

Conclusiones y Recomendaciones V Jornada “Inmigración y Salud Mental”

FECHA: 22 de noviembre de 2019.

LUGAR: Salón de Actos del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

PERSONAS ASISTENTES: 49.

Esta jornada ha sido organizada por La Fundación La Merced Migraciones en el marco del proyecto “MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA: Gestión de la diversidad cultural para la igualdad de acceso a los servicios públicos”, promovido por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y el Fondo de Asilo, Migración e Integración.

La apertura de la jornada estuvo a cargo de Luis Callejas, Director de la Fundación La Merced Migraciones y de Guillermo Fouce, Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Ambos expresaron su agradecimiento a los ponentes y a los/as representantes de las organizaciones sociales que intervendrán en la misma. El director de La Merced expuso que los/as profesionales del ámbito de la salud tienen que ser conscientes de los efectos que las migraciones tienen en el proceso de adaptación de las personas a la sociedad receptora. Por tal motivo, La Merced dispone de un equipo de trabajo especializado en salud mental que gestiona un programa de acogida especializado en este ámbito. Asimismo, Guillermo Fouce dio a conocer algunos de los servicios y programas que ofrece este Colegio profesional.

La primera parte de la jornada denominada “Detección de necesidades y propuestas de intervención en el trabajo en salud mental con personas inmigrantes” estuvo a cargo de dos expertos en esta materia: Eduardo Balbo Ambrosolio y Joseba Achotegui Loizate.

La primera intervención correspondió a Eduardo Balbo Ambrosolio (Psiquiatra Consultor en el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental "José Germain" de Leganés). Su ponencia se tituló: "Concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes" (Etnopsiquiatría magrebí).

El objetivo de su exposición fue realizar una aproximación general a nuevas problemáticas que se registran en el ámbito de la salud mental, y en especial a las que se originan en la creciente demanda que hace de este tipo de atención el colectivo marroquí, el más numeroso en España. Esta nueva situación requiere una preparación profesional para un contacto intercultural específico.

En su intervención se abordaron algunos problemas que surgen en la intersección de la Psiquiatría y la Antropología (Etnopsiquiatría), y que giran alrededor de los distintos marcos culturales que condicionan la relación entre psiquiatra y paciente, dando lugar a un nuevo escenario clínico. Estas cuestiones son el concepto popular de enfermedad y algunos de los recursos terapéuticos con los que se la intenta explicar y solventar en Marruecos, como la voluntad divina, la magia y la hechicería. Además se hizo referencia al modo en que se articulan

estos conceptos y conductas —en el nivel etiológico— en patologías populares como la posesión, el “mal de ojo” o la depresión.

A continuación se presentan las principales temáticas que se abordaron.

La sociedad marroquí ha desarrollado un sistema de comprensión y tratamiento conforme a sus representaciones culturales tradicionales. Por tanto, la enfermedad y el enfermo, en tanto que objetos y sitio de transacción social, pueden ser vistos y conceptualizados de maneras diversas en diferentes tradiciones culturales. La noción de enfermedad mental descrita en el sistema interpretativo y terapéutico tradicional marroquí pertenece a una lógica diferente de la concepción desarrollada por la psiquiatría.

En este contexto, la enfermedad mental no es un fenómeno individual que aísla, aliena, excluye o retrae al enfermo del grupo social. El enfermo no es responsable, es una víctima de instancias persecutorias; la enfermedad es comprendida por todos. En los sistemas culturales tradicionales, el trastorno es a la vez psíquico, somático, familiar, social y religioso aún cuando, la mayoría de las veces, tanto el interesado como su entorno distinguen perfectamente el sufrimiento psíquico. No se trata por consiguiente de una confusión sino de una organización conceptual diferente.

La fórmula proverbial: “la locura es la cólera de Dios”, traduce bien la realidad marroquí. Existe una intervención punitiva de lo divino. Dios es el “creador del mal y su remedio”; de esta máxima, el discurso etiológico tradicional marroquí prioriza lo segundo, que posibilita el recurso terapéutico de origen divino.

El discurso etiológico tradicional marroquí relacionado con el trastorno mental está ligado con dos fenómenos: la posesión y el hechizo. El primero es la obra de espíritus (genios) exteriores al individuo y el segundo es debido a conductas funestas de personas malintencionadas y agresivas. Lo no racional es su principal modo de funcionamiento.

Reconocidos en el Corán ya que han sido creaciones de Dios, un genio es un ser invisible capaz de ocupar un cuerpo y de controlar el funcionamiento psíquico de una persona o de una familia, con el objeto de obtener una compensación: una ofrenda, un sacrificio, un altar, hasta un culto. Los genios tienen un cuerpo y son mortales, pero su capacidad de desplazamiento es tan rápida que no pueden ser observados por los humanos. Junto a los ángeles y los demonios, los genios forman una especie de grupo de entidades no humanas, generalmente invisibles, pero que pueden llegar a ser percibidos en ciertas condiciones particulares. En el nivel popular toda referencia a los genios se realiza con cuidado y temor. Noción ambigua, los genios pueden ser bienhechores o dañinos según su humor cambiante; incluso pueden ser coléricos, recelosos y vengativos.

