

Migración y psicopatología

Ma. Eugenia Pérez Montes¹

Como psicoterapeuta psicoanalítica tengo ejerciendo en la práctica clínica a partir de mediados del 2000, prácticamente son diez años de práctica ininterrumpida.

He atendido en la ciudad de Zamora, en mi consultorio privado a 53 pacientes, de los cuales 10 tienen antecedentes migratorios, representando el 18.86% de las personas que han acudido a mi atención.

Debo aclarar que hasta el momento presente estoy intentando correlacionar, visualizar a mis pacientes a través del discurso migratorio, lo cual es motivado porque éste es uno de mis intereses actuales. Posiblemente por ser este fenómeno migratorio antes poco significativo para mí, quizá algunos datos relacionados con este fenómeno, se hayan escapado a mi exploración diagnóstica y entonces la representación porcentual pudiera ser mayor.

Las historias clínicas que más adelante presentaré solo contienen los datos que consideré pertinentes para este ensayo, tienen una característica totalmente descriptiva, no está presente una interpretación psicoanalítica de la psicodinámica subyacente de cada uno de los historiales, ya que de hacerlo así implicaría aparte del diagnóstico, aportar la clave psicodinámica, la presunción diagnóstica, el pronóstico y el tipo de tratamiento recomendado, lo cual rebasaría los alcances que motivan el presente trabajo.

Es conveniente señalar que sin haber motivado una reflexión previa en mí, desde muy niña estuve en contacto con migrantes y sus hijos debido a que 4 hermanos de mi mamá migraron a EU, posteriormente se llevaron a su familia o la formaron allá y una familia después se convirtió en migrante de retorno. Una tercera generación de mi parentela ya está naciendo allá y podemos ver en el eventual contacto que tenemos con estos, que ya no tienen raíces en nuestro país.

Entonces me surge la interrogante ¿Es la migración la causa de los problemas emocionales de los migrantes y sus familias? Para intentar dar respuesta, se hace necesaria la revisión y análisis de los diferentes historiales clínicos para poder dilucidar hasta donde sea posible esta cuestión, debido a que estas historias son de personas que acudieron a consulta por la dimensión de su problemática emocional, lo cual supongo debe ser diferente en quienes a pesar de

¹ Psicoterapeuta Psicoanalítica, graduada en el Instituto Jalisciense de Psicoanálisis y Psicoterapia, dedicada a la Práctica Clínica privada.

que la migración es parte de su vida no presentan una pérdida de la homeostasis que los obligue a acudir a consulta psicoterapéutica o psiquiátrica, aunque no pierdo de vista que debe haber también quienes requieren tal atención pero están utilizando otros medios para sentirse bien. Estas historias representan una muestra solo de quienes han acudido a mi consulta privada, son representativos y predictivos solo en este rango.

HISTORIAS CLÍNICAS:

A.M. Paciente mujer de 35 años, estudios de preparatoria, casada, con dos hijos.

Estructuralmente neurótica, depresiva masoquista (Kernberg, 1997: 67-92). Ella llegó a consulta por estar sufriendo casi a diario estados de ansiedad y depresión; está en proceso de divorcio, su esposo tiene 5 años de estar radicando en EU como ilegal. El envía cuatro mil al mes para la manutención familiar. Ella ha tenido que trabajar para completar el gasto de la casa.

Ella se casó porque sabía que él la quería, ella lo estimaba, lo valoraba como muy buena persona, como trabajador, pero jamás estuvo enamorada de él.

Hace tres años que ella conoció a su actual pareja. Él es varias veces divorciado, ella lo quiere, le gustaría vivir con él.

No sabe que hacer porque su marido está por llegar de EU y le exige poder estar en la casa de ambos y su actual pareja le pide que eso no suceda.

G.B. Paciente mujer de 25 años, estudios de licenciatura, casada, con dos hijos.

Estructuralmente neurótica, depresiva masoquista

Ella refiere problemas con su esposo que está radicando en los EU desde hace seis años. Los primeros cuatro años de estancia en el país del norte, él estuvo muy pendiente, cuidadoso, puntual con sus envíos de remesas, muy afectuoso telefónicamente; pero desde hace dos años se ha desobligado casi totalmente de ella y los niños, situación que la forzó a trabajar para sostener a la familia. Ella cree que él adquirió otro compromiso allá, así que solicitó el divorcio, el cual está en trámite.

