

La dinámica de las redes sociales y su impacto en la aparición de la enfermedad psiquiátrica en inmigrantes subsaharianos del sur de España

The dynamics of social networks and their impact on
the occurrence of psychiatric illness in sub-Saharan
immigrants in southern Spain

Pedro Luis Ibáñez Allera

Psiquiatra y Magister en Antropología Social. Agencia Pública Empresarial
Sanitaria Hospital de Poniente, El Ejido (Almería), España

Recepción: 6/02/2014 - Aceptación Inicial: 18/03/2014
Aceptación Definitiva: 30/04/2014

Correspondencia: Pedro Luís Ibáñez Allera. Hospital de Poniente. Carretera de
Almerimar s/n 04700 El Ejido - Almería E-mail: pibanezallera@hotmail.com

© Revista Internacional de Estudios Migratorios. CEMyRI. UAL (España)

Resumen

Este trabajo se interesa por detectar la relación que existe entre la aparición de síntomas psiquiátricos de inmigrantes subsaharianos que viven en el poniente almeriense y los movimientos que se producen dentro de sus redes sociales locales. Se tomó muestra a inmigrantes procedentes del África negra que precisaron ser ingresados en la unidad de hospitalización de salud mental del Hospital de Poniente de El Ejido en Almería, utilizándose sus relatos de vida y los de algunos de los integrantes de sus redes sociales a los que se aplicó un análisis etnosociológico. Los resultados muestran la existencia de una relación temporal entre aparición de los primeros síntomas psiquiátricos, incluso en personas que hasta ese momento no tenían antecedentes previos de enfermedad mental, y el alejamiento por viajes de personas con las que los enfermos mantienen una relación de parentesco.

Palabras claves: redes sociales, parentesco, enfermedad mental, migración.

Abstract

This work is concerned with detecting the relationship between the onset of psychiatric symptoms of African immigrants living in the west of Almeria and movements that occur within their local social networks. Sample was taken from black African immigrants who needed to be admitted at the Mental Health Unit of the Poniente Hospital in El Ejido (Almería), using their life stories and some of the members of their social networks to which etnosociológico analysis was applied. The results show the existence of a temporal relationship between onset of first psychiatric symptoms, even in people who hitherto had no previous history of mental illness, and trips away by people that patients maintain a family relationship.

Keywords: social networks, relationship, mental illness, migration.

1. Introducción

Los profesionales de la salud mental de la zona del poniente almeriense, con una frecuencia cada vez mayor, tienen que atender inmigrantes procedentes del área subsahariana, situación que ya se vienen dando desde las últimas décadas del siglo pasado y lo que llevamos de este. Generalmente ante esto los profesionales se encuentran con importantes dificultades para atenderlos, ya que deben sortear barreras culturales e idiomáticas que separan a los unos de los otros, lo que en muchas ocasiones resulta infranqueable. Por dar solo un apunte de la magnitud de esta problemática, en los últimos diez años la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Poniente ha debido ingresar a más de cincuenta personas procedentes del África negra por que presentaban síntomas psíquicos y comportamentales que no habían podido ser resueltos en la comunidad. Por su frecuencia de demanda dentro de las poblaciones de migrantes de ese dispositivo hospitalario público, los subsaharianos se configuran como el segundo, siendo solo superado por aquel otro compuesto por magrebíes. Los subsaharianos ingresados fueron preferentemente jóvenes varones, aunque en los últimos años también ingresan mujeres, y proceden de una multiplicidad de países, culturas, etnias o religiones de esa zona geográfica del África.

Las migraciones se han constituido en un fenómeno estructural ligado a la globalización, enmarcada dentro de las grandes diferencias socioeconómicas que existen entre las diferentes regiones del mundo. Frente a esta situación las personas se trasladan desde sus lugares de origen, donde impera la pobreza, el hambre y un importante incremento demográfico, hacia otras regiones del mundo en las cuales se tienen puestas expectativas de que podrán encontrar un futuro mejor. Pero emigrar significa mucho más que el moverse de un lugar a otro, dado que es un acto que afecta profundamente, tanto al individuo, como a quienes lo rodean y al ambiente compartido de una manera mutuamente determinante” (Sayed-Ahmad, 2008).

Se trata por tanto de un fenómeno complejo y multifacético que en si mismo abarca diversos factores, económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. Es un proceso que conlleva hacer un tránsito desde un modelo de vida conocido, el que tenían en sus países de origen; para incorporarse ahora a uno nuevo en el país de destino, donde deben de afrontar una sincretización cultural, en la que su identidad se

desestructura y reestructura nuevamente en consonancia con la realidad a la que deben enfrentar y adaptarse. No obstante esta alteridad inevitable y la fuerza del determinismo cultural, la realidad nos muestra que, en general, los inmigrantes se las arreglan muy bien en sus nuevos hogares, donde se aprovechan de las oportunidades que se les presentan, adaptándose, pero no olvidan nunca sus orígenes (Kuper, 2001), aprendiendo rápidamente e incorporando con gran fluidez los discursos dominantes acerca de la cultura. Este éxito adaptativo viene mediado por el aprendizaje del idioma del país de destino, por afirmar intereses comunes y por captar similitudes con la población autóctona, al mismo tiempo que se aprenden a reconocer cuáles son sus diferencias, y el significado de las mismas con el objetivo de minimizarlas.

Si se analizan las circunstancias que envuelven al fenómeno migratorio, sobre cuáles son los motivos que llevan a las personas a tomar la decisión de emigrar, se puede observar que la mayoría pone el acento en la necesidad de la búsqueda de una mejor calidad de vida, que beneficie tanto a ellos como al grupo de referencia que queda en sus países de origen. Esto viene dado por las condiciones en la que se desenvuelven cotidianamente en sus países de procedencia, donde la pobreza, la falta de expectativas socioeconómicas, tanto de presente como de futuro, y donde las políticas y el subdesarrollo existentes en determinados lugares del planeta, los empujan a tomar una difícil decisión, la de emigrar, la de viajar alejándose de sus familias, tratando con ello procurarse lo que parece ser un futuro mejor. Por tanto, este viaje migratorio no lo realizan los migrantes por capricho o espíritu aventurero, si no que se desplazan hacia los lugares en donde pueden encontrar trabajo y para ello se aprovechan de los contactos familiares y de amistad (Seara Ruíz, 2010).