En Marruecos, el pensamiento abstracto que postula la existencia de un mundo de los genios situados en el “revés” (bajo tierra, en los estanques, los cursos de agua, las casas abandonadas, las ruinas, etc.), se articula de forma armoniosa con la idea de que los genios son dobles de los humanos y poseen una organización social simétrica.

El paciente cree en esa mitología y, además, es miembro de una sociedad que cree en la misma. De este modo, se transforma un “no acontecimiento” (crisis psicótica) en una narración mítica susceptible de serle contada al grupo.

La mayor parte de las veces el estado de posesión aparece en el transcurso de situaciones conflictivas, las que pueden afectar singularmente al psiquismo de un individuo o a las relaciones familiares en su conjunto.

Estas vivencias culturalmente instituidas y aceptadas permiten al paciente el desplazamiento de su conflicto intrapsíquico a un problema de relación con los genios.

La otra característica de la patología mental en Marruecos es el delirio como presencia altamente sintomática de estas patologías. En torno a las dos formas (posesión y hechizo) existe también una concentración notable de quejas somáticas diversas. La escena corporal se utiliza con probabilidad para transmitir otros mensajes más simbólicos.

El problema se ubica en la diferencia entre creencia tradicional y experiencia subjetiva. El fenómeno psicopatológico puede ser comprendido culturalmente; o, el delirio puede ser incomprensible, sin lógica y con ausencia de toda referencia cultural, visto entonces como una forma de locura y no de posesión o hechizamiento.

El síntoma de alerta consiste en una suerte de “depresividad”; apraxia, anorexia, mutismo, asilamiento, trastornos de la movilidad, dolor corporal (en especial cabeza, hombros, espalda, piernas). Otros signos se ven con frecuencia asociados: estreñimiento, picores, ardores en piel, la impresión de desprendimiento de los miembros.

La relación entre tales “síntomas” y la “teoría” que postula que un ser sobrenatural está llamándole la atención al paciente, no es muy explícita y deja cierto margen que el arte del terapeuta utiliza para brindarle al paciente interpretaciones circunstanciales. Además en el Magreb, la variedad de las palabras que designan el ataque perpetrado por un genio indica muy bien la polisemia virtual de tal etiología.

Los seres humanos pueden ser: golpeados o abofeteados por los genios, en este caso la enfermedad será de corta duración; agarrado o cabalgado por un genio, habitados, poseídos y puestos al servicio de un genio. Las dos últimas situaciones necesitan de un amplio repertorio terapéutico.

Pero estos comportamientos no son siempre debidos a la acción de un genio. El fracaso, estrés, divorcio, duelo, drogas, alcohol, se consideran también como causa de trastorno mental.

El síndrome de posesión puede tener también componentes depresivos. Hay una reducción general de la capacidad relacional. El mutismo, aislamiento, apatía y tristeza son causados por la acción de los genios que despojan a los pacientes de su capacidad emotiva y comunicativa.

La creencia en la posibilidad de una acción maléfica originada por otro da lugar a otra concepción del modo de enfermar, basado en el maleficio (hechizo, fascinación, seducción), embrujamiento, sortilegios, “mal de ojo”, las conductas agresivas del hechicero.

El universo mágico está dominado por un hombre con saber y habilidades que le permiten fabricar talismanes, interpretar sueños, hacer astrología, etc.

La magia y la hechicería no tienen el mismo sentido o significado que en otros lugares del África negra.

En la hechicería debemos mencionar al vidente, que se ocupa principalmente de las cuestiones sexuales. Él puede curar y también influir en todo lo relacionado con la sexualidad (impotencia, esterilidad, etc.).

Pero el dominio de la hechicería es un privilegio de la mujer. Las brujas o hechiceras hacen una manipulación constante de recetas, encantamientos, conjuros, drogas, alimentos, etc. En general son analfabetas: la escritura, la confección de amuletos y el uso de textos del Corán, les son inaccesibles.

No existen en el discurso etnopsiquiátrico tradicional síntomas precisos, físicos o mentales, que evoquen de una manera definida el dominio de la hechicería. El diagnóstico se establece menos a partir de los síntomas de la enfermedad que sobre la base de las relaciones entre el enfermo y su medio ambiente, después de las terapias iniciadas según las posibles causas del mal. Lo que es importante no es la forma que ha tomado la dolencia cuanto la causa o la naturaleza del mal e incluso el agresor.

El “mal de ojo” es el otro modelo cultural de desordenes psíquicos más frecuentes junto a la posesión y la hechicería. En la tradición árabe-musulmán concentra un gran número de creencias y da origen a un gran número de prácticas de protección o preventivas. Un ejemplo de éstas son: para protegerse de la envidia se deben guardar los objetos de valor en un saco negro, no hay que hacer ostentación de la riqueza, no hay que vestir a los niños de forma llamativa.

El “mal de ojo” enferma a los niños, debilita a los animales, seca las cosechas, arruina los negocios, rompe matrimonios o parejas, produce locura, etc. Los niños son los más susceptibles de sufrirlo. Por tanto, la palabra a distancia o la mirada directa sobre el niño son algo a evitar.

