problemáticas que ambas padecían (relativas a los abusos sexuales sufridos en la infancia y a la permanencia conflictual entre dos mundos (el de Marruecos y el de Bélgica)). [Para más detalle véase Muñoz, 2010].

las cosas por mí o no entiendan lo que digo. Es en ese momento cuando no puedo pensar y me quedo en mi mundo". (Paciente L., transcripción y traducción personal [Muñoz, 2010]).

El arte médico aquí consiste en adecuar este mecanismo a la demanda y características del paciente,<sup>35</sup> para lo cual, más allá de virtuosismos e intuiciones del psiquiatra en el momento de la consulta, es necesario tener un conocimiento previo, detallado, de la historia del paciente y problemáticas. Lo cual nos remite de nuevo a la cuestión de la relevancia de las entrevistas introductorias antes mencionada.

*Cuando el psiquiatra cree en el uso de fetiches y talismanes. Los objetos activos y su entrada en la clínica etnopsiquiátrica*

La práctica etnopsiquiátrica, como ya se comentó, coordina diferentes modelos explicativos del padecimiento, así como métodos para la curación, independientemente de su procedencia. En el caso que nos ocupa, y a diferencia de otras prácticas como la llevada a cabo por Nathan en París, en Brugmann existe una apertura en este sentido, sin embargo, más allá del uso de algún instrumento musical<sup>36</sup> y de los *objetos activos*, no se practican técnicas adivinatorias ni se prescriben rituales basados en, por ejemplo, sacrificios animales.<sup>37</sup> Por ello nos centraremos en la descripción general de la mecánica curativa de dichos *objetos activos* y de las características específicas de éstos a la luz de un estudio de caso clínico tratado en Brugmann,<sup>38</sup> la cual trata de priorizar clínicamente los procesos de la transferencia y la

<sup>35</sup> En una ocasión debatimos entre consultas si en realidad hay terapeutas con ideología (freudiana, lacaniana...) o si, más bien, son los pacientes los que son lacanianos o freudianos (ya que así hablan ellos). Lo mismo ocurrirá con los recursos metodológicos, en mi opinión el mero hecho de que el paciente haya sido migrante en algún momento de su vida no implica ni justifica el uso indiscriminado de un recurso basado en una aproximación "de tipo chamánico" (o psicoanalítico) que podría ser inadecuado.

<sup>36</sup> Mediador en la terapéutica, por su significación en el universo emocional del paciente, y propuesto por alguno de los intervinientes. Por otra parte, los terapeutas o algunos pacientes con frecuencia llevan comida a la consulta y la comparten. Ésta, al igual que los instrumentos musicales, tiene, entre otros objetivos, el de afianzar al grupo, provocar distensión emocional y promover los procesos de inclusión e identificación del paciente con el mismo.

<sup>37</sup> Estas técnicas, por ejemplo el lanzamiento de los *cauris* para las personas de origen wolof, se utilizan con frecuencia en las consultas de Tobie Nathan en París. En el caso de Brugmann son desterradas a criterio del etnopsiquiatra.

<sup>38</sup> En cuyas sesiones clínicas participé durante la investigación.

contratransferencia volviéndolos sujetos tangibles y abordables, al mismo tiempo que susceptibles de verificación empírica.

Los llamados *objetos activos* en la consulta de etnopsiquiatría se inspiran para su mecánica utilitaria en la noción del *medio maná* enunciada por Mauss [2001], la cual se señaló antes en el dispositivo grupal, así como, para su composición, en las características de los fetiches utilizados en culturas como las centroafricanas.<sup>39</sup> De este modo, el *objeto activo* será definido principalmente por la ausencia de connotaciones conceptuales en el contexto en el cual es utilizado. El terapeuta deberá hallar un objeto sin nombre, al cual sea imposible encontrarle un lugar y función en un sistema clasificatorio, con la excepción de su clase, el de los *objetos activos*.<sup>40</sup> La teoría etnopsicoanalítica retoma aspectos del uso de estos objetos incorporándolos a su cuerpo teórico y práctico desde el punto de vista del efecto mecánico transformador del espacio “cotidiano” en el que se mueve la intersubjetividad del paciente, y su banalidad o rutina incapaz de modificar su estado, al espacio técnico capaz de actuar sobre el mundo y transformarlo.