Hasta hace unos pocos años las personas que migraban desde el África subsahariana eran generalmente jóvenes varones, personas sanas física y emocionalmente que podían enfrentar el difícil viaje, aquellos que, en la mayoría de los casos, se encontraban más preparados para superar las adversidades que tendrían que afrontar en el futuro. No obstante en los últimos tiempos, a estos se les han ido incorporando, cada día más, mujeres, muchas de ellas embarazadas, e incluso los niños que son traídos por sus madres a España. A todos estos también debemos añadir a familias completas que llegan dentro de los programas de reagrupación familiar aprobados por el estado español. Al llegar a los países de destino, los migrantes inician un proceso de adaptación a una nueva cultura, aunque en realidad el verdadero proceso de cambio comenzó desde el mismo momento en que se toma la decisión de emigrar,

bien en solitario, bien en una decisión conjunta con el grupo íntimo familiar, o por grupo comunitario más amplio. Una vez que llegan a España estos migrados inician el proceso adaptativo a su nuevo lugar, proceso que se instaura al mismo tiempo en tres niveles complementarios, el biológico, dentro de un medio ambiente que es nuevo para ellos, el psicológico, respecto de las nuevas relaciones que deben establecer, de sus identidades y de las emociones que va a ponerse en juego, y el sociocultural, respecto de las nuevas redes sociales en las que se van a ver envueltos, contenidos o por el contrario rechazados y expulsados.

Pero esto no es fácil, dado que los migrantes al llegar al país de destino se van a encontrar en una situación de fragilidad frente a las nuevas tensiones que se van a producir a su alrededor, poniéndolos así en una situación de mayor indefensión frente a las vicisitudes que se producen dentro del campo transmigratorio. A estos además se le agrega el que durante los primeros tiempos de estancia en el lugar de destino, muchas de estas personas, no van a saber cómo beneficiarse adecuadamente de los contextos asociativos, de redistribución de recursos, accediendo con frecuencia a un empleo que es de tipo informal, lo que paradójicamente, al contrario de sus expectativas iniciales del viaje migratorio, los introduce dentro del espacio de los excluidos, dentro de “la nueva pobreza” (Pedreño, 2005).

Por tanto al llegar al país de destino muchos de los migrantes se van a encontrar en una condición de vulnerabilidad, la cual viene dada por esa situación particular de irregularidad en la que muchos de ellos están al llegar a España, al no haber utilizando para ello los cauces legales establecidos para la entrada de la inmigración y de acceso al trabajo que establecen la legislación española, si no que por el contrario muchos de ellos llegan a las costas españolas de manera irregular, lo que les dificulta el acceso a documentación que les permita obtener legalmente a un lugar en el espacio laboral, debiendo aceptar condiciones infrahumanas de trabajo.

Hay una amplia documentación sobre el impacto que tiene sobre la salud de las personas la pobreza, el vivir en precarias condiciones laborales, las situaciones de violencia cotidiana, la lucha por la supervivencia, las condiciones insalubres de vivienda de los migrantes en la zona del poniente almeriense (Checa, Checa y Arjona, 2002; Goldberg, 2007; Checa, 2007; Majuelos, 2012). En ese contexto de deficientes condiciones de vida, muchos inmigrantes van presentando un sufrimiento que trasciende al dolor físico, al que Valla (1999) denomina *sufrimiento difuso*, que se caracteriza por la presencia de sensaciones de malestar general con una variedad

sintomática, tal como irritabilidad, insomnio, nerviosismo, ansiedad, angustia, dolor corporal, que incrementan su falta de perspectiva positiva de vida.

Con respecto a la salud mental de los inmigrantes, esta viene determinada por un sistema de factores interrelacionados y complementarios, tanto de índole personal, como social, económico o cultural y ello remite necesariamente al estatus sociolaboral que van a ocupar en el nuevo medio donde van a desenvolverse. Por otro lado debemos tener en consideración que cada caso es uno en sí mismo, que cada migrante conforma un mundo particular, que si bien trae en sí mismo elementos propios de su país, cultura o etnia, al mismo tiempo presentará elementos particulares que lo diferencia del resto.

A la actualidad el campo de la medicina, y por tanto el de la salud mental, se encuentra completamente dominado por la biomedicina, pero por otro lado en las últimas décadas van tomando fuerza las hipótesis socioculturales en la génesis de los cuadros psicopatológicos. Entre las diferentes líneas de investigación encontramos aquellas que dan cuenta de la importancia del impacto del tamaño y la morfología de las redes sociales como efecto protector o desestabilizador de la salud (Stansfeld 1999; Martínez Hernández, 1999; Berkman y Glass 2000; Bonet y Tabares 2006; Wong y Leung 2008; Puyat 2013). Como factores estresantes que se sobreañaden en la población de inmigrantes, y que los colocan en una situación de alta vulnerabilidad, aún más si estos se encuentran en España en una situación irregular, podemos mencionar condiciones como la soledad ligada a la separación forzada de la familia y su red social de origen, el duelo de fracaso del proyecto migratorio al existir el riesgo de no obtener los beneficios esperados al momento de iniciarlo, la lucha por la supervivencia en el día a día con problemas básicos de vivienda y alimentación, sumados a los miedos a ser detenido por la policía y expulsados, así como a los abusos que sufren en el ámbito laboral, espacio donde en muchas ocasiones son tratados como pseudoesclavos sin que se les respetan ninguno de sus derechos.