Los síntomas más frecuentes son: fatiga, insomnio, anorexia y las preocupaciones somáticas (tema más frecuente de expresión de lo depresivo), y en menor medida, las ideas de culpa.

El humor depresivo, el afecto distímico, el deseo de muerte, deben ser buscados activamente en la entrevista y contrastados con la espontaneidad de la riqueza de la descripción de las somatizaciones.

En los tres dialectos del Magreb no existe un vocablo propio que exprese de forma directa el estado depresivo.

Los pacientes suelen presentarse con mayor frecuencia con sentimientos de decepción y ofensa que entristecidos, es infrecuente la inhibición y más habituales los estados de agresividad, hay escasos sentimientos de culpa y más vivencias de tipo persecutorias o de desvalorización.

Esta forma clínica de presentación favorece la exteriorización de una agresividad interna sostenida por sentimientos de perjuicio y frustración ligados, en particular en los hombres, a la pérdida de su prestigio u honor. La irritabilidad es el síntoma más recurrente en mujeres.

Los pacientes con depresión y/o problemas psicósomáticos expresan quejas como: dolor de estómago, dolor de espalda, malestar de la cabeza, dolores variables, sensación de calor

creciente, vértigos, debilidad e insomnio. Son dolores que van cambiando de ubicación y aumentando de intensidad.

Es importante atender a la intensidad de la queja y su dramatización: los pacientes suelen expresar que el final de sus vidas está cercano.

Una constante es el uso de quejas somáticas como forma de comunicación. El trastorno mental se hace visible por lo somático. Cada parte corporal puede tener una connotación simbólica: el malestar de espalda puede expresar la tristeza. Hay una tendencia a utilizar distintas partes del cuerpo para expresar los afectos. Más que una falta o una pobre intelectualización de lo afectivo, la falta de palabras en la consulta revela una actitud interactiva en la que ante el sanador popular y sin dar la menor explicación, el paciente espera la interpretación del origen del malestar, lo que es un preámbulo necesario para juzgar la capacidad terapéutica de dicho sanador.

De lo expuesto con anterioridad, podríamos formularnos algunas preguntas:

- ¿Qué debemos hacer, como terapeutas, al confrontarnos con un paciente que adhiere a un sistema de representación de la enfermedad mental y de curación no utilizado por nosotros?
- ¿Qué podemos hacer cuando un paciente dice estar poseído?
- ¿Qué actitud adoptar ante patologías que son marcadamente culturales?
- Si se atribuyera la etiología de la posesión como una expresión de la hipocondría, de un delirio o a mecanismos de proyección, crearíamos un clima de desconfianza, nos cerraríamos a la posible comprensión del problema, y el proceso terapéutico se desarrollaría en un único sentido, el de la interpretación del terapeuta.

El encuentro terapéutico es el encuentro entre dos personas y no prioritariamente un encuentro de dos convicciones ideológicas o culturales, nosotros tratamos a una persona y no a una cultura, aunque ésta configure el horizonte de intelección desde donde el paciente despliega su discurso.

Nunca debemos interpretar el material cultural pues éste es el continente y no el contenido del discurso: permite la palabra pero no es la palabra.

El paciente razona de acuerdo con su sistema de representaciones, y puede utilizar el discurso de la posesión para dar sentido a un sufrimiento, es decir, que su cultura le da instrumentos para resolver un conflicto intrapsíquico.

Cuando un clínico no tiene conocimiento sobre Etnopsiquiatría, su tendencia natural consiste en describir lo que percibe con los términos y los conceptos propios de la psicopatología occidental.

La posesión la verá en términos de histeria, la brujería como un delirio persecutorio... Tal enfoque olvida que, en tales sistemas, el síntoma es más que la expresión lejana y simbólica de un conflicto intrapsíquico: es también un intento de comunicación, de poder salir de su íntima angustia.

Se sabe que los pacientes no occidentales, en general, tienden a conservar en secreto sus referentes culturales: por vergüenza o por deseo de salvaguardar lo que consideran esencial.

En Etnopsiquiatría, es preciso que el terapeuta demuestre conocer el funcionamiento de la etiología sobrenatural (genios, magia, hechicería), para que el paciente se sienta autorizado a dirigir su discurso hacia esa perspectiva.

El inmigrante enfermo no acude al psiquiatra o al psicoterapeuta para que éstos lo devuelvan a su gueto cultural: para ello, ya tiene a sus morabitos, sin hablar del racismo ambiente. En primer lugar les pide a éstos que entiendan su profunda ambivalencia ante las viejas creencias y costumbres de su país que, a él, le sirven de hitos identificatorios...Acaso ¿no es una de las funciones globales de la Etnopsiquiatría, la de asumir e inclusive legitimar tal ambigüedad existencial?

La alteración mental no es una perturbación de la naturaleza sustancial del hombre sino una relación desequilibrada entre sus exigencias internas y la situación cultural en la que se encuentra.

La locura es, en este sentido, más que una alteración, una crisis de la totalidad de las relaciones creenciales que vinculan a los hombres entre sí.