Los *objetos activos*, siempre que sean construidos de manera adecuada, contienen un cierto número de características intrínsecas que desencadenan tres tipos de procesos lógicos: analogía, mediaciones e inversiones. Sin embargo, el objeto sólo puede intervenir eficazmente si retoma las características inscritas en el dispositivo concreto de la sesión. Con esta condición el objeto contribuye a desencadenar el despegue del contenido y autoriza la expulsión del sujeto del universo ordinario. En resumen, instaura lo que en psicoanálisis se define como “transferencia” y vuelve este proceso profesionalmente manejable. Por otro lado, las analogías concomitantes al proceso de transferencia que aparecen en numerosas interpretaciones psicoanalíticas sólo adquieren una fuerza de convicción si son enunciadas en un espacio cerrado, comparable al *medio maná* de Mauss,<sup>41</sup> estructurado alrededor de ana-

<sup>39</sup> Siguiendo la propuesta teórico/metodológica de Nathan [2001 (1994)], podemos decir que los *objetos activos* aparecen en la escena terapéutica como una vindicación de una teoría de la acción basada en la materia y sus efectos prácticos, en contraposición al tratamiento del “espíritu”, el cual es sustentado desde una posición mentalista por la ausencia de efectos prácticos (y de otros elementos materiales) y la priorización de la interpretación.

<sup>40</sup> Si los terapeutas viven en un pensamiento teórico y los enfermos experimentan sobre su cuerpo [Nathan, 2001 (1994)], los objetos se encontrarían en algún sitio entre ambos.

<sup>41</sup> En este sentido, aunque se trata de inducir una transformación orgánica por medio de símbolos, lo cual consiste en una reorganización estructural (en el inconsciente), no se puede hablar de eficacia simbólica (en términos de Lévi-Strauss, 1987) o de actividad psicológica interpretativa como tal. Mauss (retomando las teorías melanesianas

logías formales. Esto a su vez tiene una función de mediación intercalando un universo teórico entre el universo espacial y el emocional [Nathan, 2001 (1994): 106]. De este modo el *objeto activo* mediará entre el pensamiento del terapeuta, el dispositivo espacial y el universo emocional del paciente volviendo a vincular el texto, sus narrativas del distress, con el contexto (ruptura inaugural del padecimiento).

En la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann el uso de los *objetos activos* es puntual cuando surge el caso de un paciente para quien el etnopsiquiatra considere que pueden ser útiles, sin llegar a ser frecuente.<sup>42</sup> Como veremos en la descripción del caso clínico que expondremos a continuación, el uso de los objetos activos, al igual que el resto de las acciones centrales de la consulta, siempre es propuesto por el etnopsiquiatra, sin embargo, debe circular por el grupo para que, desde la lógica del dispositivo grupal, sea éste quien se implique en la función práctica que desencadena. Las dos modalidades de uso que se dan en la consulta se encuentran vectorizadas por dos tipos de movimientos en la relación entre los terapeutas y el paciente: la donación de *objetos activos* o su recepción. Es así que el objeto puede ser donado al paciente por el grupo de terapeutas, o solicitado con anterioridad por los terapeutas y recibido por el grupo. En el caso de la donación por parte del grupo, la acción puede poseer dos características relativas a la intencionalidad de los donadores, una es la donación espontánea, que se considera propicia para que tal vez provoque alguno de los efectos deseados. En este particular el objeto activo es elegido (por parte del etnopsiquiatra) sobre la marcha, durante la sesión, en la coincidencia de una situación idónea y la posesión de un objeto con las características mencionadas [Muñoz, en prensa (b)]. La otra es aquella donación premeditada en la que el etnopsiquiatra trae un objeto activo específico y lo ofrece con el fin de que, tal vez, provoque alguno de los efectos deseados. Por otra parte, los terapeutas se lo pueden pedir al paciente con el objetivo de que lo construya y done al grupo. El siguiente caso ejemplifica las dos últimas acciones y su vinculación con la lógica de la mecánica curativa del dispositivo etnopsiquiátrico:

---

[Mauss, 2001 (1902)] enuncia que: "El maná es una acción de un cierto tipo, una acción espiritual a distancia que se produce entre dos seres simpáticos... es una función en un medio que es maná. Es una especie de mundo interno y especial, donde todo ocurre como si el maná sólo estuviese en juego".