Desde el punto de vista de la práctica médica, las enfermedades psiquiátricas que presentan los inmigrantes, muchos de ellos aparentemente sanos antes de comenzar su viaje migratorio, estarían vinculadas a las tensiones resultantes de su proceso adaptativo al nuevo medio donde deben vivir. La migración, que de ninguna manera debe ser entendida en sí misma como causa de enfermedad mental, si se comporta como un factor significativo de riesgo de presentación de la misma. Esto viene dado por el hecho de que el migrante se va a encontrar sometido a intensos niveles de estrés y a una alta vulnerabilidad al llegar al país de destino. Este arribo les provoca un cuadro de duelo

que deriva, por un lado por la pérdida de su lugar de origen y por el otro por la adaptación al de destino. Este duelo adaptativo, que debería ser un proceso que en un principio debería darse de manera natural, en ocasiones se transforma en disfuncional, en desadaptativo, lo que les puede llevar a sufrir un duelo migratorio extremo, el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, al que Achotegui (2008) denomina “Síndrome de Ulises”.

La importancia que para los migrantes tiene la existencia de redes sociales de paisanaje, amistad o parentesco, conformadas antes de iniciar su viaje migratorio viene determinada por tres funciones fundamentales; sirven para ir resolviendo los problemas iniciales a la llegada al país de destino, se constituyen como el medio social en el que van a desenvolverse cotidianamente e intervienen como un espacio para la optimización de los recursos, facilitando la inserción, tanto a nivel individual como colectivo (Moreno Maestro, 2006; Requena, 2009).

Carlos Sluzki (2002) señala algunos de los mecanismos mediante los cuales las redes sociales pueden establecer mecanismos protectores de la enfermedad. La presencia de familiares cercanos ejercen un efecto reductor frente al estrés, la red social provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud, favoreciendo con ello mecanismos correctivos, en donde las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la salud y la vida de sus miembros. La existencia de una persona enferma tiende a afectar negativamente a la red social dentro de la que está inmerso, desgastándola y agotando a sus miembros. Así mismo la presencia de la enfermedad en una persona, al debilitarla, hace que esta se aísle del grupo y reduzca la actividad dentro de su red. La enfermedad provoca efectos nocivos sobre la misma red social, provocando un efecto aversivo en las relaciones interpersonales, derivando en conductas de evitación en sus miembros, tendiendo a partir de entonces a tomar una mayor distancia y un menor compromiso hacia esa persona enferma. Por tanto la presencia de la enfermedad reduce la reciprocidad en ambos sentidos, de enfermo hacia su red social y de la red social hacia el enfermo.

Todos estos procesos tienden a potenciarse entre sí al momento de ponerse de manifiesto una problemática de salud, provocando con ello una transformación en la red que hasta ese momento era contenedora, estable y segura, en otra inestable e insegura. Cuando un inmigrante se enferma, en un primer momento se establecen dentro de su propia red social espacios de contención y resolución del problema, son las “redes de cuidados”, que posteriormente se van a superponer a las que ofrece el propio sistema de

atención a la salud de la Consejería Andaluza de Salud. Estas redes se encuentran compuestas por familiares, amigos o convivientes de los inmigrantes enfermos, con los que comparten, en la mayoría de las ocasiones, cultura, idioma, religión, creencias y una concepción común de lo que es el proceso salud/enfermedad, utilizándose principalmente a la hora afrontar las primeras etapas de pérdida de la salud. Este modo de afrontamiento se apoyará sobre la base de las creencias que traen desde sus países de origen, creencias culturales de los modos de abordaje frente a la pérdida de la salud.

En los emigrantes africanos las redes sociales de referencia van a estar compuestas en la mayoría de los casos por personas que son también de origen africano subsahariano, redes que se configuran de tal manera que los vínculos que unen a sus miembros van a proveer apoyo social, constituyéndose así en redes de apoyo social o apoyo mutuo, entendiendo como tal el compartir los recursos emocionales y materiales de los que disponen. Estas redes de apoyo social, más que de intereses comunes, los sujetos compartirán *intereses en común* (Zimmerman, 1997). En este caso la protección se establece frente a los riesgos que para ellos supone vivir en un país que no es el suyo y una cultura, la española, que desconocen por completo. Solo cuando este interés en común se pone en riesgo, como sucede cuando se pone de manifiesto un enfermedad psiquiátrica grave, la red se va a modificar, inestabilizándose y/o invisibilizándose, y ahora ya si, demandando la intervención de las redes formales de salud del sistema público andaluz para que resuelva la situación del enfermo.

Fassin (1992) en sus trabajos sobre diferentes itinerarios terapéuticos realizados en África, muestra cuales son los caminos recorridos por el enfermo y su red en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, siendo estos resultado de una multiplicidad de lógicas, entre los que se encuentra factores socio/estructurales (sistemas de representación de la enfermedad, lugar que ocupa en individuo en la sociedad) y causas coyunturales (modificación de la situación financiera, consejo de un vecino), posibilidades de acceso a los sistemas estatales de salud, que hacen inútil cualquier tentativa estricta de formalización, si no que obliga a los investigadores a detectar y resituar los itinerarios terapéuticos en los diferentes lugares donde los migrados se asientan.

No debemos de perder de vista que estos inmigrantes llegan a España en búsqueda de un trabajo que les aporte ingresos económicos suficientes para poder mantenerse ellos mismos y enviar dinero a sus países de origen, para con ello mejorar la calidad de vida de aquellos que quedaron atrás en su viaje. En el poniente de Almería

esos espacios laborales los van a encontrar principalmente dentro del ámbito de la agricultura intensiva de amplia extensión y en la construcción. Actualmente con la crisis económica europea se está viendo altamente resentida la posibilidad de obtener cualquier tipo de trabajo en la zona, incluso produciéndose una mayor competencia entre los propios integrantes de las redes sociales para conseguirlo. Esto está trayendo consigo importantes conflictos entre ellos, lo cual va a agravar de manera significativa las situaciones de pobreza en la que se encuentran y de sobrevivencia de unos sobre otros. A esta precariedad laboral se agrega que los puestos de trabajo a los que muchos inmigrantes antes accedían ahora están siendo demandados por la población española en situación de desempleo que compiten con ellos. Todo esto está provocando que los inmigrantes de los países del África subsahariana se encuentren ahora en una situación de mayor dificultad a la hora de poder conseguir cualquier tipo de trabajo.