La Psiquiatría, estudio de un aspecto de la condición humana, integra por tanto, una Antropología.

La segunda intervención fue de Joseba Achotegui Loizate (Psiquiatra y Profesor Titular de la Universidad de Barcelona). Su ponencia se tituló: “Pautas y herramientas para afrontar las dificultades psicológicas vinculadas a la migración”.

Su exposición se centró en desarrollar los aspectos básicos del concepto de “duelo migratorio”, tras lo cual se abordó cómo evaluar las dificultades en la salud mental de los inmigrantes, estudiando, por un lado, la vulnerabilidad y los estresores que se viven en la migración y, por otro, los procesos psicológicos de elaboración del duelo migratorio. Por último, se plantearon en función de lo evaluado con anterioridad, las características de la intervención tanto a nivel psicosocial como psicoterapéutico.

El profesor Achotegui comenzó señalando que cuando se hace referencia a la migración abundan los estudios sobre los factores económicos, demográficos, etc., pero se deja fuera muchas veces el lado humano, psicológico de ésta, ya que quienes emigran son personas, son seres humanos, no datos estadísticos ó gráficas. Existe poca sensibilidad hacia el sufrimiento del inmigrante. Se olvida al sujeto, al protagonista de la migración, al/la inmigrante. La migración es un constructo abstracto, el inmigrante no.

El ser humano ha migrado desde siempre, pero las actuales condiciones que rodean las migraciones son mucho más difíciles, debido a los innumerables obstáculos con que se encuentran muchas personas que dejan su país de origen y vienen a vivir a Europa.

El viaje migratorio también es un viaje interior.

Las tres características diferenciales de las migraciones del siglo XXI son:

- La ruptura familiar: emigran hombres, mujeres, hasta niños, pero solos. Antes emigrar con la familia era difícil, hoy en muchos casos es imposible; numerosas leyes lo prohíben explícitamente. Y si logran estar unidos es difícil mantenerse. No solo hay muros físicos, también hay muros invisibles.
- Exclusión social estructural: ausencia radical de oportunidades. Escasa o nula posibilidad de movilidad social ascendente para estas personas.
- Criminalización del inmigrante: emigrar ha pasado de ser un derecho a ser un delito; ahora es un delito penado por la ley (Ley Maroni, 7-09).

A continuación, se relacionaron las migraciones con el concepto de salud mental.

Para estudiar el binomio Duelo Migratorio y Estrés, el profesor Achotegui se basa en tres modelos:

- La teoría cognitiva del estrés: pone el énfasis en la valoración del sujeto de la situación estresante y no da tanto valor al estresor en sí.
- La teoría psicosocial del estrés: valora más los estresores en sí mismos.
- Y la teoría psicoanalítica del duelo.

El estrés es una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar” (Lazarus and Folkmann, 1984). En lo que concierne al duelo sería un tipo de estrés caracterizado por su intensidad y relevancia para el sujeto (Buendía, 1991). Se pueden ligar así los dos modelos e incrementar las herramientas de trabajo.

En cuanto a las Características específicas del duelo migratorio, éstas son:

1. Es parcial: no es como la muerte de un ser querido. Separación, no desaparición.
2. Recurrente: el inmigrante va y viene entre los dos países.
3. Vinculado a vivencias infantiles muy arraigadas.
4. Múltiple: los 7 duelos.
5. Da lugar a un cambio en la identidad.
6. Da lugar a una regresión.
7. Tiene lugar en una serie de fases.
8. Se utilizan defensas psicológicas y se dan errores en el procesamiento de la información.
9. Hay ambivalencia.
10. Se da también en los autóctonos y en los que se quedan en el país de origen.
11. El regreso del inmigrante supone una nueva migración.

12. Es transgeneracional.

El ponente profundizó en la cuarta característica del duelo migratorio, es decir, que es un duelo múltiple. A este respecto hizo alusión a los 7 duelos de la migración que afectarían en mayor o menor medida a las personas que emigran. Estos duelos son los siguientes:

- La familia y los amigos.
- La lengua.
- La cultura: costumbres, religión, valores.
- La tierra: paisajes, luminosidad, colores, olores, humedad...
- El estatus social: papeles, trabajo, vivienda.
- El contacto con el grupo de pertenencia étnico o nacional: prejuicios, racismo.
- Los riesgos para la integridad física.

Ningún otro duelo supone tantos cambios como el duelo migratorio: todo lo que rodea al sujeto cambia.

EL SÍNDROME DE ULISES COMO VARIANTE EXTREMA DEL DUELO MIGRATORIO:

El Síndrome del Inmigrante con duelo migratorio extremo - Síndrome de Ulises (Achotegui, 2002).

El duelo extremo es un duelo que no puede ser elaborado, que genera una situación de crisis permanente. No es lo mismo duelo extremo que duelo patológico. La migración no es una causa de trastorno mental (patología), sino un factor de riesgo en salud mental.

Es una situación que incrementa el riesgo de padecer un trastorno, dependiendo de dos factores:

- La vulnerabilidad: que el inmigrante no se encuentre bien, esté enfermo o discapacitado.
- Los estresores: que el país de acogida sea hostil.

EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES):

La emigración para millones de personas, se está convirtiendo en la actualidad en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que puede llegar a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el “Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple” o “Síndrome de Ulises”, nombre que hace referencia al héroe griego de “La Odisea” que tuvo que afrontar innumerables adversidades y peligros lejos de su tierra y de sus seres queridos. Los que llamamos “Ulises” son las personas resilientes.

Los menores no acompañados, justamente como dice su nombre, por su no acompañamiento, siendo menores y necesítandolo, son candidatos a padecer el Síndrome de Ulises. Y los más vulnerables tienen riesgo de padecer trastornos mentales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTRESORES DEL SÍNDROME DE ULISES:

- Multiplicidad: los estresores no se suman, se potencian entre ellos.
- Cronicidad: a más tiempo, más afectación. No es un mal día.
- Ausencia de control sobre los estresores: indefensión aprendida (Selgiman, 1975), ausencia de “self-efficacy” (Bandura, 1984).
- Gran intensidad y relevancia: afectan a todas las esferas vitales básicas como el apego, la seguridad física que es también una necesidad básica.
- Gran déficit de las redes de apoyo social: muy bajo capital social (Coleman, 1984).
- A estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración: la lengua, la cultura, el paisaje...el estrés aculturativo.
- Además la salud es uno de sus mayores capitales al emigrar y lo van perdiendo.

Y para agravar la situación, el sistema sanitario no diagnostica ni interviene de forma adecuada ante este cuadro, y se produce:

- Una banalización o desinterés: por desconocimiento del tema, por falta de sensibilidad, incluso por racismo.
- Son tratados como enfermos depresivos, psicóticos, con trastornos adaptativos, o como enfermos somáticos, sometiéndoles a pruebas innecesarias y peligrosas.

EL SÍNDROME DE ULISES COMO FORMA DE “MOBBING”. FRENTE AL “EFECTO LLAMADA”, EL “EFECTO PATADA”:

En realidad el Síndrome de Ulises se podría relacionar con una forma de “mobbing” de las sociedades de recepción de inmigrantes para acosarles, hacerles la vida imposible y lograr que desistan y se vayan. Y sobre todo para transmitir el mensaje de que no vengan otros más. Frente al “Efecto llamada” el “Efecto patada”. Para justificar el “mobbing” a los migrantes se les presenta como “malos”, “peligrosos”, etc.

SÍNTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES O MAL DE ULISES):

- Síntomas del área depresiva: Síntomas presentes como tristeza y llanto. Síntomas ausentes como apatía, ideas de muerte, etc.
- Síntomas del área de la ansiedad: Tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes, irritabilidad.
- Síntomas de somatización: Insomnio, cefalea, migraña, fatiga (lo opuesto a la manía), molestias osteomusculares.

- Síntomas confusionales: Desorientación espacial, desorientación temporal, despersonalización, desrealización, pérdida de memoria.
- Interpretación cultural de los síntomas: Magia, brujería, “mal de ojo”. La medicina tradicional considera que quien enferma ha incumplido alguna norma del grupo (ha dado envidia, no ha tratado bien a los padres o a los antepasados, etc.). Entonces el damnificado recurre a la brujería para ponerle enfermo.

RELACIONES ENTRE LOS ESTRESORES ULISES Y LA SALUD MENTAL:

- Hay inmigrantes que tienen los estresores Ulises, pero no el síndrome: porque tienen una psicosis, una depresión, etc.
- Todo inmigrante, vive en algún momento difícil de la elaboración del duelo migratorio, algún aspecto del síndrome, pero en nivel menor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS:

- El trastorno adaptativo es “un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresor” (DSM-TR, pág. 759). El Síndrome de Ulises es una respuesta natural ante un gran número de estresores inhumanos.
- En el trastorno adaptativo, la persona se toma un acontecimiento vital a la tremenda. En el Síndrome de Ulises la persona se toma una situación tremenda, tal como es: a la tremenda.
- Además el DSM-IV-TR señala que en el Trastorno Adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” (pág. 759), algo que no ocurre en el Síndrome de Ulises; muchos autores lo consideran una forma menor de trastorno depresivo.

SÍNDROME DE ULISES: SÍNDROME DE RESPUESTA AL ESTRÉS:

El Síndrome de Ulises, por tanto, constituye un factor de riesgo que aumenta en función de que mayor sea la vulnerabilidad social de la persona, pero no es una patología, ni debe tratarse como tal, ni medicalizarse. Se recurrió a un ejemplo. Imaginemos que en esta sala se subiera la temperatura hasta los 100º: tendríamos mareos, calambres, etc. Pero no estaríamos enfermos. Cuando se abrieran las ventanas estos síntomas desaparecerían. Se trataría de una respuesta ante una temperatura a la que nuestra termorregulación no tiene capacidad de adaptación. Pero si alguien en esta sala a causa de este calor tuviera un infarto, un cólico, esta persona sí que estaría enferma. El síndrome de Ulises es como la caña que se dobla ante el viento, pero no se rompe; cuando pasa el temporal recupera su posición.