<sup>42</sup> En un periodo de seis meses de sesiones, a las que asistí de manera continua, los *objetos activos* fueron utilizados en cuatro ocasiones.



### *Presentación del paciente y motivos por los que acude a la consulta*

K. es un paciente de origen kurdo (turco) que fue derivado por psiquiatras de otro hospital de Bruselas a la consulta de etnopsiquiatría. Como no habla francés, en todas las sesiones está presente un traductor de origen turco. La vestimenta del paciente es europea y en él no hay ningún elemento que denote su pertenencia a una religión o a un colectivo cultural específico (al menos que yo conozca). Lleva tres años viviendo en Bélgica (durante los cuales no ha regresado a Turquía). Pese a manifestar en algún momento tensión y nerviosismo, mantiene un comportamiento empático y afable en la consulta. El problema que lo trajo a la consulta es que no puede estar en un sitio en el que no haya retrete, ya que si no lo hay comienza a angustiarse y a ponerse nervioso hasta que pierde el control de su esfínter. Tener que permanecer en un lugar, esperar en una fila o caminar por la calle sin la posibilidad de que haya un retrete cercano le genera este problema. Por lo demás, aparte de la angustia y las limitaciones ligadas a este síntoma, dice no manifestar otra dolencia. El único caso clínico similar a éste del que se tiene conocimiento se presentó en Francia (de lo cual se enteró el etnopsiquiatra y nos informó en la tercera sesión). En cuanto a su trayectoria de búsqueda de atención terapéutica, antes de llegar a la consulta acudió con psiquiatras, terapeutas tradicionales turcos e incluso se sometió a una intervención quirúrgica del estómago (sin resultado positivo en ninguno de los casos).

K. nos relata que es una persona a la que no le “iba mal” en Turquía, tenía propiedades y negocios, pero se arruinó al emigrar (clandestinamente). Explica que una mafia le estafó todo su dinero prometiéndole que harían que su familia llegara a Bélgica. Después su mujer, a la que quería y a la que ayudó (y su principal motivo para emigrar), lo dejó. Por otro lado, sus hermanos, a quienes había encargado sus propiedades, lo engañaron y se quedaron con todo.

En esta primera sesión de presentación las hipótesis preliminares que se van esbozando, junto con el paciente, apuntan a que “su problema técnico” del retrete, como lo empezó a denominar K., está ligado a la humillación.

### *La donación de un objeto activo como desencadenante de los modelos explicativos del padecimiento*

En principio K. no se refiere a las representaciones y sentidos a los que podría atribuir su sintomatología (además de la referencia indirecta a lo traumático de su pasaje migratorio). Antes de que comencemos a profundizar

en estas cuestiones hay que mencionar que durante la segunda sesión, W. (el psiquiatra) sacó de un bolsillo una piedra redonda, un poco más pequeña que una moneda de 50 céntimos de euro, pulida y atravesada por unas líneas de colores, y le explicó a K. que la consiguió en África, pero que en realidad proviene de los países del este de Europa, en los que antiguamente se utilizaba como moneda. Se la ofreció a K. y le recomendó guardarla cerca de él, dormir con ella (le dijo que, por ejemplo, podía hacer un colgante y ponérselo en el cuello o guardarla bajo la almohada).

K. comenta que se entenece cuando le regalan algo. A continuación menciona que se siente cansado, que no tiene energía y que no vale para nada.

Según explica el psiquiatra, después de la consulta, el objeto pretende actuar, además de en la transferencia, como desencadenante de pensamientos. Es interesante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. Como dirá el terapeuta, el objeto funciona o existe un menor riesgo de que el paciente experimente una transferencia mala porque él no está solo con el paciente, también estamos nosotros.