2. Método

2.1 Población y método de recolección de los datos

Para este trabajo se tomó como muestra a todos aquellos migrados subsaharianos que ingresaron en la unidad de hospitalización de salud mental del Hospital de Poniente en los seis primeros meses del año 2011. En ese periodo hubo un total de siete ingresos, de los que en uno de ellos fue imposible contactar con integrantes de su red social, por lo que no se descartó, conformando finalmente la muestra los otros seis inmigrantes subsaharianos. De ellos cuatro eran varones y dos mujeres. Sus edades oscilaban entre los 20 y los 29 años, procediendo de seis países diferentes, Nigeria, Ghana, Malí, Senegal, Gambia y Guinea Conakry, así mismo de seis grupos étnicos diferentes, Igbo, Ashante, Sunie, Mojoco, Malinké y Wolof. Tres de estos migrantes profesaban la religión cristiana y los otros tres la musulmana. Algunos de estos además practicaban religiones tradicionales africanas, como el vudú.

Hay que destacar que de los seis subsaharianos, solo uno de ellos tenía antecedentes de enfermedad mental antes de iniciarse este trabajo de investigación, estando ya en seguimiento por los equipos de salud mental comunitarios en el momento de su ingreso en la unidad hospitalaria, y que ninguno de los otros cinco refirieron en sus relatos algún tipo de antecedentes de enfermedad psiquiátricas hasta el ingreso en el Hospital de Poniente. Este es un dato central para la presente investigación ya que las

conclusiones de la misma nos van a verse sesgadas por antecedentes psiquiátricos previos.

A estos inmigrantes, se les realizaron entrevistas a fin de ir reconstruyendo en la presente investigación sus relatos de vida, abarcando estos el periodo que va desde el momento en que se toma la decisión de migrar hasta el alta hospitalaria tras la crisis psiquiátrica, o sea desde el comienzo del viaje migratorio a la enfermedad mental. Al momento de iniciar este nuevo proyecto de vida con su viaje migratorio ninguna de estas personas podía imaginar que se enfermarían, al punto tal de necesitar atención especializada e ingreso hospitalario en una unidad de salud mental en España, y que por ello deberían de enfrentar, junto a una multiplicidad de problemas de adaptación e integración al nuevo medio inherentes a las migraciones, la propia enfermedad.

Como conocemos, los relatos de vida son narraciones limitadas, generalmente acotadas al tema de estudio del investigador, centrándose en este trabajo a las experiencias que en el transcurso de su proyecto migratorio rodearon al surgimiento de la enfermedad psiquiátrica en España. Si bien es lícito pensar que los relatos de vida en parte se basan en la intencionalidad de las personas de dar un sentido a las sucesivas etapas de la vida de una persona, de darles una lógica, esto tal vez sea una ilusión retórica. Esto es así por qué cada persona nos convertimos en ideólogos de nuestra propia vida; lo que hacemos es seleccionar aquellos eventos que consideramos significativos, interconectándolos con el objetivo de darles coherencia, construyendo así algo que es artificial. Estos relatos variarán en función del habitus de cada persona, de censuras autoimpuestas y de quienes son el emisor y receptor de ese relato en cada momento concreto (Bourdieu, 1997).

2.2. Modalidad de análisis

La modalidad de análisis que llevaré a cabo es la etnosociológica de Bertaux utilizando para ello los contenidos de los relatos de vida de los seis migrados subsaharianos que enfermaron y de algunos de los agentes que integran sus redes sociales, tratando, a partir de ello, de conocer cuáles son los procesos que estructuran sus modos de vida social, sus interrelaciones, accediendo por medio de estos relatos particulares a las instituciones sociales que los contienen. Mediante este modelo cualitativo de análisis se comparan los datos recogidos en las diferentes relatos de vida, tomando como objeto de estudio las relaciones socioestructurales, no interesándose por

tanto de las representaciones simbólicas, para partiendo desde un número pequeño de casos, encontrar en ellos elementos comunes, que permitan poder entender cuáles son los mecanismos sociales, las lógicas sociales de los grupos, que se establecen dentro de las mismas.

Al iniciar el proyecto etnográfico mi pregunta como investigador apuntaba a conocer si existía alguna relación temporal entre las dinámicas que se producen en las redes sociales de los inmigrantes subsaharianos y la presentación de sintomatología psiquiátrica, si la ausencia de alguna persona significativa de estos africanos que nunca habían presentado una enfermedad mental era la causa de la aparición de la misma. Esta pregunta surge a partir de mi experiencia como psiquiatra en la unidad de hospitalización de salud mental del hospital de poniente, dado que mi percepción era que en muchos de estos subsaharianos la presentación de los primeros síntomas de enfermedad mental de alguna manera estaba relacionada con movimientos que se producían dentro de las redes sociales que los contenían (Bertaux, 1993).

El antropólogo, cuando entra en el campo de investigación, en la fase exploratoria, se ocupa en recoger algunas historias de vida, no pretendiendo que las mismas sean completas, si no que esto le sirve como medio para entrar en un campo nuevo y a partir de ello hacer aflorar los procesos esenciales, los rasgos estructurales más relevantes que se dan en ellos, los ejes centrales. Cuando se está en la fase analítica se comparan los relatos, buscando establecer a partir de ellos un esbozo de *tipologías*, que llevará consecuentemente a pasar de las ideas, de las hipótesis del trabajo de la investigación, a construir una teoría a partir del análisis de esos relatos, pudiendo entonces reconstruir una representación mental de lo que ocurre en la red social. Este modelo de análisis no se interesa por los significantes/significados de los relatos, sino que la mirada va a la búsqueda de las relaciones socioestructurales, de las normas, las relaciones y los procesos que se configuran y estructuran en el contexto de las redes sociales, en el enfoque etnosociológico (Bertaux, 1993).