Ella se casó forzada por su familia ya que “se había ido con él” cuando apenas tenía 15 años y era estudiante de secundaria, ya casada estudio la preparatoria abierta y posteriormente realizó un diplomado.

El marido era albañil, se alcoholizaba y fumaba marihuana, en muchas ocasiones la golpeó, incluso estando embarazada. Ella ha tenido poco apoyo de su mamá, el que la apoya un poco más es su papá.

Ella se ha sentido muy deprimida. Su depresión cumple los requerimientos de una depresión mayor.

Wi Paciente niño de 7 años, ciudadano estadounidense, radicado aquí desde hace 5 años con su mamá y familia materna, el papá continúa en EU.

En la evaluación que se realiza de *Wi* por medio del diálogo, de juegos y dibujos se le encuentra ligeramente deprimido por la ausencia de su papá y porque en la escuela lo culpaban de todo. Además presentaba un fuerte temor a dos compañeros más altos y fuertes que él ya que diariamente lo golpeaban y lo amenazaban diciéndole que si los acusaba iban a lastimar a su mamá.

Debo señalar que *Wi* nace en el seno de una familia reconstruida con 5 hermanastros y un hermano previo a él. Su mamá se había responsabilizado del cuidado de 5 hijos del papá de *Wi*, pero sin tener ningún apoyo para normallos por parte de su esposo. Los mayores hurtaban cosas, los más pequeños (7-8 años) no tenían aún control de esfínteres.

Hubo varios intentos de terapia familiar en las que la falta de cooperación de los hijos y del papá imposibilitó su continuación.

Wi pasa en ese ambiente dos años de su vida, donde sus medios hermanos, tanto a él como a su hermano mayor, los hostigan, los maltratan y los tienen confinados a un cuarto. Agregándose que cuando tenía un año su mamá para ayudarse económicamente empieza a cuidar a otro niño, entonces *Wi* se convierte en bebe cabeceante, lo cual continuaba haciendo al llegar a la esta ciudad hace 5 años.

E Paciente mujer de 32 años, soltera, profesionalista.

Estructuralmente limítrofe (Kernberg, 1999: 7-9), con depresión mayor (American Psychiatric Association de Washington, 1995: 345-352), ansiedad, sudoración excesiva, dudas respecto a su identidad sexual, rasgos obsesivos muy acentuados, fobia de contaminación, con terror profundo a la intimidad y al abandono.

Hija de migrante de retorno, por muchos años radicado en EU.

Los primeros años de vida de *E* vivieron en la casa de los abuelos paternos debido a la ausencia del padre, su mamá casi todo el día se encargaba de asear la gran casa de los abuelos, dedicaba muy poco tiempo para la atención de sus hijos. Si *E* quería ver la televisión tenían que ir al cuarto de sus abuelitos, momentos aprovechados por un tío paterno como de 16 años para abusar sexualmente de *E*, ella posteriormente refiere haber tenido juegos sexuales con una prima y con su hermana. Cuando *E* contaba con 18 años su papá (en estancia temporal en su lugar de origen) también intenta abusar de ella, *E* le cuenta a su mamá y ésta indaga con su otra hija sobre alguna conducta inapropiada del papá, se descubre que en efecto cuando la hermana era pequeña (unos 6 años) el papá abusó de ella. Fue una crisis familiar terrible; el papá es obligado por la mamá a regresar a los EU por un período de 10 años y retornó apenas hace uno.

Referente a su papá **E** tiene muchos resentimientos, desprecio, odio; con su mamá la relación también es muy conflictiva: existe entre ellas una lucha de poder, ella califica a su mamá como muy castrante.

E ha tenido un único novio al que ama mucho, aunque la relación no está prosperando debido a desacuerdos en lo que ambos quieren.

A Paciente hombre de 17 años, estudiante, soltero, fue migrante con toda su familia.