En la siguiente sesión, una semana después, le preguntamos a K. cómo se sentía en Turquía, si allí era querido; a lo que él respondió que sí. También habló de las condiciones laborales, con las que no se siente bien porque considera que trabaja mucho y gana muy poco (es sastre en la industria textil). Con respecto a la piedra, dice no haber sentido nada en especial (ha transcurrido una semana desde que W. (el psiquiatra) se la dio). Si bien, comenta, le gusta hablar con el psiquiatra porque eleva su moral y siente emoción, explica que básicamente es el problema del cuarto de baño el que le descuadra todo. W. le propone que imagine un objeto que representa los problemas. Que cuando piense en la piedra piense en lo que ocurre en la consulta, que piense que la piedra representa algo positivo, es decir, el hecho de que se está intentando ayudarlo. Después de esto, al poner la piedra en su mano pensará en eso (ocurrirá la transferencia). Pero también se puede hacer lo contrario. Se le puede pedir que encuentre un objeto y lo lleve a la consulta, que lo deje aquí y que éste represente su "problema técnico". W. le comentó al paciente que él trabaja con los objetos porque aquí nos encontramos con muchas historias de sortilegios, con gente de todas partes. El paciente, con renovado interés, le preguntó si eso existe. A lo que el psiquiatra contestó que cuando alguien piensa que le han echado un maleficio va a ver al médico (brujo) que cura esto... K. afirmó no saber que trabajábamos con estas cuestiones. Al parecer este tema, el cual no había surgido hasta el momento, le despertó gran interés. A continuación comenzó a hablar de los djines en Turquía y de los terapeutas que curan el

espíritu, e hizo algunos comentarios sobre la protección de los terapeutas contra los espíritus. Explicó que escuchó el caso de un médico que murió al salvar a alguien de un djinn. Después nos habló con entusiasmo del caso de su hermana, la cual no podía salir sola de su casa porque sentía que algo la golpeaba. Contó que un día, cuando se fue a la cama antes que el resto de la familia, comenzó a hablar con otra voz... la despertaron y, según K., la voz era de alguien que decía portar un viejo cucharón y no sabía volver a "casa" (a su persona). Llamaron a un médico, pero no supo qué hacer. Entonces la llevaron con un sufí que elaboró un talismán escribiendo en un papel unas palabras (creo que probablemente eran del Corán, tal y como suelen hacer los sufís en este tipo de rituales terapéuticos), con lo que el espíritu desapareció y ella volvió a su persona.

K. consultó a un boyá (terapeuta tradicional turco) y éste le dijo que le habían echado un mal de ojo. Sin embargo, la consulta y el tratamiento (del cual no nos habló) no surtió efecto. El psiquiatra, cuyos padres son de origen extranjero, comentó que cuando su padre vino a Bélgica fue bien acogido por la población, pero que el gobierno lo quería echar. Hablamos de algunos casos similares, como paralelismo político con el tema de la migración y la humillación del paciente. Al final de la sesión W. le pidió que eligiera un huevo, lo metiera en una caja y lo trajera a la próxima consulta. También le dio un papel, de los que acostumbra utilizar para recetar, en el cual le prescribió traer el huevo.

Después de la sesión nos reunimos para delinear hipótesis. Una de ellas es que probablemente su síntoma venga de atrás y que, poco a poco, en el transcurso de las sesiones, fue asociando temas hasta que surgió lo de su hermana. W. explica que la cuestión del huevo y el envoltorio tiene que ver con la materialización simbólica de su malestar, del cual se puede deshacer al entregárnoslo y dejar que todo el grupo se encargue de él. Además, el envoltorio está relacionado con lo que significa una cobertura, es decir, un continente que puede, valga la redundancia, contener al contenido. Éste puede ser, por ejemplo, la cultura de destino, es decir, la belga (junto con su cultura de origen).