En el proceso de construcción teórica de mi trabajo me interesé en encontrar repeticiones en las observaciones de los relatos de vida, y a partir de ello desarrollar la teorización de mi trabajo. Para que esta modalidad de análisis sea posible, se deben de tener varios relatos de vida, para con ellos alcanzar un nivel saturación. Esto se consigue por medio de los elementos comunes que encontramos en los discursos de las personas, en ningún caso siendo contradictorio encontrar algunos casos negativos, entendiéndose como tales a aquellos que no contienen las repeticiones que sí se encuentran en la

mayoría de los mismos, dado que con la saturación en una investigación es suficiente para verificar y afianzar el modelo teórico al que se está llegando. Para ilustrar las argumentaciones que se hacen en el trabajo de investigación, son suficientes utilizar fragmentos o segmentos de los relatos de vida, ya que los mismos tienen validez en tanto tengan coherencia interna y alcancen cierto nivel de saturación, para que con ello exista una coherencia entre la totalidad de las observaciones y la teoría construida como una totalidad. He adoptado una lógica transversal, inter-caso, que permite, a partir de ciertas continuidades y discontinuidades de la fase singular, determinar ejes temáticos-analíticos relevantes e hipótesis comprensivas transversales, para abordar el fenómeno en estudio” (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008).

Utilizando esta mirada del modelo etnosociológica me acerqué a la realidad histórico-empírica que constituye el trasfondo en el que se desarrollan estos relatos de vida de los inmigrantes del África subsahariana, entrelazando los acontecimientos, en tiempo y espacio, que les han ido sucediendo, pero no desde una mirada individual, si no desde la colectiva, dado por qué el modo particular con el que cada persona vivencia los acontecimientos de su vida se encuentra condicionado por los cambios contextuales que los contienen, es decir por los aspectos socio-estructurales e históricos y los aspectos sociosimbólicos o culturales en los que se desenvuelven.

En el análisis de los relatos me interesé en buscar la relación que se da entre el individuo y su contexto sociohistórico, tomando a estos relatos como indicios de una situación particular, en donde el contexto se impone a las individualidades particulares, destacando al contexto sociohistórico como enmarcante y condicionador de los agentes. Es por ello que en los relatos me interesé especialmente en lo que Bertaux denomina *índices*, que son los aspectos reconocibles por los agentes en sus relatos como hechos que han sido marcadores en sus experiencias de vida. En la presente investigación consideré como índices de estos relatos al momento en que nuestros seis africanos deciden iniciar su proceso migratorio, su viaje y la llegada a España. Por otro lado también busqué los *puntos de viraje*, que son los momentos bisagra o puntos de inflexión en las vidas de estos migrantes y la de los integrantes de sus redes sociales, a partir de los cuales los itinerarios de vida de estas personas van a dar un giro, van a sufrir un cambio significativo, tomando sus vidas a partir de ese momento un rumbo diferente al que existía antes (Bertaux, 1993). En la presente investigación tomé como punto de viraje la aparición de la enfermedad psiquiátrica, situación que va a obligar a la persona que la sufre, y a los integrantes de su red social, a asumir cambios,

transformaciones no esperadas, que no van a darse de una manera gradual sino que, por el contrario, suceden de manera abrupta, en un breve plazo de tiempo.

Al ir avanzando en cada unos de los casos investigados, en sus relatos de vida, acompañé el proceso de escritura al del viaje migratorio, es decir, avanzando desde el momento en se la toma de decisión de salir de sus países de origen, a como hicieron el viaje, su llegada a España, la incorporación a su nueva red social, que les sucedió con la aparición de la enfermedad mental y que rodeó a la reincorporación a su red social después de su hospitalización.

3. Resultados

Si bien esta investigación etnográfica abarcó otros aspectos que dan cuenta de las problemáticas de salud mental en el poniente almeriense de personas que migraron desde el África subsahariana, en lo referente a este artículo daré cuenta de los datos recogidos respecto a las dinámicas particulares que se producen en las redes sociales cercanas, familiares o no, como elementos que participaron de manera directa en la aparición de síntomas psiquiátricos en los migrados que precisaron de ingreso hospitalario.

De los seis subsaharianos que participan en el presente trabajo, cuatro de ellos tenían ya una red social esperándolos al momento de su llegada a España, en concreto tres tenían familiares que habían migrado antes que ellos, estando su redes constituidas por madres, padres, tíos, hermanos, esposos o parejas, y a una cuarta mujer la esperaba una red de trata de mujeres que la traían con el fin de ponerla a trabajar en algún prostíbulo de la zona.

Yankuba un muchacho que nació en Guinea Bissau y vivía juntos a su madre y otros hermanos en Gambia, al hablar sobre su viaje migratorio dice, *“mi padre vino a Gambia y me dijo que viajaría con él a España...que allí podría trabajar...mi madre me dijo que me fuera con él, que allí estaban también mis tíos... yo podría trabajar y mandar dinero para ella y mis hermanos...me puse contento con viajar al norte, a España ,allí estaría con mi padre y mis tíos”*. Podemos ver en su relato las expectativas de trabajar y con ello colaborar con el grupo familiar, tenía ya su red construida y un proyecto de vida.

De mismo modo, en el caso de Kadiatou, una mujer de Guinea Conakry, que vino a España después de casarse en su país con Amadou, este llevaba ya unos años

trabajando en el Ayuntamiento de Roquetas de Mar en el poniente almeriense. Nunca antes había tenido ninguna problemática de salud mental mientras vivía en su país. Ella sobre el viaje comenta, *“fui con mi familia a las fiesta que le hicieron a Amadou...él iba a buscar mujer para llevar a España...me eligió...después su padre y mi padre se reunieron...ellos lo arreglaron todo”*. En este caso vemos que no hubo dificultades para entrar en España, su marido tenía toda la documentación en regla. Se instalaron el Roquetas de Mar, durante sus primero años tuvieron dos hijas y todo marchaba bien dentro del grupo familiar. La enfermedad no estaba presente aún.

Los cuatro migrados que si tenían ya redes sociales constituidas, al llegar al poniente almeriense tuvieron acceso a casas donde ir a vivir, un lugar seguro donde refugiarse, así como las otras necesidades esenciales también aseguradas (alimentos, protección, etc.). A esto se le agrega que la mayoría de ellos, en concreto tres, se encontraban llegaron a España con su situación regularizada, con documentación que les aseguraba una entrada y permanencia en territorio español sin sobresaltos de poder ser expulsados. En su proceso de adaptación e integración al nuevo medio las familias jugaron un importante papel, siendo estas quienes les van a facilitar el acceso a las primeras palabras en español y la búsqueda de trabajo.