Asimismo, existen duelos simples (por ejemplo, la añoranza), complicados y extremos. En referencia a estos últimos, el ponente distingue entre:

- Del apego: ruptura familiar.
- De la seguridad física: miedo, indefensión.
- De la visibilidad social: son los nadie, los invisibles; son como la materia oscura del universo que sabemos que existe porque se notan sus efectos, pero no se ve.

EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN: **EL MODELO VEDA**

- **Vulnerabilidad:** son las limitaciones, las dificultades, los hándicaps que tiene una persona para elaborar sus problemas.
- **Estresores:** son las dificultades externas que encuentra la persona para adaptarse.
- **Duelo:** es el proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto.
- **Adaptación:** es el resultado de la elaboración del los duelos.
 - Puede mantenerse en el área de la salud mental (como el Síndrome de Ulises).
 - Entrar en el área de los trastornos mentales.

ESCALA DE EVALUACIÓN VULNERABILIDAD - ESTRESORES EN LA MIGRACIÓN:

Una gran aportación de Achotegui ha sido la elaboración de una escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio.

Los 7 duelos migratorios (por la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y los riesgos físicos), se combinan con la Vulnerabilidad (para la elaboración del duelo migratorio) y con los Estresores (en relación al duelo migratorio). Para la construcción de la escala, tanto para la Vulnerabilidad como para los Estresores se aplican los ítems: simple/s, complicada/os, extrema/os).

Se entiende por Vulnerabilidad el conjunto de las limitaciones, de las desventajas, que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental. También constituye el “bagage”, las limitaciones con las que deja su casa, “cierra la puerta” y marcha.

Tipos de Vulnerabilidad:

- Simple: limitaciones leves del sujeto que no impiden la elaboración del duelo migratorio.
- Complicada: limitaciones relevantes del sujeto, pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio.
- Extrema: limitaciones muy graves que impiden la elaboración del duelo migratorio: psicosis, graves discapacidades.

A su vez, los estresores son todas aquellas dificultades, obstáculos y barreras externas que el sujeto encuentra tras emigrar y que le dificultan la elaboración del duelo migratorio y constituyen un factor de riesgo para su salud mental. Lo que se valora son los 6 últimos meses antes de la entrevista.

Tipos de estresores:

- Simples: dificultades leves del medio que no impiden la elaboración del duelo migratorio.

- Complicados: dificultades relevantes del medio, pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio.
- Extremos: dificultades y limitaciones muy graves del medio que impiden la elaboración del duelo migratorio.

Para cada uno de los 7 duelos migratorios, el ponente ha elaborado indicadores específicos tanto para la Vulnerabilidad como para los Estresores.

Ejemplo de la Escala de Evaluación del Estrés y el Duelo migratorio:

Duelo por la familia	Vulnerabilidad para la elaboración del duelo migratorio.	Estresores en relación al duelo migratorio.
	Vulnerabilidad simple	Estresores simples
	Vulnerabilidad complicada	Estresores complicados
	Vulnerabilidad extrema	Estresores extremos

Y de este modo con cada uno de los otros 6 duelos migratorios.

Este test se aplica a una persona y al final se cuentan los duelos simples, complicados y extremos.

OBJETIVOS DE LA ESCALA:

Proporcionar criterios de evaluación de la intensidad de los factores de riesgo en salud mental en la migración.

Estos criterios nos permiten:

- Comparar los factores de riesgo de los diferentes casos estudiados.
- Tener criterios consensuados para distribuir los recursos asistenciales y sociales de modo equitativo según la intensidad de los factores de riesgo detectados.
- Eliminar la intervención en las áreas en las que no se detecta problema.
- En el caso de los inmigrantes que aún no han partido, valorar el riesgo que pueden sufrir en la migración.

Por último, Achotegui hizo una breve referencia al **Test del Kayak**.

Este test es una esquematización, un modelo, basado en la teoría evolucionista que representa el funcionamiento de la mente y que permite comprender de modo rápido tanto los funcionamientos considerados sanos, como los patológicos.

Componentes del test:

El modelo se basa en la combinación de dos ejes, de dos funcionamientos muy básicos a nivel evolucionista en relación al funcionamiento mental:

- Por un lado, el eje que mide el grado de actividad, del grado de energía y motivación con la que hacemos las cosas.
- El segundo eje que mide la orientación de la actividad, el tipo de actividad, y que se estructura en dos polos, en relación a las dos acciones más básicas para la supervivencia: tener seguridad y buscar recursos para sobrevivir.

La segunda parte de la jornada consistió en una Mesa de experiencias conformada por 5 entidades sociales que presentaron sus proyectos en salud mental, así como las buenas prácticas de intervención que en esta materia han realizado con personas de culturas diversas.

Estas entidades fueron:

- Fundación La Merced Migraciones.
- Asociación de Psicoterapia Sistémica Transcultural. Terapias sin Fronteras.
- Fundación CEPAIM.
- Colectivo Sira. Red de apoyo terapéutico, jurídico y psicosocial en contextos de violencia.
- Fundación Psicología sin fronteras.

- Fundación La Merced Migraciones: “Apoyo en salud mental a jóvenes inmigrantes”.