Estructuralmente neurótico, con rasgos obsesivos, distimia (American Psychiatric Association de Washington, 1995: 352-357) y toxicomanía (Le Poulichet, 1990: 24-25)

En la vida de este paciente no existen en su infancia eventos traumáticos, fue un niño bien cuidado, vivió hasta los 8 años en los EU., ya de vuelta a México comienzan a gestarse paulatinamente en sus padres diversas tensiones por desacuerdos en sus proyectos de vida que a la fecha han culminado con la separación.

El paciente reporta tristeza, aburrimiento, vacío e infelicidad desde que estudiaba la secundaria. Estos padecimientos continúan hasta la actualidad, asociados con el consumo adictivo de marihuana,

N Paciente mujer de 47 años, soltera, profesionalista de alto nivel.

Estructuralmente neurótica, depresiva masoquista

La paciente es hija de un migrante a los EU., ha vivido cómodamente, sin carencias económicas. Reporta sentirse angustiada y deprimida. En su familia ha habido muchas muertes, muy dolorosas para **N**. Hace un año murió un hermano, hace 10 años su mamá y hace 20 años otro hermano.

La paciente **N** fue operada de la vesícula hace 2 años; hubo alguna falla y desarrolló pancreatitis. Desde ese entonces hasta la fecha ha estado en permanente medicación.

Su depresión y angustia parecen tener que ver con una serie de duelos no resueltos. Su estado de salud es muy frágil y se encuentra en medio de una múltiple problemática familiar, a la que ella quiere poner solución, claro sin lograrlo pues no puede tomar las decisiones de otros.

M Paciente mujer de 29 años, estudios técnicos, soltera.

Estructuralmente neurótica, histérica (Kernberg, 1997: 93-116)

Hija de un matrimonio divorciado, su madre migró después de la separación marital que sucedió cuando ella tenía 17 años. La paciente **M** presenta una profunda depresión que ya había padecido cuando se separaron sus papás.

Después de la ruptura marital, su mamá migró a los EU para poder man-

tener a sus 4 hijas ya que el papá se despreocupó de su manutención debido a una mala racha económica y a su alcoholismo.

M está muy resentida con su mamá por haberla dejado sola. Con su papá a pesar de sentir que “el es todo para ella” la relación es difícil; ambos se violentan fácilmente. A veces la paciente presenta trastornos del sueño que fluctúan entre el insomnio y la hipersomnia.

***S** Paciente mujer de 36 años, con estudios de preparatoria, soltera.*

Estructuralmente psicótica (Kernberg, 1999: 1-21), trastorno psicótico breve (American Psychiatric Association de Washington, 1995: 308-311), depresión mayor e intento suicida.

La paciente **S** refiere que desde que ella era muy pequeña toda su familia, incluida ella, vivían en los EU. Sus papás trabajaban y a los niños los dejaban al cuidado de algunos familiares.

Es paciente psiquiátrica y había sido tratada psicológicamente durante 7 años antes de empezar el tratamiento conmigo. Llega con depresión mayor e intento suicida, había tenido dos episodios psicóticos con características delirantes uno en 1995 y otro en 1996.

En el 95 sufrió un intento de violación por parte de un masajista, después de ese incidente emerge el primer episodio psicótico.

En 1991 cuando ella tenía aproximadamente 24 años, después de leer una revista que hablaba del abuso sexual infantil recordó que cuando tenía alrededor de 6 años, un hermano de su mamá abusó sexualmente de ella. Desde entonces tiene miedo a la cercanía de los hombres, por ese motivo terminó su segunda relación amorosa.

Cuando tenía 20 años perdió al amor de su vida porque su mamá no quería que tuviera novio, ella se deprimió profundamente por 3 o 4 años; se aisló, no se arreglaba, no se bañaba, no le encontraba sentido a la vida.

***M.S.** Paciente mujer de 30 años, casada, madre de un bebé, profesionista de alto nivel.*

Estructuralmente neurótica, histérica

La paciente **M.S.** fue migrante en los EU por 3 meses cuando tenía 22 años para ayudar a la situación económica familiar. Regresó por la enfermedad y muerte de su papá.

Llegó a consulta deprimida y ansiosa por dificultades matrimoniales que parece tienen que ver con proyectos de vida divergentes con su pareja.