Por el contrario los otros dos migrantes, aquellos que se había aventurado a viajar sin tener referentes identificables en la zona, personas que los esperaran al momento de llegar a las costas almerienses, debieron construir sus nuevas relaciones sociales, sus redes locales, al tocar territorio español. Ambos llegaron al país de manera ilegal, sin documentación que regularizara su situación.

Drissa, un malinense, ante la situación de hambruna en la que vivía en su país, un día decidió aventurarse a emigrar. Me cuenta sobre esto, *“viaje por qué me dijeron que en Europa había mucho trabajo...no conocía a nadie...en Malí mi familia es pobre y necesitamos dinero...yo trabajaría mucho y mandaría dinero...me dijeron que en Almería tendría trabajo en la agricultura. Que poco se imaginaba en aquellos momentos que tomó la decisión de venir a España, que este proyecto solo le duraría unos pocos años y que la presencia de la enfermedad, la perdida de la red social, le obligaría con ayuda de la Cruz Roja a regresar a su país nuevamente.*

Pude comprobar como aquellas personas que tenían redes de parentesco en el poniente almeriense, tuvieron mayor facilidad de adaptación al nuevo medio, con menor incertidumbre, que aquellos otros que se aventuraron sin tener redes sociales en España al momento de iniciar sus viajes migratorios, los cuales se encontraron con

mayores dificultades en sus procesos de integración. Estos últimos de debe comenzar a construir sus redes desde el mismo momento en que pisan las costas españolas, debiendo buscarse un lugar donde vivir y subsistir los primeros días hasta que consiguen un trabajo. Aquellas mujeres que son traídas por las redes ilegales para trabajar en la prostitución, son inmediatamente aisladas, permaneciendo encerradas y amenazadas, no se les permite relacionarse con personas fuera de esa red ilegal, por lo que su dominio del idioma español es escaso, lo que se utiliza como medio para aislarlas.

Dentro de las personas más cercanas que componían estas redes sociales de estos migrados subsaharianos, pude encontrar que en un caso ya se encontraban en territorio español su padre y varios tíos paternos y maternos, en otro caso era su madre la que había migrado antes y en un proceso de reagrupación familiar vino a España acompañado de otros hermanos. Una de las mujeres viajó desde su país con su esposo, el cual fue a su país a casarse con ella, trayéndola después a España. Estos tres migrados se encontraban incluidos dentro de redes familiares estables y contenedoras. La mujer que estuvo trabajando en la red de prostitución, al momento de su ingreso hospitalario ya había pagado su deuda, vivía desde hacía unos meses con una pareja estable, otra persona también de origen subsahariano, habiéndose ya alejado del medio de subsistencia por el que vino años atrás a España. Los otros dos migrados, aquellos que no tenían redes al llegar, establecieron relaciones sociales inestables, manteniendo dentro de redes que eran frágiles y menos contenedoras, redes en las que se incorporaban y salían permanentemente otros subsaharianos, en función de los movimientos que se producían por la llegada de nuevos inmigrantes al poniente almeriense o por traslados fuera de la zona por motivos de trabajo, menos tolerantes a la presencia de la enfermedad psiquiátrica en algún integrante del grupo.

Como punto central de este trabajo me he interesado en conocer si al momento de enfermarse estos migrados subsaharianos se habían producido movimientos dentro de las redes sociales constituidas, configurándose esta nueva situación social como un factor estresante que colocara a estos migrados, que hasta ese momento la mayoría no habían manifestado ninguna enfermedad psiquiátrica, en una situación de inestabilidad emocional y de alta vulnerabilidad, de tal modo que la enfermedad se manifestara de tal manera que precisaran de un ingreso hospitalario. En este sentido en los relatos de vida pude detectar un elemento central que se repetía en varios de ellos, que les era común, fue que en aquellos migrados que si tenían redes locales de parentesco, padres o

parejas, la ausencia de algún de estos integrantes significativo de las mismas, coincidía en el tiempo con la aparición de la enfermedad psiquiátrica. En la mayoría de los casos estos alejamientos se produjeron como consecuencia de la crisis económica española que obligó a estas personas a tener que alejarse de los futuros enfermos para resolver su situación económica/laboral, y por ello se trasladaron a zonas alejadas del poniente almeriense,

En concreto en un caso fue el padre del enfermo, dentro de un grupo étnico patrilineal, el que tuvo que ausentarse y viajar a Suiza. Sobre el viaje de su padre Yankuba me dice, *“me puso muy nervioso que mi padre se fuera a Suiza, no encuentra trabajo aquí...mis tíos me llevaron al hospital... me dejaron allí unos días”*. En el caso de Samuel, un joven procedente de Ghana, fue la madre, en este caso de un grupo matrilineal, la que se trasladó a Inglaterra, Samuel respecto del viaje de su madre relata, *“mi madre y mi hermana se fueron a Inglaterra...me sentí mal...me asusté...mi madre es muy importante...ella siempre decide las cosas...ella sabe lo que hay que hacer siempre...mi tío me llevó al hospital...él es bueno conmigo...me cuida”*. En el caso de Blessing, una muchacha de Nigeria, fue su pareja la que se desplazó desde Almería a la provincia de Murcia y comenta *“Francis se fue a trabajar a otro lugar, estuvo varios días lejos...me asusté...no podía dormir, me puse nerviosa...creía que la gente me quería hacer daño...me fui de la casa...no sé donde fui...me llevaron al hospital...estaba con los locos, yo no soy loca. En el caso de Kadiatou, una joven de Guinea Conakry, si bien no hubo un viaje, se dio la circunstancia de que su esposo debía permanecer más tiempo fuera del domicilio familiar debido al incremento de horas en su carga laboral. Ella me contaba, *“tenía mucho trabajo con las niñas, lloraban mucho...no me dejaban dormir...Amadou sale temprano de la casa y regresa a la noche...cuando me enfermé dejé solas a las niñas...me fui corriendo a la calle...tenía miedo de los hombres que viven en la casa...pensé que me iban a hacer daño”*.*

Los movimientos que se produjeron dentro de las redes sociales cercanas de parentesco en el poniente almeriense de estos cuatro migrados subsaharianos se relacionó de una manera directa, en tiempo y espacio, con la aparición de síntomas de enfermedad psiquiátrica. En tres de ellos con la aparición de los primeros síntomas y en el otro con la reaparición de los síntomas que ya había tenido anteriormente. Es decir de los cuatro, tres no habían necesitado de atención especializada de salud mental, ni en sus países de origen, ni en España, y solo a partir del viaje de sus familiares se puso de manifiesto la enfermedad psiquiátrica que derivó en ingreso hospitalario.