Al inicio la ponente abordó los efectos de las migraciones sobre la salud de las personas y el perfil de la población atendida:

- Jóvenes migrantes, extutelados o solicitantes de Protección Internacional.
- Sin red de soporte.
- En situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Mayoritariamente hombres entre 18 y 25 años.
- Un piso para mujeres y personas con identidades de género diversas entre 18 y 25 años.
- Un piso específico de salud mental masculino para trastorno postraumático (18 a 30 años).

La ponente hizo alusión a las Buenas prácticas de La Merced en general, así como de modo más específico se centró en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de esta entidad.

A este respecto, explicó cómo se trabaja desde el Servicio de Atención Psicológica, cuyos objetivos son los siguientes:

- El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas o problemas sociales.
- Ayudar a aliviar el sufrimiento emocional de la pérdida y apoyar el proceso de reconstrucción vital de las personas afectadas.
- Ayudar a las personas a que confíen en sus propios recursos y afrontar con éxito las dificultades.
- Ayudar a retomar el sentimiento de “control” sobre la propia vida.

- Abarca todo lo que ayude a funcionar ante el estrés emocional.
- Reducir efectos negativos a largo plazo. Mejorar la forma de actuar a corto plazo.
- Apoyar procesos de adaptación. Reparación identitaria. Reconstrucción comunitaria.
- Facilita la vuelta a la “normalidad”, retomar hábitos de la vida cotidiana.

Asimismo, expuso las Buenas prácticas del servicio del Servicio de Atención Psicológica:

- Enfoque transcultural de la salud mental.
- Competencias interculturales y "humildad cultural": herramientas potenciadoras de calidad de las intervenciones. Reto en el trabajo intercultural: reconocimiento de nuestras propias limitaciones, participando en un proceso de autorreflexión y autocrítica siempre presente (F. Collazos).
- Intervención transversal: a lo largo de todo el itinerario.
- Trabajo en red: con entidades e instituciones. Derivaciones para cuestiones específicas.
- Invitación a la participación en el espacio social, potenciando el ejercicio de derechos como parte activa de la ciudadanía.
- Sensibilización contra los estigmas referidos a la salud mental.

- Asociación de Psicoterapia Sistémica Transcultural. Terapias sin Fronteras: “Madres en la distancia”.

La intervención comenzó identificando los principales motivos de consulta que se atienden en la entidad, que son los siguientes:

- Duelo migratorio.
- Traumas por la migración.
- Identidad cultural.
- Estrés de aculturación.
- Problemas de integración.
- Reagrupación familiar.
- Conflictos graves en las relaciones padres e hijos.
- Problemas de pareja y de familia.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Adicciones.
- Trastornos Psicóticos.
- Trastornos Psicósomáticos.

Esta entidad presentó el proyecto de «Madres en la distancia». Al principio se expuso el perfil de las participantes: mujeres de origen extranjero con hijos/as en su país de origen, que se desempeñan como trabajadoras domésticas internas, cuidadoras de niños o mayores, o en paro laboral, que viven en el Municipio de Las Rozas (Madrid), y zonas adyacentes.

Asimismo se explicaron los objetivos del proyecto:

- Favorecer el aprendizaje y desarrollo de habilidades de comunicación efectivas, para el ejercicio de su rol maternal, en la distancia.
- Aportar a mujeres inmigrantes, herramientas de integración bio-psico-social en la sociedad española.
- Ofrecer recursos emocionales para afrontar la experiencia migratoria.

Como conclusión comentaron que la participación activa de las mujeres y madres, asistentes a los talleres, les permite tomar consciencia de la importancia de su rol en el desempeño de su maternidad, educación y desarrollo de sus hijos y en la aportación de recursos económicos, aunque no se encuentren conviviendo con ellos.

- Fundación CEPAIM: Proyecto “REfugiaDOS” y Proyecto “Adelante”.

Sus representantes presentaron el proyecto sobre la intervención psicológica y psicosocial con personas migrantes, solicitantes de protección internacional y refugiadas. Expusieron la realidad en que se encuentran las personas que pasan por el servicio psicológico del área de acogida:

- Personas:
 - Cansadas de repetir su historia una y otra vez: revictimización.
 - Con la necesidad de tener un espacio seguro en el cual ser escuchadas y no juzgadas.
- Perfiles muy resilientes y con baja percepción de sus propias fortalezas.
- Aislamiento social.
- Altos niveles de ansiedad, trastornos adaptativos, estado de ánimo depresivo.
- Duelos migratorios complicados, cuyos ritmos no coinciden con los tiempos que establece el programa.
- Secuelas de experiencias traumáticas vividas en origen y tránsito.
- Incremento del deterioro psicosocial de las personas en el momento de acceder al programa.
- Un índice muy alto de secuelas de violencia de género.
- Adicciones.
- Trastornos de salud mental (no diagnosticados en origen).
- Sobremedicación.
- Problemas de pareja
- Menores con problemas de adaptación y expuestos/as a situaciones de violencia.