***Mi** Paciente hombre de 21 años, con estudios de primaria.*

Estructuralmente limítrofe, en comorbilidad trastorno antisocial (American Psychiatric Association de Washington, 1995: 662-666) de la personalidad,

Trastorno paranoide (American Psychiatric Association de Washington, 1995: 650-654) de la personalidad y toxicomanía

El joven **Mi** es el tercero de ocho hermanos, señala la inexistencia de comunicación entre los diferentes miembros de su familia, así como sentirse afectivamente poco unido con ellos. En la infancia no tenía amigos, no le gustaba la forma de ser de los otros niños, a él le agradaba ser atrevido, en la primaria él era el que golpeaba a los demás: sentía odiarlos y deseos de matarlos. En la escuela era pésimo estudiante, muy inquieto, pretextaba cualquier cosa para no estar en clase, no ponía atención, no aprendía, sus calificaciones fluctuaban entre cinco y siete. Ya en su estancia en la escuela primaria empezó a robar a sus compañeros, aparentaba ser su amigo, cuando ya le tenían confianza realizaba el hurto.

El habla de que su mamá siempre ha estado con ellos, su papá desde hace treinta años ha viajado a la EU., estando con ellos solo temporadas de cada año, su situación económica ha sido estable, ha tenido materialmente todo lo que necesita.

El papá del joven **Mi** es alcohólico. En estado de ebriedad los golpeaba a ellos y a la mamá, los corría de la casa. **Mi** reconoce odiar a su padre y desear su muerte.

Mi inició el consumo de alcohol desde los ocho años, mientras su papá se alcoholizaba. A sus once años ya consumía marihuana, pastillas, resistol, cocaína, crack y piedra, todo al mismo tiempo. Por esa época empezó a tenerle miedo a la gente sentía que lo iban a dañar, a golpear.

Cuando **Mi** tenía quince años intentó golpear con una varilla a su papá por que éste le llamó la atención por ser un drogadicto. El papá respondió furioso ante el ataque y lo mandó encarcelar a partir de esa fecha ha estado encarcelado nueve ocasiones, por narcotráfico y robo a casa habitación.

Su novia lo dejó hace dos años y medio y desde entonces **Mi** no ha querido tener otra relación de noviazgo, el estaba realmente enamorado de ella y aún hoy se siente muy triste por la ruptura. Después de que lo abandonó **G**, empezó a odiar a todo el mundo y se metió fuerte al narcotráfico, el gusto le duró solo un mes, fue aprehendido y hace un mes la policía lo trajo a internar a este Centro de Rehabilitación. Afirma haber estado interno unas 15 veces.

Esta es la primera vez en que ha deseado cambiar, ahora sí, ya no quiere dañar, ni dañarse, antes sentía que no podía cambiar, ahora se está dando cuenta de que sí lo está logrando, ambiciona tocar guitarra, tener mujer e hijos: conformar una familia. Quiere tomar terapia para ver si puede cambiar.

A MANERA DE CONCLUSIONES

Como podemos ver en la problemática emocional diagnosticada a mis pacientes, en su recorrido encontramos desde padecimientos de depresión ligera hasta episodios psicóticos.

Para analizar los casos en correlación con el fenómeno migratorio hay que delimitar variables que sirvan de punto de partida, empiezo entonces con:

Esposas de migrantes

Dos casos corresponden a esposas de migrantes con trámites de divorcio en los cuales el estado de ánimo presente en ambas es depresión y ansiedad. Estos estados anímicos tienen que ver con la ruptura matrimonial en proceso, los pocos ingresos económicos, la ausencia del marido. Sobre todo en el caso de **G.B.** existen en su historial antecedentes premórbidos como baja autoestima, masoquismo, enuresis derivados del maltrato corporal y psicológico por parte de su familia de origen, así como de su matrimonio forzado.

En el caso de **A.M.** su historial no reporta antecedentes psicopatológicos significativos anteriores, pero sí es llamativo que su matrimonio no se finca en la vivencia de estar enamorada, sino en que él la quería, era trabajador, buena persona: le convenía ese matrimonio.

De acuerdo a mi evaluación, está siendo fundamental para que se gesticione la ruptura de ambos matrimonios, el ¿cómo se conformó la pareja marital?: una forzada y la otra por conveniencia.