*Cuando el psiquiatra apuesta por la brujería y el paciente decide explorar otras hipótesis de la etiología de su padecimiento*

En la siguiente sesión el psiquiatra le sugiere que quizás la causa de su síntoma es... una especie de hechizo. El paciente respondió que eso no podía ser. W. comenzó a decir que en ocasiones, cuando se trata de un hechizo, éste puede provenir de una persona cercana, que fue cercana o

que quería ser cercana. K. reiteró que no, que él se lleva bien con todo el mundo... sin embargo, comenzó a recordar que al poco tiempo de llegar a Bruselas se relacionó con una persona, pero rompió la relación porque no le gustaba y ésta se vengó acusándolo de robar dinero (pues había otro hombre al que le robaron). Dijo que estaba arrepentido de haber venido a Bruselas pero no podía regresar a Turquía porque allí lo verían como un fracasado. El paciente habló del choque que había sufrido años atrás, cuando llevó a su mujer al hospital porque sentía molestias en el estómago y allí le dijeron que si no la operaban podría morir por falta de circulación de la sangre. Había dejado a su hijo con su tía (el niño tenía cuatro años) y recordó que en aquel momento sintió verdadero terror por la suerte que éste podría correr si a su mujer le pasaba algo. Después K. habló del taller en el que trabaja e hizo paralelismos entre las prisiones y Bélgica, dijo que Bélgica es una prisión. Nos contó que hay gente que sale de la cárcel pero hace lo posible para volver a ella. W. mencionó que Bélgica lo adoptó (al darle la residencia) pero que él no adoptó a Bélgica. Después de esto el paciente discutió con uno de los terapeutas (un chico de origen congolés que trabaja en otro hospital de Bruselas como psicólogo) argumentando que no es lo mismo llegar a Bélgica como estudiante, refiriéndose a los terapeutas, que llegar como lo hizo él. El terapeuta le relató que cuando llegó a Bélgica, sin papeles, estuvo en un centro de internamiento (de retención y expulsión de migrantes), y que lo que pasó en ese lugar no fue precisamente un camino de rosas. El paciente respondió que él no está acostumbrado a sufrir y que tampoco ha sabido estudiar para asegurarse el futuro.

Transcurridas dos consultas, y después de decirnos que no se le ocurría con qué podría envolver el huevo, K. trajo un envoltorio bastante elaborado, que él mismo hizo con plásticos, cartón y sobres para cartas (parecía que el interior albergaba algún material blando). El grupo después discutió, frente al paciente, sobre el objeto activo y su significado. En mi opinión, algunas de las apreciaciones mostraban un cierto desconocimiento de su mecánica curativa, ya que muchos miembros del grupo no eran los mismos que habían estado en las otras sesiones donde se abordó el tema, y otros no conocían sus fundamentos teóricos y metodológicos. Yo dejé de acudir a las consultas, pero por algunos compañeros que continuaron asistiendo supe que, tras un periodo de dos sesiones posteriores a la entrega del objeto activo al grupo, su problema fue remitiendo (por lo menos parcialmente) al espaciarse la frecuencia del síntoma, y que el paciente dejó de acudir porque, según dijo, decidió regresar por un tiempo a Turquía.