A continuación, se refirieron al servicio psicológico del programa, el cual ofrece:

- Acompañamiento psicosocial a mujeres migrantes dentro de un itinerario de inserción sociolaboral.
- Con un Enfoque: contextual, feminista, comunitario e intercultural.
- Se busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones de las mujeres participantes, implicando principios, como el apoyo mutuo, la sororidad, el enfoque de género y de Derechos Humanos.

Cabe destacar que han elaborado una “Guía de Apoyo Psicosocial con mujeres en itinerarios de inserción sociolaboral”.

- Colectivo Sira. Red de apoyo terapéutico, jurídico y psicosocial en contextos de violencia: “Acompañamiento psicosocial a personas migrantes”.

Sus dos representantes al inicio de su intervención se refirieron al programa de acompañamiento psicosocial que llevan a cabo con las personas migrantes solicitantes de protección internacional, así como describieron la situación de los/as participantes en el mismo.

La intervención se centró en las 4 Miradas que desarrollan y aplican en sus intervenciones:

- La mirada multidisciplinar.
- La mirada psicosocial.
- La mirada transcultural.
- Y la mirada de Derechos Humanos.

El programa apuesta por el trabajo interdisciplinar para un acompañamiento integral.

En lo que concierne al ámbito psicosocial, el programa se propone que los/as participantes en el mismo, adquieran la autonomía necesaria para tener el control sobre su propia vida.

En cuanto a la mirada transcultural, se destacaron los siguientes aspectos:

- La importancia de la mirada transcultural, en especial la capacidad para respetar, comprender y trabajar con las diferencias culturales (creencias, estilos interpersonales, actitudes y comportamientos).
- La narrativa sobre la sintomatología de las personas tiene un marco cultural.
- Es necesario generar curaciones simbólicas donde se utilicen símbolos con resonancia cultural e identitaria para la persona.
- Utilización de la medicina tradicional: lo que contempla realizar un trabajo bicultural.

Por último, abordaron la relevante mirada de los Derechos Humanos:

- Cuando las personas están en un procedimiento de Protección Internacional, es fundamental la labor de garantizar estos Derechos:
 - Protocolos de Estambul en casos de tortura.
 - Informes de impactos.
- Procedimiento fundamentado en la credibilidad de la persona, lo cual genera una gran retraumatización.
- Construcción de informes que garanticen derechos:
 - Creados en espacios de seguridad para la construcción de narrativas resilientes.
 - Con elementos clínicos que ayuden a entender cómo se configura un relato traumático.

- Fundación Psicología sin fronteras: “Acompañamiento e intervención psicológica en el CIE de Aluche”.

Su representante presentó el proyecto que están realizando en el Centro de Internamiento de Extranjeros (C.I.E.), ubicado en Madrid, en colaboración con SOS Racismo, Karibu y Pueblos Unidos.

Los CIE son lugares donde se retienen a las personas de manera cautelar y preventiva, sometidos a expediente de expulsión del territorio nacional, que pueden ser repatriadas a su país de origen.

Durante el período de atenciones psicológicas que se viene haciendo en el CIE, se han encontrado con una heterogeneidad de casos, tanto en las historias personales como en lo que concierne a los diferentes países de procedencia de los internos. Hasta el momento sólo han atendido a varones.

En la experiencia que se ha tenido de manera voluntaria en la atención psicológica a estos ciudadanos, se han podido apreciar los distintos daños en la salud mental: desconcierto y miedo por la experiencia de estar preso y con el sentimiento de no haber cometido ningún delito, además de sentimiento de pérdida de los proyectos migratorios, síntomas de tristeza, desolación y depresión frente a su situación de detenidos, síntomas de malestares físicos (dolor de cabeza, insomnio, cansancio, etc.), reflejados incluso en muchas historias clínicas. Es de suma importancia atender psicológicamente a estos ciudadanos, dada su situación de limitación de libertades y de vulnerabilidad.

La mayoría de las personas detenidas en esta institución, no son recién llegadas, sino que llevan alrededor de 10 años viviendo en España.

Es muy difícil trabajar con alguien y que mañana ya no esté.

La principal labor que realiza Psicólogos sin fronteras en el CIE es la de escucha activa y de contención ante situaciones de máxima incertidumbre para los reclusos, por ejemplo, no saber cuándo los van a deportar. Es imprescindible escuchar sin prejuicios ni etiquetas.

Para maximizar los beneficios posibles de las acciones es necesario no solamente profesionales de la psicología clínica con experiencia en el mundo de la migración, sino también una buena colaboración y derivación tanto de las distintas asociaciones que prestan servicio en el CIE como recoger las demandas de los ciudadanos detenidos.

Hay que mantener igualmente relaciones con las instituciones de salud mental para las posibles derivaciones. También crear reuniones de discusión de los casos clínicos, talleres y vídeos informativos para dar mayor visibilidad del posible daño psicológico de los ciudadanos detenidos. La sensibilización a este respecto es fundamental.

Por último, además de la exposición de cada uno de los proyectos que están llevando a cabo estas entidades y las Buenas prácticas que han generado, se realizó un intercambio a través de las preguntas por parte de los/as asistentes, así como un diálogo entre los/as ponentes de las propias entidades que conformaron la Mesa de experiencias.