Mujer migrante de retorno

En el caso de la mujer **M.S.**, migrante de retorno, también existen antecedentes premórbidos tales como: ser hija parental, baja autoestima y enuresis. Las actuales diferencias matrimoniales tienen más que ver con diversos proyectos de vida con su pareja que los hace tener prioridades y expectativas de vida divergentes. No parece relevante el que haya sido migrante.

Hijos de migrantes

Entre los casos de hijos de migrantes, en el caso de la paciente **N** los antecedentes premórbidos tienen que ver con una serie de duelos no resueltos, que aparentemente no tienen que ver con el fenómeno migratorio; la muerte de un hermano hace 20 años, la de su mamá hace 10 y la de otro hermano hace 1 año.

Físicamente se encuentra enferma y con la incertidumbre de si al ser operada sus problemas físicos se solucionarán.

En el caso de la paciente **M** su historial no reporta sintomatología en la niñez sino a partir de la adolescencia (17 años) después de la separación de sus padres y la migración de su mamá a los EU., es a partir de ahí e cuando empieza a sentirse deprimida, vacía, con miedo, labilidad emocional, actualmente mas acentuada, y trastornos de sueño.

Es muy posible que en este caso, por estar asociados separación matrimo-

nial, migración y adolescencia juvenil de la paciente, si se pueda afirmar una correlación muy fuerte con la problemática de la paciente y la migración.

Respecto a la paciente "E" fue fundamental el hecho de haber crecido en un ambiente caótico, promiscuo y de hacinamiento de la familia paterna. Pero ante lo que ya sabemos de su historia valdría la pena preguntar ¿hubiera sido diferente de haber vivido aparte?, ¿con su padre presente? o ¿hubiera sido peor si el padre no se hubiera ausentado? Es difícil de valorar. Considero que los problemas de "E" no pueden culpabilizar a la migración, sino a la estructura de su familia, los acontecimientos incestuosos y el hecho de tener una mamá tan ensimismada que no se daba cuenta de nada.

En el paciente **Mi** desde la infancia se va gestando el trastorno disocial, no se ve la presencia de normas de conducta impuestas desde el entorno familiar, que le permitan guiarse en la relación con los otros, más frecuente es que todos las rebasen, como el segundo de sus hermanos que a **Mi** lo golpeaba hasta sangrarlo, sin que nadie interviniera para evitarlo y de ahí el propósito de **Mi** de nunca más dejarse. El papá con su alcoholismo y violencia actuó como agente catalizador de los trastornos de personalidad y toxicomanía de **Mi** ¿este cuadro de **Mi** será válido atribuirlo a la migración? A mi parecer no, es como en el caso **S**, una estructura familiar con aportes profundamente dañinos para el desarrollo de sus miembros y particularmente para **Mi**.

De familias migrantes

Tenemos también dos casos de familias migrantes: la del paciente **A** y la paciente **S**.

En el paciente **A** según reporta su historia clínico no existen eventos traumáticos en la niñez, en la adolescencia todo parece ser parte de la crisis normal de dicha etapa. Pero empieza a haber un cambio en el tránsito de la adolescencia nuclear a la juvenil, con la instalación de un cuadro depresivo y con el inicio desde finales de la secundaria del consumo de marihuana, el cual continúa hasta la fecha y ha adquirido características de una toxicomanía. En este caso no parece incidir grandemente el hecho de ser parte de una familia migrante, pues ya tiene varios años residiendo en el país.

Respecto a la paciente **S** debo dejar claro que es el caso más grave de todos los que se han expuesto. La mamá para poder trabajar la dejaba a ella y a sus hermanos al cuidado de algunos familiares. Al volver del trabajo por realizar los cuidados de higiene básicos, no existía ninguna atención especial hacia ninguno de sus hijos, lo cual de acuerdo al diagnóstico de **S** tiene que ver con su excesiva fragilidad yoica, y la falta de constancia objetal (Spitz, 1996: 138-147) en la paciente, situaciones que no exactamente son resultado de pertenecer a una familia de migrantes, corresponden mas bien a fallas estructurales intrapsíquicas de ambos padres. La mamá también es paciente psiquiátrica y el papá es poseedor de fuertes componentes incestuosos. Obviamente esto no

tiene que ver con la migración.