En aquellas personas sin redes familiares la situación que encontré es diferente. De estos, un migrado fue perdiendo de manera progresiva su red social debido a que comenzó a consumir alcohol y cannabis y tener problemas con las fuerzas del orden público y la justicia española, lo que derivó el que la red social se apartó progresivamente de su lado, dejándolo solo en la calle y sin contención de ningún tipo. Fue el consumo de tóxicos lo que provocó el moviendo de la red y no al revés y que este consumo y los síntomas derivados del mismo le llevó a que tuviera que ser ingresado en la unidad de hospitalización. El malinense Drissa comenta *“un día un colega me invitó a fumar unos porros...primero me invitaban...después compraba yo y invitaba otros...al final ya no tenía amigos...fumaba solo...recogía colillas del suelo...me enfermé...no trabajaba más...solo quería fumar y beber alcohol...cervezas y vino...terminé en la calle...me llevaron al hospital”*. En el sexto de los subsaharianos, el senegalés Mamadou, no pude detectar movimientos significativos en su red social que participaran como elemento disparador en la presentación de la enfermedad mental, ya que estos movimientos eran permanentes. *“en Almería me encontré con gente de mi país...pronto encontré trabajo en los invernaderos...en el cortijo llegamos a vivir treinta y dos africanos, cuando me enfermé solo estábamos en el cortijo siete, cuando volví ya eran nueve, cuatro eran de Senegal como yo, dos de Nigeria y otros que no sé de donde...todos somos musulmanes...no está bien que viva con nosotros un cristiano...no lo dejaría el jefe de la casa”*. Podemos ver como en el cortijo¹ donde vivía este inmigrante se producían constantes movimientos con personas que entraban y salían, y donde los vínculos que se establecían, no ya por el parentesco, estaban mediados la procedencia común africana, y donde las instituciones religiosas o la economía, jugaban como mediadoras de estos vínculos de solidaridad. En estos casos los vínculos que se establecen entre ellos son inestables, menos contenedores, y donde si bien la solidaridad entre ellos se constituye en un elemento de cohesión, la enfermedad los debilita rápidamente.

De todo lo referido hasta ahora se puede ver de una manera clara y nítida como los movimientos que se producen dentro de las redes sociales de parentesco de los migrados del África subsahariana que viven en el poniente almeriense, la inestabilización de las mismas, juega un papel a la hora de poner en una situación de

¹ Cortijo: vivienda alejada de los núcleos poblacionales y que se utilizan habitualmente para las labores agrícolas. Actualmente los propietarios españoles los abandonan para irse a vivir a los núcleos urbanos, permitiendo que los migrantes vivan en ellos. Generalmente se encuentran con escasas condiciones de habitabilidad, sin luz o agua.

riesgo, de vulnerabilidad, a los migrados, de tal manera que ello puede derivar en la presentación de la enfermedad mental. A partir de los datos recabados en los relatos de vida pude comprobar que la existencia de un vínculo de parentesco en el poniente almeriense, la relación entre los futuros enfermos y sus padres y parejas, se constituye en un elemento central de estabilidad social y contención emocional. Pero que por otro lado, de igual manera que se ha podido ver la importancia que tiene el que personas significativas deban viajar lejos del poniente almeriense, el que padres, madres o parejas se alejen de los migrados, incluso en aquello que nunca habían tenido ninguna enfermedad mental, al ponerse en riesgo este vínculo de parentesco como factor de seguridad y estabilidad emocional, el alejamiento del poniente almeriense de esas personas significativas, padre, madres, parejas, se constituye en factor disparador de la presentación de la enfermedad mental. Los movimientos que se producen dentro de estas redes intervienen de tal manera que ponen a los futuros enfermos en una situación de alta vulnerabilidad social y emocional. El que se alejen de ellos personas con la que mantienen un alto nivel de dependencia, a partir del vínculo de parentesco, los coloca en una situación de riesgo de enfermedad mental. Así cuando dentro de un grupo de parentesco patrilineal, es la ausencia del padre lo que lo pone en riesgo; de la misma manera que la ausencia de la madre en un grupo de parentesco matrilineal también puede provocar inestabilidad emocional. En el caso donde el vínculo de dependencia se establece por medio de la relación de matrimonio/pareja de hecho, fue la ausencia de los compañeros varones lo que pone en riesgo a las mujeres.

Por el contrario en aquellos migrantes que por el contrario no tienen redes familiares constituidas en España, en los movimientos de sus redes sociales no encontré que existiera una relación directa entre dinámica social y la presentación de la enfermedad psiquiátrica, siendo en este caso otras categorías diferentes a las del parentesco las que participan, destacándose entre ellas el origen común africano, la religión o la economía.

4. Conclusiones

En este trabajo he tratado abordar la influencia que tienen los movimientos que se producen dentro de las redes sociales locales de los migrados subsaharianos que viven en el poniente almeriense como un factor de impacto que se relacione con la

presentación de la enfermedad mental. Asimismo he tratado de detectar si existen diferencias entre los migrados que tienen redes de parentesco locales y los que no.

Los datos que surgieron del análisis etnosociológico de los relatos de vida de subsaharianos que necesitaron ser ingresados en la unidad de hospitalización de salud mental del Hospital de Poniente, y de algunos de los integrantes de sus redes sociales, fueron extrapolados a la generalidad de los migrados subsaharianos. Esto me ha permitido acercarme a algunas de las lógicas que rigen el mundo social de estos migrados y a la relación que existe entre las dinámicas de las redes sociales y la presentación de la enfermedad mental. A partir de ello pude aproximarme a la construcción de una tipología particular en los procesos salud/enfermedad/cuidados de la enfermedad mental de estas personas y a su relación con los cambios que se producen dentro de sus redes locales.