## CONSIDERACIONES FINALES Y ALGUNAS RECOMENDACIONES

En este texto se han expuesto algunas reflexiones y problemáticas relativas al lugar, las personas destinatarias y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas, desde el punto de vista de su adecuación a una atención sanitaria eficaz y sensible a la diversidad cultural. A diferencia de los debates que se generan en torno a la lectura de los textos críticos con la clínica etnopsiquiátrica, a menudo constreñidos al discurso y tomas de posición teóricas y sin una observación específica de la práctica, la importancia de una mirada antropológica, de carácter aplicado, reside en su dimensión etnográfica. Por medio de ella cabe mencionar que a la hora de dilucidar la adecuación de esta praxis etnopsiquiátrica a una atención sanitaria, igualitaria y no segregadora, en la diversidad cultural, un elemento relevante, en este sentido, es el lugar en el que se ubica la consulta: un hospital público perteneciente a la red de cuidados normalizada. Como hemos visto, el espacio en el que se desarrolla la consulta es denotativo, ya que evita la creación de una clínica de la trasplatación o centro de atención a la alteridad que segregue a los migrantes considerándolos sujetos de atención diferenciada y divergente de la red de cuidados de derecho común. En lo relativo a la segunda dimensión de análisis, sus destinatarios y las problemáticas que les llevan a la consulta, acude una diversidad de personas, de itinerarios socio/culturales heterogéneos, cuyos padecimientos no refieren únicamente a patogénesis con etiologías que reenvían a la variable migratoria y cultural. Desde una perspectiva sensible a la diversidad cultural, la adecuación de la aproximación teórico/metodológica de la consulta permite, en el caso de Brugmann, una mejora en el acceso y disfrute de los cuidados de salud de las personas de origen extranjero. Y lo hace evitando, en la mayoría de los casos, peligros como la reducción culturalista de los cuerpos y subjetividades a una condición del padecimiento estructurada por el énfasis de los terapeutas y el etnopsiquiatra en la cristalización de las identidades, ancladas a una cultura primigenia de origen alóctono deprivada, y a la patologización *per se* del mestizaje (considerado asimilacionista) y de la trashumancia. Con la cautela necesaria, de la que en este sentido hacen uso los terapeutas con los que trabajé, podemos afirmar que la reformulación de la mirada cultural, no sólo respecto al paciente y la ausencia o presencia de adhesiones culturales, sino también de la terapéutica y el universo organizativo de cuidados biomédicos, propicia la emergencia de una praxis de cuidados que lucha contra las barreras monoculturales y etnocéntricas existentes en la concepción hegemónica de la consulta psiquiátrica. Operando, a su vez, en una

mejora de la eficacia terapéutica y en la reflexión sobre las mecánicas curativas desde una posición, relativa al proceso salud/enfermedad/atención, descentrada e integradora de cosmovisiones diversas.

Ahora bien, frente a una teoría que promueve la coordinación de cualquier método y procedimiento terapéutico, sea cual sea su procedencia, adaptado al universo explicativo del paciente, en la búsqueda de una ciencia de la influencia que mejore la eficacia curativa, cabe incidir en algunas cuestiones que, en mi opinión, son problemáticas. La condena a los abusos e ineficacias terapéuticas que se cometen en nombre de la farsa de la privacidad (terapeuta-paciente), como la denomina Nathan, lleva a implementar un tipo de metodología, como es el dispositivo del grupo de terapeutas, cuya adaptabilidad, en el caso de muchos pacientes, y mejora en el arte curativo son constatables. Sin embargo, sus características fundacionales generales, y especialmente aquellas particulares en Brugmann en lo que respecta a la ausencia de control de la información confidencial de los pacientes, plantean una serie de cuestiones que reenvían a la tenue frontera entre lo público y lo privado y que conciernen a la intimidad del paciente, al secreto profesional y a la concepción del mismo como sujeto de derecho. El riesgo estriba en que las vulneraciones y abusos de poder sean cometidos ahora en el nombre del dispositivo grupal y la llamada a una terapéutica de carácter público, de tipo “no occidental”, reduciendo a los sujetos que padecen, en situación de vulnerabilidad y desigualdad de poder con relación a los terapeutas, a meros instrumentos de verificación empírica, y optimización performativa, del arte y habilidad curativa. Obviando las derivas y consecuencias que la ausencia de control sobre algunos métodos, como es el grupo, pueden tener.

Para no caer en una suerte de concepción y praxis metodológica relativista de largo alcance que, haciendo de la necesidad virtud, instaure la razón instrumental en nombre de la experimentación, pasando por alto las consecuencias de tipo ético de su pragmatismo, se requiere tener las dos precauciones principales enunciadas en el texto. Una de ellas es la relativa a los mecanismos de información y escucha del paciente, como la entrevista introductoria al dispositivo para discernir si la metodología es o no adaptable a éste, así como proponer una negociación horizontal sobre las características y devenir de la misma.

La segunda de ellas concierne al control del manejo de la información confidencial sobre el paciente, reduciendo, si es necesario, el número de componentes del grupo e implementando medidas contractuales con el código deontológico del médico/terapeuta para la adhesión y el compromiso de los participantes al secreto profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

**Collomb, Henri**

1965 "Assistance psychiatrique en Afrique. Expérience Sénégalaise", *Psychopathologie africaine*, núm. 1, pp.11-84.