En la reflexión detallada que he realizado del caso **S**, no existe separación ni vivencia de abandono físico real, pero sí una falta tremenda de abastecimiento emocional aun cuando es una familia que migra completa, las figuras parentales en realidad están presentes pero es como si no estuvieran. Esta familia se lleva con ella sus vínculos psicopatológicos que igual aquí o en cualquier lugar hubieran cuajado en el cuadro ya descrito o en otros.

Respecto de de **A** no vive su familia una situación muy problematizada, existen diferencias entre sus padres, pero ambos muy racionales buscan soluciones sin grandes crisis.

Casos con antecedentes premórbidos a la migración

En los casos que existían claros antecedentes premórbidos (**N**, **S**, **G.B.**, **Wi**, **Mi** y **E**) corresponden a estructuras familiares problematizadas que inciden en la aparición de sintomatología de diversa gravedad, sin que parezcan estar determinados por la vivencia de la migración.

Con sintomatología posterior a la migración

En los dos casos (**M** y **A.M.**) en los que los síntomas aparecen posteriormente a la migración, en el caso **M** muy posiblemente aparezca la sintomatología por esta viviendo en ese tiempo la etapa crítica de la adolescencia (Carvajal Corzo, 1993: 59), lo cual convierte en extraordinariamente grave la ausencia de mamá y papá, esto permite que se instale como parte de su psicodinamia personal la depresión, la vivencia de vacío y ansiedad. Respecto al caso de **A.M.** parece tener que ver su ansiedad y depresión con que no se ha dado tiempo de terminar un ciclo, cuando ya ha empezado otro, existe entonces una confusión en el no saber que hacer al sentirse jaloneado por el uno y por el otro, es una situación vital actual, la que ella tiene que resolver para poder lograr el estado de homeostasis.

Tipologías de pareja entre los migrantes

Entre las parejas maritales, padres de mis pacientes **G.B.**, **Wi**, **E**, **M**, **S**, **So**, **Mi**, **A** y **N** ha existido una relación complementaria (Watzlawick, 1997: 68-71) sadomasoquista, donde generalmente la mujer está sujeta a maltrato psicológico y en algunos casos físicos, del cual también pueden ser objeto los hijos. Respecto de la paciente **A.M.** no tenemos información. Esto me lleva a pensar que en el seno de la mayoría de estas familias existen montantes de infelicidad muy pronunciados que quizás puedan ser contribuyentes a la tendencia migratoria.

Violencia intrafamiliar

En el caso de **A.M.** la información que tengo no permite hacer la valoración de que haya existido en su familia de origen el ejercicio de violencia; en la familia que ella constituyó solo hasta un poco antes de migrar su esposo fueron apareciendo conatos de violencia.

En la familia de origen de **G.B.** y en la familia constituida por ella, esposo e hijos, la violencia física y psicológica estaba a la orden del día. Situación que ha cambiado por la ausencia de su esposo, aunque ella a veces se descubre a punto de perder el control con sus hijos y continuar con la cadena de maltrato en la que ha estado inmersa toda su vida.

Wi fue objeto de maltrato físico y psicológico en los dos años que residió en los EU por parte de sus hermanastros, su mamá no tenía capacidad para defenderlo y el papá desvalorizaba los hechos que lo hacían evidente, estaba como paralizado sin saber que hacer, desorganizado, no podía tomar decisiones, ni poner orden.

E fue objeto de descuido e indiferencia materna, su mamá no tenía tiempo de atenderla a ella y a su hogar y entonces **E** empieza a tomar un rol parental en el cuidado de la casa, se convirtió desde muy pequeña en “**E** la hacendosa”, era reconocida y ponderada por actuar así en ayuda de su “pobre mamá”. La mamá parece haber estado inmersa en una profunda depresión desde que encontró a su esposo en brazos de la mamá (de su esposa). Cuando esto sucedió **E** contaba con apenas un año de vida. **E** fue obligada a cuidarse y cuidar cuando no estaba preparada para hacerlo. Si a esto le agregamos la situación de abuso sexual que vivió en la infancia, más el intento de incesto vivido en su adolescencia juvenil, veo una cadena de abusos de índole psicológicos y físicos a través de su historia.