Del análisis de los datos resalta la importancia que tienen los movimientos que se producen dentro de las redes locales de parentesco como un elemento que puede prevenir/favorecer los procesos del enfermar. El que en la cercanía de los migrados subsaharianos haya familiares actúa como un factor contenedor frente a la aparición de la enfermedad psiquiátrica y que, por el contrario, el alejamiento de familiares significativos, independientemente de que queden en la zona otros referentes sociales, predispone a la aparición de la enfermedad psiquiátrica. Este hecho se pudo ver incluso en aquellos subsaharianos que hasta ese momento no habían presentado síntomas de dicha enfermedad. Por tanto, la presencia en el poniente almeriense de padres, madres, parejas, etc. se constituye en un elemento contenedor emocional. En tanto estos familiares permanecen en la proximidad, su presencia va a actuar como elemento de contención social y emocional, pero de igual manera su alejamiento puede favorecer una situación de vulnerabilidad psíquica que predisponga al riesgo de aparición de síntomas de la enfermedad mental en un corto periodo de tiempo.

En los migrantes que no tienen vínculos de parentesco cercanos no pude detectar la existencia de una relación entre movimientos dentro de las redes sociales locales y aparición de la enfermedad mental.

Por tanto, puedo concluir que si bien el vínculo de parentesco participa como un elemento contenedor, los movimientos que lleven a que familiares tengan que alejarse de los migrados pueden actuar como un factor disparador de la aparición de la enfermedad psiquiátrica, y que por el contrario, en aquellos migrados en los que no pude encontrar redes sociales de parentesco próximas, las dinámicas dentro de sus

grupos locales de relación no parecen tener el mismo papel protagónico, no habiendo podido detectar en estos casos la existencia de una relación directa entre los movimientos de sus redes sociales y la aparición de síntomas psiquiátricos.

Referencias

- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en salud mental relacional Vol.7 (1) ASMR Revista Internacional on-line*. <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>
- Berkman L. y Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En: L. Berkman y I. Kawachi, (eds.), *Social Epidemiology*. (pp: 137–173). New York: Oxford University Press
- Bertaux, D. (1993). Historia oral. Parte II: Los conceptos, los métodos. En J. Aceves (Comp.), *Historia oral* (pp. 136-148). México: Antologías Universitarias - UAM-Instituto Mora.
- Bonet, O. y Gomes Tabares, F. R. (2006). Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. Em R. Pinheiro y R. Araujo de Mattos (org.), *Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (pp. 385-399). Río de Janeiro: Cepesc-Ims/Uerj-Abrasco.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Checa, F. Checa J. C. y Arjona A. (2002). La segregación residencial de los inmigrados extranjeros en la Mojónera (Almería). Un espacio de conflicto étnico. *Portularia*, 2, 195-211.
- Checa, J. C. (2007). *Viviendo junto aparte. La segregación espacial de los africanos en Almería*. Barcelona: Icaria
- Cornejo, M, Mendoza, F. y Rojas, R. C. (2008). *La investigación con relatos de vida. Pistas y opciones del diseño metodológico*. *PSYKHE*, 17(1), 29-39.
- Fassin, D. (1992). Pouvoir et maladie en Afrique. *Presses Universitaires de France*. Paris.
- Goldberg, A. (2007). *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de Salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona*. Universitat Rovira I Virgili. (Tesis de doctorado)
- Kuper A. (2001). *Cultura. La versión de los antropólogos*. Barcelona: Paidós.

- Majuelos Martínez, F. El trabajo sexual y economía inmigrante. Los bares africanos en el Poniente almeriense. *Revista internacional de estudios migratorios*, 2 (4), 55-76.
- Martínez Hernández A. (1999) Etnografía y educación para la salud: hacia un modelo dialógico de intervención. *Trabajo social y salud*, 34, 173-188.
- Moreno Maestro, S. *Aquí y allí, viviendo en los dos lados. Los senegaleses de Sevilla, una comunidad transnacional*. Estudios y monografías (1). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Pedreño Cánovas A. (2005). Sociedades etnofragmentadas. En A. Pedreño Cánovas y M. Hernández Pedreño (coords.), *La condición inmigrante. Exploraciones e investigaciones desde la región de Murcia*. Universidad de Murcia, (pp. 75-103). (<http://www.um.es/campusdigital/Libros/textoCompleto/la%20condicion%20inmigrante/LA%20CONDICION%20INMIGRANTE%20cap4.pdf>)
- Puyat J. H. (2013). Is the influence of social support on mental health the same for immigrants and non-immigrants? *J Immigr Minor Health*, 15 (3), 598-605.
- Requena F. (2009) Redes sociales, mercado de trabajo y migraciones. En F. Checa y Olmos, A. Arjona Garrido y J. C. Checa Olmos (eds.), *Globalización y movimientos transnacionales. Las migraciones y sus fronteras* (pp. 27-37). Almería: Universidad de Almería.
- Sayed-Ahmad, N. (2008). El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En: N. Sayed-Ahmad, R. García Galán y E. González Rojo (coords.), *Salud Mental e Inmigración* (pp. 21-31). Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Seara Ruiz, J. M. (2010). *La inmigración. Un fenómeno universal*. Madrid: Dykinson.
- Sluzki, C. (2002). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En E. Dabas. y D. Najmanovich (comps.), *Redes. El lenguaje de los vínculos* (pp. 114-123). Buenos Aires: Paidós.
- Stansfeld S. (1999). Social support and social cohesion. En: M. Marmot y R. Wilkinson (eds.). *Social Determinants of Health*. (155-178). Oxford, England: Oxford University Press.
- Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 7-14.
- Wong D. F. y Leung G. (2008). The functions of social support in the mental health of male and female migrant workers in China. *Health Soc Work*. 33(4), 275-85.

- Zimmerman, D. E. (1997). Fundamentos teóricos. En: D.E. Zimmerman y L.C. Osorio (orgs.), *Como trabalhamos com grupos* (pp. 25-31). Porto Alegre: Artes Médicas.