**Crenn, Chantal**

2000 "Une consultation pour les migrants a l'hopital", *Homme et Migrations*, núm. 1225, pp. 39-45.

**Devereux, Georges**

1961 *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide. The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbance of an Indian Tribe*, St. Clair Shores, Michigan, Scholarly Press.

1998 *Ethnopsychanalyse complémentariste*, París, Flammarion.

**Duvillié, Rébecca**

2006 "Les enfants de la Republique sont aussi des migrants. L'école, un laboratoire ethnopsychiatrique", *Santé Mentale au Québec*, vol. 31, núm. 2, pp. 73-96.

**Fassin, Didier**

1999 "La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance", Michel Joubert (ed.), *Précarisation, risque et santé*, París, Inserm.

2000 "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieus parisiennes", *L'Homme*, núm. 153, pp. 231-250.

**Gailly, Antoine**

2009 "La atención sensible a la cultura", en Josep Comelles, Xavier Allué et al. (eds.), *Migraciones y salud*, Tarragona, Publicacions Universitat Rovira i Vigili.

**Giménez, Carlos**

2003 "Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. Propuesta de clarificación y apuntes educativos", *Educación y Futuro. Revista de Investigación Aplicada y Experiencia Educativas*, núm. 8, pp. 11-20.

**Habermas, Jürgen**

1982 *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus.

**Jaffre, Yannick**

1996 "L'interpretation sauvage", *Enquête, Interpreter, Surinterpreter*, núm. 3, pp. 177-190.

**Kirmayer, Laurence y Harry Minas**

2000 "The Future of Cultural Psychiatry. An International Perspective", *The Canadian Journal of Psychiatry*, núm. 45, pp. 438-446.

**Laplantine, Françoise**

1973 *L'Ethnopsychiatrie*, París, Éditions Universitaires.

**Lecomte, Yves, Sophie Jama y Gisèle Legault**

2006 "Présentation: L'ethnopsychiatrie", *Santé Mentale au Québec*, vol. 31, núm. 2, pp. 7-27.

**Leman, Johan y Antoine Gailly**

1992 *Les thérapies interculturelles. L'interaction soignant/soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*, Bruselas, Boeck Université.

**Mauss, Marcel y Henri Hubert**

2001 [1902] *Esquisse d'une théorie générale de la magie*, <<http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss/>>.

**Menéndez, Eduardo**

1984 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS/cuadernos de la Casa Chata.

**Moro, Marie Rose**

1994 *Parents en exil. Psychopathologie et migration*, París, Presses Universitaires de France.

1998 "Quelques definitions en ethnopsychiatrie", *Pour la Recherche*, núm. 17, s/pp.

**Muñoz Martínez, Rubén**

2010 *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España. Registro, material y documentación escrita*, tesis de doctorado, España, Universidad Autónoma de Madrid.

[En prensa (a)] "Propuestas interculturales de intervención sanitaria. De la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas", Tarragona, Publicacions Universitat Rovira i Vigili.

[En prensa (b)] "El antropólogo en la consulta de etnopsiquiatria. Cuestiones metodológicas en la investigación e intervención clínica", Tarragona, capítulo del libro REDAM, Publicacions Universitat Rovira i Vigili.

**Nathan, Tobie**

1993 *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...*, principes d'ethnopsychanalyse, París, La Pensée Sauvage.

1996 Entrevue Tobie Nathan, *Filigrane*, núm. 5, pp. 72-94.

1998 Ethnopsychiatrie: actualité, spécificité, définitions, *Le Carnet Psy*, núm. 33, pp. 10-13.

2001 [1994] *L'influence qui guérit*, París, Odile Jacob.

**Rechtman, Richard**

1995 "De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle", *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 60, núm. 3, pp. 637-649.

**Sayad, Abdelmalek**

1994 "Le mode de génération des générations 'inmigrées'", en *L'Homme et la société*, núm. 111, pp. 154-174.

**Strauss, Claude Lévi**

1987 *Antropología estructural*, Barcelona, Paidós.

**Waitzkin, Howard**

1991 *The Politics of Medicals Encounters*, New Haven, Yale University Press.