En el caso de **A** el papá fue muy devaluador verbalmente, por lo que puedo afirmar que fue objeto de frecuente maltrato psicológico.

Respecto a **N** no se detectó una situación de violencia intrafamiliar.

En el caso de **M** si existió una historia de maltrato, el papá adúltero, alcohólico y golpeador, ésta trató de evitar a toda costa que sus hijas se enteraran, lo cual fue imposible casi al final de la relación marital.

Con **S** aparte de haber sido objeto de abuso sexual en su niñez, su papá gozaba evidenciándola como la “tonta”, la callaba, la avergonzaba, la anulaba públicamente, ejerciendo así un brutal maltrato psicológico con **S**.

M.S. también vivió toda su niñez y parte de la adolescencia en un ambiente perneado por el maltrato físico.

La historia de **Mi** está cuajada desde la niñez por escenas donde el maltrato físico intrafamiliar es brutal, es golpear hasta sangrar o dejar revolcando de dolor al otro.

Es sorprendente encontrar que de esta muestra en el 80% hayan vivido situaciones de violencia intrafamiliar con diversa magnitud de gravedad. En el 20% la violencia llegó hasta el abuso sexual de corte incestuoso.

Las toxicomanías

Está presente el uso de sustancias adictivas en el 40% de los componentes de la muestra. En el caso de **A** es un toxicómano monousuario, **Mi** es poliusuario, las drogas de su uso son ilegales, son hombres viviendo su adolescencia juvenil. Los otros dos casos corresponden a mujeres, su consumo es bajo prescripción psiquiátrica. **S** consume antidepresivos y antipsicóticos. **N** fundamentalmente antidepresivos.

CONCLUSIONES FINALES

Puede dar la impresión de que entonces la migración no afecta a nadie, lo cual en ningún momento he afirmado por el contrario considero que no se deben soslayar sus efectos, los cuales pueden ser mayores si se da la migración en algunas de las etapas críticas del desarrollo humano (Spitz, 1996: 9-294), de si el migrante es la madre, el padre o ambos, del vínculo emocional entre figuras parentales e hijos (Vives Rocabert y Latirgue, 1994: 1-25), de las características y el vínculo existente entre los cuidadores de los niños o adolescentes, de la existencia de antecedentes premórbidos, de las vivencias previas de abandono, de la existencia de duelos no resueltos etc., la lista puede hacerse interminable, sólo señalo lo que me parece más sobresaliente.

Es obvio que el dolor desgarrar a los que se van y a los que se quedan, lo cual es muy claro para investigadores (López Castro, 2008: 25 y Fernández Ruiz, 2003: 14) que se han enfocado en algunos de sus trabajos a visualizar el estado emocional de los afectados por la migración y organizar en consecuencia talleres entre ellos para ayudarlos a elaborar sus grandes ausencias.

La migración enfrenta a las familias a pérdidas, a sensaciones de abandono, a duelos, lo que las convierte epidemiológicamente en familias en riesgo y se hace necesaria una atención institucionalizada para intervenir preventivamente y evitar se dinamicen los efectos de las emociones no elaboradas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association de Washington. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Barcelona, 1993.
- Carvajal Corzo Guillermo. *Adolecer la aventura de una metamorfosis*. Ed. Tiresias, Colombia, 1993.
- Kernberg Otto F. *La agresión en las perversiones y en los desordenes de personalidad*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Kernberg Otto F. *Trastornos graves de la personalidad*. Ed. Manual Moderno México, 1999.
- Fernández Ruiz Guillermo. *Migración y salud*. Colmich., México, 2003.

- Le Poulichet Sylvie. Toxicomanías y psicoanálisis. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
- López Castro Gustavo. *Penélope de rancho: migración vínculos líquidos y Salud emocional*. Colmich. México, 2003.
- Spitz Rene A. *El primer año de vida del niño*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
- Vives Rocabert Juan, Lartigue B. Teresa y Cordova Armando. *Apego y vínculo materno-infantil*. Ed. Universidad de Guadalajara y Asociación Psicoanalítica Jalisciense, México, 1994.
- Watzlawick, J. Beavin bavelas y D.D. Jacks. *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona, 1997.